



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Die Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen
Bereich“

verfasst von

Cornelia Koller, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 065 342 345

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Dolmetschen Englisch/Französisch

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Mira Kadric-Scheiber

Vorwort

Die Idee, mich in meiner Masterarbeit mit der Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich zu befassen, entstand durch indirekte Anregungen aus meinem persönlichen Umfeld. Immer wieder sprach ich mit Ärztinnen und Ärzten aus meinem Umfeld darüber, wie sie sich im Krankenhaus mit nicht deutschsprachigen PatientInnen verständigen – ein Thema, das mich als Dolmetschstudentin natürlich besonders interessierte.

Angeregt durch diese Diskussionen entstand die Idee, im Rahmen meiner Masterarbeit diesen Bereich genauer zu untersuchen, da sich für mich viele Fragen stellten. Zum einen wollte ich herausfinden, wie die Situation in Krankenhäusern tatsächlich ist und wer gegebenenfalls die Verständigung mit nicht deutschsprachigen PatientInnen ermöglicht. Zum anderen wollte ich die Sichtweise der ÄrztInnen genauer kennenlernen, um zu sehen, was sie sich von DolmetscherInnen erwarten – Interviews mit ausgewählten ÄrztInnen im Rahmen einer qualitativen Studie erschienen mir dafür eine geeignete Methode zu sein. Da mein besonderes Interesse von Anfang an den Tätigkeiten und Aufgabenbereichen der DolmetscherInnen im Krankenhaus galt, hatte ich auch bald den Schwerpunkt der Masterarbeit definiert: die Untersuchung der Rolle der DolmetscherInnen. Um nicht nur eine einseitige Perspektive zu präsentieren, entschloss ich mich, neben der Sicht der ÄrztInnen auch die Eigenvorstellungen der DolmetscherInnen von ihrer Rolle zu beleuchten und die beiden Rollenwahrnehmungen in weiterer Folge zu vergleichen.

Dabei ging ich ohne Hypothese vor und erwartete vor allem die Forschungsergebnisse der qualitativen Arbeit voller Offenheit und Interesse. Ich hoffe, damit einen interessanten Beitrag zur Thematik „Dolmetschen im Krankenhaus“ zu leisten und dabei auch einige Aspekte zutage zu fördern, die in dieser Form vorher noch nicht existierten.

Danksagung

Während des Schreibens dieser Masterarbeit standen mir zahlreiche Personen zur Seite, bei denen ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken möchte. Zuerst möchte ich Univ.-Prof. Dr. Mira Kadric-Scheiber meinen Dank für die Betreuung der vorliegenden Arbeit aussprechen. Sie unterstützte mich von Anfang an mit hilfreichen Tipps und Anregungen und hatte stets ein offenes Ohr für Fragen aller Art, ließ mir beim Schreiben der Arbeit aber trotzdem die nötigen gestalterischen und inhaltlichen Freiräume.

Besonderer Dank gebührt auch jenen anonym bleibenden vier Ärztinnen bzw. Ärzten und zwei Psychologinnen, die mir in einem Interview ausführlich über ihre Erfahrungen mit DolmetscherInnen berichteten. Ich schätze diese Bereitschaft insofern besonders, weil ich weiß (und bei den Terminvereinbarungen auch deutlich miterleben konnte), wie knapp es um die zeitlichen Ressourcen mancher dieser Personen bestellt ist. In diesem Zusammenhang möchte ich mich auch bei Prim. Dr. Albert Reiter, Dr. Peter Pogady und einmal mehr Univ.-Prof. Dr. Mira Kadric-Scheiber bedanken, die mir die nötigen Verbindungen knüpften, um mit einigen der InterviewpartnerInnen in Kontakt zu kommen.

Auch besonders bedanken möchte ich mich bei meiner Mutter Dr. Elfriede Koller und bei meinem Vater Christian Koller. Sie haben mich, jeder auf seine eigene Weise, nicht nur während des Studiums, sondern während meines gesamten Lebens bei allem voll und ganz unterstützt und mir wenn nötig neue Kraft gegeben. Meinem Freund DI Marvin Schott bin ich sehr dankbar für seine Unterstützung und Motivation weit über das Schreiben dieser Arbeit hinaus. Außerdem möchte ich ihm auch für die Korrektur und Durchsicht dieser Arbeit danken. Meiner guten Freundin und ehemaligen Studienkollegin Maria Joyce Roberts, BA, danke ich für das Korrekturlesen des englischen Abstracts. Allen anderen Personen, die an dieser Stelle nicht namentlich erwähnt werden können, deren Unterstützung mir aber nicht weniger wichtig ist, sei hiermit ebenfalls herzlich gedankt.

Inhaltsverzeichnis

0	Einleitung	5
1	Sprachmitteln in der Institution Krankenhaus	7
1.1	Translationspolitik in österreichischen Krankenhäusern.....	8
1.1.1	Translationspolitische Antworten auf den Kommunikationsbedarf	8
1.1.2	SprachmittlerInnen bei medizinischen Gesprächen	10
1.2	Kommunikation im Krankenhaus	11
1.2.1	Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen	11
1.2.2	Das gedolmetschte medizinische Gespräch	14
1.3	Zusammenfassung.....	17
2	Rollenprofil von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich	19
2.1	DolmetscherInnen als sichtbare Gesprächsbeteiligte	19
2.2	Die Rolle von DolmetscherInnen aus drei Perspektiven.....	22
2.2.1	„Lens of interaction“	22
2.2.2	„Lens of society and the institution“	26
2.2.3	Linguistische Anthropologie oder „lens of discourse“	29
2.3	Zusammenfassung.....	31
3	Rollenvorstellungen der DolmetscherInnen	33
3.1	Rollendilemma.....	34
3.2	Selbstbild der DolmetscherInnen nach Hsieh	37
3.2.1	Conduit	38
3.2.2	Advocate	39
3.2.3	Manager	40
3.2.4	Professional	42
3.2.5	Zusammenfassung	43
3.3	Selbstbild in Metaphern nach Angelelli	45
3.3.1	DetektivInnen	45
3.3.2	Multifunktionsbrücken	46
3.3.3	DiamantenkennerInnen.....	46
3.3.4	GoldgräberInnen.....	47

3.3.5	Zusammenfassung	47
3.4	Schlussfolgerung.....	48
4	Rollenerwartungen und Erfahrungen vonseiten der ÄrztInnen	50
4.1	Zielsetzung und Vorgangsweise bei der Erhebung	50
4.2	InterviewpartnerInnen	52
4.3	Dokumentation und Aufbereitung.....	54
4.4	Auswertung.....	54
4.4.1	Allgemeines	54
4.4.2	Gemittelte Kommunikation.....	56
4.4.3	Positive und negative Erfahrungen	62
4.4.4	Gesprächssituation	69
4.4.5	Anforderungen und Erwartungen	72
4.4.6	Positionierung	76
4.4.7	Aufgabenbereiche	79
4.4.8	Wissen.....	83
4.4.9	Anregungen und Zukunftsperspektiven.....	85
4.5	Schlussfolgerung: Vergleich der Rollenerwartungen	87
5	Schlusswort	93
6	Bibliografie	94
7	Anhang: Interviewleitfaden.....	97
8	Anhang: Interview 1	101
9	Anhang: Interview 2	110
10	Anhang: Interview 3	122
11	Anhang: Interview 4 und 5	129
12	Anhang: Interview 6	137
Abstract.....		145
Abstract (englisch).....		146
Lebenslauf.....		147

0 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Rolle von DolmetscherInnen¹ im medizinischen Bereich. Es soll damit ein Beitrag zum besseren Verständnis dieser Rolle geleistet werden. Die Analyse der Rolle von DolmetscherInnen erfolgt anhand von zwei unterschiedlichen Perspektiven: einerseits dem Selbstbild der DolmetscherInnen, also ihren eigenen Rollenvorstellungen, und andererseits dem Fremdbild der ÄrztInnen, den Rollenerwartungen vonseiten der medizinischen ExpertInnen. Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung der Frage: Inwieweit lassen sich diese beiden Rollenkonzeptionen – Selbstbild und Fremdbild – vereinbaren?

Dafür werden im ersten Kapitel zuerst die Grundlagen für alle weiteren Untersuchungen geschaffen. Es wird beleuchtet, wie und durch wen in Krankenhäusern die Verständigung mit nicht deutschsprachigen PatientInnen ermöglicht wird. Außerdem werden die Charakteristika der Kommunikation im Krankenhaus untersucht, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn gelegt wird. Davon ausgehend werden die Triade, die beim gedolmetschten medizinischen Gespräch entsteht, und die Position, die die sprachmittelnde Person in dieser Konstellation einnimmt, analysiert.

Nachdem damit die Ausgangsbasis für die weitere Arbeit gelegt ist, geht es im zweiten Kapitel um das Rollenprofil von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich. Hier wird untersucht, warum die DolmetscherInnen sichtbare Gesprächsbeteiligte sind und welche Faktoren auf ein gedolmetschtes Gespräch Einfluss haben. Um noch besser zu verstehen, warum DolmetscherInnen auf eine gewisse Art und Weise handeln, wird ihre Rolle von drei unterschiedlichen Ebenen beleuchtet: der Interaktionsebene, der gesellschaftlichen und institutionellen Ebene und der Diskursebene.

¹ In der vorliegenden Arbeit meint die Bezeichnung „DolmetscherIn“ ausschließlich professionelle DolmetscherInnen mit entsprechender Ausbildung. Alle anderen Personen, die die Verständigung zwischen zwei Sprachen ermöglichen, ohne eine Dolmetschausbildung zu haben, werden ausnahmslos als *SprachmittlerInnen* bezeichnet.

Das dritte Kapitel widmet sich schließlich dem Selbstbild der DolmetscherInnen. Dabei geht es zuerst um das Rollendilemma, mit dem sie aufgrund unterschiedlicher Erwartungen und Forderungen der Berufsorganisationen konfrontiert sind. Anhand von zwei ethnografischen Studien werden danach mehrere Rollenbilder und Metaphern vorgestellt, mit denen die Selbstwahrnehmung der DolmetscherInnen beleuchtet werden kann.

Im vierten Kapitel geht es schließlich um die zweite der beiden Perspektiven – das Fremdbild, das medizinische ExpertInnen von der Rolle der DolmetscherInnen haben. Im Rahmen einer qualitativen Studie wurden dafür Interviews mit sechs Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen geführt, um festzustellen, welche Aufgaben sie den DolmetscherInnen zuschreiben und welche indirekten Rollenbeschreibungen sich daraus ergeben. Anhand dieser Forschungsergebnisse wird der Vergleich angestellt, inwieweit sich Selbstbild und Fremdbild vereinbaren lassen.

1 Sprachmitteln in der Institution Krankenhaus

Um die Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich genauer beleuchten und analysieren zu können, muss zunächst näher auf die Besonderheiten der Institution Krankenhaus und auf das Verhältnis der Beteiligten eines medizinischen Gesprächs zueinander eingegangen werden. Dadurch können die Anforderungen an die DolmetscherInnen erkannt werden, die in weiterer Folge für ihre Rolle entscheidend sind. Ziel dieses Kapitels ist es, eine Ausgangsbasis für die folgende Auseinandersetzung mit der Rolle von DolmetscherInnen im Krankenhaus zu schaffen.

Um diese Ausgangsbasis zu schaffen, bedarf es zuerst der Klärung einiger grundlegender Fragen: Wie wird die Verständigung mit fremdsprachigen PatientInnen ermöglicht? Wer ermöglicht die Verständigung? Welche Besonderheiten bringt die Kommunikation im Krankenhaus mit sich? Was macht ein medizinisches Gespräch aus? Und was unterscheidet ein monolinguales von einem gedolmetschten medizinischen Gespräch? Wie positioniert sich die dolmetschende Person in dieser Gesprächskonstellation? Welche Anforderungen ergeben sich daraus für die DolmetscherInnen?

Mit diesen und weiteren Fragen befasst sich der vorliegende Abschnitt. Zuerst wird die Situation in Österreich und anhand von Pöchhackers Studie von 1996 die gängige Praxis in österreichischen Krankenhäusern beschrieben. In diesem Zusammenhang geht es sowohl um von ihm vorgeschlagene Ideallösungen für die Verständigung mit fremdsprachigen PatientInnen, als auch darum, welche Personengruppen bei der täglichen Arbeit im Krankenhaus am häufigsten als SprachmittlerInnen hinzugezogen werden. Darauf aufbauend folgt eine allgemeine Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten der Kommunikation im Krankenhaus: Die Beschreibung, wie die Gesprächsbeteiligten (ÄrztInnen und PatientInnen) zueinander stehen, macht einige Besonderheiten dieses Kommunikationskontexts klar. Schlussendlich werden auch die Charakteristika des gedolmetschten medizinischen Gesprächs näher beleuchtet, um die veränderten Gegebenheiten hervorzuheben und zu zeigen, welche speziellen Anforderungen für die DolmetscherInnen dadurch entstehen.

1.1 Translationspolitik in österreichischen Krankenhäusern

In einer zunehmend globalen Welt, die von Migration geprägt ist und in der daher immer öfter Menschen verschiedenster Herkunft aufeinandertreffen, sind die einzelnen Länder mit der Herausforderung konfrontiert, in öffentlichen Einrichtungen mit Menschen zu kommunizieren, die die Sprache des jeweiligen Landes nicht oder nur unzureichend beherrschen. Pöchhacker (2000: 141) nennt dieses Phänomen einen „intrasoziären Kommunikationsbedarf mit Anderssprachigen“. Er hebt auch hervor, dass dieser Kommunikationsbedarf vor allem im Gesundheitsbereich gegeben ist, in dem wiederum das Krankenhaus die zentrale Einrichtung darstellt.

Die Situation in Österreich – wie überhaupt im deutschsprachigen Raum – wird von Pöchhacker (2000: 147) als geprägt vom „Gastarbeiter“-Konzept“ beschrieben. Viele MigrantInnen bleiben nicht dauerhaft in Österreich, die öffentlichen Einrichtungen brauchen demnach keine dauerhaften Lösungen. Durch unbefristete Niederlassungen und Familiennachzug verändert sich aber die Lage zusehends, sodass die Gesundheitseinrichtungen immer mehr nicht deutschsprachige PatientInnen zu betreuen haben.

Um diese fremdsprachigen PatientInnen adäquat versorgen und behandeln zu können, müssen Wege gefunden werden, um eine Verständigung zu ermöglichen. Das wird umso wichtiger, da PatientInnen einen „grundsätzlichen Anspruch auf umfassende und verständliche Information“ (Pöchhacker 2000: 173) haben und eine ärztliche Aufklärungspflicht besteht. Wie die Krankenhäuser diese Herausforderung bewältigen, hängt maßgeblich von der jeweiligen Migrations- und Integrationspolitik des Landes ab (vgl. Pöchhacker 2000: 141). Die infrage kommenden translationspolitischen Möglichkeiten werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

1.1.1 Translationspolitische Antworten auf den Kommunikationsbedarf

Als Ideallösung nennt Pöchhacker (2000: 142) den Einsatz von zweisprachigem Fachpersonal. In diesem Fall können die ÄrztInnen ihre PatientInnen direkt in der jeweiligen Sprache betreuen. Er fügt allerdings hinzu, dass es hierfür besondere

demografische Voraussetzungen braucht und eine solche Lösung selbst für große Migrantengruppen schwierig sein kann. Zudem liegt das Hauptaugenmerk häufig bei den fachlichen Qualifikationen, Zweisprachigkeit oder Bikulturalität werden nur selten überprüft.

Eine andere Möglichkeit ist laut Pöchhacker (ib.) das Hinzuziehen von geschultem Beratungspersonal, das zusätzlich zu den ÄrztInnen beim Gespräch anwesend ist. Dazu zählt auch die *muttersprachliche Beratung für türkischsprachige Spitalspatientinnen*, ein Wiener Modellversuch, der seit 1989 besteht. Es handelt sich hierbei um türkischstämmige Frauen, die in Wien Medizin studieren und in verschiedenen Krankenhäusern als Sprach- und Kulturmittlerinnen eingesetzt werden. Sie sind an Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. Kinderheilkunde tätig (vgl. Pöchhacker 2000: 147f.).

Um Aufklärung und Information zu gewährleisten, verweist Pöchhacker (2000: 142) auch auf schriftliches Material wie Informationsbroschüren und Formulare in den jeweiligen Fremdsprachen. Er betont aber, dass diese Materialien meist nur als Hilfsmittel angesehen werden und die mündliche Kommunikation mit den PatientInnen nicht ersetzen können. Als weitere Hilfsmittel zählt er mehrsprachige Fragen- und Phrasensammlungen, Symptomdarstellungen durch Bilder (etwa für Gehörlose oder Analphabeten) und automatische Sprachgenerierungen per Computer auf.

Die Kommunikation kann aber auch durch angestellte oder extern angeforderte DolmetscherInnen sowie durch zweisprachiges Krankenhauspersonal oder aber „Freiwillige“ ermöglicht werden, so Pöchhacker (2000: 143) weiter. Wer diese Freiwilligen sind, erläutert er nicht näher, es ist aber anzunehmen, dass er damit jegliche sprachmittelnde Personen meint, die durch die vorher angeführten Gruppen nicht erfasst sind und im jeweiligen Fall die Verständigung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ermöglichen. Um darauf noch näher einzugehen und die aktuelle Situation zu beleuchten, wird anhand einer Studie Pöchhackers im nächsten Kapitel der Frage nachgegangen, wer in medizinischen Gesprächen in Wiener Krankenhäusern die Verständigung ermöglicht.

1.1.2 SprachmittlerInnen bei medizinischen Gesprächen

Im Rahmen seiner Studie im Jahr 1996 untersuchte Pöchhacker (2000: 148–182) unter anderem², wer die Verständigung der ÄrztInnen mit fremdsprachigen PatientInnen ermöglicht. Er befragte dazu mittels Fragebögen KrankenhausmitarbeiterInnen (ÄrztInnen, Schwestern/Pfleger und TherapeutInnen) an zwölf Wiener Krankenhäusern.

Aus der Studie geht klar hervor, dass meist Personen aus dem direkten Umfeld entweder der PatientInnen oder der ÄrztInnen als SprachmittlerInnen hinzugezogen werden. Am häufigsten werden Begleitpersonen der PatientInnen eingesetzt, vor allem Kinder, mit großem Abstand danach Ehegatten oder sonstige Verwandte. Am zweithäufigsten ermöglicht fremdsprachiges Krankenhauspersonal die Verständigung. Hier wiederum handelt es sich meist um Reinigungspersonal und, wenn auch nicht ganz so oft, um Schwestern oder Pfleger. Vergleichsweise selten werden hingegen die bereits erwähnten muttersprachlichen Beraterinnen, die in einigen der an der Studie teilnehmenden Krankenhäusern stationiert sind, sowie extern angeforderte DolmetscherInnen hinzugezogen (vgl. Pöchhacker 2000: 158–163).

Diese Ergebnisse zeigen, dass nur selten professionelle DolmetscherInnen eingesetzt werden. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle, in denen vermittelte Kommunikation nötig ist, wird von nicht ausgebildeten Personen ad hoc gedolmetscht. Insbesondere den Einsatz von Kindern stellt Pöchhacker (2000: 175f.) als kritisch dar, da medizinische Gespräche für diese inhaltlich und in ihrer Form kaum erfassbar sind und die Erfahrungen und sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten von Kindern zudem gänzlich anders sind.

Problematisch ist laut Pöchhacker (2000: 176) auch die Vermittlung durch Begleitpersonen der PatientInnen, da sie medizinische Fachausdrücke meist nur mangelhaft verstehen oder beherrschen. In seiner Studie fand er zudem heraus, dass sich in diesen Fällen die Länge der Aussage und der Dolmetschung meist deutlich unterscheidet und dass Gespräche zwischen den Begleitpersonen und den

² Weitere Bereiche, die Pöchhacker untersuchte, bleiben hier unerwähnt, da sie für das Thema der vorliegenden Arbeit nicht relevant sind.

PatientInnen für die ÄrztInnen oftmals nicht in die jeweils andere Sprache übertragen werden.

Aus diesen Ausführungen wird klar, dass die Krankenhäuser ihrer Informations- und Aufklärungspflicht gegenüber nicht deutschsprachigen PatientInnen auf unterschiedliche Art und Weise nachkommen. Besonders weit verbreitet ist dabei die Beziehung von nicht professionellen SprachmittlerInnen wie Begleitpersonen der PatientInnen oder mehrsprachigem Krankenhauspersonal.

Nach diesem Überblick über die bestehenden Praktiken in einigen Wiener Krankenhäusern und darüber, wer eigentlich in der Mehrheit der Fälle die Verständigung mit nicht deutschsprachigen PatientInnen ermöglicht, soll im nächsten Kapitel näher auf die Charakteristika der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen eingegangen werden. Außerdem wird davon ausgehend beleuchtet, was sich beim gedolmetschten medizinischen Gespräch verändert und welche speziellen Anforderungen das für die dolmetschende Person mit sich bringt.

1.2 Kommunikation im Krankenhaus

Die Kommunikation in der Institution Krankenhaus wird, so Pöchhacker (2000: 184), durch gewisse Hierarchien und kommunikative Bedingungen beeinflusst. Einen wesentlichen Bestandteil dieser institutionellen Kommunikation stellt das Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen dar, weshalb im Folgenden auch näher auf dessen Charakteristika eingegangen werden soll. Es wird den Fragen nachgegangen, wie ÄrztInnen und PatientInnen zueinander stehen, welche besondere Situation sich dadurch ergibt und wie damit umzugehen ist. In weiterer Folge wird untersucht, welchen Platz die dolmetschende Person in dieser Konstellation einnimmt und welche Auswirkungen das auf die Kommunikation im Krankenhaus hat.

1.2.1 Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen

Bevor näher auf das gedolmetschte medizinische Gespräch eingegangen wird, bedarf es einiger grundlegender Klärungen: Welche gegebenen Voraussetzungen gel-

ten bei einem Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn? Wie stehen sie zueinander? Was bedeutet das für die Interaktion? Und wie kann erfolgreich kommuniziert werden?

Davidson (2001: 171), der sich im Rahmen seiner Arbeit zur Rolle von KrankenhausdolmetscherInnen auch mit dem Umfeld des medizinischen Gesprächs beschäftigt, bezeichnet bereits ein monolinguales medizinisches Gespräch als kulturübergreifend, da die *voice of medicine* der ÄrztInnen dabei der *voice of the lifeworld³* der PatientInnen gegenübersteht. Dazu kommt noch die Asymmetrie, die zwischen den Gesprächsbeteiligten in Bezug auf das relative Machtverhältnis besteht. ÄrztInnen untersuchen (und befragen) PatientInnen, um eine Diagnose stellen zu können. Damit befinden sie sich in einer höheren (bzw. mächtigeren) Position als die PatientInnen.

Dieses Machtgefälle beschreibt auch Allaoui (2005: 13f.), die ebenfalls unter anderem das Umfeld des – wie sie es nennt – medizinisch-sozialen Dolmetschens behandelt. Sie erklärt, dass das monolinguale medizinische Gespräch vor dem Hintergrund einer sozialen asymmetrischen Beziehung stattfindet. Auch Wissenshintergründe sowie soziale Rollen und Funktionen der Gesprächsbeteiligten unterscheiden sich grundlegend. Die ÄrztInnen – als ExpertInnen auf dem Gebiet der Medizin – steuern das medizinische Gespräch und stellen den PatientInnen Fragen, um zu einer Diagnose zu kommen. Die PatientInnen – in der Regel medizinische Laien – beantworten diese Fragen und beschreiben ihre Beschwerden, wobei sie das sprachlich unterschiedlich tun, abhängig von ihrer sozialen Schicht.

Angehörige der Mittelschicht, so Allaoui (2005: 14), beschreiben ihre Beschwerden in einer „medizinnahen“ Sprache, sie verfügen über ein „endogenes“ Krankheitsverständnis. Angehörige niedrigerer sozialer Schichten hingegen drücken sich „medizinfen“ aus, ihr Krankheitsverständnis ist „exogen“. Das Handeln und Verhalten der PatientInnen ist von diesen sozioökonomischen Verhältnissen abhängig. Zudem wirkt sich laut Allaoui (ib.) aber auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Para-, Dia- oder Idiokultur darauf aus.

³ Diese beiden Begriffe prägte Mishler (1984), sie werden von zahlreichen AutorInnen zur Beschreibung der unterschiedlichen Wissenshintergründe von ÄrztInnen und PatientInnen herangezogen.

Wie aus den Ausführungen dieser AutorInnen klar hervorgeht, treffen bei monolingualen medizinischen Gesprächen also AkteurInnen mit den unterschiedlichsten Hintergründen zusammen: Sie kommen meist aus einem gänzlich anderen sozialen Umfeld und verfügen über unterschiedliches (fachliches beziehungsweise medizinisches) Wissen, was zu einer asymmetrischen Machtverteilung führt. Angelelli (2004a: 86) verweist außerdem noch auf einen anderen Aspekt: Die Beteiligten eines Gesprächs haben zusätzlich unterschiedliche Ziele und Erwartungen. Die PatientInnen brauchen, wenn sie die ÄrztInnen aufsuchen, medizinische Hilfe; deshalb erwarten sie, dass ihnen zugehört wird. Die ÄrztInnen hingegen haben das Ziel, den PatientInnen ihr fachliches Wissen zur Verfügung zu stellen. Um eine Diagnose erstellen zu können und Behandlungsmöglichkeiten zu finden, erwarten sie, die nötigen Informationen von den PatientInnen zu bekommen.

All diese genannten Faktoren machen die Spezifität der Kommunikation im Krankenhaus aus, tragen aber gleichzeitig zur Komplexität eines medizinischen Gesprächs bei und können zu Kommunikationsschwierigkeiten führen. Da es aber – wie in jedem Gespräch – darum geht, gegenseitiges Verständnis zu erzielen, muss man noch einen Schritt weiter gehen und fragen: Wie kann im monolingualen medizinischen Gespräch das gegenseitige Verstehen trotz der bestehenden Unterschiede erreicht werden? Was ist dafür entscheidend?

Angelelli (2004a: 15f.) verweist hierfür auf die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn. Es ist dabei wichtig, zwischen den Begriffen *Interaktion* und *Beziehung* zu unterscheiden, da *Interaktion* ein beobachtbares Verhalten bezeichnet, eine *Beziehung* hingegen auch subjektive Werte wie Mitgefühl, Sorge oder Respekt umfasst. Die Beziehung ist das wichtigste Element in einem medizinischen Gespräch, welches dadurch zu einer „therapeutischen Allianz“ (ib.) wird, durch die Arzt/Ärztin und PatientIn gemeinsam gegen eine Krankheit vorgehen. Die PatientInnen bekommen so mehr Autonomie und können dadurch Entscheidungen informiert treffen. Eine empathische Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn führt bei den PatientInnen, so Angelelli (2004a: 16), zu größerer Zufriedenheit, weniger Sorgen über die Krankheit, weniger Überweisungen zu anderen ÄrztInnen und zur Einhaltung der Behandlung.

Ein beziehungsbasierter Gespräch ist weniger ein biomedizinisches als ein biopsychosoziales Paradigma, wie Angelelli (2004a: 16f.) in Anlehnung an Roter (2002) erklärt. Es geht um *patient-centered medicine*; die ÄrztInnen versuchen hierbei, die Symptome der PatientInnen zu verstehen und es ihnen gleichzeitig zu erleichtern, über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen. Somit fühlen sich die PatientInnen verstanden und als Menschen wahrgenommen.

Roter (2002: 391) verweist jedoch darauf, dass der Begriff *patient-centered medicine* die Wechselseitigkeit der Beziehung nicht genügend zum Ausdruck bringt. Der Begriff *relationship-centered medicine* hingegen bezieht auch die eigentliche Grundlage des Gesprächs mit ein: die Integration und Synthese der jeweiligen Perspektiven der ÄrztInnen und PatientInnen. Dieser Ansatz ermöglicht den ÄrztInnen, ihre PatientInnen unabhängig von Ethnie, Geschlecht, kulturellem Hintergrund oder deren Lebenserfahrung zu verstehen. Er ist, so Roter (2002: 392), der Rahmen für eine kultursensible medizinische Versorgung.

Nun stellt sich aber die Frage, inwieweit die Verfolgung eines beziehungsorientierten Ansatzes und der Aufbau einer Beziehung auch über eine dolmetschende Person möglich sind. Darum soll es im nächsten Kapitel gehen. Außerdem sollen die Besonderheiten eines gedolmetschten medizinischen Gesprächs herausgearbeitet werden, um die besonderen Anforderungen, mit denen DolmetscherInnen im medizinischen Bereich konfrontiert sind, näher zu beleuchten.

1.2.2 Das gedolmetschte medizinische Gespräch

Dass die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen – wie jede Art von Kommunikation überhaupt – eine komplexe Angelegenheit ist, hat das vorhergehende Kapitel bereits gezeigt. Im gedolmetschten medizinischen Gespräch kommt noch eine zusätzliche Herausforderung hinzu; um es in anderen Worten auszudrücken: „[I]t is far more complicated when the basic rules that govern communication are uncertain or unclear.“ (Roter 2002: 390) Das ist laut Roter (ib.) vor allem dann der Fall, wenn die RednerInnen nicht dieselbe Sprache sprechen oder die PatientInnen aufgrund von „limited literacy“, also aufgrund von eingeschränkten Le-

se- und Schreib- und somit sprachlichen Fähigkeiten, Schwierigkeiten haben, die ÄrztInnen zu verstehen beziehungsweise sich selbst verständlich zu machen.

Zusätzlich zu den im vorigen Kapitel beschriebenen sozialen und wissensbezogenen Unterschieden sowie den verschiedenen Erwartungshaltungen findet ein gedolmetschtes medizinisches Gespräch auch noch über unterschiedliche Sprachen und Kulturen hinweg statt. Das kann eine Reihe von Auswirkungen auf die Verständigung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen haben.

Wie das vorhergehende Kapitel schon gezeigt hat, ist die Qualität der Beziehung der Gesprächsbeteiligten zueinander ein entscheidender Faktor für den Erfolg des Gesprächs. Durch sprachliche und kulturelle Barrieren, so schreibt Angelelli (2004a: 19f.), kann der Aufbau einer solchen Beziehung behindert werden, was wiederum Diagnosestellung, Behandlung und Genesung der fremdsprachigen PatientInnen beeinflusst. Sprachprobleme können also den Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung erschweren oder gar verhindern. Um erfolgreiche Kommunikation und eine Verständigung mit nicht deutschsprachigen PatientInnen zu ermöglichen, kommt als VermittlerIn die dolmetschende Person zum Einsatz, was zu einer besonderen Gesprächskonstellation führt.

Wadensjö (1992: 64f.) bezeichnet ein gedolmetschtes Gespräch – da es innerhalb einer Einrichtung, zum Beispiel im Krankenhaus, stattfindet und damit gewissen Einschränkungen unterliegt – als ein „situiertes Tätigkeitssystem“, welches durch die Kopräsenz von mindestens drei Personen geprägt ist. Einerseits stehen sich die beiden, wie Wadensjö sie nennt, *primary parties* (die primären Gesprächsbeteiligten) gegenüber, Arzt/Ärztin und PatientIn, welche großen Teilen der Interaktion gegenüber „taub und blind“ (Wadensjö 1998: 148) sind. Auf der anderen Seite ist die sprachmittelnde Person anwesend, die als einzige alles versteht, was von den beiden *primary parties* gesagt wird. Sie hat somit eine in dieser Konstellation exklusive Sprecher- und Hörerrolle inne und ist der Lage, eine Verbindung zwischen den *primary parties* „herstellen, fördern und kontrollieren“ (ib.) zu können. Die dolmetschende Person befindet sich daher in einer „potentially [...] powerful middle position“ (Wadensjö 2002: 368).

Vor allem dem Aspekt der Kontrolle kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu. In ihren Arbeiten 1992, 1998 und 2002 beschreibt Wadensjö ganz allgemein

die zwei Hauptaufgaben von GesprächsdolmetscherInnen: *relaying* und *coordinating*. Einerseits müssen DolmetscherInnen das Gesagte in die jeweils andere Sprache übertragen; dabei, so Wadensjö (2002: 357f.), geht es aber nicht nur um den Inhalt, sondern auch auf nonverbaler Ebene um die kommunikative Funktion des Gesagten. Andererseits liegt es – vor allem aufgrund der Tatsache, dass nur sie beide Gesprächsbeteiligte verstehen – auch an den DolmetscherInnen, den Gesprächsverlauf implizit oder explizit zu koordinieren. Diese beiden Aspekte sind untrennbar und komplex miteinander verbunden (vgl. Wadensjö 2002: 367).

Auch Angelelli (2004a: 23) vertritt die Ansicht, dass die DolmetscherInnen diese beiden Aufgaben wahrnehmen sollten: Idealerweise vermitteln sie Informationen vollständig und präzise und steuern gleichzeitig den Kommunikationsfluss beim Gespräch. Eine erfolgreiche Dolmetschätigkeit verbessert das Verständnis und das Vertrauen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, letztere weisen einen höheren Zufriedenheitsgrad auf. Der Informationsaustausch wird erleichtert, was wiederum positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der PatientInnen hat.

Allerdings können durch den Einsatz von DolmetscherInnen auch Probleme entstehen. Angelelli (2004a: 24f.) bezeichnet die Kommunikation durch DolmetscherInnen als zweischneidiges Schwert und beschreibt auch die negativen Seiten, die diese gemittelte Kommunikation haben kann. Durch die dolmetschende Person kommt es zu weniger direkter verbaler Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, was auch auf der nonverbalen Ebene spürbar ist. Das Gespräch wird daher unpersönlicher, es besteht eine schwächere Verbindung zwischen den primären Gesprächsbeteiligten. Außerdem kann die Anwesenheit einer dritten Person die Beziehung negativ beeinflussen, da zwischen ÄrztInnen und PatientInnen dann weniger Privatsphäre und Intimität herrscht. Die Ergebnisse einer Studie von Baker et al., die Angelelli (ib.) zusammenfasst, zeigen, dass PatientInnen, die eine dolmetschende Person benötigten, die ÄrztInnen als weniger freundlich und respektvoll einstuften und weniger das Gefühl hatten, die ÄrztInnen würden ihr Wohlbefinden verbessern. Wenn die Beteiligten falsch über die dolmetschende Person kommunizieren, kann das den Aufbau einer Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen be- oder verhindern (vgl. Angelelli 2004a: 25).

Aus diesen Beschreibungen wird ersichtlich, dass die DolmetscherInnen gewissermaßen für Erfolg oder Scheitern der Kommunikation verantwortlich sind. Dabei hängt es maßgeblich davon ab, für welche Aufgaben und Rollen sie sich entscheiden. In jedem Fall sind DolmetscherInnen mit speziellen Anforderungen konfrontiert, um ihre Tätigkeit beim medizinischen Gespräch erfolgreich ausüben zu können. Auch wenn an dieser Stelle noch gar nicht über die eigentliche Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich diskutiert wurde, kann man aufgrund der bisherigen Erkenntnisse sagen, dass die Rolle anspruchsvoll und vielfältig ist und von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird.

1.3 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden in mehrerlei Hinsicht die Grundlagen für die folgende Auseinandersetzung mit der Rolle der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich gelegt. Einerseits ging es um die Praxis des Umgangs mit fremdsprachigen PatientInnen in österreichischen Krankenhäusern und die Bewältigung von sprachbedingten Kommunikationsschwierigkeiten. Dass es einen ständig wachsenden Bedarf der Versorgung von nicht deutschsprachigen PatientInnen gibt, ist dabei unumstritten. Die Gründe hierfür liegen vor allem in der vermehrten Zuwanderung der letzten Jahre.

Andererseits wurde festgestellt, dass die Krankenhäuser in der Regel von den ebenfalls in diesem Kapitel vorgestellten Ideallösungen der Verständigung mit anderssprachigen PatientInnen weit entfernt sind. Anstatt geschulte VermittlerInnen einzusetzen, wird in der Regel auf Angehörige der PatientInnen oder zweisprachiges Krankenhauspersonal zurückgegriffen. Dass das für die Kommunikation mehr oder weniger problematisch ist, wurde ebenfalls kurz diskutiert.

In weiterer Folge ging es um die institutionellen Gegebenheiten in Krankenhäusern und ihren Einfluss auf monolinguale medizinische Gespräche. Es wurde hierfür näher auf die Aspekte der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen eingegangen und klar gemacht, dass solche Gespräche hochkomplex sind und von zahlreichen Faktoren beeinflusst werden. Die Unterschiede der beteiligten Personen auf den verschiedensten Ebenen wurden genauer erläutert, um zu

zeigen, wie vielfältig die Faktoren sind, die zum Gelingen eines solchen Gesprächs beitragen.

Das Kapitel hat auch gezeigt, dass die Komplexität bei gedolmetschten medizinischen Gesprächen noch um eine Ebene erweitert wird. Es wurde klar, dass die sprachlichen und kulturellen Unterschiede noch eine zusätzliche Herausforderung darstellen, die es zu überwinden gilt. Zentral dafür ist die dolmetschende Person, die als einzige in der Lage ist, beide Gesprächsbeteiligten zu verstehen. Auf sie wirken zahlreiche Faktoren ein, die ihre Rollenentscheidungen bewusst oder unbewusst beeinflussen. Welche Faktoren das im Konkreten sind und wie sich das auf das Verhalten der DolmetscherInnen auswirkt, ist Gegenstand des nächsten Kapitels.

2 Rollenprofil von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich

Nachdem nun die Translationspolitik in österreichischen Krankenhäusern untersucht wurde und die Charakteristika sowohl monolingualer als auch gedolmetschter medizinischer Gespräche hervorgehoben wurden, soll nun darauf eingegangen werden, welche Aspekte das Handeln und Verhalten von DolmetscherInnen in medizinischen Gesprächen beeinflussen und steuern. Zuerst wird anhand von Angelellis *Visible Interpreter Model* (2004a, 2004b) untersucht, warum DolmetscherInnen sichtbare Gesprächsbeteiligte sind und welche Faktoren auf ein gedolmetschtes Gespräch Einfluss haben. Davon ausgehend wird die Rolle von DolmetscherInnen ebenfalls nach Angelelli aus drei unterschiedlichen Perspektiven – der Interaktionsebene, der gesellschaftlichen und institutionellen Ebene und der Diskursebene – beleuchtet, um ein besseres Verständnis der Rolle zu ermöglichen.

2.1 DolmetscherInnen als sichtbare Gesprächsbeteiligte

Das vorhergehende Kapitel hat sich eingehend mit den Besonderheiten des gedolmetschten medizinischen Gesprächs auseinandergesetzt. Dass deswegen bestimmte Anforderungen für die DolmetscherInnen entstehen, wurde daraus klar ersichtlich. Unabhängig von der jeweiligen Rolle, die sie beim medizinischen Gespräch wahrnehmen, sind DolmetscherInnen, wie Angelelli (2004a: 7) schreibt, unerlässlich für die Kommunikation.

Angelelli (2004a: 7–9) vertritt die Ansicht, dass das Handeln – und in weiterer Folge die Rolle – der DolmetscherInnen im medizinischen Gespräch nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern immer in einen größeren Zusammenhang gesetzt werden muss. Sie geht davon aus, dass in jeder Gesprächssituation Interaktionen zwischen der dolmetschenden Person und den GesprächspartnerInnen sowie zwischen den einzelnen GesprächspartnerInnen stattfinden. Zudem kann ein gedolmetschtes medizinisches Gespräch nicht in einem sozialen Vakuum stattfinden, da auch die sozialen Faktoren mit einbezogen werden müssen, die auf ein solches Gespräch einwirken.

Diese Zusammenhänge und gegenseitigen Einflüsse veranschaulicht Angelelli (2004a: 9–11, 2004b: 29f.) mit ihrem *Visible Interpreter Model* (siehe Abb.), mit dem sie die Einbettung eines gedolmetschten Gesprächs in einen sozialen und institutionellen Kontext beschreibt. In dem Modell wird das gedolmetschte Gespräch mit den GesprächsteilnehmerInnen A und B sowie der dolmetschenden Person dargestellt, welches innerhalb einer Institution stattfindet. Diese Institution ist wiederum Teil einer Gesellschaft. Folglich wird das Gespräch einerseits durch die Institution (in diesem Fall das Krankenhaus) und andererseits durch die Gesellschaft, in der sich das Krankenhaus befindet, beeinflusst und „eingeschränkt“.

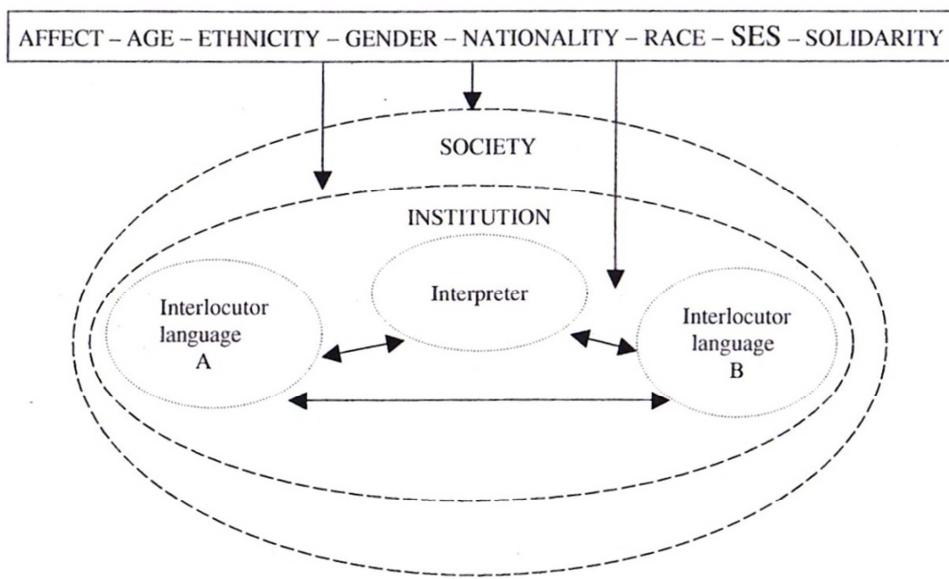


Abb.: Angelellis *Visible Interpreter Model* (2004a: 10)

Zusätzlich zeigt Angelellis Modell soziale Faktoren, unter anderen Alter, Ethnie, Geschlecht, Nationalität, Solidarität oder sozioökonomischer Status, die jede der Ebenen (Interaktions-, Institutions- und Gesellschaftsebene) mehr oder weniger stark beeinflussen. Zudem sind auch die GesprächsteilnehmerInnen und die dolmetschende Person diesen Faktoren ausgesetzt. Das bedeutet, dass sie ihr Selbst und damit ihre Werte und Normen mit in das Gespräch einbringen. Im Gespräch kommt es daher zu einem Zusammenspiel zahlreicher Faktoren vonseiten

jedes Gesprächsbeteiligten. Aufgrund dieser Faktoren, so Angelelli (2004b: 30), ist es für die Beteiligten des Gesprächs praktisch unmöglich, nicht sichtbar zu sein.

Das *Visible Interpreter Model* veranschaulicht deutlich, wie hochkomplex die Situation im gedolmetschten medizinischen Gespräch aufgrund der verschiedenen Einflüsse ist. Da auch die DolmetscherInnen sich vor dem Einwirken aller dieser Faktoren nicht verschließen können, werden sie im Gespräch, wie Angelelli (2004a: 9f.) schreibt, zu sichtbaren Gesprächsbeteiligten, die aktiv und bewusst handeln; darüber hinaus besitzen sie auch eine gewisse Macht. Diese Aspekte führen dazu, dass die DolmetscherInnen den Ausgang des Gesprächs beeinflussen können.

Die DolmetscherInnen handeln laut Angelelli (2004a: 11) nicht nur auf rein sprachlicher, sondern auch auf einer Vielzahl von anderen Ebenen. Dazu gehört es unter anderem, kulturelle Unterschiede zu vermitteln, auf sprachliche Barrieren hinzuweisen, Nuancen zum Ausdruck zu bringen, Vertrauen zwischen allen Beteiligten aufzubauen, gegenseitigen Respekt zu fördern und die Informationen im Gespräch zu verwalten. Jede dieser Tätigkeiten trägt dazu bei, die DolmetscherInnen sichtbarer zu machen.

Mit dem *Visible Interpreter Model* wurde in diesem Abschnitt gezeigt, welche Faktoren auf den unterschiedlichsten Ebenen auf ein gedolmetschtes Gespräch einwirken. Einerseits haben die Normen der Gesellschaft im Ganzen sowie des Krankenhauses als Institution einen bedeutenden Einfluss. Andererseits beeinflussen sich die einzelnen Gesprächsbeteiligten, die dolmetschende Person eingeschlossen, auch gegenseitig. Zusätzlich gibt es noch eine Vielzahl an sozialen Faktoren, die sowohl auf die Interaktions- als auch auf die Institutions- und Gesellschaftsebenen Auswirkungen haben. Durch das Zusammenwirken dieser Normen und Faktoren ergibt sich eine komplexe Gesprächssituation, in der keine/r der Beteiligten neutral und unsichtbar sein kann.

Im folgenden Abschnitt soll auf diesen Erkenntnissen aufgebaut werden, indem die verschiedenen Ebenen eingehender untersucht werden. Mithilfe von gesellschaftlichen und soziologischen Theorien werden die Einflüsse auf das Verhalten von Menschen auf der Interaktions- sowie der Institutions- und Gesellschaftsebene betrachtet. Außerdem wird durch Ansätze der linguistischen Anthropologie

die Diskursebene näher beleuchtet. Dabei wird immer auch ein Zusammenhang zur Rolle der DolmetscherInnen hergestellt, um zu sehen, wie diese Theorien ihr Handeln und Verhalten erklären können.

2.2 Die Rolle von DolmetscherInnen aus drei Perspektiven

Das *Visible Interpreter Model* von Angelelli hat gezeigt, dass DolmetscherInnen aktive und sichtbare Gesprächsbeteiligte sind. Nun stellt sich jedoch die Frage, warum sie so handeln und warum sie sich für gewisse Vorgehensweisen bei ihrer Dolmetschertätigkeit entscheiden. Darauf sollen in diesem Kapitel Antworten gefunden werden.

Angelelli (2004a, 2004b) beleuchtet die Rolle der DolmetscherInnen auf drei verschiedenen Ebenen: der Interaktionsebene („lens of interaction“), der gesellschaftlichen und institutionellen Ebene („lens of society and the institution“) und der Diskursebene („lens of discourse“). Dabei greift sie auf zahlreiche Theorien der Soziologie und der Sozialwissenschaft und auf Ansätze der linguistischen Anthropologie zurück. Im Folgenden sollen diese Theorien und Ansätze zusammengefasst und in Bezug zum gedolmetschten medizinischen Gespräch gesetzt werden, um die Rolle der DolmetscherInnen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten und besser verstehen zu können.

2.2.1 „Lens of interaction“

Zuerst soll die Rolle der DolmetscherInnen auf der Interaktionsebene beleuchtet und die zwischenmenschlichen Beziehungen analysiert werden. Angelelli (2004a: 31ff.) bedient sich hierfür Theorien der Sozialpsychologie, denen zufolge Menschen in zweierlei Hinsicht voneinander abhängig sind: Bei ihrem Aufeinandertreffen wollen sie einerseits ein Ziel erreichen (sie sind „effect dependent“), also kommunizieren. Andererseits wollen sie beim Gespräch Informationen sammeln („information dependent“). Ein gedolmetschtes medizinisches Gespräch hat das Ziel, den PatientInnen zu helfen und ihr Wohlergehen sicherzustellen. Um das

zu erreichen, müssen die ÄrztInnen mit den PatientInnen kommunizieren und die notwendigen Informationen bekommen.

Mit dem Modell der Eindrucksbildung von Brewer beschreibt Angelelli (2004b: 32), dass Menschen beim ersten Aufeinandertreffen immer zuerst das *Selbst* und das *Andere* definieren, bevor sie kommunizieren und Informationen erlangen können. Da beim Aufeinandertreffen sehr viele Informationen gleichzeitig vorhanden sind, müssen die Gesprächsbeteiligten selektiv vorgehen. Jede Person hat dabei ein eigenes Kategoriensystem, das durch kulturelle, soziale, ethnische und geschlechtsspezifische Hintergründe entstanden ist. Das bedeutet, dass Menschen niemals etwas direkt oder vollständig wahrnehmen, sondern die Wahrnehmung der Welt durch dieses Kategoriensystem, die persönliche Perspektive geschieht. Besonders bedeutsam ist das bei der Bedeutungskonstruktion von Aussagen; hier muss man sich bewusst sein, dass es möglicherweise mehrere Sichtweisen gibt und nicht nur eine Bedeutung existiert. Angelelli (ib.) betont, dass sich auch DolmetscherInnen beim ersten Zusammentreffen einen Eindruck über ihre Gegenüber verschaffen. Wie alle Menschen sind sie gegenüber dieser Kategorisierung nicht immun.

Bei der Kategorisierung, die Brewer als Eindrucksbildung bezeichnet, müssen die Menschen laut Angelelli (2004b: 32f.) ein Gleichgewicht zwischen Einfachheit, Genauigkeit und Selbstwert schaffen. Zuallererst muss die Eindrucksbildung einfach erfolgen, da die Menschen in der Regel sofort kategorisieren wollen. Zudem müssen die Informationen genau sein, damit niemand falsch kategorisiert wird. Kommt es dennoch zu einer falschen Kategorisierung und widersetzt sich die Person dieser Kategorisierung, schafft das einen Konflikt. Hierzu spezifiziert Angelelli (2004b: 33), dass sich nur Personen mit größerer Macht oder höherem Status einer Kategorisierung widersetzen können. Die wohl wichtigste Komponente der Interaktion ist jedoch der Erhalt des Selbstwerts, dessen Stellung im Prozess der Eindrucksbildung höher ist als jene der Einfachheit und der Genauigkeit. Das *Selbst* hat im Prozess der Eindrucksbildung Priorität gegenüber den anderen Gesprächsbeteiligten.

Wie weit dieser Kategorisierungsprozess jeweils geht, hängt laut Angelelli (ib.) vom Grad der Involvierung der Beteiligten ab. So wird etwa die Kategorisie-

rung genauer bzw. ausführlicher ausfallen, wenn DolmetscherInnen im Krankenhaus wissen, dass sie in Zukunft öfter für gewisse ÄrztInnen oder PatientInnen dolmetschen werden.

Ist die Kategorisierung erfolgt, kommt es zur Interaktion. Angelelli (2004b: 33f.) beschreibt hierfür Festingers Theorie des sozialen Vergleichs: Um die Realität zu erfassen, vergleichen sich Menschen mit anderen und deren Auffassungen der Realität. Hierfür sind *socially oriented peers* (Menschen, die sich in einer ähnlichen sozialen Lage befinden) besonders interessant. Das birgt für die DolmetscherInnen allerdings Schwierigkeiten, da sie, wie bereits ausführlich beschrieben wurde, vor allem im medizinischen Bereich oft mit GesprächspartnerInnen zu tun haben, die gänzlich unterschiedliche soziale Positionen haben. Angelelli (2004b: 34) argumentiert, dass die DolmetscherInnen sich in solchen Fällen mehr mit einem der beiden Gesprächsbeteiligten identifizieren werden; es ist kaum möglich, sich mit beiden gleich stark zu identifizieren.

Informationen im Zuge einer Interaktion von *socially oriented peers* zu erhalten hat einen wichtigen sozialen Stellenwert, wie Angelelli (ib.) betont. Das bedeutet auch, dass dieses Vorgehen für SprecherInnen von Minderheitensprachen besonders bedeutsam ist, da sie von den DolmetscherInnen abhängig sind, wenn sie die Realität erfassen wollen. Angelelli (ib.) sieht darin den Grund für die Selbstbeschreibung von DolmetscherInnen beispielsweise als „Brücken“ oder „Helfer“.

Das Selbst ist in einer Interaktion stark von den sozialen Beziehungen abhängig; es ist für die Menschen schwer, sich diesen Einflüssen zu entziehen. Das bedeutet aber nicht, dass das Selbst allein nicht handlungsfähig ist. Vielmehr werden Macht und Handlungsfähigkeit vom Selbst in Relation zu Macht und Status der anderen definiert. Die Macht und Handlungsfähigkeit vom Selbst sind verantwortlich für die Kontrolle, die es über andere ausüben kann (vgl. Angelelli 2004b: 34).

Mit der Attributionstheorie von Fiske und Taylor zeigt Angelelli (2004b: 34f.), wie Menschen auf ein (für sie) ungewöhnliches Verhalten ihrer GesprächspartnerInnen reagieren: Sie suchen nach den Gründen für das Verhalten und schreiben dieser Person in der Folge gewisse Eigenschaften zu, was nicht unvoreingenommen geschieht. Das trifft auch auf DolmetscherInnen zu, wenn sie ein gewisses Verhalten bei ÄrztInnen oder PatientInnen beobachten.

Solche Zuschreibungen führen zu Emotionen, die nur schwer kontrollierbar sind und das Handeln von Personen beeinflussen. Sie wirken sich in weiterer Folge – neben zahlreichen anderen sozialen Faktoren wie Wahrnehmungen oder Gefühlen – auf die Interaktion aus. Den größten Einfluss, so Angelelli (2004b: 35) hat jedoch der Status. Das Selbst respektiert die anderen, da diese über Wissen oder Informationen verfügen, die für das Selbst und die Gruppe nützlich sind; dadurch kommt es innerhalb der Gruppe zu Unterordnungen und Statuserhöhungen. Dabei verfügt jeder der Gesprächsbeteiligten über unterschiedliches Wissen: ÄrztInnen über medizinisches Fachwissen, DolmetscherInnen über die Sprachkenntnisse, und die PatientInnen können als einzige ihre Krankheit beschreiben. Indem das Selbst die anderen respektiert, tragen die anderen zum Erreichen des gemeinsamen Ziels bei.

Diese Theorien machen klar, dass Menschen vor und im Verlauf von einem Gespräch ihr Umfeld und ihre GesprächspartnerInnen aktiv wahrnehmen und entsprechend darauf reagieren. Ihr Handeln wird somit von Wahrnehmungen und daraus entstehenden Emotionen beeinflusst. Auch Status und soziale Abhängigkeiten spielen für das Verhalten bei einem Gespräch eine wichtige Rolle. Naturgemäß trifft all das auch auf DolmetscherInnen zu, die in dieser Konstellation aus mehreren Gründen eine besondere Position einnehmen.

Zuallererst sind die Gesprächsbeteiligten in mehrererlei Hinsicht von den DolmetscherInnen abhängig. Da bei einem Gespräch im Normalfall zwei Ziele verfolgt werden, nämlich einerseits Kommunikation sicherzustellen und andererseits Informationen zu erlangen, sind ÄrztInnen im Falle fremdsprachiger PatientInnen auf die DolmetscherInnen angewiesen und umgekehrt. Da die dolmetschende Person als einzige beide Sprachen spricht und beide Kulturen versteht, hat sie im Gespräch einen besonderen und einzigartigen Status.

Die Rolle der DolmetscherInnen wird des Weiteren dadurch beeinflusst, dass sie zu Beginn eines Gesprächs ihre Gegenüber in ein Kategorienschema einordnen, um sie besser einschätzen zu können. Dadurch und auch durch beobachtetes Verhalten bilden sie sich Eindrücke, die zu gewissen Emotionen führen können und in weiterer Folge das Verhalten der DolmetscherInnen steuern. Außerdem spielen auch die sozialen Beziehungen zu den einzelnen Gesprächsbeteiligten eine

Rolle: Meistens wird sich die dolmetschende Person, zum Beispiel aufgrund des sozialen Hintergrunds, mehr mit einem/einer der beiden Gesprächsbeteiligten identifizieren können, was wiederum Auswirkungen auf das Verhalten und Handeln der DolmetscherInnen hat.

Nachdem nun analysiert wurde, welche Faktoren auf der Interaktionsebene auf ein Gespräch einwirken und wie das das Verhalten der DolmetscherInnen beeinflusst, geht es im folgenden Abschnitt um all jene Einflüsse, die durch die Institution und die Gesellschaft im Allgemeinen entstehen.

2.2.2 „Lens of society and the institution“

Die gesellschaftliche und institutionelle Ebene kann mithilfe von Ansätzen aus der Sozialwissenschaft beleuchtet werden. Für die Analyse der Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich ist diese Ebene insofern relevant, da alle Gespräche – und somit auch gedolmetschte Gespräche – situative Ereignisse sind und als solche niemals isoliert von Gesellschaft und Institution betrachtet werden können (vgl. Angelelli 2004a: 27).

In Anlehnung an Bourdieus Theorie der Praxis beschreibt Angelelli (2004b: 36f.), dass jede Interaktion von „objektiven Strukturen“ abhängt, durch die sie geformt wird. Diese Strukturen schaffen gewisse Dispositionen der Gesprächsbeteiligten und positionieren sie innerhalb der Interaktion. Beziehungen bestehen niemals nur auf der Ebene der Individuen, sind niemals autark. Interaktionen können daher nicht durch bloßes Beobachten der Geschehnisse erklärt werden, vielmehr muss man sie in Bezug auf die vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Dispositionen in der sozialen Struktur betrachten. Diese Dispositionen sind Teil der sozialen Realität und jedes Menschen; Angelelli (ib.) betont, dass hierbei auch DolmetscherInnen keine Ausnahme darstellen.

Indem sie sich weiterhin auf Bourdieus Theorie der Praxis beruft, erklärt Angelelli (2004b: 37), dass die Interaktion durch die Beziehungen der einzelnen Gruppen, denen die Gesprächsbeteiligten angehören (ÄrztInnen, die PatientInnen untersuchen), bestimmt wird. Daher treffen auch unterschiedliche Dispositionen (beispielsweise sprachliche und kulturelle Kompetenz) aufeinander, die den *Habitus*

tus darstellen. Der Habitus führt zu Praktiken, die nur im Zusammenhang mit den Strukturen, innerhalb derer sie stattfinden, erklärt werden können. Diese Praktiken sind außerdem niemals unbewusst. Indem sie von den Gesprächsbeteiligten anerkannt werden, werden sie durch einen Konsens abgesichert; der Habitus wird somit homogenisiert und zum immanenten Gesetz.

Die Menschen handeln innerhalb der Strukturen, die durch die Institution vorgegeben sind, so Angelelli (2004b: 37f.), und haben es daher mit einer doppelten Einschränkung zu tun: einerseits durch ihren eigenen Habitus, andererseits durch die Institution. Hinzu kommt zusätzlich noch die gesellschaftliche Ebene; jeder Mensch verhält sich gemäß den Normen, Einstellungen und Regeln der Gesellschaft, der er angehört. Diese Werte eignet man sich in früher Kindheit an, im Laufe des Lebens werden sie abgeändert, angepasst oder verworfen. Diesen Werten entsprechend treffen Menschen bewusst oder auch unbewusst Entscheidungen oder fühlen sich bestimmten sozialen Gruppen verbundener als anderen. Auch DolmetscherInnen haben diesen Prozess durchgemacht; er ist ein bedeutender Beitrag zur sozialen Positionierung eines Menschen.

In interkulturellen Gesprächen ist, so Angelelli (2004b: 38f.) nach Bourdieu weiter, kulturelle und symbolische Macht für die Analyse der Interaktion wichtig. Es besteht eine Beziehung zwischen dem *linguistischen Habitus* und dem *linguistischen Markt*, auf dem der Wert des linguistischen Produkts entscheidend ist. DolmetscherInnen haben zwei (oder mehrere) linguistische Produkte zu bieten, was ihnen einen gewissen Status verleiht. Ihr linguistischer Habitus ermöglicht es ihnen zudem, mit Menschen verschiedenster sprachlicher und sozialer Hintergründe (zum Beispiel mit ÄrztInnen und PatientInnen gleichermaßen) in der passenden Sprache und im passenden Sprachregister zu kommunizieren.

Die *symbolische Macht*, um die es in Interaktionen laut Bourdieu (vgl. Angelelli 2004b: 39) geht, kann nur durch die Anerkennung durch die anderen GesprächspartnerInnen verwirklicht werden. Bei der Interaktion müssen sich die Gesprächsbeteiligten also der Beiträge der anderen bewusst sein. Diese symbolische Macht besteht nach Bourdieus Auffassung zwar auf der Ebene des Individuums, muss aber im Rahmen der Institution gesehen werden. Sie ist Teil der Institution

und der Gesellschaft. Die Institution ist dafür verantwortlich, dass Produkten etwa ein bestimmter Wert zugeschrieben wird.

Angelelli (2004b: 39) führt weiter an, dass für Bourdieu jede mono- oder multilinguale Kommunikation ein linguistischer Austausch ist. Als solcher ist sie auch ein wirtschaftlicher Austausch, der innerhalb eines symbolischen Machtverhältnisses abläuft. Im Fall eines gedolmetschten medizinischen Gesprächs sind die DolmetscherInnen ProduzentInnen, die zwei Sprachen beherrschen. Die monolingualen GesprächspartnerInnen sind die VerbraucherInnen. ÄrztInnen sind ebenfalls ProduzentInnen, die über das für PatientInnen nötige Wissen verfügen. PatientInnen sind schließlich die am wenigsten mächtige Partei.

Wie kann nun aber der Habitus, der für die Theorie der Praxis grundlegend ist, bei der Erklärung der Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich helfen? Angelelli (2004b: 40) fasst zusammen, dass sich DolmetscherInnen (wie alle Menschen) den Habitus allmählich durch den Prozess der *inculcation* (engl.: „Einimpfung“) angeeignet haben; die Kindheit ist dafür der entscheidendste Zeitraum. Von frühester Kindheit an wird allen Menschen „eingeimpft“, wie sie sich zu verhalten haben. Die *inculcation* spiegelt aber auch die Umstände, unter denen sie stattgefunden hat, und das soziale Milieu wider. Die so entstandenen Dispositionen sind dauerhaft (sie bestehen während des gesamten Lebens), generativ und können auf verschiedene Praktiken übertragen werden, die in einem anderen Bereich stattfinden, als sie entstanden sind.

Der Habitus ist somit dafür verantwortlich, wie DolmetscherInnen agieren und reagieren, wie sie handeln, so Angelelli (ib.). Diese Handlungen finden immer in einem sozialen Kontext statt. Deshalb muss das Handeln auch vor dem Hintergrund der Beziehung zwischen dem Habitus der DolmetscherInnen und dem sozialen Bereich, in dem sie arbeiten (Krankenhaus), analysiert werden. Es reicht nicht aus, sich nur der Interaktionsebene zu widmen, da es zusätzliche Einschränkungen durch die Institution und in weiterer Folge durch die Gesellschaft gibt.

Aus diesen Ausführungen wurde klar, dass das Verhalten der DolmetscherInnen stets im Kontext verschiedener Ebenen gesehen werden muss. Zum einen wirken sich die objektiven Strukturen einer Interaktion auf das Verhalten der DolmetscherInnen aus. Diese Strukturen werden durch die Institution vorge-

geben, innerhalb derer das Gespräch stattfindet, und sind für das weitere Verhalten grundlegend. Dadurch werden die DolmetscherInnen im Gespräch positioniert und sie verhalten sich gemäß gewissen Dispositionen, die dadurch entstehen.

Zum anderen wirkt sich auch der Habitus, das gesamte Auftreten der DolmetscherInnen bzw. die Gesamtheit der Dispositionen, auf ihr Handeln aus. Diesen Habitus haben sie sich im Laufe ihres Lebens angeeignet; beim Gespräch treffen Menschen mit den verschiedensten Dispositionen zusammen, weshalb das daraus entstehende Verhalten auch nur im Zusammenhang mit den übergeordneten Strukturen gesehen werden kann. Schlussendlich spielen auch die Normen und Werte der Gesellschaft, innerhalb der die Interaktion stattfindet, eine wichtige Rolle, da die DolmetscherInnen basierend auf diesen Normen Entscheidungen (bewusst oder unbewusst) treffen und Verbindungen mit anderen Personen herstellen. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang auch das symbolische „Machtverhältnis“, das in einem gedolmetschten Gespräch besteht. Aufgrund ihrer Mehrsprachigkeit haben DolmetscherInnen einen besonderen Status innerhalb der Gesprächskonstellation, der sich gleichermaßen auf ihr Handeln auswirkt.

Aus diesen Ausführungen wird klar, dass das Handeln und, damit verbunden, die Rolle der DolmetscherInnen im medizinischen Gespräch von verschiedenen Faktoren auf den unterschiedlichsten Ebenen beeinflusst wird. Nach der Institution und der Gesellschaft bleibt nun noch die Diskursebene zu analysieren, um das Verständnis der Rolle zu verbessern.

2.2.3 Linguistische Anthropologie oder „lens of discourse“

Um die Diskusebene zu analysieren, bedient sich Angelelli (2004b: 41) eines Ansatzes der linguistischen Anthropologie. In Anlehnung an Hymes beschreibt sie die Zugehörigkeit der Gesprächsbeteiligten zu einer „Sprachgemeinschaft“. Mithilfe dieses Ansatzes kann untersucht werden, wie die Aussagen der GesprächspartnerInnen zustande kommen bzw. wie die GesprächspartnerInnen sich „sozial verantwortungsvoll“ verhalten.

Die linguistische Anthropologie untersucht die Komplexität des Handelns der Gesprächsbeteiligten und die Bedeutungskonstruktion während des Ge-

sprächs. Sie geht davon aus, dass die Bedeutung einer Interaktion in der dialogischen Konstruktion zu finden ist und nicht bei den einzelnen Beteiligten. Die Bedeutung ist demnach das Ergebnis einer kooperativen Leistung. Daraus geht hervor, dass die Aussagen der DolmetscherInnen – wie auch der anderen Gesprächsbeteiligten – aus dem Zusammenspiel von sprachlichen und sozialen Merkmalen entstehen und nicht nur aus dem propositionalen Kontext heraus, der unabhängig von den jeweiligen Gesprächsbeteiligten besteht (vgl. Angelelli 2004b: 42f.).

Angelelli (2004b: 42) führt an, dass der Fokus auf dem Dialog und der sozialen Bedeutungskonstruktion einen Zusammenhang zwischen Wissen und Handlungsfähigkeit impliziert. Die GesprächspartnerInnen beteiligen sich aktiv an der Wissenskonstruktion, stellen Tatsachen dar und sammeln oder erfragen Informationen. Ihre Handlungsfähigkeit zeigt sich auch in ihren Reaktionen auf erlangte Informationen.

An einem Dialog beteiligt zu sein bedeutet laut Angelelli (2004b: 41f.), Verantwortung zu tragen. Folglich sind DolmetscherInnen ebenfalls als Gesprächsbeteiligte zu sehen, die Verantwortung haben. Diese Verantwortung wird wieder anhand des Kontexts und der Interaktion definiert und kann analysiert werden, indem man sich ansieht, wie sie sich in der Interaktion manifestiert. Angelelli (2004b: 44) führt weiter an, dass die Verantwortung im gedolmetschten Gespräch ein gemeinsames Element ist und nicht nur auf einer Person lastet. Alle Gesprächsbeteiligten übernehmen sie gemeinsam.

Die Auseinandersetzung mit der Diskursebene zeigt, dass das Zusammenwirken der einzelnen Gesprächsbeteiligten für die Bedeutungskonstruktion essenziell ist. Auch wie die DolmetscherInnen handeln, hängt maßgeblich vom jeweiligen Umfeld, den Rahmenbedingungen im medizinischen Gespräch ab. Wie alle Personen beteiligen sie sich aktiv am Gespräch und übernehmen dadurch innerhalb des Gesprächs zusammen mit den anderen Gesprächsbeteiligten Verantwortung. Hinsichtlich der Rolle der DolmetscherInnen bedeutet das, dass sie aktive GesprächsteilnehmerInnen sind, die ebenso wie ÄrztInnen und PatientInnen an der Bedeutungskonstruktion beteiligt sind.

2.3 Zusammenfassung

Das vorliegende Kapitel hat dazu beigetragen, die Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Gespräch besser zu verstehen. Mithilfe des *Visible Interpreter Model* wurde analysiert, welche Faktoren auf ein gedolmetschtes Gespräch im Allgemeinen einwirken und wie sich das auf das Handeln der dolmetschenden Person auswirkt. Es wurde damit klar aufgezeigt, dass DolmetscherInnen aktive und sichtbare Gesprächsbeteiligte sind. Die im zweiten Abschnitt vorgestellten Theorien aus unterschiedlichen Bereichen haben ihrerseits dazu beigetragen, die Rolle der DolmetscherInnen besser analysieren und verstehen zu können.

Zusammenfassend kann noch einmal gesagt werden, dass auf DolmetscherInnen all das zutrifft, was auch für die anderen Beteiligten des medizinischen Gesprächs gilt. Beim ersten Zusammentreffen machen sie sich ein Bild der anderen Gesprächsbeteiligten, auf welchem dann in weiterer Folge ihr Handeln basiert. Jedes Handeln im gedolmetschten Gespräch ist eine Reaktion auf das Handeln der anderen Beteiligten. Das Verhalten von Menschen wird zudem von gewissen Wahrnehmungen und Einstellungen beeinflusst. Außerdem treffen bei Interaktionen auch immer unterschiedliche Dispositionen der Gesprächsbeteiligten zusammen. Daher werden die DolmetscherInnen in ihrem Handeln stets von mehreren Elementen beeinflusst: dem eigenen Habitus, der Institution sowie den Normen der Gesellschaft, der sie angehören. Schlussendlich sind DolmetscherInnen wie auch die anderen GesprächspartnerInnen aktiv an der Bedeutungskonstruktion während der Interaktion beteiligt. Sie übernehmen dadurch gemeinsam mit den ÄrztInnen und PatientInnen Verantwortung.

Durch die Analyse und Beschreibung der einzelnen Ebenen, die in einer Gesprächssituation relevant sind, wurde gezeigt, welche Faktoren auf eine Interaktion Einfluss haben. Es handelt sich um ein Zusammenspiel vieler Faktoren auf den unterschiedlichsten Ebenen, die das Handeln und Verhalten von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich beeinflussen. Daraus ging auch hervor, dass es für DolmetscherInnen unmöglich ist, im Gespräch „unsichtbar“ zu sein, allein schon deswegen, weil sie Menschen (und nicht etwa Maschinen) sind.

Die Verflechtung verschiedenster Elemente bedeutet für die DolmetscherInnen, sich immer wieder an neue, geänderte Gegebenheiten anpassen zu müssen. Sie müssen in der Lage sein, die ständig neuen Anforderungen, die durch andere Gesprächsbeteiligte, eine andere Gesprächssituation oder ein anderes Umfeld entstehen, zu erkennen und zu bewältigen. Sie müssen entsprechend handeln, um die Ziele des Gesprächs, nämlich Kommunikation zu ermöglichen und den Informationsaustausch zu unterstützen, zu erreichen.

Basierend auf den bisherigen Erkenntnissen stellen sich nun einige weitere Fragen. Wie gehen die DolmetscherInnen tatsächlich mit den unterschiedlichen Anforderungen um? Welche Vorstellungen haben sie davon ausgehend von ihrer Rolle beim medizinischen Gespräch? Und wie lassen sich diese Eigenvorstellungen mit Vorgaben von Berufsorganisationen oder Institutionen vereinbaren? Die Beantwortung dieser Fragen ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

3 Rollenvorstellungen der DolmetscherInnen

Aus den Ausführungen des vorigen Kapitels geht klar hervor, wie vielfältig die Einflüsse auf ein Gespräch sind und wie komplex daher die Rolle von DolmetscherInnen dabei ist. Es ist in der Tat schwierig, eine einzige gültige Rollendefinition festzulegen. Das stellen schon Gentile et al. (1996: 37) fest; bereits sie verweisen auf die komplexen Interaktionen, die zwischen DolmetscherInnen und den anderen Gesprächsbeteiligten stattfinden.

Zudem definieren sie (1996: 31) zwei Dimensionen der Rolle von DolmetscherInnen: die idiografische und die nomothetische Dimension. Die idiografische Dimension umfasst alle Einstellungen und Erwartungen, die die dolmetschende Person selbst zu bzw. von ihrer Rolle hat; die nomothetische Dimension hingegen bezieht sich auf die Erwartungen, die von der Institution bzw. dem „sozialen System“ an die Rolle der DolmetscherInnen gestellt werden.

Die dolmetschende Person ist also mit diesen beiden Dimensionen konfrontiert: einerseits mit den eigenen Rollenvorstellungen, andererseits mit den Rollenerwartungen der anderen, im Fall des medizinischen Dolmetschens mit den Erwartungen der ÄrztInnen, und den Gegebenheiten des Krankenhauses allgemein. Inwieweit lassen sich diese beiden Rollenkonzeptionen aber vereinbaren? Unterscheiden sie sich grundlegend? Oder stimmen sie weitgehend überein?

Diesen Fragen soll in dieser Arbeit in weiterer Folge nachgegangen werden. Das vorliegende Kapitel widmet sich daher der ersten Dimension, dem Selbstbild der DolmetscherInnen, um eine Ausgangsbasis für die Beantwortung dieser grundlegenden Fragen zu schaffen. Zuerst wird untersucht, welche Rollen Berufsverbände für das Dolmetschen im Krankenhaus vorschlagen. Dabei wird das Dilemma der DolmetscherInnen beschrieben, die mit den unterschiedlichsten Erwartungen von verschiedenen Seiten konfrontiert sind. Wie sie damit umgehen, wie sie ihre Rollen wahrnehmen und auf welche Art und Weise sie diesen Erwartungen nachkommen, wird in weiterer Folge anhand von ausgewählten Studien der jüngeren Zeit dargelegt. Besonders relevant hierfür sind vor allem die Studien zweier Forscherinnen: Hsieh, die in den Vereinigten Staaten eine ethnografische Studie sowie Interviews

mit DolmetscherInnen im Krankenhaus durchführte, um so die Selbstwahrnehmung der Rolle professioneller DolmetscherInnen im Krankenhaus festzustellen, und Angelelli, die sich im Rahmen einer ethnografischen Untersuchung und durch Interviews mit DolmetscherInnen an einem kalifornischen Krankenhaus der Rolle von MedizindolmetscherInnen widmete. Die Ergebnisse dieser Studien werden in diesem Kapitel zusammengefasst, um so die Rollenvorstellungen von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich zu beschreiben.

3.1 Rollendilemma

Befasst man sich mit der Rolle von MedizindolmetscherInnen und ihren eigenen Vorstellungen von ihrem Tätigkeitsbereich, ist es auch relevant, welchen externen Vorgaben beziehungsweise Forderungen sie ausgesetzt sind. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Berufsorganisationen speziell für den medizinischen Bereich Rollenprofile vorschreiben, wenn ja welche, und ob diese den tatsächlichen Rollenanforderungen gerecht werden können.

Laut Dysart-Gale (2005: 92f.) legen verschiedene Berufsorganisationen und -verbände vermehrt Wert darauf, einerseits das Berufsbild der MedizindolmetscherInnen zu professionalisieren und andererseits einen Ethikkodex für MedizindolmetscherInnen zu schaffen bzw. diesen weiterzuentwickeln und anzupassen. Sie fasst den Zweck eines solchen Kodex wie folgt zusammen: Die DolmetscherInnen sollen dadurch in die Krankenhauskultur integriert und ihre Arbeit soll mit jener der ÄrztInnen koordiniert werden. Ein solcher Kodex schreibt auch vor, dass sich die DolmetscherInnen an die jeweiligen Praktiken im Krankenhaus zu halten haben: Sie müssen unter anderem Verschwiegenheit und professionelles Verhalten zeigen und dürfen keine Gratifikationen für Dienstleistungen annehmen.

Laut dem Kodex des *Cross Cultural Health Care Program* (CCHCP), einem Ausbildungsprogramm für KrankenhausdolmetscherInnen in den Vereinigten Staaten, werden von MedizindolmetscherInnen Genauigkeit und Vollständigkeit erwartet. Aussagen sollen exakt und originalgetreu wiedergegeben werden, alles, was gesagt wird, muss ohne Auslassungen, Hinzufügungen, Verkürzungen oder Veränderungen gedolmetscht werden. Der Kodex schreibt weiter vor, dass die

ÄrztInnen im Zentrum des Gesprächs stehen und ihnen alle Fragen weiterzuleiten sind. Die DolmetscherInnen dürfen die Meinung von PatientInnen nicht beeinflussen, indem sie ihnen beispielsweise sagen, wofür sie sich entscheiden sollen (vgl. Dysart-Gale 2005: 93).

Diese Forderungen werden mit dem oft gewünschten *conduit model* zusammengefasst. Für die Arbeit von KrankenhausdolmetscherInnen ist dieses in einiger Hinsicht nützlich, wie Dysart-Gale (2005: 98) anmerkt. Es macht die DolmetscherInnen im Krankenhaus transparent und bietet ihnen eine Richtlinie, wie sie sich in gewissen Situationen professionell verhalten können. Außerdem dient es dazu, das Vertrauen der ÄrztInnen zu sichern.

Allerdings, so Dysart-Gale (2005: 94; 98), wird das *conduit model* in mehrererlei Hinsicht als ungeeignet kritisiert. Es bezieht Faktoren wie soziale Schicht und Glaubenssystem nicht mit ein. Statt einer – im medizinischen Kontext notwendigen – nuancenreichen Dolmetschung schreibt es eine irreführende, neutrale Wort-für-Wort-Dolmetschung vor. Außerdem bietet es weder eine vollständige Beschreibung der Dolmetschtätigkeit im Krankenhaus noch eine passende Grundlage für das Treffen ethischer Entscheidungen.

Mitte der 1990er-Jahre wurden die Rollenbeschreibungen des Kodex des CCHCP daher überarbeitet und angepasst, wie Dysart-Gale (2005: 94) beschreibt; man fügte drei neue mögliche Rollenprofile für KrankenhausdolmetscherInnen hinzu. Demnach können die DolmetscherInnen auch als *clarifier* eintreten, wenn es um linguistisch unvergleichbare Dinge geht. Sie können des Weiteren *culture broker* sein, die den notwendigen kulturellen Rahmen vermitteln, damit die gedolmetschte Aussage verstanden wird. Außerdem können sie auch zu *patient advocates* werden, als die sie sich außerhalb des gedolmetschten Gesprächs für die PatientInnen einsetzen, was zur Qualität der Betreuung beiträgt und nicht – wie durch das *conduit model* gefordert – bei der Qualität der Kommunikation hält macht.

Auch diese Ausweitung der Rollendefinitionen, insbesondere die Rolle als *patient advocate*, ist laut Dysart-Gale (ib.) Gegenstand zahlreicher Diskussionen. Die Forderung, dass DolmetscherInnen als *patient advocates* auch außerhalb eines gedolmetschten Gesprächs Maßnahmen ergreifen, also beispielsweise schon im

Warteraum mit den PatientInnen sprechen, bringt mit sich, dass sie in Abwesenheit der ÄrztInnen direkt mit den PatientInnen interagieren. Während einerseits die Meinung besteht, dass das der professionellen Distanz widerspricht und der Objektivität der dolmetschenden Person schadet, wird andererseits argumentiert, dass die Dolmetschung dadurch verbessert werden kann, weil die DolmetscherInnen schon auf die Bedürfnisse der PatientInnen eingestellt sind.

Hier wird besonders deutlich, wie schwierig es ist, an einer einzigen Rollendefinition festzuhalten: Während das *conduit model* zwar auf gewisse Aspekte des Verhaltens von DolmetscherInnen eingeht, beschreibt es die eigentliche Dolmetschtaigkeit nicht richtig, wie Dysart-Gale (2005: 94) argumentiert. Die erweiterten, oben beschriebenen Rollen erfassen zwar die Arbeit exakter, bieten den DolmetscherInnen aber keine Richtlinien, wie sie diese Rollen ausüben sollen oder wann die jeweiligen Rollen angemessen sind.

Wofür sollen sich die DolmetscherInnen also entscheiden? Nach welchen Kriterien sollen sie sich richten? Auch Hsieh (2006, 2008) befasst sich mit diesem Dilemma, mit dem die DolmetscherInnen konfrontiert sind. Für die Entscheidung, welche Rolle wann angebracht ist, zitiert sie das CCHCP: „The ‚appropriate‘ role for the interpreter is the least invasive role that will assure effective communication and care.“ (Hsieh 2008: 1367) Das bedeutet also, dass alle Rollen, abhängig von der jeweiligen Situation, legitim sind, dabei aber so wenig wie möglich in das Gespräch eingegriffen werden sollte. Die Entscheidung für eine Rolle hängt demnach von dem Ziel ab, Kommunikation und die Betreuung der PatientInnen sicherzustellen.

Hsieh (ib.) zufolge wären DolmetscherInnen, die als *conduits* fungieren, Roboter, die nicht denken und nicht fühlen, sondern *translation machines* – wenn auch hoch qualifizierte – sind. Sie betont aber, dass sich DolmetscherInnen bewusst sind, keine Roboter sein zu können. Der medizinische Kontext setzt oft voraus, dass sie vermitteln, verhandeln sowie die kommunikativen Ziele und Identitäten der Gesprächsbeteiligten und von sich selbst in Einklang bringen. Damit beeinflussen sie aktiv Ablauf und Inhalt des medizinischen Gesprächs. Um die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen erleichtern zu können, wechseln DolmetscherInnen zwischen den verschiedenen Rollen, so Hsieh (2008: 1368)

weiter. Ihre Strategien sind oft multifunktional, um den Anforderungen der Interaktion gerecht werden zu können.

Für welche Rolle sich die DolmetscherInnen tatsächlich entscheiden und mit welchen Strategien diese einhergehen, ist Gegenstand des nächsten Kapitels. Die Behandlung der verschiedenen Rollen, die von Berufsverbänden vorgeschrieben werden, hat gezeigt, dass es für DolmetscherInnen schwierig ist, allen Erwartungen gerecht zu werden. Während oft das *conduit model* gefordert wird, weil es die Objektivität der dolmetschenden Person in den Vordergrund stellt, wurde aus den Ausführungen dieses Kapitels auch klar, dass es für die kommunikativen Ziele hinderlich sein kann und nicht den Anforderungen der täglichen Arbeit von KrankenhausdolmetscherInnen entspricht. Andere von Verbänden vorgeschlagene Rollenbeschreibungen – *clarifier, culture broker* und *patient advocate* – beziehen zwar einige der beim *conduit model* fehlenden Aspekte ein, nicht vorhanden sind allerdings konkrete Vorgaben, wann diese Rollen angebracht sind und wie sie umgesetzt werden können.

Es hat sich auch gezeigt, dass DolmetscherInnen aufgrund der Anforderungen und Voraussetzungen des medizinischen Gesprächs keine starre Rolle einnehmen können. Vielmehr passen sie sich den jeweiligen Gegebenheiten an, um ihre kommunikative Funktion erfolgreich erfüllen zu können. Zwischen welchen Rollen die DolmetscherInnen wechseln und welche Strategien sie dafür anwenden, soll zunächst anhand einer umfassenden Studie Hsiehs, bei der sie KrankenhausdolmetscherInnen nach ihren eigenen Rollenwahrnehmungen fragte, beleuchtet werden.

3.2 Selbstbild der DolmetscherInnen nach Hsieh

Im Rahmen ihrer Studie, die sie von 2006 bis 2009 durchführte, beschäftigte sich Hsieh mit den Rollenvorstellungen von KrankenhausdolmetscherInnen in den Vereinigten Staaten. Dafür analysierte sie einerseits gedolmetschte medizinische Gespräche und befragte andererseits zahlreiche DolmetscherInnen, die entweder das *Cross Cultural Health Care Program* absolviert hatten oder jahrelange Erfahrung im Krankenhausdolmetschen vorweisen konnten. Alle TeilnehmerInnen sind also pro-

fessionelle DolmetscherInnen, die freiberufllich in verschiedenen Krankenhäusern arbeiten. Anhand der Analysen sowie der Rollendefinitionen/-beschreibungen dieser DolmetscherInnen erarbeitete Hsieh vier Hauptrollen und die dazugehörenden kommunikativen Ziele und Strategien: *conduit*, *advocate*, *manager* und *professional*. Diese vier Rollenbeschreibungen, die mit der im vorigen Kapitel beschriebenen Rollentypologie des CCHCP nur teilweise übereinstimmen, werden im Folgenden nach Hsieh (2008: 1370–1381) zusammengefasst.

3.2.1 Conduit

Die Rolle als *conduit* wird in Hsiehs (2008: 1370–1372) Befragung am häufigsten erwähnt – unter anderem deswegen, weil diese Rolle vom CCHCP vorgeschrieben wird und sie den DolmetscherInnen in ihrer Ausbildung vermittelt wurde. Viele der befragten DolmetscherInnen bemühen sich, neutrale, „unsichtbare“ InformationsmittlerInnen zu sein, die darüber hinaus keine Aufgaben wahrnehmen. Die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn steht dabei im Mittelpunkt, die dolmetschende Person stört in keiner Weise Inhalt und Fluss dieser Interaktion.

In diesem Zusammenhang beschreiben sich die befragten DolmetscherInnen als Roboter oder Maschinen, die ohne Emotionen mit größter Präzision arbeiten. Statt als eigenständige Person sehen sie sich als Stimme der anderen, nämlich der ÄrztInnen und PatientInnen gleichermaßen. Außerdem beschreiben sie sich als Brücken über kulturelle, sozioökonomische und andere Unterschiede hinweg. *Conduit* zu sein erscheint den befragten DolmetscherInnen vor allem für die Erreichung von zwei Zielen notwendig: die Vermittlung vollständiger Informationen und die Stärkung der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn.

Zum einen wollen die DolmetscherInnen Informationen neutral und originalgetreu übermitteln. Neben der verbalen Botschaft umfasst das auch die nonverbale Bedeutung und paralinguistische Elemente, welche Emotionen zum Ausdruck bringen. Außerdem sehen sie es als ihre Pflicht, auch Äußerungen, die nicht für die jeweils anderen GesprächspartnerInnen bestimmt sind oder die für diese nicht relevant sind, zu dolmetschen, da jeder alles verstehen soll, was gesagt wird.

Zum anderen machen es sich die DolmetscherInnen zum Ziel, eine scheinbar dyadische Kommunikationssituation und die Illusion einer direkten Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu schaffen. Um das zu erreichen, setzen sie sich manchmal darüber hinweg, alles neutral und genau wie es gesagt wurde zu übermitteln, indem sie beispielsweise die PatientInnen direkt ansprechen und nicht wie vielleicht die ÄrztInnen die dritte Person verwenden. Sie weichen also von der Rolle des *conduit* ab, um das zweite der beiden kommunikativen Ziele zu erreichen und die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn zu stärken.

Auch wenn sich viele der befragten DolmetscherInnen als *conduits* sehen, empfinden sie diese Rolle in manchen Fällen nicht als angebracht. Wenn sie beispielsweise erleben, dass PatientInnen ungerecht behandelt werden, fühlen sie sich dazu verpflichtet, in die Rolle eines *advocate* zu schlüpfen.

3.2.2 Advocate

Das wichtigste kommunikative Ziel von *advocates* (vgl. Hsieh 2005: 1372–1375) ist es, die PatientInnen direkt oder indirekt zu ermächtigen, wenn sie beispielsweise keine fairen und gleichen Gesundheitsdienstleistungen bekommen. Einige der in der Studie befragten DolmetscherInnen erachteten diese Rolle zeitweise als notwendig. Allerdings warnten einige Befragte auch davor, als FürsprecherInnen der PatientInnen aufzutreten. Die Rolle als *advocate* steht im Gegensatz zu jener als *conduit*, weshalb einige DolmetscherInnen sich bewusst entscheiden.

In ihrer Studie fand Hsieh heraus, dass die DolmetscherInnen vor allem drei *advocate styles* anwenden. Zum einen setzen sie sich für die PatientInnen ein, fragen also beispielsweise nach Informationen und geben Antworten, ohne dies vorher mit den PatientInnen abzusprechen (*overt advocates*). Damit rücken diese in den Hintergrund, Arzt/Ärztin und DolmetscherIn werden zu den primären GesprächspartnerInnen. Die dolmetschende Person entscheidet, was die PatientInnen brauchen. Allerdings birgt das die Gefahr, dass die DolmetscherInnen zu sichtbar werden und dadurch die Autonomie und die Autorität der anderen Gesprächsbeteiligten untergraben.

Die zweite Möglichkeit, als *advocates* einzutreten, ist, den PatientInnen Wege aufzuzeigen, wie sie sich für sich selbst einsetzen können (*covert advocates*). Die PatientInnen bleiben dabei für sich selbst verantwortlich, die DolmetscherInnen zeigen ihnen lediglich die Mittel dafür. Das kann einerseits dadurch geschehen, dass sie den PatientInnen die notwendigen Hinweise oder Informationen geben, ohne dass die ÄrztInnen dies wissen. Das ermöglicht den DolmetscherInnen, während des gedolmetschten Gesprächs trotzdem neutral zu erscheinen. Andererseits können die DolmetscherInnen auch während des Gesprächs Hinweise oder Vorschläge einbringen oder die PatientInnen an etwas erinnern, das vielleicht vorher besprochen wurde. Drittens können sie die PatientInnen auch zu kompetenteren Gesprächsteilnehmenden machen, indem sie Aussagen der ÄrztInnen näher beschreiben oder erklären. Dadurch verstehen die PatientInnen Medizinisches besser und sind in der Lage, sich an der Interaktion zu beteiligen.

Die dritte Möglichkeit, *advocate* zu sein, überschneidet sich im Prinzip mit der Rolle als *conduit*. Hier nehmen die DolmetscherInnen an, dass die PatientInnen kompetent genug sind, um sich für sich selbst einzusetzen. Die PatientInnen werden also indirekt dadurch unterstützt, dass ihre Autonomie respektiert wird.

3.2.3 Manager

Einige der von Hsieh (2008: 1375–1379) befragten DolmetscherInnen sprachen sich dafür aus, während des Gesprächs als aktive *manager* verschiedener Ressourcen aufzutreten. Bei der Ausübung ihrer Tätigkeit müssen sie immer wieder entscheiden, wie angemessene Kommunikation für qualitative Gesundheitsversorgung aussieht und wie sie dieses Ziel erreichen können. Als aktive Gesprächsbeteiligte beeinflussen *manager* den Kommunikationsverlauf, aber auch das Ergebnis der Gesundheitsleistungen. In der Studie fand Hsieh heraus, dass die DolmetscherInnen als *manager* drei Hauptziele verfolgen: die Einsparung medizinischer Ressourcen (zum Beispiel die Zeit der ÄrztInnen), die Bestimmung angemessenen und ethischen Verhaltens und die Steuerung eines optimalen Informationsaustausches.

Um das erste Ziel, die Einsparung medizinischer Ressourcen, zu erreichen, werden die DolmetscherInnen zu (verdeckten) Co-DiagnostikerInnen. Dadurch helfen sie mit, einem Problem auf den Grund zu gehen, und schonen somit die medizinischen Ressourcen, also sparen beispielsweise Zeit der ÄrztInnen ein. Das kann auch geschehen, ohne dass die ÄrztInnen es wissen: wenn die DolmetscherInnen beispielsweise im Warteraum wichtige Informationen erhalten, die sie vielleicht beim medizinischen Gespräch an sich nicht bekommen hätten, weil es in einem anderen Kontext stattfindet.

Die DolmetscherInnen können aber auch Zuschauer des medizinischen Gesprächs sein. Da sie oft mehrmals für dieselben PatientInnen dolmetschen, eignen sie sich dadurch Wissen über diese an. Dieses Wissen ermöglicht es ihnen, beim medizinischen Gespräch Zeit zu sparen, indem sie allgemeine Fragen der ÄrztInnen selbstständig beantworten und nur die notwendigen Fragen an die PatientInnen weitergeben. Zeit zu sparen helfen sie auch, wenn sie im Nachhinein ohne Anwesenheit der ÄrztInnen noch einmal mit den PatientInnen darüber sprechen, welche Informationen ihnen im Gespräch vermittelt wurden. Die befragten DolmetscherInnen betonen aber, dass sie – wenn nötig – auf jeden Fall die ÄrztInnen um Klarstellung bitten.

Des Weiteren können DolmetscherInnen auch als flexible Unterstützung dienen. Medizinische Ressourcen, vor allem die Zeit der ÄrztInnen, sind begrenzt, was sich oft auch im Verhalten der ÄrztInnen widerspiegelt. In der Studie wurde ersichtlich, dass die PatientInnen deswegen ihren emotionalen und sozialen Druck den DolmetscherInnen mitteilen. Manche DolmetscherInnen nehmen sich dieser PatientInnen an, obwohl das eigentlich nicht Teil der Tätigkeitsbeschreibung von KrankenhausdolmetscherInnen ist.

Das zweite Ziel, das mit der Rolle als *manager* verfolgt wird, ist die Bestimmung von angemessenem und ethischem Verhalten. Da nur die DolmetscherInnen in der Lage sind, beide Gesprächsparteien zu verstehen, bewerten sie alle Informationen, die sie im Gespräch bekommen und entscheiden sich davon ausgehend für gewisse Kommunikationsstrategien. Sind zum Beispiel die Antworten von ÄrztInnen auf Fragen der PatientInnen auf emotionaler Ebene unangemessen, weil Ungeduld mitschwingt, übermitteln die DolmetscherInnen die Antwort trotzdem in

einem normalen Tonfall – auch deshalb, weil die PatientInnen die Ungeduld ohnehin spüren. Die DolmetscherInnen können als *manager* aber auch aktiv eingreifen, wenn sich beispielweise die PatientInnen nicht an die Normen des medizinischen Gesprächs halten und das zu Problemen führt.

Das dritte in der Studie festgestellte Ziel ist die Steuerung eines optimalen Informationsaustausches, wofür DolmetscherInnen unterschiedliche Möglichkeiten haben. Zum einen passen sie Informationen so an, dass das Verständnis beider Gesprächsbeteiligter verbessert wird. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn ein Wort in der anderen Sprache nicht existiert oder aber wenn die PatientInnen sich unter der abstrakten Terminologie nichts vorstellen können – Letzteres ist wiederum auf Unterschiede in Bezug auf sozioökonomischen Status und Wissenshintergründe zurückzuführen. Beachtenswert dabei ist, dass auch eine sprachlich korrekte Übersetzung ein Verstehen nicht garantiert, wenn die Beteiligten ein Wort einfach nicht kennen.

Zum anderen passen DolmetscherInnen Informationen auch aus kulturellen Gründen an, da manche Aussagen in einer anderen Kultur möglicherweise als beleidigend empfunden werden können. Der Unterschied zur bereits beschriebenen und vom CCHCP-Kodex geforderten Rolle des *culture broker* besteht darin, dass die Beteiligten über die Anpassungen der *manager* nicht informiert werden und sie daher nicht unbedingt merken. Zum dritten steuern die DolmetscherInnen gleichzeitig Inhalt und Informationsfluss – also wer was erfährt. Dabei entscheiden sie, was für die GesprächspartnerInnen relevant ist und was nicht, und schaffen auch so einen optimalen Informationsaustausch.

3.2.4 Professional

Mit der Rollenbeschreibung als *professional* fasst Hsieh (2008: 1379–1381) zusammen, dass sich die befragten Personen als professionelle DolmetscherInnen sehen, was sie von anderen zweisprachigen Personen unterscheidet. Dazu gehören auch Autorität und die Ausübung von Kontrolle – somit also die Freiheit, nicht von anderen kontrolliert zu werden. Das Ziel für die DolmetscherInnen ist es, im medizinischen Gespräch von den anderen als *professionals* wahrgenommen zu werden.

Dafür brauchen sie einerseits Strategien, um den professionellen Standards gerecht zu werden; andererseits benötigen sie auch Strategien, um mögliches nicht professionelles Verhalten zu verbergen. Bei dieser Rolle als *professional* geht es mehr um die eigenen Bedürfnisse und Erwartungen als um jene der ÄrztlInnen, der PatientInnen und der Institution.

Um als *professionals* wahrgenommen zu werden, versuchen die befragten DolmetscherInnen, ihre Professionalität in den verschiedensten Situationen zu wahren. Sie würden jederzeit ein Gespräch unterbrechen, wenn es Missverständnisse zwischen den GesprächspartnerInnen gibt oder wenn die DolmetscherInnen selbst ein Wort, Zusammenhänge oder Abläufe nicht verstehen. Ist Letzteres der Fall, machen sie zwangsläufig auf ihre eigene Unvollkommenheit aufmerksam. Allerdings zeigen sie damit auch ihre Bereitschaft, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen. Ihre Professionalität zeigen die DolmetscherInnen auch, indem sie sich am Beginn eines Gesprächs kurz vorstellen und die PatientInnen wissen lassen, dass alle Informationen von ihnen vertraulich behandelt werden und dass sie alles dolmetschen.

Bei der zweiten Strategie, dem Verbergen von nicht professionellem Verhalten, geht es darum, so zu dolmetschen, dass falsches Verstehen oder Fehler verdeckt werden, was Hsieh (2008: 1381) als *false fluency* bezeichnet. Die DolmetscherInnen schaffen also eine Illusion von *fluency*, auch wenn sie wissen, dass sie etwas nicht genau verstanden haben.

3.2.5 Zusammenfassung

Diese Studie zeigt, wie die DolmetscherInnen ihre Rolle(n) im medizinischen Gespräch wahrnehmen. Es handelt sich um die unterschiedlichsten Rollen, die vom neutralen „Sprachrohr“ bis zum aktiven Gesprächsmanager reichen. Wichtig in Verbindung mit diesen Rollen sind aber immer die Ziele, die die DolmetscherInnen damit erreichen wollen. Mithilfe gewisser Strategien verfolgen sie die unterschiedlichsten Ziele, welche die Grundlage für die Entscheidung für eine spezifische Rolle darstellen.

Anhand der Studie wurde aber auch verdeutlicht, dass DolmetscherInnen durchaus mehrere verschiedene Rollen einnehmen können, abhängig von der jeweiligen Situation und den Erfordernissen der Kommunikation. Angesichts der ständig wechselnden Anforderungen eines gedolmetschten medizinischen Gesprächs wäre es unrealistisch, nur eine einzige Rolle zu erwarten.

Viele DolmetscherInnen sind bestrebt, Informationen vollständig und möglichst „neutral“ zu vermitteln – sie nehmen sich selbst als *conduits* wahr. Diese Rolle wird von diversen Berufskodizes ebenfalls gefordert. Dadurch, dass sie im Gespräch möglichst unauffällig sein wollen, schaffen sie aber auch einen gewissen Widerspruch zu der Forderung nach neutralen, wörtlichen Dolmetschungen: nämlich dann, wenn sie beispielsweise die Fragen der ÄrztInnen, die an die dolmetschende Person statt direkt an die PatientInnen gerichtet werden, in der ersten Person für die PatientInnen dolmetschen.

Das schafft eine komplexe Situation – die befragten DolmetscherInnen wollen sich zwar wie *conduits* verhalten, weichen aber gerade indem sie das versuchen von dieser Rollenvorstellung ab. Das betont Hsieh (2008: 1381) auch in ihrer Arbeit: Auch wenn die DolmetscherInnen denken, die *conduit role* innezuhaben, machen sie doch mehr, als bloß wie Roboter Informationen zu übertragen. Beispielsweise kombinieren sie verbale und nonverbale Strategien, um die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu stärken, was ein wesentliches Ziel ist, das sie mit dieser Rolle verfolgen.

Bei den anderen in der Studie herausgearbeiteten Rollen sind sich die DolmetscherInnen durchaus bewusst, dass sie eine aktive, weniger neutrale Position einnehmen. Wenn sie beispielsweise eine unfaire Behandlung der PatientInnen feststellen, werden sie zu *advocates*, um die PatientInnen direkt oder indirekt zu ermächtigen. Dabei kommunizieren die DolmetscherInnen entweder stellvertretend für die PatientInnen oder sie ermutigen sie, sich für sich selbst einzusetzen. Wollen die DolmetscherInnen beim medizinischen Gespräch Zeit sparen oder einen optimalen Informationsaustausch ermöglichen, werden sie zu aktiven Gesprächsmanagern (*manager*). Die Rollenbeschreibung als *professionals* zeigt schließlich, dass sie als professionelle DolmetscherInnen gesehen werden wollen, die auch entsprechend handeln.

Nach diesen Rollenbeschreibungen beschäftigt sich das nächste Kapitel auf eine andere Art und Weise mit dem Selbstbild von DolmetscherInnen. Anhand von vier Metaphern, die Angelelli (2004a) aus den Selbstbeschreibungen von KrankenhausdolmetscherInnen herausarbeitete, wird zusammengefasst, wie diese ihre Aufgaben und Tätigkeitsbereiche, also ihre Rolle, sehen.

3.3 Selbstbild in Metaphern nach Angelelli

Im Rahmen ihrer Studie, die sie 1999 bis 2001 durchführte, beschäftigte sich Angelelli (2004a, 2004b) unter anderem mit dem Selbstbild, das DolmetscherInnen von ihrer Rolle haben. Dafür befragte sie elf Spanisch-Englisch-DolmetscherInnen, die in einem Krankenhaus in Kalifornien arbeiten. Aus deren Rollenbeschreibungen kristallisierten sich einige Metaphern heraus, die ihre Aufgaben und Rollen auf bildliche Art und Weise erklären. Diese Metaphern und ihre übertragenen Bedeutungen, wie sie Angelelli (2004a: 129–132) anhand der Ergebnisse ihrer durchgeführten Interviews beschreibt, werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

3.3.1 DetektivInnen

Wenn die PatientInnen die Fragen der ÄrztInnen nicht spezifisch beantworten, werden die DolmetscherInnen zu DetektivInnen, die sich auf die „Suche“ nach der richtigen Antwort machen. Oft werden sie auch von den ÄrztInnen direkt aufgefordert, so lange nachzufragen, bis sie die gewünschte Antwort bekommen. Damit bekommen sie eine große Verantwortung übertragen: nicht nur sind die ÄrztInnen von dieser Antwort abhängig, um weitere Maßnahmen zu ergreifen; die DolmetscherInnen erhalten dabei meist auch keine Vorgaben, was genau sie eigentlich fragen sollen. Trotzdem nehmen sie diese Rolle gern wahr, auch wenn das medizinische Wissen der DolmetscherInnen im Normalfall nicht mit jenem der ÄrztInnen vergleichbar ist. Sie stützen sich auf ihre bisherigen Erfahrungen, um als DetektivInnen den Fall zu lösen.

3.3.2 Multifunktionsbrücken

DolmetscherInnen sind zentraler Bestandteil des gedolmetschten medizinischen Gesprächs, da nur sie in der Lage sind, beide Gesprächsbeteiligte zu verstehen. Die ÄrztInnen brauchen Informationen über die Krankheit bzw. Symptome der PatientInnen, um ihr medizinisches Expertenwissen auch anwenden zu können – bei fremdsprachigen PatientInnen erlangen sie dieses nur mithilfe einer dolmetschenden Person. Die PatientInnen hingegen verfügen über diese Informationen, sind aber auf die dolmetschende Person angewiesen, um diese den ÄrztInnen mitteilen zu können. Die DolmetscherInnen werden im Gespräch also zu Brücken zwischen verschiedenen Sprachen und Kulturen, die den Austausch notwendiger Informationen ermöglichen.

Sie überbrücken aber auch unterschiedliche Perspektiven. ÄrztInnen arbeiten oft unter großem Zeitdruck, wobei ein gutes Verhältnis zu den PatientInnen in den Hintergrund rückt. Für die Erzählung der Lebensgeschichte der PatientInnen bleibt dafür oft keine Zeit, obwohl das das Vertrauen fördern und dieses wiederum die Untersuchung vereinfachen würde. DolmetscherInnen hingegen nehmen sich oft die Zeit, den PatientInnen auch bei diesen Geschichten zuzuhören.

3.3.3 DiamantenkennerInnen

Die Metapher der *diamond connoisseurs* wird von Angelelli folgendermaßen beschrieben: Wenn PatientInnen etwas erzählen, öffnen sie einen Sack voller Steine, Diamanten und Schmutz. Die Diamanten stehen hierbei für die wichtigen Informationen, die für das Gespräch benötigt werden. Steine sind unwichtige Informationen gleichzusetzen, und der Schmutz verbindet diese Elemente und stellt das Gerüst, die Geschichte dar. Es ist daher für die DolmetscherInnen wichtig, Diamanten von Steinen unterscheiden und relevante von irrelevanten Informationen trennen zu können. Dabei müssen sie manchmal auch genauer hinsehen, denn wenn man den Schmutz beseitigt, können sich so manche Steine doch als Diamanten herausstellen. So schwierig es sein kann, von Schmutz bedeckte Diamanten von Steinen zu unterscheiden, so schwierig kann es auch sein, Wichtiges von Unwichtigem zu

trennen. Die DolmetscherInnen tragen daher mit dieser Aufgabe eine große Verantwortung.

3.3.4 GoldgräberInnen

Während einige PatientInnen gern ausführlich erzählen, wollen andere nur äußerst ungern die nötigen Auskünfte erteilen. In diesen Fällen müssen die DolmetscherInnen Wege finden, um die gewünschten Informationen doch zu bekommen. Sie können daher mit GoldgräberInnen verglichen werden, die so lange graben, bis sie schlussendlich auf das Gold, die gewünschten Informationen, stoßen.

Das setzt allerdings spezielle Fähigkeiten voraus: einerseits müssen die DolmetscherInnen erkennen, dass irgendwo Gold versteckt ist; andererseits müssen sie es in weiterer Folge auch finden. Manche PatientInnen fühlen sich unter Druck gesetzt, wenn ihnen so viele Fragen gestellt werden. Andere wissen nicht, worum es bei einer Anamnese geht oder aber wollen nicht zugeben, dass sie die Antworten nicht wissen. Die dolmetschende Person muss hier dieselbe Frage auf verschiedene Arten stellen und so lange hartnäckig bleiben, bis sie eine klare Antwort bekommt – auf das Gold stößt.

3.3.5 Zusammenfassung

Diese Rollenbeschreibungen sind, wie auch schon jene von Hsieh, vielfältig und müssen im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation gesehen werden. Ihnen allen ist aber gemein, dass sich die befragten DolmetscherInnen aktiv in ein medizinisches Gespräch einbringen, wenn das erforderlich ist. Sie verfolgen stets das Ziel, einen Informationsaustausch über Sprachen und Kulturen hinweg zu ermöglichen (*Brücken*) und sind dabei bemüht, den GesprächspartnerInnen die von der anderen Seite gewünschten Informationen zu entlocken (*DetektivInnen*) bzw. die PatientInnen überhaupt zum Erzählen zu animieren (*GoldgräberInnen*). Auch filtern sie die erlangten Informationen und trennen dabei Relevantes von Irrelevan-tem (*DiamantenkennerInnen*).

Anhand dieser Metaphern wird ersichtlich, dass sich die befragten DolmetscherInnen als aktive Gesprächsbeteiligte sehen, die zum Erreichen der jeweiligen kommunikativen Ziele die unterschiedlichsten Strategien einsetzen. Sie haben dabei eine große Verantwortung, da der Erfolg des Gesprächs gewissermaßen von ihnen abhängt. Die Metaphern und Eigenbeschreibungen der DolmetscherInnen bestätigen auch die von Angelelli vertretene und weiter oben schon diskutierte Sichtbarkeit von DolmetscherInnen im medizinischen Kontext: Auch wenn die DolmetscherInnen in diesen Fällen sehr wohl neutral und objektiv sind und die Inhalte originalgetreu wiedergeben, machen sie doch mehr als das Gesagte bloß eins zu eins zu übertragen. Würden sie diese Strategien nicht anwenden, wäre in vielen Fällen eine erfolgreiche Kommunikation nicht möglich.

3.4 Schlussfolgerung

Dieses Kapitel hat sich ausführlich mit der ersten der eingangs nach Gentile et al. (1996) angeführten Dimensionen befasst: dem Selbstbild, das die DolmetscherInnen von ihrer Tätigkeit haben. Dabei hat sich zuallererst gezeigt, dass sich DolmetscherInnen im medizinischen Kontext bei ihrer täglichen Arbeit in einem Spannungsfeld befinden. Einerseits gibt es gewisse Richtlinien von Berufsverbänden, wie sich DolmetscherInnen bei medizinischen Gesprächen zu verhalten haben. Andererseits befinden sich die DolmetscherInnen in dem Dilemma, sich bei ihren Tätigkeiten für gewisse Strategien entscheiden zu müssen – was angesichts der Vorgaben durch die Berufsverbände nicht immer einfach ist.

Wie aus den Ergebnissen der beiden Studien von Hsieh und Angelelli ersichtlich wurde, sind diese Strategien äußerst vielfältig und werden je nach Anforderung entsprechend angepasst und abgeändert. Die Auseinandersetzung mit den Studien hat einen Überblick darüber gegeben, wie die DolmetscherInnen selbst ihre Rolle im Konkreten wahrnehmen, wie sich das auf ihr Handeln auswirkt und welche Ziele sie mit dem Einsatz gewisser Strategien verfolgen. Aus den Rollenbildern der beiden Studien wurde ersichtlich, dass die DolmetscherInnen zwar vollständig und objektiv Informationen vermitteln wollen, dabei aber zumeist eine mehr oder weniger aktive Rolle einnehmen. Sie passen sich damit den unterschied-

lichen Anforderungen an, die an sie gestellt werden und die, wie in diesem und auch den vorangegangenen Kapiteln klar wurde, im medizinischen Bereich vielfältig sind.

Um die Frage beantworten zu können, inwieweit sich die Rollenkonzeptionen von DolmetscherInnen und von ÄrztInnen vereinbaren lassen, bedarf es jedoch noch der Klärung der zweiten Dimension: der Sichtweise der ÄrztInnen und ihren Erwartungen hinsichtlich der Rolle von DolmetscherInnen. Das folgende Kapitel hat zum Ziel, mithilfe einer qualitativen Untersuchung die Rollenerwartungen von ÄrztInnen zu definieren und davon ausgehend die Vereinbarkeit der beiden Rollenkonzeptionen – der eigenen und der fremden Rollenerwartungen – festzustellen.

4 Rollenerwartungen und Erfahrungen vonseiten der ÄrztInnen

Nachdem im vorhergehenden Kapitel ausführlich darauf eingegangen wurde, wie DolmetscherInnen selbst ihre Rolle wahrnehmen, geht es in diesem Kapitel um die zweite der vorher angeführten Dimensionen: die Sicht der ÄrztInnen. Welche Erfahrungen haben sie bei der Zusammenarbeit mit SprachmittlerInnen und professionellen DolmetscherInnen gemacht? Welche Vorstellungen haben sie von deren Rolle? Welche Tätigkeiten gehören ihres Erachtens nach zur Arbeit von DolmetscherInnen? Und welche Probleme gibt es bei gedolmetschten medizinischen Gesprächen?

Um diese Fragen zu beantworten wurden im Rahmen einer qualitativen Studie Interviews mit sechs ExpertInnen (vier Ärztinnen und Ärzte und zwei Psychologinnen) durchgeführt. Die Ergebnisse werden im vorliegenden Kapitel präsentiert. Nach einer Beschreibung der Zielsetzung und der Methodik werden die InterviewpartnerInnen vorgestellt, bevor die eigentliche Datenauswertung erfolgt. Dabei werden die Ergebnisse der Interviews in mehreren Kategorien zusammengefasst, um eine übersichtliche Präsentation der Forschungsergebnisse zu ermöglichen. In weiterer Folge wird ein Vergleich zu den Erkenntnissen des vorigen Kapitels angestellt und gefragt: Inwieweit lässt sich das Selbstbild der DolmetscherInnen mit dem Fremdbild, das die ÄrztInnen von ihnen haben, vergleichen?

4.1 Zielsetzung und Vorgangsweise bei der Erhebung

Das Ziel dieser qualitativen Befragung ist es, festzustellen, welches Bild ausgewählte medizinische ExpertInnen von DolmetscherInnen haben. Dabei ist einerseits relevant, welche Erfahrungen sie im Allgemeinen bei der Arbeit mit SprachmittlerInnen bzw. DolmetscherInnen gemacht haben und wie sie diese Erfahrungen einschätzen. Andererseits liegt der Fokus vor allem auf deren Wahrnehmung der Rolle: Wie sollen sich DolmetscherInnen im Kontext des medizinischen Gesprächs verhalten? Welche Aufgaben sollen sie wahrnehmen? Welche Position sollen sie in der Gesprächskonstellation einnehmen?

Diesen Fragen wird im Rahmen von problemzentrierten Interviews nachgegangen (vgl. Mayring⁴ 1999: 50). Dabei haben die Interviewten die Möglichkeit, frei und ohne Vorgaben vonseiten der Interviewerin auf Fragen zu antworten und das zu erzählen, was ihnen in Bezug auf das Thema wichtig ist und besonders relevant erscheint. Die Fragen sind daher bewusst offen formuliert, um die InterviewpartnerInnen zum Erzählen zu animieren und sie in ihren Antwortmöglichkeiten nicht einzuschränken.

Da die zentrale Fragestellung dabei nicht außer Acht gelassen werden darf, wurden die relevanten Themenbereiche bereits im Vorfeld in Form eines teilweise standardisierten Interviewleitfadens erarbeitet, der sich im Anhang befindet. Durch diesen Leitfaden werden die Interviews strukturiert, sodass sie besser miteinander verglichen werden können (vgl. Atteslander¹² 2008: 131–135). In der jeweiligen Interviewsituation wurde die Reihenfolge der Fragen jedoch flexibel gehandhabt und manche Fragen wurden ganz weggelassen, wenn sie bereits indirekt beantwortet wurden. Außerdem wurde zusätzlich auch auf andere, im Leitfaden nicht erfasste Themenbereiche eingegangen, die sich aus dem Gespräch ergaben und die für die zentrale Fragestellung relevant waren.

Es muss im Vorfeld dazu auch erwähnt werden, dass bei den Interviews vonseiten der Interviewerin nicht zwischen den Begriffen „DolmetscherIn“, der in der vorliegenden Arbeit bisher ausschließlich professionelle, ausgebildete DolmetscherInnen bezeichnete, und „SprachmittlerInnen“ (für alle sonstigen, nicht für das Dolmetschen ausgebildeten Personen) unterschieden wurde⁴. Dies hätte die Gespräche unnötig verkompliziert, da bei den befragten Personen, die keinen translationswissenschaftlichen Hintergrund haben, das Bewusstsein für die Unterscheidung dieser Begriffe nicht vorhanden ist; zur Vereinfachung wurde nur von „DolmetscherInnen“ – professionell oder nicht professionell – gesprochen. Am Beginn der Interviews wurde aber sehr wohl darauf eingegangen, mit welcher Art von sprachmittelnden Personen die jeweiligen ExpertInnen zusammenarbeiten. Auch im Laufe der Interviews wurde das, falls nötig, immer wieder klargestellt.

⁴ Auch der Interviewleitfaden beinhaltet nur den Begriff „DolmetscherIn“.

4.2 InterviewpartnerInnen

Die GesprächspartnerInnen für die Interviews wurden zufällig und nach Verfügbarkeit ausgewählt. Einzige Voraussetzung war, dass sie regelmäßig mit fremdsprachigen PatientInnen zu tun haben und zur Verständigung mit diesen eine sprachmittelnde Person hinzuziehen. Die befragten Personen arbeiten/arbeiteten in unterschiedlichen Krankenhäusern (Landesnervenklinik Wagner-Jauregg Linz, Landeskrankenhaus Salzburg, Allgemeines Krankenhaus Wien) und konnten somit auch berichten, wie die Verständigung mit fremdsprachigen PatientInnen in diesen Krankenhäusern ermöglicht wird. Mit welchen Arten sprachmittelnder Personen (professionelle DolmetscherInnen oder nicht professionelle SprachmittlerInnen) die Interviewten arbeiten, war bis zum Zeitpunkt der Interviews nicht bekannt.

Hervorzuheben ist, dass sich alle Befragten äußerst kooperativ zeigten und gern bereit waren, ein Interview zu geben. Obwohl alle befragten Personen kein Problem mit der Nennung ihres Namens hätten, sollen sie im Rahmen dieser Arbeit anonym bleiben. An dieser Stelle soll lediglich ein Überblick über die InterviewpartnerInnen gegeben und beschrieben werden, welcher ihr Tätigkeitsbereich ist und wie sie bei ihrer Arbeit in Kontakt mit DolmetscherInnen oder SprachmittlerInnen kommen. Das war auch jeweils die Einstiegsfrage bei den Interviews, um die GesprächspartnerInnen etwas kennenzulernen und einordnen zu können, inwieweit sie Erfahrungen mit sprachmittelnden Personen jeglicher Art haben. Sie sind in der Reihenfolge der durchgeföhrten Interviews aufgelistet.

Interviewpartner 1 (in weiterer Folge als *I1* bezeichnet) ist Psychiater an der psychiatrischen Tagesklinik in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg Linz und zusätzlich seit 2005 Leiter der interkulturellen Ambulanz, in der er laut eigener Aussage „nur mit Dolmetschern arbeitet“. Aufgrund seines Fachbereichs nimmt das Gespräch mit den PatientInnen einen zentralen Stellenwert bei seiner täglichen Arbeit ein:

Bei uns ist [...] die Kommunikation ein zentraler Teil der Diagnostik und Behandlung. Ein Chirurg kann einmal ein Infoblatt in Türkisch über eine Blinddarmoperation aushändigen, das haben wir nicht. Sondern wir müssen sozusagen die ganze Leidensgeschichte, Persönlichkeitsgeschichte erfahren, und es geht da [...] auch um sehr vertrauliche Themen.

Interviewpartnerin 2 (I2) war jahrelang klinische Psychologin im Transplantationszentrum des AKHs in Wien. Dolmetschbedarf gab es bei ihrer Tätigkeit vor allem bei Evaluierungsgesprächen, die vor Organtransplantationen, hier vorrangig Lebendorganspenden, durchgeführt wurden:

Also [...] wenn ein Mensch einem anderen Menschen eine seiner Nieren z. B. gegeben hat. Dann war das nicht nur aus medizinischer Sicht eine sehr klare oder starke Evaluierung, sondern auch aus der psychologischen Sicht. Und da waren auch diese Erfahrungen mit Dolmetschern ungeheuer wichtig und stark.

Interviewpartnerin 3 (I3) ist klinische und Gesundheitspsychologin am AKH Wien und seit 15 Jahren die Psychologin der Abteilung für Lungentransplantation. Dort werden Transplantationen an PatientInnen aus zahlreichen Ländern durchgeführt, u. a. aus Slowenien, der Slowakei, Ungarn, Polen, Italien oder Griechenland:

Die meisten davon sprechen kein Deutsch natürlich, aber auch kein Englisch, und auch die Angehörigen sprechen keine Sprache, mit der ich kommunizieren kann. [...] Das heißt [mit] fast 40 Prozent der Patienten, die ich als Psychologin betreue auf der Intensivstation und dann auf der normalen Bettenstation und in der Ambulanz, haben wir Sprachprobleme.

Interviewpartner 4 (I4) ist Ambulanzerzt der Lungenabteilung im Landeskrankenhaus Salzburg und hat als solcher viel Kontakt mit fremdsprachigen PatientInnen. Er stellte sich während eines beruflichen Aufenthalts im AKH spontan für ein Interview zur Verfügung. Da seine Kollegin (*Interviewpartnerin 5, I5*), Lungenfachärztin am Landeskrankenhaus Salzburg und an diesem Tag ebenfalls im AKH, während des Gesprächs dazukam, brachte auch sie am Ende des Interviews ihre Erfahrungen ein und beantwortete im Rahmen eines kurzen Gesprächs einige Fragen.

Interviewpartner 6 (I6) hat als stellvertretender Leiter der Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin am AKH in Wien oft mit nicht deutschsprachigen PatientInnen zu tun, vorrangig im Ambulanzbereich, aber auch auf den Stationen:

Der Hauptbereich ist glaub ich die Ambulanz hier, weil hier auch viel mehr Patienten sind als auf der Station [...]. Und aber auf der Station trotzdem [...], wenn man ein Aufklärungsgespräch haben will nach einer Operation zum Beispiel, oder komplizierte Behandlungen. Oder im Rahmen der Geburtshilfe benötigen wir auch oft Dolmetscher.

4.3 Dokumentation und Aufbereitung

Alle Interviews wurden, selbstverständlich nach vorheriger Einwilligung der interviewten Person, digital aufgenommen, was eine bessere Konzentration auf das Gespräch und in weiterer Folge eine bessere und exaktere Auswertbarkeit mit sich bringt. Im Anschluss wurden die Interviews transkribiert und manchmal vorkommende Dialektsprache aufgrund der besseren Lesbarkeit in normales Schriftdeutsch übertragen. Da bei den Befragungen der Inhalt und die Thematik im Vordergrund standen, wurde auf die Transkription von Pausen, Betonungen etc. verzichtet (vgl. Mayring⁴ 1999: 68–71).

4.4 Auswertung

Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand einiger vordefinierter Kategorien, die bereits durch den Leitfaden erfasst wurden. Das vorhandene Material wurde anhand der wörtlichen Transkriptionen in mehreren Schritten genau analysiert und so weit wie möglich den Kategorien zugeordnet. In dieser Phase wurden die Kategorien außerdem wenn nötig ergänzt beziehungsweise angepasst. Die Ergebnisse werden nun an dieser Stelle durch eine qualitative Inhaltsanalyse (nach Mayring⁴ 1999: 91f. bzw. Mayer 2009: 48ff.) präsentiert.

4.4.1 Allgemeines

Zu Beginn der Präsentation der Forschungsergebnisse sollen einige Dinge hervorgehoben werden, die bei den Interviews besonders auffällig waren. Dabei muss zuallererst erwähnt werden, dass ausnahmslos alle InterviewpartnerInnen die Begriffe „DolmetscherIn“ und „ÜbersetzerIn“ bzw. „dolmetschen“ und „übersetzen“ synonym verwenden. Auch die Bezeichnung „Dolmetsch“ kommt einige Male vor (I1, I4, I5, I6). Hier herrscht wie oft bei Personen ohne translationswissenschaftlichen Hintergrund offensichtlich kein Bewusstsein dafür, dass es einen Unterschied zwischen dem Dolmetschen und dem Übersetzen gibt. Jedoch wurde das Verständnis im Interview dadurch nicht gestört, da es die ganze Zeit ganz klar um das Dolmetschen ging. In den direkt zitierten Interviewpassagen wurde das jeweils

original verwendete Wort der InterviewpartnerInnen beibehalten. Das bedeutet auch, dass in diesen direkten Zitaten nicht zwischen den Begriffen „DolmetscherIn“ und „SprachmittlerIn“ unterschieden wird. In der restlichen Auswertung wird aber sehr wohl (wie in der übrigen Arbeit) der Begriff „DolmetscherIn“ nur verwendet, wenn auch wirklich professionelle DolmetscherInnen gemeint sind.

Auf inhaltlicher Ebene kann allgemein gesagt werden, dass die meisten Befragten SprachmittlerInnen und DolmetscherInnen als wertvolle Hilfe für ihre Arbeit ansehen. I3 merkt beispielsweise an, dass sie froh ist, dass es diese gibt, denn „ohne Dolmetscher könnten wir alle hier [*im AKH, Anm. d. Verfasserin*] nicht arbeiten“. Auch I2 ist für den Einsatz sprachmittelnder Personen bei den Gesprächen, da sonst nur die „halben Informationen“ vermittelt werden können: „Und das trägt nicht wirklich [...] zur Förderung der Autonomie des Patienten bei.“ Ihr ist das umso wichtiger, als „jeder Mensch [...] auch ein Recht hat, wenn er in einem Krankenhaus behandelt wird, in seiner Sprache bestimmte Informationen zu erfahren“.

I6 ist sich ebenfalls der Tatsache bewusst, dass DolmetscherInnen den Informationsaustausch mit fremdsprachigen PatientInnen entscheidend verbessern können. Er merkt an, dass „gerade im Flüchtlingsbereich [...] oft Grenzen gesetzt“ sind, da die betreffenden Sprachen oftmals nicht durch rasch im Krankenhaus verfügbare sprachmittelnde Personen abgedeckt werden können. „Dann ist halt oft sicher die Information, die die Patientin mitbekommt, vielleicht nicht so wie's wäre, wenn ein Dolmetscher da wäre.“ Hier wird auch deutlich, dass I6 die Informationsvermittlung durch die sprachmittelnde Person als essenziell in der gemittelten Kommunikation ansieht.

Die Aussagen in den Interviews machen auch deutlich, dass die befragten ExpertInnen die Tätigkeit von DolmetscherInnen durchwegs als anspruchsvoll einstufen und einiges an Wissen und Professionalität als notwendige Voraussetzung dafür ansehen. Das kann natürlich nur für professionelle DolmetscherInnen und nicht für beispielsweise sprachmittelnde Familienangehörige gelten. I6 zum Beispiel spricht das hohe Niveau der regelmäßig für ihn arbeitenden DolmetscherInnen an, und auch I5 hebt die Professionalität von ausgebildeten DolmetscherInnen als besonders positiv hervor. Für I1 ist die hohe Qualität einer Dolmetschung das entscheidende Kriterium für Professionalität; er vertritt allerdings die Ansicht,

dass diese auch durch nicht professionelle SprachmittlerInnen gegeben sein kann, die in diesem Bereich schon einige Erfahrungen gesammelt haben. Einzig I4 hat eine abweichende Wahrnehmung von der Dolmetschätigkeit: Durch seine Aussagen macht er – wenn auch sicherlich unbewusst – deutlich, dass für ihn praktisch jede zweisprachige Person als SprachmittlerIn infrage kommt und Professionalität somit für ihn kein Kriterium ist. Er stellt mit dieser Ansicht bei den befragten Personen jedoch eine Ausnahme dar.

4.4.2 Gemittelte Kommunikation

Aus den Interviews ist erkennbar, dass die befragten medizinischen ExpertInnen mit den unterschiedlichsten Arten von sprachmittelnden Personen zusammenarbeiten, nicht zuletzt auch wegen der unterschiedlichen Bedürfnisse, die sie aufgrund ihres jeweiligen Fachbereichs haben, und der Gegebenheiten der Institutionen, in denen sie angestellt sind.

I1 fordert nur externe SprachmittlerInnen meist auf Honorarbasis an, wobei das nicht notwendigerweise ausgebildete DolmetscherInnen sein müssen, sondern diese aus den verschiedensten Berufsgruppen kommen. Er hat dabei gewisse Personen, die immer wieder hinzugezogen werden und daher schon eingearbeitet sind, beispielsweise zwei Krankenschwestern aus dem Kosovo, „die super übersetzen, immer wieder kommen, aber sie sind von Beruf Krankenschwestern, machen's aber tadellos. [...] Also so gesehen sind sie eigentlich schon Profis.“ Ihm geht es dabei darum, dass die sprachmittelnde Person „sprachlich tadellos“ ist und auch menschlich gut passt – zwei Faktoren, die für ihn für die „Professionalität“ der SprachmittlerInnen entscheidend sind. Dabei müssen es für ihn keine gerichtlich beeideten DolmetscherInnen sein (obwohl er auch mit solchen arbeitet), denn manche davon wären seiner Meinung nach „menschlich deshalb trotzdem nicht geeignet“.

Mit Familienangehörigen arbeitet er aufgrund von deren Befangenheit nicht, genauso wenig mit anderem Pflegepersonal, da er bei diesem die Erfahrung gemacht hat, dass sich dieses zu aktiv ins Gespräch einbringt. Auch andere ÄrztInnen kommen als SprachmittlerInnen nicht infrage, da in manchen Sprachen

niemand verfügbar ist oder die mehrsprachigen KollegInnen keine Zeit hätten, weil sie anderweitige Verpflichtungen haben.

I2 hatte bei ihrer Arbeit im AKH das Problem, dass es immer zu wenige DolmetscherInnen gab. Zu ihrem Bedauern musste sie sich dann – häufig für serbokroatische Sprachen – mit Krankenhauspersonal, z. B. BedienerInnen helfen, was nicht immer funktioniert hat. Es kam auch immer wieder vor, dass PatientInnen selbst DolmetscherInnen von einem Dolmetschbüro organisiert haben, die allerdings laut Aussage von I2 oft keinerlei Erfahrung im medizinischen Bereich hatten und denen somit auch das nötige Wissen fehlte. Wenn PatientInnen die sprachmittelnde Person selbst mitbringen, bestehe außerdem die Gefahr, dass sie „im Sinne der [b]etreffenden“ PatientInnen dolmetschen und die Objektivität darunter leidet, weil sie sich dadurch Folgeaufträge erhoffen. Auch über die jeweiligen Botschaften wurden manchmal sprachmittelnde Personen angefordert:

Wir haben dann eben über Botschaften z. B. einen Namen bekommen von einem Dolmetscher, der halt irgendwo in Wien war, der möglicherweise auch gekommen ist, der aber dann eher so auch das Gefühl vermittelt hat, jetzt hab ich genau eine Viertelstunde Zeit und mehr nicht. Also das kann's nicht sein [...].

Aus diesen Ausführungen wird mehr als deutlich, dass die Praxis im AKH für I2 sehr unbefriedigend war und sie bei ihrer Arbeit nur selten DolmetscherInnen hatte, die gut ausgebildet und qualifiziert waren und auch über das für sie essenzielle medizinische Grundwissen verfügten. Am liebsten bat sie daher ÄrztInnen des Krankenhauses, für sie zu dolmetschen:

Und am allerallergescheitesten, das muss ich leider wirklich sagen, waren als Übersetzer Ärzte, die eben eine Sprache gesprochen haben, die wir halt gerade gebraucht haben, weil die haben dann klare Informationen weitergeben können und haben dann auch im Notfall, wenn es irgendwelchen Erklärungsbedarf gegeben hat, auch mit uns mitdiskutieren können und auch diese Erklärungen geben können.

Am „schlimmsten“ waren für sie hingegen Familienangehörige als SprachmittlerInnen, da diese „ihre eigenen Interessen vertreten“ und „subjektiv alles das sehen [...], was sie halt sehen [wollen]“. Die Emotionen, die außerdem mit hineinfließen, behindern das psychologische Gespräch. Wenn es um ernsthafte Evaluierungsfragen geht, kommen für I2 Familienangehörige als SprachmittlerInnen da-

her absolut nicht infrage. Dazu kommt noch der Leidensdruck der Familienangehörigen, da diese möglicherweise auf bestimmte Aspekte einer Transplantation geschockt reagieren und daher versuchen, die Frage „entschärft“ als „Soft-Version“ an die PatientInnen weiterzugeben. I2 musste manches Mal auch fremdsprachige PatientInnen „wieder nach Hause schicken [...], weil da grad eben die Mutter übersetzen wollte, und wir gesagt haben, nein das geht nicht in diesem Fall, weil da [...] – wenn's jetzt um eine Lebendnierenspende gegangen ist – zu viele Emotionen hineingeflossen wären“.

I3 betont, dass es bei ihrer Tätigkeit im AKH nicht die Möglichkeit gibt, bei Bedarf professionelle DolmetscherInnen anzufordern. Als erste und wichtigste Möglichkeit, an sprachmittelnde Personen zu gelangen, beschreibt und zeigt sie eine interne Liste von MitarbeiterInnen (von ÄrztInnen über LaborarbeiterInnen bis zu Koch- und Reinigungspersonal) im AKH, deren Muttersprache nicht Deutsch ist und die bei Bedarf kontaktiert werden können. Sie machen die sprachmittelnde Tätigkeit freiwillig und unbezahlt, wenn möglich auch in der Dienstzeit. Allerdings ist das manchmal problematisch, weil sie oft zur Dienstzeit nicht verfügbar sind, sodass das gedolmetschte Gespräch dann in der Freizeit aller Beteigter stattfinden muss. Durch ihre langjährige Tätigkeit im AKH hat I3 schon zahlreiche Kontakte aufgebaut, „aber das geht alles nur auf einer persönlichen Ebene“.

Eine andere Möglichkeit ist, dass sich die PatientInnen selbst um eine sprachmittelnde Person kümmern müssen, was sie entweder über Botschaften oder aber den Bekannten- und Verwandtenkreis machen. Wenn die Angehörigen Englisch sprechen, kommt es auch vor, dass in der Zweisprache kommuniziert wird – was laut I3 aber problematisch ist: „Ich Englisch, sie Englisch, wer spricht besser Englisch, wer spricht schlechter Englisch.“ Wenn die oben genannten Methoden nicht möglich sind, greift sie manchmal auch auf telefonische Dolmetschdienste zurück. Das findet sie aber nicht ideal, da dadurch vieles im Gespräch verloren gehen kann und auch leichter Fehler passieren, wenn die sprachmittelnde Person physisch nicht anwesend ist. Ihrer Meinung nach sollten psychologische Gespräche persönlich und in Anwesenheit aller Beteigter geführt werden.

I4 als Ambulanزارzt bevorzugt „schnelle und effiziente“ Methoden, um mit seinen fremdsprachigen PatientInnen kommunizieren zu können. In vielen Fällen

begnügt er sich „mit dem, was die [fremdsprachigen] Patienten an Deutsch können, beziehungsweise kommen viele bereits mit ihren Kindern, die meistens schon besser Deutsch können als die Patienten selber“. Auf Nachfrage lenkt er aber ein, dass es durchaus zu Verständigungsschwierigkeiten kommen kann, „wenn man [...] gar keinen Dolmetscher ruft, weil man sich denkt, geht schon noch, der versteht mich schon grad noch“.

Funktioniert so die Kommunikation nicht, weil die PatientInnen gar nicht Deutsch können und keine Angehörigen mithaben, greift er meist auf Krankenhauspersonal zurück: „Dann hol ich die Tanja, unsere Ambulanzschwester. Die macht das unentgeltlich.“ So seien die meisten Sprachen durch das Personal abgedeckt. Mit manchen PatientInnen aus dem arabischen Raum kommuniziert auch er auf Englisch: „Und Englisch geht auch halbwegs. Bin zwar ich nicht ganz so gut, aber da kommen wir auch noch halbwegs zusammen.“

Eine weitere Methode, sich mit anderssprachigen PatientInnen zu verständern, ist ein telefonischer Dolmetschdienst, mit dessen Hilfe die Symptome der AmbulanzpatientInnen abgeklärt werden können. Auch diese Methode findet I4 sehr praktisch, „weil sie auch sofort funktioniert“. Als letzte Möglichkeit nennt er das Reglement der Spitalsdirektion, bei Bedarf gerichtlich beeidete DolmetscherInnen zu bestellen. Das sei für ihn als Ambulanzarzt jedoch nicht unbedingt praktikabel, da er „das erledigt haben“ will, man mit diesen professionellen DolmetscherInnen aber einen Termin ausmachen müsse. Er beschreibt die gerichtlich beeideten DolmetscherInnen folgendermaßen:

Das ist auch sehr gut, da kommen dann sehr nette Leute, die sich auch freuen, wenn sie ein bisschen was dazuverdienen, die kommen eh ganz gern eigentlich. Die verdienen auch ein bisschen was dazu durch diese Übersetzungstätigkeit.

Aus dieser Beschreibung wird ersichtlich, dass I4 diese gerichtlich beeideten DolmetscherInnen nicht unbedingt mit Professionalität und Qualität der Dolmetschung in Verbindung setzt. Vielmehr betont er, dass diese – im Unterschied zu den anderen sprachmittelnden Personen, die er einsetzt – für ihre Tätigkeit bezahlt werden, und man bekommt den Eindruck, dass das für ihn das entscheidende Merkmal der professionellen DolmetscherInnen ist.

Bei I5, die ja im selben Krankenhaus wie I4 arbeitet, ist die Vorgehensweise, um eine Verständigung mit nicht deutschsprachigen PatientInnen zu schaffen, ähnlich. Sie betont auch die Nützlichkeit von Aufklärungsblättern in verschiedenen Sprachen. Aufgrund von bereits gemachten Erfahrungen ist es ihr bewusst, dass professionelle DolmetscherInnen in manchen Fällen geeigneter sind als beispielsweise Familienangehörige:

Ich glaub, [...] wenn man ganz wichtige [...] Aufklärungsgespräche führt, dass man doch kontrollieren sollte, welcher Dolmetsch ist für welches Gespräch geeignet. Ist das ein Familienangehöriger, ist es der Ehemann, der Sohn, oder ist es nicht ab und zu gescheiter, einen professionellen, von der Familie unabhängigen Dolmetscher zu organisieren und das in Anspruch zu nehmen. Und wir haben das Glück, das muss man sagen, wenn auf unserer Liste von Krankenhausbeschäftigten kein entsprechender Übersetzer vorliegt mit medizinischem Hintergrundwissen, dann haben wir die Möglichkeit, jemanden zu organisieren.

I5 sieht es als Privileg und sehr gute Einrichtung an, dass das Landeskrankenhaus Salzburg die Möglichkeit bietet, professionelle DolmetscherInnen anzufordern. In manchen Fällen erachtet sie eine von den PatientInnen und deren Familie unabhängige Person als DolmetscherIn als nötig, vor allem wenn es um wichtige Aufklärungsgespräche geht.

I6 arbeitet in vielen Fällen mit zwei in der Frauenklinik fix angestellten Türkisch-Dolmetscherinnen zusammen, „die ausschließlich für uns da sind“. Für alle anderen Sprachen gibt es allerdings keine angestellten DolmetscherInnen im Krankenhaus. In diesen Fällen greift er, wie auch I3, auf eine Liste von fremdsprachigen Krankenhausangestellten zurück, die im Bedarfsfall über die Direktion angefordert werden können. Er betont auch, dass das natürlich „keine Profidolmetscher“ sind und deren Anforderung immer auch einen gewissen Zeitaufwand bedeutet.

Kann mit dieser Liste die jeweilige Sprache nicht abgedeckt werden, müssen sich die PatientInnen selbst darum kümmern, eine sprachmittelnde Person zum Gespräch mitzubringen, „sonst gibt's keine Behandlung“. Allerdings vermitteln in solchen Fällen, bevor gar keine Verständigung möglich ist, auch Familienangehörige der PatientInnen, was I6 aber nicht optimal findet:

Familienangehörige ist extrem heikel, wenn z. B. die Mutter kommt und ein kleineres Kind oder so als Dolmetscher, das machen wir nicht eigentlich. Außer das wär ein Notfall, was hier selten ist, da muss man dann auch das Kind vorläufig herannehmen, und das ist echt ein Problem [...]. Also größere Routineeingriffe oder Behandlungen würden wir mit Kind als Dolmetsch auf keinen Fall machen. Und Mann als Dolmetsch in manchen Kulturen kann auch heikel sein, wo man nicht weiß eben, ob das korrekt übersetzt wird. Aber da ist es eben so, wenn wir das Gefühl haben, dann kommt die Patientin wieder, wenn's eine geplante Routinebehandlung ist, mit Dolmetsch.

Außer in Notfällen vermeidet I6 es also, Familienangehörige, vor allem Kinder, als SprachmittlerInnen heranzuziehen. Die PatientInnen werden dann gebeten, selbst eine geeignete sprachmittelnde Person zu organisieren und mit dieser wiederzukommen.

Allgemein kann festgehalten werden, dass unterschiedliche Arten sprachmittelnder Personen zum Einsatz kommen. Auf der einen Seite ist klar erkennbar, dass die meisten ExpertInnen das Hinzuziehen von Familienmitgliedern als SprachmittlerInnen zu vermeiden versuchen. Nur in Notfällen oder wenn es gar keine andere Möglichkeit gibt, lassen sie sich das Gespräch auch von Familienangehörigen oder anderen den PatientInnen nahestehenden Personen dolmetschen. Es herrscht hier durchgehend ein Bewusstsein dafür, dass eine Dolmetschung durch Familienmitglieder aus zahlreichen Gründen problematisch sein kann, was von den Befragten auch immer wieder betont wurde.

Zum anderen hat sich auch gezeigt, dass das Kriterium, ausgebildete, professionelle DolmetscherInnen zu haben, nicht im Mittelpunkt steht. Die meisten Interviewten berichten von sprachmittelndem Krankenhauspersonal (I1, I2, I3, I4), das aufgrund der wiederholten „Dolmetschätigkeit“ jedoch schon eine gewisse Routine in diesem Bereich erlangt hat. In den meisten Fällen scheint das gut zu funktionieren, es wird aber auch von Fällen berichtet, in denen sich das sprachmittelnde Krankenhauspersonal z. B. zu aktiv an den Gesprächen beteiligt hat.

Bemerkenswert ist schließlich auch, dass nur in den seltensten Fällen professionelle DolmetscherInnen angefordert werden. Einzig I6 hat das Privileg, regelmäßig mit im Krankenhaus fix angestellten Türkisch-Dolmetscherinnen zu arbeiten. I4 und I5 vom Landeskrankenhaus Salzburg hätten zwar die Möglichkeit, professionelle DolmetscherInnen anzufordern, nehmen diese aber nur selten wahr.

4.4.3 Positive und negative Erfahrungen

Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass die befragten Personen die unterschiedlichsten Erfahrungen mit sprachmittelnden Personen haben. Auf konkrete Nachfrage reichten die Antworten von „zu 99,9 Prozent positiv“ (I3) oder gar „nur positiv“ (I4) bis hin zu genauen Beschreibungen von Situationen, in denen aus den verschiedensten Gründen negative Erfahrungen mit DolmetscherInnen bzw. SprachmittlerInnen gemacht wurden. Diese Erfahrungen sind aber natürlich subjektiv und immer vor dem Hintergrund der jeweiligen Tätigkeit, der Häufigkeit und Art der Arbeit mit sprachmittelnden Personen zu betrachten. Auch nicht vergessen werden darf bei der Auswertung, dass die befragten Personen mit unterschiedlichen Arten von sprachmittelnden Personen (von Reinigungspersonal bis zu gerichtlich beeideten DolmetscherInnen) zu tun haben. Es werden hier deshalb auch keine Verallgemeinerungen, sondern die persönlichen Erfahrungen der ExpertInnen in Verbindung mit den jeweiligen Gegebenheiten vorgestellt.

I1 erklärt, dass er nur mehr mit jenen SprachmittlerInnen zusammenarbeitet, die sich bewährt haben, denn „die schlechteren sind ausgesiebt worden“ und „es bleiben dann die übrig, die das auch können“:

Mit der Zeit hat sich so ein gewisser Staff aufgebaut. Die einen kennt man von da und von dort und so, von anderen Einrichtungen. Und das sind jetzt gut etablierte, mit denen das gut eingearbeitet ist, und wir rufen dann die.

Schlechte Erfahrungen hat er mit sprachmittelndem Pflegepersonal gemacht, da dieses sich oft zu aktiv in das Gespräch eingebracht hat: „Die haben oft schon gewusst, welche Frage kommt und welche Antwort kommt, und das war dann auch schon wieder hinderlich.“

I2 berichtet ebenfalls von einem Fall, in dem eine Bedienerin des Krankenhauses, die immer wieder zum Sprachmitteln hinzugezogen wurde und daher schon „ziemlich versiert in bestimmten Bereichen“ war, „ihre medizinische Erfahrung, unter Anführungszeichen, gleich mit einfließen“ ließ:

Das heißt, die war also absolut nicht objektiv, sondern die hat einfach sehr subjektiv ihre ganzen Erfahrungen, die sie jetzt auf einer bestimmten Station gemacht hat, und wo sie halt gesehen hat, [...] ein Nierentransplantiert, der reagiert so oder so oder so, die hat dem gleich alles das gesagt, was da passieren kann und soll

und nicht soll [...]. Also ihre persönlichen Erfahrungen, die aber absolut nicht qualifiziert waren; die hat das da sofort weitergegeben.

Dasselbe Problem hatte sie auch bei einem Evaluierungsgespräch in ihrer psychologischen Praxis vor einer Adipositas-Operation, das von der besten Freundin der Patientin gedolmetscht wurde, die bereits eine solche Operation hinter sich hatte:

Die Freundin sagt der alle ihre Erfahrungen, aber das, was ich gefragt hab, das kommt dort überhaupt nicht an. Oder das was ich ihr erzählen will. [...] D. h., die eigenen Erfahrungen werden dann natürlich immer in den Vordergrund gestellt. [...] Es funktioniert nicht.

Hier äußert I2 auch ganz deutlich den Wunsch, auch in ihrer psychologischen Praxis Zugang zu professionellen DolmetscherInnen zu haben, um solche Probleme zu vermeiden. Sie spricht damit auch das Problem an, dass sie als Psychologin oft nicht weiß, wie sie an geeignete DolmetscherInnen herankommt. Ihr Resümee sagt viel über ihre bisherigen Erfahrungen und ihre Einschätzung der Situation aus:

Aber unterm Strich kommt halt immer wieder das Gleiche heraus: Es gibt zu wenige, wir wissen nicht, wo die sind, und ich von mir kann halt immer nur sagen, ich will niemanden aus der Familie, und schon gar keine Freundinnen.

In ihren Erfahrungen waren ihr jene sprachmittelnden Personen letztendlich am liebsten, die wirklich das gedolmetscht haben, was sie gefragt hat. Allein diese Feststellung zeigt auf, dass das anscheinend bei ihrer Arbeit mit SprachmittlerInnen keine Selbstverständlichkeit ist, wie auch eine ihrer Ausführungen verdeutlicht:

Das war auch einmal ein sehr negatives Erlebnis, [dass] ein Dolmetscher offensichtlich meine Fragen nicht so eins zu eins weitergegeben hat, wie ich sie stelle, sondern der hat da sehr vieles [...] hineininterpretiert, selber auch nachgefragt, also da war die Rolle eher dann eine umgekehrte, [...] der Dolmetscher hat einfach das getan, was er gemeint hat, tun zu müssen, und dann hat er mir offensichtlich auch nur die Informationen weitergegeben, die für ihn wichtig waren.

I2 betont, dass solches Verhalten vonseiten der sprachmittelnden Person eine große Gefahr für ihre eigene Arbeit darstellt, da beispielsweise durch die Einbringung von eigenen, unqualifizierten Erfahrungen den PatientInnen Angst gemacht werden kann. Diese unprofessionelle Gesprächsführung ist für sie einer der größten Störfaktoren, da sie für eine erfolgreiche Kommunikation mit den fremdsprachigen

PatientInnen eher hinderlich ist. Wenn sprachmittelnde Personen sich auf ihre „eigenen Ideen“ konzentrieren, ist das für sie als Psychologin „ziemlich frustrierend“:

Das ging dann bis zuletzt so, dass ich immer wieder gesagt hab, das stört mich eher, und der [Dolmetscher] dann auch sehr wütend geworden ist, also da hatten wir auch einmal eine Situation, wo jemand sehr wild aufgestanden ist, ein Dolmetscher, und dann hinausgelaufen ist, weil ich gesagt hab, das find ich sehr unprofessionell, wenn der dann [...] seine eigenen Fragen stellt und nicht das, worum's geht.

Da gemittelte Kommunikation nicht funktionieren kann, wenn von unterschiedlichen Dingen geredet wird, hilft es in solchen Situationen laut I2 nur, das Gespräch abzubrechen und jemand anderen anzufordern. Trotz allem sind solche Fälle aber die große Ausnahme. Ein häufiges Problem ist hingegen das fehlende medizinische Wissen der für sie sprachmittelnden Personen:

Unterm Strich hab ich keinen Dolmetscher gefunden, also keinen staatlich geprüften [...], der wirklich auch [...] ein bisschen Ahnung von Medizin hatte, der gewusst hat, wovon wir reden. Das war nur so, wenn zufällig ein Arzt da war, der übersetzen konnte.

Dieses fehlende Wissen und die fehlende Erfahrung im medizinischen Bereich führen auch dazu, dass sie als Psychologin zu bestimmten gestellten Fragen keine Antworten von den PatientInnen erhält, „wenn die Dolmetscher nicht in der Lage waren, das so zu übersetzen, wie ich es gemeint habe“. Das wiegt zudem insofern schwer, als es auf der psychologischen Ebene nicht nur um Fragen und Antworten, sondern auch sehr oft um damit verbundene Emotionen geht.

I3 erzählt, dass in 99,9 Prozent der Fälle die vermittelte Kommunikation gut funktioniert. Sie führt eine negative Erfahrung an, als ein in Wien lebender Griech „nicht korrekt übersetzt hat“. Dabei ging es um negative Informationen in Bezug auf eine Patientin, der es sehr schlecht ging:

Und die Eltern wurden informiert und er hat ihnen ganz was anderes gesagt. Und das war überhaupt nicht korrekt und ich hab dann gesagt: ja ich möchte den bitte nicht mehr haben. Aber das war einfach nur aufgrund der Mimik oder wie die Eltern reagiert haben, hab ich mir gedacht, dass die Übersetzung nicht korrekt ist. Inhaltlich kann ich's natürlich nicht sagen.

Dieses Beispiel zeigt auch, dass es für die Psychologin schwierig ist, festzustellen, ob eine sprachmittelnde Person tatsächlich das weitergibt, was gesagt wird. Es

muss aber noch einmal betont werden, dass es bei I3 äußerst selten zu solchen Problemen kommt und ihre Arbeit mit SprachmittlerInnen fast durchwegs erfolgreich verläuft.

I3 spricht zusätzlich aber Probleme an, die aufgrund der unterschiedlichen zusammentreffenden Kulturen innerhalb des Krankenhauses entstehen können, jedoch nicht im Zusammenhang mit einer sprachmittelnden Person stehen. So kommt es beispielsweise häufig zu Konflikten, wenn Menschen muslimischen und christlichen Hintergrundes gemeinsam in einem Krankenzimmer sind. In der muslimischen Kultur ist es üblich, dass die ganze Familie „von der Oma bis zum Baby“ in der Früh ins Krankenhaus kommt und bis zum Abend dableibt, da sie die PatientInnen durch ihre Anwesenheit unterstützen. In der christlichen Kultur hingegen macht man Kurzbesuche und lässt die PatientInnen dann wieder allein, damit sie sich erholen können. Auch in Bezug auf Trauer erlebt sie oft extreme Unterschiede. Als einmal eine muslimische PatientIn verstarb, „ist das ganze Dorf gekommen. Die stehen dann alle in der Eingangshalle, schwarz gekleidet, und dann gibt es [...] diese Klageweiber [...], die sich so mit dem ganzen Körper gegen die Wand schmeißen.“ Bei Trauer werden in dieser Kultur die Emotionen herausgelassen, in der christlichen Kultur ist sie hingegen leise. Solche Situationen sind laut ihrer Aussage immer schwierig, da beiden Kulturen Respekt gezeigt werden muss. „Da gibt es dann meistens Lösungen, nicht immer.“

Aus diesen Erzählungen geht hervor, dass I3 sehr viel Erfahrung im Umgang mit Menschen anderer Kulturen hat und selbst gewissermaßen schon ein verstärktes Bewusstsein dafür entwickelt hat, was bei vermittelter Kommunikation wichtig ist und welche Schwierigkeiten auftreten können. Bei I4 hingegen entsteht zeitweise der Eindruck, dass die Dolmetschertätigkeit nicht besonders anspruchsvoll sei und praktisch von jedem gemacht werden könne, der die Sprache beherrscht, vor allem als er auf die Bitte um eine Spezifizierung seiner „nur positiven“ Erfahrungen antwortet:

Das [waren] immer sehr nette Leute [...], die da gekommen sind zum Übersetzen. An eine junge Mutter kann ich mich erinnern, aus Albanien, die da gekommen ist, jung verheiratet. Und so mit Kind daheim wahrscheinlich, die hat das ganz gern gemacht, weil die verdient ein bisschen was dazu.

Die Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen scheint in den meisten Fällen bei ihm jedoch funktioniert zu haben. Diese anderen Prioritäten sind zum Teil damit zu begründen, dass er als Ambulanzerzt nicht jene tiefgreifenden Gespräche führen muss, wie sie Teil der täglichen Arbeit von PsychiaterInnen und Psychotherapeuten (I1, I2 und I3) sind, und er sich daher leichter mit nicht ausgebildeten SprachmittlerInnen helfen kann. Auf Nachfrage lenkt I4 aber ein, dass es durchaus manchmal zu Verständigungsschwierigkeiten kommt, wenn die sprachmittelnde Person selbst nicht gut Deutsch kann oder wenn sie etwas anderes vermittelt, als von ihm gefragt wurde.

I4 erwähnt außerdem, dass er oft übersetzte Arztbriefe erhält, die als Informationsquelle „sehr wertvoll“ sind, auch wenn sie „vor Fehlern strotzen“. Es funktioniert meistens, diese Inhalte zu verwerten, allerdings sind solche Arztbriefe seiner Meinung nach nicht unproblematisch, da hier Fehler passieren können, „wenn sehr viel Unglück zusammentrifft“.

I5 erzählt von einem Erlebnis aus ihrer Vergangenheit, bei dem der Informationsfluss mit einer türkischen Patientin, die an einer weit fortgeschrittenen Tumorerkrankung litt, „völlig behindert war“:

Ich hab leider den Fehler gemacht unter Anführungszeichen, dass ich die Familie und vor allem die Söhne *[als Sprachmittler, Anm. d. Verf.]* immer mit einbezogen hab in Aufklärungsgespräche, was die Therapieindikation betrifft, was die Erkrankung betrifft, was die Prognose betrifft, und bin aber irgendwann einmal draufgekommen, dass die Familie dieser Dame [...] einfach nicht die Wahrheit gesagt ha[t], sondern gefiltert ha[t] und gesagt ha[t], du hast eine Verkühlung, du bist nicht so krank, es geht dir eh nicht so schlecht.

Im Endeffekt wusste die Patientin gar nicht, warum sie eigentlich im Krankenhaus ist und wie schwer krank sie ist. I5 organisierte dann einen gerichtlich beeideten Dolmetscher und führte ohne Beisein der Söhne erneut ein Gespräch mit der türkischen Patientin, die darauf sehr dankbar reagierte. „Das Ganze ist aber dann so entartet, dass die Söhne, das waren zwei erwachsene Söhne, die waren dann sehr böse [...] und haben dann den gerichtlich beeidigten Dolmetsch bedroht, zu Hause.“ Sie selbst habe sich dann von der ärztlichen Betreuung dieser Patientin zurückgezogen, da die Söhne sie „als Frau, als Ärztin in der Familienrunde eigentlich gar nicht akzeptiert haben“. Abgesehen von dieser problematischen Situation, die

aufgrund von kulturellen Eigenheiten durch sprachmittelnde Familienangehörige entstand, habe sie im Allgemeinen aber sehr gute Erfahrungen vor allem mit professionellen DolmetscherInnen gemacht.

Auch I6 kann im Großen und Ganzen nur von positiven Erfahrungen berichten. Vor allem bei türkischsprachigen PatientInnen, wenn die beiden im Krankenhaus angestellten Türkisch-Dolmetscherinnen zum Einsatz kommen, klappt die Kommunikation „extrem gut“:

Das heißt, da kommt die Patientin herein, sagt oft schon bei der Leitstelle oder hier bei den Schwestern bei der Anmeldung, dass sie einen Dolmetsch brauch[t], dann wird von den Schwestern eine von unseren Dolmetscherinnen gefunkt, muss man ein bisschen warten, die Patientin kann dann z. B. draußen warten und eine anderen Patientin kommt herein. [Das] sind [...] Dolmetscherinnen auf wirklich hohem Niveau. D. h. während ich nur rede, übersetzt sie fast simultan quasi, oder wartet kurz, es ist nahezu keine Zeitverzögerung.

Hier ist klar erkennbar, dass I6 mit der Arbeit der beiden angestellten Dolmetscherinnen höchst zufrieden ist und dass er deren Professionalität zu schätzen weiß. Dafür spricht auch die Forderung, dass er „gern für jede Sprache eine Dolmetscherin“ hätte. Als einzigen negativen Punkt bei diesem System erwähnt er, dass es öfter zu Wartezeiten kommt, weil zwei Dolmetscherinnen „viel zu wenig für so eine große Frauenklinik“ sind. Auch hier sieht er also Nachholbedarf.

Wenn nicht zum Dolmetschen ausgebildete SprachmittlerInnen hinzugezogen werden, hat er allerdings manchmal Schwierigkeiten erlebt. I6 berichtet beispielsweise von Aufklärungsgesprächen, bei denen die Kommunikation mit der sprachmittelnden Person nicht möglich war. Er betont auch, dass er in zweifelhaften Fällen stets nachfragt, ob die PatientInnen das Gesagte auch wirklich verstanden haben:

Und immer verdächtig ist, wenn man lang und breit was erklärt und dann sagt der Dolmetscher einen Satz. Dann frag ich immer nach, und wenn wir das Gefühl haben aber, dass es nicht verstanden ist, dann – außer wenn's ein Notfall ist, aber hier in dem Bereich, Kinderwunsch usw., sind keine Notfälle – machen wir keine spezifische Therapie. [...] Sondern bestellen [...] sie wieder mit Dolmetsch. Und das klappt dann schon immer, weil die haben ja einen Leidensdruck, die Patienten, die wollen auch behandelt werden, und dann kommen sie mit dem Dolmetsch wieder.

I6 hat auch die Erfahrung gemacht, dass das Beziehen von nahen Angehörigen als SprachmittlerInnen durchaus problematisch und schwierig sein kann. Vor wichtigen oder komplizierten Operationen besteht er daher darauf, dass möglichst von der Familie unabhängige, externe Personen als SprachmittlerInnen hinzugezogen werden, auch wenn die PatientInnen dafür erneut ins Krankenhaus kommen müssen.

Zusammenfassend kann noch einmal gesagt werden, dass die befragten Personen sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit sprachmittelnden Personen gemacht haben. Es ist aber aus ihren Erzählungen klar erkennbar, dass es hauptsächlich dann zu Problemen kommt, wenn nicht professionelle SprachmittlerInnen – etwa Familienmitglieder oder auch Angestellte des Krankenhauses, die nicht im medizinischen Bereich tätig sind – zum Einsatz kommen. Die befragten ExpertInnen beklagen hierbei vor allem eine unprofessionelle Gesprächsführung, die durch Subjektivität geprägt ist. Die sprachmittelnden Personen bringen sich manchmal zu stark selbst ins Gespräch ein, indem sie unqualifizierte persönliche Erfahrungen weitergeben oder im schlimmsten Fall falsche oder unvollständige Informationen übermitteln. Auch bemängelt wird bei diesen unprofessionellen SprachmittlerInnen fehlendes medizinisches Grundwissen.

Von durchwegs positiven Erfahrungen berichten die ExpertInnen jedoch bei der Arbeit mit ausgebildeten, professionellen DolmetscherInnen. Aber auch mit nicht professionellen SprachmittlerInnen, die im Krankenhaus im medizinischen Bereich tätig sind (Pfleger/Schwestern, ÄrztInnen etc.), wurden in den meisten Fällen gute Erfahrungen gemacht. Hier wird vor allem hervorgehoben, dass sie öfter als SprachmittlerInnen geholt werden und daher schon eine gewisse „Dolmetscherfahrung“ haben.

Ob die Kommunikation erfolgreich verläuft oder nicht hängt also stark davon ab, wer im jeweiligen Fall als SprachmittlerIn eingesetzt wird, wie die Erfahrungen der befragten Personen zeigen. Aus ihren Beschreibungen und Forderungen geht hervor, dass sich fast alle Interviewten dessen auch bewusst sind.

4.4.4 Gesprächssituation

Alle befragten ExpertInnen sind sich einig, dass die Anwesenheit von der sprachmittelnden Person sich positiv auf die Gesprächssituation auswirkt. I1 bezeichnet die DolmetscherInnen als sehr hilfreich, da sonst mit manchen PatientInnen gar nicht kommuniziert werden könnte. Das betont auch I2 und bezeichnet DolmetscherInnen als „wichtige Gesprächspartner“:

Ich glaube, dass Dolmetscher eine ganz große Bereicherung sein können für das Krankenhauspersonal, weil eben viele Informationen dann möglich sind, die jetzt möglicherweise nicht möglich sind, oder wo Patienten, die halt die Sprache nicht sprechen, dann aus Demut Ja und Amen sagen zu dem, was der Doktor sagt, aber überhaupt keine Ahnung ha[ben], worum's geht.

Der Aspekt, dass durch die DolmetscherInnen Kommunikation ermöglicht wird, die sonst nicht möglich wäre, scheint für die Befragten ein zentrales Merkmal des gedolmetschten medizinischen Gesprächs zu sein. Als Voraussetzung betont I2 aber, dass „der [Dolmetscher] wirklich das übersetzt hat, worüber wir geredet haben“. Wenn das der Fall ist, also eine „professionelle Gesprächsführung vonseiten der Dolmetscher“ gegeben ist, wird ihrer Meinung nach auch die Gesprächsatmosphäre nicht gestört oder beeinträchtigt.

I6 sieht die Anwesenheit von einer sprachmittelnden Person ebenfalls positiv für das Gesprächsklima, gerade weil dann eine dritte Person beim Gespräch anwesend ist: „Weil es ist eine dritte Person da, das ist immer gut. Also wir sind eh meistens zu mehrt, also wir sprechen selten allein, noch eine Schwester da, eine Schreibkraft und so.“ Offenbar führt er Gespräche normalerweise im Beisein mehrerer Personen des Krankenhauses, wodurch an sich schon eine besondere Gesprächskonstellation entsteht. Die sprachmittelnde Person wird somit gar nicht als Einflussfaktor wahrgenommen. Er betont ebenfalls, dass die Arbeit von den beiden angestellten professionellen Dolmetscherinnen extrem hilfreich ist.

Auch I3 schätzt die Anwesenheit von sprachmittelnden Personen als essenziell für gutes Verständnis und als sehr gut für das Gesprächsklima ein:

Das gibt mir persönlich Sicherheit. Ich rede sehr gerne natürlich in der Muttersprache mit den Patienten, denn über eine zweite Sprache geht so viel verloren, v. a. in einem psychologischen Gespräch. Da geht's ja nicht nur um Informationen, die weitergegeben werden, da geht unglaublich viel an Emotionen verloren. [...]

Und ich bin immer froh, wenn jemand da ist, der die Muttersprache des Patienten spricht, weil es auch zu vielen Missverständnissen kommen kann.

Für I3 ist es also wichtig, dass alle Beteiligten in ihrer jeweiligen Muttersprache sprechen können, damit auch wirklich alle Elemente des Gesprächs erhalten bleiben. Müssten ÄrztInnen und PatientInnen in einer anderen, dritten Sprache kommunizieren, würde das die Fehlertgefahr erhöhen.

I5 sieht den großen Vorteil bei gedolmetschten medizinischen Gesprächen darin, dass es in der Regel sehr ruhige Gespräche sind, die „nicht zwischen Tür und Angel“ stattfinden. Sie bezieht sich dabei auf professionelle DolmetscherInnen, die angefordert werden, und nicht auf jegliche andere SprachmittlerInnen, die spontan hinzugezogen werden:

Weil den Dolmetscher muss man kontaktieren, [...] dann wird ein fixer Termin ausgemacht und dann muss man das in seinen Arbeitsalltag so integrieren, dass man sicher einmal eine halbe Stunde Zeit hat, dieses Gespräch zu führen. Und das kommt auch bei den Patienten gut an, [...] wenn einmal ein Dolmetscher dabei ist, der nicht von der Familie ist.

Die interviewten Personen heben auch alle hervor, dass die PatientInnen dankbar für die gedolmetschte Kommunikation sind. I1 verweist darauf, dass es in Krankenhäusern oder Psychiatrien nicht selbstverständlich ist, angeforderte DolmetscherInnen bei Gesprächen dabeizuhaben. Seine PatientInnen seien sich dieser Tatsache bewusst, wüssten das daher auch durchwegs zu schätzen und seien im Allgemeinen sehr froh darüber.

I2 bezeichnet die DolmetscherInnen – wieder unter der Voraussetzung, dass diese korrekt und vollständig dolmetschen – als sehr wichtig für die PatientInnen, da sie nur so bestimmte Informationen bekommen und auch eigene Fragen stellen können:

Der Informationsgehalt für die Patienten ist natürlich um vieles größer geworden und erweitert worden. Und [...] auf der anderen Seite haben die natürlich Möglichkeiten gehabt, auf Ideen oder Gedanken, die in dem Gespräch [...] entstanden sind, wieder einzugehen, also das war schon sehr gut, dass wir auch jetzt in ihrer Sprache und mithilfe eines Dolmetschers eben bestimmte Dinge andiskutieren konnten oder ausdiskutieren konnten, die sonst nicht möglich gewesen wären, wenn der nicht dagewesen wäre.

Ohne DolmetscherInnen würden die PatientInnen viele Informationen gar nicht bekommen. Auch I5 erzählt, dass PatientInnen ohne geeignete DolmetscherInnen im schlimmsten Fall unter Umständen gar nicht wissen, warum sie eigentlich im Krankenhaus sind. Sie seien daher sehr dankbar, mithilfe der DolmetscherInnen zu erfahren, welche Krankheit sie haben und welche Therapie sie bekommen.

Die Resonanzen vonseiten der ÄrztInnen in Bezug auf die (veränderte) Gesprächssituation durch die DolmetscherInnen sind also durchwegs positiv. I1 merkt jedoch an, dass die Gespräche durch die vermittelte Kommunikation doppelt so lang dauern. Außerdem beschreibt er, dass durch die Anwesenheit einer dritten Person das Gespräch sehr wohl beeinflusst wird:

Man hat keine Maschine im Raum sitzen, und darum glaub ich schon, dass es das Gespräch insofern beeinflusst, weil sozusagen atmosphärisch noch ein dritter Mensch da ist. Das ist einfach Faktum. Und, also ich hab jetzt das Gefühl, nicht negativ, aber es ist anders als wenn ich nur direkt kommuniziere und niemand dabei ist. Das macht einen Unterschied. Aber der ist jetzt nicht so störend, es überwiegen die Vorteile dabei.

Daraus geht hervor, dass für I1 die Veränderungen in der Gesprächsatmosphäre im Vergleich zum monolingualen Gespräch zwar auffallend, aber für eine erfolgreiche Kommunikation nicht störend sind. I4 äußert hingegen seine Bedenken, immer unsicher zu sein, was eigentlich gedolmetscht wird. Vor allem wenn Familienangehörige als sprachmittelnde Personen eingesetzt werden, macht sich diese Unsicherheit bemerkbar:

Weil man sagt ja oft Sachen, die nicht angenehm sind. Und die wollen dann ihre Verwandten schonen und sagen dann alles mit Weichzeichner, oder gar nicht. Das passiert natürlich mit einem geprüften Übersetzer [*einem gerichtlich beeideten Dolmetscher, Anm. d. Verf.*] weniger.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für die befragten ÄrztInnen und deren nicht deutschsprachige PatientInnen professionelle DolmetscherInnen eine große Hilfe sind. Die ExpertInnen sind sich auch der Tatsache bewusst, dass ohne die DolmetscherInnen ein Großteil der Kommunikation gar nicht möglich wäre oder im Extremfall schwerwiegende Fehler aufgrund von Verständigungsproblemen passieren könnten. Obwohl die Anwesenheit einer sprachmittelnden Person natür-

lich die Gesprächssituation verändert, wird das von den befragten ExpertInnen nicht als negativer Aspekt aufgefasst.

4.4.5 Anforderungen und Erwartungen

In den Interviews beschrieben die ÄrztlInnen und PsychologInnen eine Reihe von Eigenschaften und Fähigkeiten, die sie sich von den DolmetscherInnen erwarten. Als wichtigste Voraussetzung für seine Arbeit mit fremdsprachigen PatientInnen nennt I1 die Notwendigkeit, eine neutrale und nicht befangene Person als DolmetscherIn zu haben, da es in psychiatrischen Gesprächen um sehr ernste und vertrauliche Themen geht. Außerdem legt er großen Wert darauf, dass „auch qualitativ gut übersetzt wird, weil oft Kleinigkeiten entscheiden“.

Ein nicht zu vernachlässigender Faktor bei psychiatrischen Gesprächen ist laut I1 auch für DolmetscherInnen die menschliche Ebene:

Man muss doch eine gewisse empathische Einstellung mitbringen und also atmosphärisch möglichst neutral sein, und wenn sich das einfärbt, weil der Dolmetscher irgendwie ein Problem mit dem Patienten hat, dann geht das nicht.

Er betont also, dass DolmetscherInnen in diesem Bereich auf jeden Fall Empathie brauchen. Zusammen mit „tadellosen“ sprachlichen Kenntnissen des Deutschen und der jeweiligen Fremdsprache ist das ein Kriterium, das für ihn professionelle DolmetscherInnen ausmacht.

Beim psychiatrischen Gespräch müssen sie außerdem „auch die Inhalte aushalten können“, weil es oft um „sehr dramatische Inhalte“ geht. Dabei spielen auch Lebenserfahrung und Charakterstärke eine wichtige Rolle: „Und das ist schon etwas, wo ich sage, eine zwanzigjährige Dolmetscherin ist in der Regel zu jung, das zu übersetzen, also da, muss ich sagen, sind unsere eher so von 30 aufwärts.“ Dazu gehört auch, dass mit schwierigen Themen, wie sie bei psychischen Erkrankungen häufig vorkommen, normal umgegangen wird. Es ist hier seine Aufgabe als Psychiater, eine Beziehung mit und Vertrauen zu den PatientInnen aufzubauen, wenn sie sich schwertun, über gewisse Themen zu reden. Damit das in der gemittelten Kommunikation funktioniert, müssen die betreffenden Fragen und Antworten von den DolmetscherInnen neutral formuliert werden:

Ein intimes Thema ist Sexualität, das ist eine Frage, dass man nach Libido nachfragt, und würde der Dolmetscher jetzt verlegen und rot werden und so wär's ungünstig, aber unsere werden das eh nicht, weil sie kennen die Fragen, das sind erwachsene Menschen. Und wenn das so ganz neutral formuliert wird, ist die Antwort auch meistens keine Schwierigkeit, weil der Patient mit dem Thema, wo eh schon viele sich nicht so leicht darüber reden trauen, dann irgendwie merkt: aha, es wird eh ganz unkompliziert damit umgegangen, sich dann auch leichter tun, es mitzuteilen.

Wichtig ist für I1 zudem, dass die DolmetscherInnen in einem Erfahrungsprozess manche Dinge „selbst dabei lernen“, was seiner Meinung nach auch dazugehört und manchmal sein muss:

Beispielsweise, es gibt Patienten, die sind sehr ausschweifend beim Erzählen. Ich hab aber eine Stunde Zeit im Gespräch und muss gewisse Fragen beantwortet kriegen, d. h. ich intervenier dann und sag, na das ist die Frage, und manchmal haben Dolmetscher aus Höflichkeitsgründen ein Problem gehabt, das auch so zu sagen in dieser direkten Form [...]. Und das war dann oft ein Lernprozess, dass das halt nicht unhöflich ist, sondern da gibt's halt klare Faktoren, warum das so strukturiert sein muss.

Auch I2 erachtet es als notwendig, dass im psychologischen gedolmetschten Gespräch neben den korrekten Inhalten auch die dazugehörenden Emotionen übermittelt werden, da diese Teil der Kommunikation sind. Zugleich fordert sie von den DolmetscherInnen, „eins zu eins“ das wiederzugeben, was gesagt und gefragt wird, „und das nicht anders“, und erwartet von ihnen Neutralität und Objektivität, damit sie eine klare und sachliche – und somit professionelle – Gesprächsführung unterstützen können. Auch jegliche persönliche Emotionen der sprachmittelnden Person sind in einem solchen Gespräch fehl am Platz, da in diesem Kontext Gespräche auf einer emotionalen Basis nicht funktionieren.

I2 merkt auch an, dass es hilfreich wäre, wenn die DolmetscherInnen „große Zusammenhänge herstellen“ könnten, worum es in einem psychologischen Gespräch eigentlich geht. Außerdem wäre es gut, wenn die DolmetscherInnen antizipieren könnten, was in psychologischer Hinsicht „mit dem Patienten [passiert], für den sie zur Verfügung stehen“:

Weil Patienten erwarten sich doch ein gewisses Maß an Empathie und gleichzeitig aber auch [...] eine ganz große Menge an Informationen, d. h. ich glaub der Dolmetscher müsste dann so ein kleines bisschen auch ein Puffer sein zwischen Patient

und Arzt oder zwischen Patient und Kliniker, wo auf der einen Seite sehr klare und sehr sachliche Informationen [...] oder Fragen weitergegeben werden, auf der anderen Seite der Dolmetscher auch dem Betreffenden signalisieren kann: aber, so quasi, wenn du Hilfe brauchst, fragen wir den, der da da ist. Und trau dich, Fragen zu stellen, so quasi. Trau dich Fragen zu stellen, aber trotzdem gleichzeitig auch diese gewisse Objektivität.

Eine weitere Forderung von I2 ist also, wie aus diesen Ausführungen hervorgeht, dass die DolmetscherInnen im psychologischen Gespräch empathisch sind und auf die PatientInnen eingehen. Sie beschreibt die sprachmittelnde Person als „Puffer“, als welcher diese bei Bedarf von ihrer ansonsten geforderten neutralen Mittlerrolle abweicht, um die PatientInnen z. B. zu ermutigen, Fragen zu stellen.

Im Fall von Verständigungsschwierigkeiten zum Beispiel aufgrund von der unterschiedlichen Kultur fordert I2, so lange darüber zu reden, „bis man weiß, wo ein gemeinsamer Konsens möglich ist“. Für sie ist es besonders wichtig, bei psychologischen Gesprächen immer Klarheiten zu schaffen:

Jeder muss wissen, worüber er redet. Und ich glaub schon, dass man diese Klarheiten auch schaffen kann mit einem Dolmetscher. Man muss halt nur wirklich versuchen, diese professionelle Gesprächsführung zu beachten, d. h. die Sachlichkeit auch in der Gesprächsführung zu beachten.

Laut I3 sollen sich die DolmetscherInnen aus dem Inhalt des Gesprächs herausnehmen, also nur dolmetschen und das Gesagte nicht interpretieren. Dabei geht es aber auch darum, „sensibel“ und „einfühlksam“ zu dolmetschen: Auch für I3 steht also die Empathie der sprachmittelnden Person im Vordergrund. Sie spricht aber auch einen weiteren, für sie als Psychologin besonders wichtigen Punkt an, nämlich die Wahrung einer gewissen Distanz zu den Inhalten des psychologischen Gesprächs: „Man sollte gerade in diesem Bereich eine gute Abgrenzungstaktik auch haben, damit man die Dinge nicht mit nach Hause nimmt.“

Den Aspekt der Empathie betont auch I6. Damit DolmetscherInnen geeignet sind, brauchen sie auf jeden Fall genügend Einfühlungsvermögen: „Weil es sind doch heikle Gespräche, es ist doch immer extrem persönlich natürlich wenn's um Krankheiten geht, und da wär irgendjemand kalter, der sich um nichts kümmert, [...] falsch.“ Nach Meinung von I6 müssen DolmetscherInnen außerdem auch

freundlich sein. Als Grundvoraussetzung fordert er vor allem, dass sie gut dolmetschen können und auch medizinische Fachbegriffe kennen.

Diese Ausführungen zeigen also deutlich, dass die InterviewpartnerInnen 1 bis 3 und 6 ganz konkrete Vorstellungen und Erwartungen haben, wie sich die DolmetscherInnen beim medizinischen bzw. psychologischen Gespräch verhalten (oder nicht verhalten) sollen. Sie gehen dabei auf die menschliche/emotionale Ebene genauso ein wie auf professionelles Verhalten vonseiten der DolmetscherInnen, das sie alle unmissverständlich fordern.

I4 hingegen ist sich offenbar nicht ganz sicher, was er von sprachmittelnden Personen fordern soll. Wenn beispielsweise Familienmitglieder sprachmitteln, hat er oft das Gefühl, dass den PatientInnen nicht alles gesagt wird. Er scheint das aber gewissermaßen zu akzeptieren: „Aber, ich mein, damit kann ich leben, weil die Angehörigen müssen das unter sich ausmachen, was sie da kommunizieren.“ Er fügt jedoch hinzu: „Aber ich mahne sie schon ein, dass sie das sagen müssen, was ich gesagt hab. Das sag ich schon.“ Da er als Ambulanzarzt aber eher Wert darauf legt, sofort eine sprachmittelnde Person zur Verfügung zu haben, anstatt professionelle DolmetscherInnen anzufordern, nimmt er diese Unsicherheit in Kauf.

Im Unterschied dazu hat I5 durchaus ein Bewusstsein dafür, dass Familienangehörige als SprachmittlerInnen für gewisse Gespräche nicht die beste Wahl sind. Sie würde sich daher mehr professionelle, von der Familie unabhängige DolmetscherInnen wünschen, nicht zuletzt deshalb, weil das auch den PatientInnen zugutekommt.

Alles in allem kann festgehalten werden, dass von fast allen befragten Personen vor allem die menschliche Ebene als besonders wichtig erachtet wird. Sie sehen vor allem genügend Einfühlungsvermögen und Sensibilität als notwendig an, um für das Dolmetschen medizinischer Gespräche geeignet zu sein. Darüber hinaus wird auch erwähnt, dass ebenfalls Lebenserfahrung und Charakterstärke vorhanden sein sollten. Da es sich oft um schwierige Inhalte handelt, müssten die DolmetscherInnen auch damit umgehen können und lernen, sich von den Themen zu distanzieren bzw. abzugrenzen.

Wichtig ist den Befragten auch, dass die DolmetscherInnen das Gesagte nicht interpretieren, sondern objektiv und möglichst neutral dolmetschen. Auch

eine Befangenheit vonseiten der DolmetscherInnen oder das Einbringen von persönlichen Emotionen sind nicht erwünscht. Sie sollen eine sachliche und professionelle Gesprächsführung unterstützen und damit helfen, die notwendigen Klarheiten zu schaffen. Was allerdings auch gefordert wird, ist eine gewisse Ermutigung der PatientInnen, Fragen an die ÄrztInnen zu stellen.

Auf professioneller Ebene fordern die Befragten, dass gut gedolmetscht wird und dass zumindest Grundkenntnisse im medizinischen Bereich vorhanden sind (auf den letztgenannten Aspekt wird weiter unten auch noch gesondert eingegangen). Die Qualität der Dolmetschung und Fachwissen sind also ein wichtiger Teil des Anforderungsprofils für KrankenhausdolmetscherInnen. Sehr gute Sprachkenntnisse sind wohl eine selbstverständliche Voraussetzung der ExpertInnen, werden aber teilweise auch gesondert erwähnt.

4.4.6 Positionierung

I1 ist der Ansicht, dass die DolmetscherInnen im medizinischen Gespräch „möglichst unauffällig“ sein sollten. Als Person sollten sie bei ihrer Dolmetschätigkeit „möglichst wenig in Erscheinung treten“. Er ist sich aber der Tatsache bewusst, dass das nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, da es sich ja nicht um eine Maschine, sondern um einen Menschen handelt, dessen Präsenz im Raum sehr wohl spürbar ist.

Er erlebt auch immer wieder, dass die PatientInnen Vertrauen zu den DolmetscherInnen entwickeln, wenn diese im Gespräch eine erfolgreiche Kommunikation ermöglicht haben. Es kommt vor, dass die PatientInnen im Anschluss an das Gespräch mit den DolmetscherInnen ins Gespräch kommen und deren Telefonnummer wissen wollen, um sie eventuell für weitere Dolmetscheinsätze heranzuziehen. Wie die DolmetscherInnen in solchen Situationen reagieren, ist ganz unterschiedlich, I1 überlässt die Entscheidung darüber ihnen selbst. Nicht gut ist es seiner Ansicht nach jedoch, wenn sich „eine vertrauliche, freundschaftliche Beziehung zwischen dem Dolmetscher und dem Patienten“ entwickelt:

Also manche Patienten sind ja gleich redselig, auch die Dolmetscher sind verschieden, manche setzen sich im Warteraum allein wohin und lesen, andere in der Nähe

vom Patienten und kommen ins Gespräch, liegt auch bei jedem selbst, aber es soll sich keine freundschaftliche Beziehung entwickeln, das wäre nicht so günstig.

Hier ist er der Meinung, dass die persönliche von der beruflichen Ebene getrennt bleiben sollte. Er erzählt auch von einer Türkisch-Dolmetscherin, die „sehr viele Leute in Linz“ kennt und daher von sich aus vor einem Auftrag fragt, für wen sie dolmetschen soll. Kennt sie die betreffende Person persönlich, lehnt sie den Auftrag ab, weil sie befangen wäre.

In diesem Zusammenhang erwähnt er auch die therapeutische Abstinenz, die für ihn als Psychiater ein wichtiger Teil der Behandlung ist:

Dass ich mich nicht in die Geschichte des Patienten aktiv involviere. Weil sobald ich Partei ergreife für den Patienten, indem ich z. B. sag, o. k., ich schreib Bestätigungen, damit er möglichst ein positives Asyl kriegt, bin ich befangen. Und da muss ich einfach, bei aller Empathie, aber diese neutrale, fachliche Position halten. Und wenn jetzt ein Dolmetscher aber da sozusagen sowas nebenbei auch ist, dann ist das schon ein Näheverhältnis, das das Ganze beeinflussen kann.

I1 wahrt bei seiner Arbeit als Psychiater selbst immer eine professionelle Distanz und erwartet das Gleiche auch von den DolmetscherInnen, da es das Gespräch beeinflussen kann, wenn diese Distanz nicht gegeben ist. Allerdings ist er von Anfang an darauf bedacht, die Entwicklung einer solchen persönlichen Beziehung zu verhindern: „Aber [...] ich schau von vornherein drauf, dass sich sowas gar nicht entwickelt, darum kann ich nicht sagen, dass ich da ein Problem hab.“

I2 hat sehr ähnliche Ansichten, was die Positionierung der sprachmittlenden Person im medizinischen Gespräch angeht. Auch für sie ist die Trennung zwischen beruflicher Ebene und Privatsphäre für so ein Gespräch grundlegend. Dabei sieht sie es als problematisch an, wenn die SprachmittlerInnen zu den Vertrauenspersonen der PatientInnen werden:

Es haben sich Gespräche ergeben, wo ich wirklich dagesessen bin und mir gedacht hab, na so lang kann die Frage ja gar nicht gewesen sein. Aber wo man gemerkt hat, dass es zwischen Patienten und Dolmetschern zu einer Gesprächssituation gekommen ist, wo die sich über weiß ich nicht was unterhalten haben. Und genau aus dem Grund wahrscheinlich schon auch der Dolmetscher der Vertraute geworden ist. Aber das sind meiner Meinung nach eben diese unprofessionellen Dolmetscher gewesen.

Genau dieser Gesprächsaustausch und der damit einhergehende Beziehungsaufbau zwischen PatientInnen und SprachmittlerInnen ohne Einbeziehung der Psychologin sind ihrer Meinung nach unprofessionell und sollten vonseiten der sprachmittelnden Person unbedingt vermieden werden. Außerdem hebt I2 hervor, dass auch die eigene Meinung der SprachmittlerInnen im Rahmen eines medizinischen Gesprächs fehl am Platz ist: „Also so seh' ich die Funktion eines Dolmetschers. Dass der jetzt seine Meinung [...] einmal nicht sagt, weil es geht nicht um die Meinung des Dolmetschers, sondern [...] um eine Beantwortung von Fragen.“ Selbiges gilt für die emotionale Ebene, die den Erfolg eines medizinischen Gesprächs gefährden kann. Dabei betont sie auch, dass vonseiten der PatientInnen keine „riesengroße Dankbarkeit entstehen“ soll bzw. dass diese nicht in eine „Demutshaltung verfallen“ sollen, nur weil jemand „freundlicherweise übersetzt“.

I3 ist es besonders wichtig, dass die DolmetscherInnen sich als Person aus dem Inhalt herausnehmen und keinesfalls etwas in das Gesagte hineininterpretieren. Sie gibt allerdings zu bedenken, dass das „nicht immer einfach ist, weil der Mensch dazu neigt, einfach mehr zu erklären“. Grundsätzlich rät auch sie davon ab, sich emotional zu sehr in das Geschehen einzulassen, auch wenn die DolmetscherInnen ihrer Erfahrung nach oft als Vertrauenspersonen gesehen werden:

Die [PatientInnen, Anm. d. Verf.] klammern sich auch an die Menschen natürlich, weil sie oft wirklich nicht sprechen. Und Sie müssen sich vorstellen, sie werden operiert, werden auf der Intensivstation wach und es versteht sie niemand. Und sie können sich nicht äußern. Und dann kommt jemand, der ihre Sprache spricht, den lassen sie nicht mehr los. Also die gehen dann oft eine sehr symbiotische Beziehung ein.

Im Normalfall wird aber die von I3 geforderte Distanz gewahrt, wobei es laut ihrer Aussage darauf ankommt, wer im jeweiligen Fall dolmetscht: „Wenn das ein Familienmitglied ist, ist er emotional natürlich näher beim Patienten. Wenn das jemand vom Haus ist, den ich bitte, nimmt der Übersetzer eine eher neutrale Position ein.“ Krankenhausangestellte als SprachmittlerInnen können sich aufgrund ihrer beruflichen Erfahrungen am besten abgrenzen.

Das sieht auch I6 so; ihm ist es lieber, wenn jemand vom Krankenhaus als SprachmittlerIn eingesetzt wird: „Weil der einfach neutral und [...] unemotional ist,

und das wirklich von außen beobachten kann.“ Auch für ihn stehen also Neutralität und Objektivität der sprachmittelnden Person im Vordergrund. Eine Befangenheit durch beispielsweise Familienangehörige ist für solche Gespräche eher schlecht: „Es ist schwieriger, je näher der Verwandtengrad ist. Gerade wenn es um kompliziertere Behandlungen [...] geht, wenn's der Ehemann ist zum Beispiel. Weil da ist die Emotionalität natürlich schon anders.“

Hinsichtlich der emotionalen Positionierung der sprachmittelnden Person im Gespräch stimmen die Meinungen der ExpertInnen weitgehend überein. Im Zentrum steht ein neutrales, so weit wie möglich unauffälliges Erscheinen der DolmetscherInnen, die nicht einer Seite stärker als der anderen verbunden sein sollten. Emotionalität sollte die Gespräche nicht beeinflussen, Inhalte sollten durch die sprachmittelnde Person keinesfalls abgeändert werden und die eigene Meinung darf nicht mit einfließen. Dass diese Forderungen durch sprachmittelnde Familienangehörige kaum erfüllt werden (können), ist den Befragten bewusst – weshalb sie solche „Notlösungen“ im Normalfall zu vermeiden versuchen.

Bei von der Familie unabhängigen SprachmittlerInnen sehen I1 bis 3 und I6 den Aufbau einer vertraulichen, freundschaftlichen Beziehung zwischen sprachmittelnder Person und PatientIn als problematisch an, da dadurch die neutrale Position gestört werden würde. Die Befragten fordern hier eine klare Trennung zwischen Beruflichem und Privatem. Notwendig ist in diesem Zusammenhang auch eine gewisse professionelle Distanz und Abgrenzung.

4.4.7 Aufgabenbereiche

Hinsichtlich der Aufgabenbereiche, die die DolmetscherInnen wahrnehmen sollten, zeigt sich, dass die meisten Interviewten durchaus mehr als „nur“ Sprachmittlung von ihnen erwarten. Das betont vor allem I1, der in dieser Hinsicht auch schon einige Erfahrungen hat:

Wir haben [...] Sprach- und Kulturvermittler, weil sie auch die Kultur in der Regel gut kennen, wenn sie aus dem Land kommen, und manchmal sozusagen auch zusätzliche Informationen geben können, wie denn das gemeint sein könnte. Oder die Übersetzung von meinem so machen, dass derjenige das versteht, wenn sie wissen: so wird er's nicht verstehen, was ich jetzt so sag.

Aus dieser Aussage wird ersichtlich, dass die kulturelle Komponente eine wichtige Rolle spielt und I1 sich dieser auch bewusst ist. Er erwartet sich, dass die DolmetscherInnen im Zweifelsfall erklären, was gemeint ist, oder seine Aussagen so verändern, dass sie für die PatientInnen gut verständlich werden. Die sprachmittelnde Person ist, wie er selbst sagt, auch KulturvermittlerIn.

Er erzählt auch, dass die PatientInnen im Anschluss die DolmetscherInnen immer wieder nach ihrer Telefonnummer fragen, um sie im Bedarfsfall verfügbar zu haben. Für ihn ist es kein Problem, wenn die DolmetscherInnen dadurch weitere Aufträge annehmen. Er überlässt hier die Entscheidung den jeweiligen DolmetscherInnen, betont aber, dass er „für die Abgrenzung“ ist, weil immer das Risiko besteht, „dass das dann ein bisschen überhandnimmt“. Was laut I1 allerdings vermieden werden sollte, ist die Erledigung von „Hilfsdiensten“ – was „seine“ DolmetscherInnen aber ohnehin nicht machen würden.

Auf die Frage nach konkreten weiteren Aufgaben der sprachmittelnden Person nennt er das Beispiel einer Arabisch-Dolmetscherin, die sich nach dem Dolmetscheinsatz privat für eine Flüchtlingsfrau aus dem Irak engagiert hat, indem sie ihr den Einstieg in die Arbeitswelt erleichterte und auch bei Fördermitteln unterstützte. In anderen Fällen kommt es manchmal vor, dass die SprachmittlerInnen anstelle der PatientInnen im Krankenhaus anrufen, wenn diese einen Termin nicht wahrnehmen können. Insgesamt sei das aber eher die Ausnahme, wie I1 betont.

Die von I1 beschriebenen Zusatzerklärungen hebt auch I2 als positiv hervor, da sie das Gespräch unterstützen können. Erklärungen vonseiten der SprachmittlerInnen gibt es jedoch nur, wenn als sprachmittelnde Personen ÄrztInnen eingesetzt werden, die sich somit auf dem jeweiligen Fachgebiet auch auskennen.

Ansonsten sieht sie die Aufgabe einer von der Familie unabhängigen sprachmittelnden Person aber hauptsächlich in der Informationsvermittlung:

Es muss schon einen gewissen Punkt geben, wo der Dolmetscher sagt, ich bin einfach für die Informationsvermittlung zuständig, aber für sonst nichts. [...] Es muss die Rolle des Dolmetschers auf der beruflichen Ebene bleiben und darf jetzt nicht in die Privatsphäre da hineinkommen, glaub ich.

Sie sieht es also als essenziell an, dass die DolmetscherInnen bei ihrer Dolmetschertätigkeit Berufliches von Privatem trennen. Bei Familienmitgliedern sei das nicht

der Fall, „wenn da jetzt irgendwelche Cousins aus der Türkei eingeflogen worden sind, selbstverständlich hat der dann andere Aufgaben in diesem ganzen Familienverband auch wahrgenommen“. Innerhalb des Gesprächs sieht sie die Aufgabe der sprachmittelnden Person aber auch gewissermaßen als „Puffer zwischen Patient und Arzt“, da sie einerseits völlig objektiv klare und sachliche Informationen oder Fragen weitergeben soll, andererseits aber die PatientInnen auch ermutigen soll, Fragen an die ÄrztInnen zu stellen.

Die beiden Befragten I1 und I2 sehen die DolmetscherInnen also hauptsächlich als Informationsmittler, die im Normalfall neutral und objektiv diese Tätigkeit ausführen und dabei Berufliches von Privatem klar trennen. Vereinzelt schreiben sie ihnen jedoch noch andere Aufgaben als die der sprachlichen Vermittlung zu, beispielsweise bei Bedarf kulturelle oder medizinische Zusammenhänge zu erklären oder die PatientInnen auf gewisse Weise mehr oder weniger aktiv zu unterstützen.

Auch I4 sieht sie einfach als „Übersetzer“, die alles dolmetschen sollen, was ÄrztInnen oder PatientInnen gesagt haben. Er hat aber die Erfahrung gemacht, dass manche „dann so ehrenamtlich sind“ und „sich gleich ein bisschen zuständig“ fühlen, was aber seiner Meinung nach die Arbeit nicht stört: „Ich find“ das sehr nett, wenn sie sich weiter einsetzen, aber in der Regel passiert das eher nicht. Sonstern das ist der Übersetzer, das ist sein Job.“

Bei I3 hingegen ist die Situation aufgrund des Fachgebiets eine andere: Sie sieht es als wichtig an, dass „Alltag in die Intensivstation“ hereingebracht wird, „dass der Patient sich auch ablenken darf“. Das betrifft allerdings nicht direkt das psychologische Gespräch, sondern vor allem die Zeit nach der Operation, der Organtransplantation, weswegen es sich hier auch um einen speziellen Fall handelt. Um diese Ablenkung der PatientInnen zu schaffen, bittet sie die jeweiligen sprachmittelnden Personen um „alltagspraktische“ Dinge, wobei sie in diesem Fall nicht gleichzeitig als SprachmittlerInnen eingesetzt werden:

Die gehen Zeitungen kaufen, die bringen von Zuhause irgendwelche Bücher mit in ihrer Sprache für den Patienten, die rufen die Angehörigen in Griechenland an oder in Italien, also sie übernehmen sehr schnell schon die Rolle einer Behüterin. [...]

Weil wo krieg ich eine griechische Zeitung her. [...] Und die haben natürlich keine Sachen mit, wenn die da *[für die Operation, Anm. d. Verf.]* eingeflogen werden.

Hier geht es also darum, die PatientInnen nach ihrer Operation zu unterstützen, was der Psychologin in Falle fremdsprachiger PatientInnen nur durch die Hilfe der sprachmittelnden Personen möglich ist. Bei deutschsprachigen PatientInnen übernimmt sie diese Aufgabe selbst. Inwieweit sich die SprachmittlerInnen emotional involvieren, ist jedoch unterschiedlich; Krankenhauspersonal, das zum Sprachmitteln herangezogen wird, kann „sich am besten abgrenzen, das haben sie auch gelernt im Beruf“. Die sprachmittelnde Person wird hier also gewissermaßen als BetreuerIn gesehen, die sich zusätzlich zur bzw. zusammen mit der Psychologin um das Wohlergehen der PatientInnen kümmert. In diesem Fall haben die sprachmittelnden Personen spezielle Zusatzaufgaben, die nicht Teil des klassischen Tätigkeitsfeldes von DolmetscherInnen sind. Es handelt sich dabei aber, wie bereits erwähnt, um Aufgaben außerhalb des Gesprächs; I3 betont, dass während eines psychologischen Gesprächs die professionelle Distanz hingegen sehr wichtig ist.

Auch I6 geht auf zusätzliche Aufgaben ein, die die Türkisch-Dolmetscherinnen auf seiner Abteilung außerhalb des Gesprächs manchmal wahrnehmen. Diese kennen viele der PatientInnen bereits, „für die ist das auch keine Nummernpatientin“, und versuchen dementsprechend, bei den nächsten Terminen dieser PatientInnen wieder anwesend zu sein:

Ich glaube, dass es ihnen Spaß macht. [...] [Sie] kommen freiwillig, bieten ihr dann an, ob sie morgen wieder kommen [sollen], oder wenn hier eine Patientin kommt wo wir einen Befund abnehmen, wir sagen Kontrolle in 14 Tagen, dann notieren sich beide schon wieder, o. k., die Frau Soundso kommt in 14 Tagen wieder, und kommen extra von selber her, ohne dass wir sie funken müssen. Das ist wirklich gut organisiert.

Diese Dolmetscherinnen sehen sich also gewissermaßen auch als Betreuerinnen der PatientInnen, die sich dann auch bei den nächsten Krankenhausaufenthalten oder Terminen um sie kümmern, ohne dass sie eigens angefordert werden müssen. Medizinische Tätigkeiten in Rahmen des Gesprächs nehmen sie laut Auskunft von I6 jedoch nicht wahr. In manchen Fällen kann es jedoch sein, dass sie PatientInnen psychisch betreuen, „wenn's eine Komplikation oder irgendein unglücklicher Aus-

gang ist“. Außerdem würden sie den PatientInnen auch empfehlen, wohin sie sich für eine spezielle muttersprachliche Beratung wenden können. I6 ist in jedem Fall froh, dass die Dolmetscherinnen solche Dinge machen, auch wenn er es von ihnen nicht verlangen würde.

I3 und I6 beschreiben hier also Tätigkeiten der sprachmittelnden Personen, die nicht im Rahmen des medizinischen Gesprächs stattfinden und die freiwillig von den SprachmittlerInnen durchgeführt werden. Es geht hier einerseits um psychologische Betreuung, andererseits um alltägliche Dinge wie das Bringen einer fremdsprachigen Zeitung. Die beiden befragten ExpertInnen sind sich aber bewusst, dass solche Tätigkeiten weniger mit der Arbeit als DolmetscherIn an sich zu tun haben, sondern vielmehr auf der menschlichen Ebene passieren.

4.4.8 Wissen

Bezüglich des über die sprachlichen und kulturellen Fähigkeiten hinausgehenden Wissens sind sich alle interviewten ExpertInnen einig, dass medizinisches Grundwissen wichtig ist, um die medizinischen bzw. psychologischen Gespräche gut dolmetschen zu können. Einzig I4 meint, dass man „so viel [...] nicht verlangen“ könne; dennoch fände er es gut, wenn die DolmetscherInnen medizinisches Fachwissen hätten.

I6 sieht es als notwendig für das Verständnis an, dass die DolmetscherInnen medizinische Grundbegriffe und auch Fachausdrücke kennen: „Weil wenn sie [*die Dolmetscherin, Anm. d. Verf.*] es nicht weiß und man das erklären müsste, funktioniert das nicht.“ Bei sprachmittelnden Personen aus dem medizinischen Umfeld seien diese Kenntnisse aber ohnehin kein Problem:

Bei anderen ist es halt schwierig. Es hängt sicher auch von der Bildung ab. Teilweise ist es schon ein Problem. Typische Sache, Verwechslung zwischen Eierstock und Eileiter, wenn man Eileiter wegnimmt kann man nicht mehr schwanger werden. Das ist schon, da merkt man, muss man aufpassen.

Auch I1 betont, dass sprachmittelnde Personen auf jeden Fall die medizinischen Ausdrücke beherrschen und nicht erst nach Wörtern suchen müssen sollten, da sonst schnell eine Unsicherheit entsteht, ob auch wirklich richtig gedolmetscht

wird oder nicht. Er erwähnt außerdem, dass die sprachmittelnde Person manchmal umformulieren muss, damit die PatientInnen das Gesagte auch wirklich verstehen: „dass man sagt, es ist eine ‚Traumaerkrankung‘ und nicht eine ‚posttraumatische Belastungsstörung‘“.

I2 wünscht sich, dass sich die SprachmittlerInnen im medizinischen Bereich zumindest ansatzweise auskennen. Sie fordert, dass medizinische Grundkenntnisse schon Teil der Ausbildung sein sollten, da sie selbst in vielen Fällen erlebt hat, dass die DolmetscherInnen nicht wussten, wovon sie eigentlich sprechen:

Ich glaube es müssen in jedem Krankenhaus Dolmetscher her, die aber auch schon in ihrer Ausbildung – wenn das überhaupt möglich ist – so ein kleines bisschen einen klinischen Bereich bekommen, also die irgendwie eine Ahnung haben vom Medizinischen, [...] sei's jetzt Krankheiten oder Organtransplantationen oder was immer man halt gerade braucht.

Zu diesem geforderten Grundwissen gehört laut I1 auch, dass die DolmetscherInnen den Ablauf eines medizinischen oder, speziell in seinem Fall, psychiatrischen Gesprächs kennen:

Ich hab am Anfang so Informationsblätter ausgegeben bei den Dolmetschern, dass sie einmal wissen, wie läuft ein medizinisches Gespräch ab, wie ein psychatisches, wie eben die Anamnese, frühere Krankheiten, Familienanamnese und so weiter.“

Auch I3 arbeitet mit Informationsbroschüren, damit die DolmetscherInnen die nötigen Hintergrundinformationen u. a. zum Thema Organtransplantation bekommen, „weil die Patienten sie ja unglaublich viel fragen“. Die DolmetscherInnen bekommen diese Broschüren in ihrer eigenen Sprache:

Ich [habe] Informationsbroschüren [...] in den unterschiedlichsten Sprachen [...], weil wir sehr viele Gastärzte haben, und jeden der kommt bitte ich einfach, dass er das übersetzt. Und [...] ich hab's in allen Sprachen, die wir brauchen.

Das so erlangte Wissen der DolmetscherInnen soll aber natürlich nicht dazu dienen, dass sie Informationen ohne Rücksprache mit der Psychologin an die PatientInnen weitergeben. Das ist I3 sehr wichtig: „Ich sag auch immer, sie sollen bitte mich fragen, [...] bevor falsche Informationen weitergegeben werden.“

Diese Einigkeit der befragten Personen zeigt, dass medizinisches Wissen eine wichtige Voraussetzung für KrankenhausdolmetscherInnen ist. Sie wünschen sich, dass die DolmetscherInnen auch wissen, worum es geht und zumindest grundlegende Informationen zum jeweiligen Fachbereich haben. Das betrifft einerseits das medizinische Fachvokabular, andererseits aber auch die Abläufe von medizinischen Gesprächen, mit denen die DolmetscherInnen vertraut sein sollten. Um das zu gewährleisten, stellen ihnen manche der interviewten Personen Informationen in schriftlicher Form zur Verfügung, die sie auf gewisse Aspekte der Dolmetschertätigkeit vorbereiten.

4.4.9 Anregungen und Zukunftsperspektiven

Allgemein geht aus den Gesprächen hervor, dass sich die Mehrheit der befragten ExpertInnen auf jeden Fall mehr professionelle DolmetscherInnen wünschen würden, da diese einerseits oftmals nicht verfügbar sind und die ExpertInnen andererseits nicht wissen, wo sie im Bedarfsfall jemanden anfordern können. Darüber klagt vor allem I2; sie fordert, dass „generell in den Krankenhäusern wirklich genügend viele Dolmetscher zur Verfügung“ stehen sollten, um sich für gewisse Sprachen nicht mit medizinisch nicht ausgebildetem Krankenhauspersonal helfen zu müssen. Auch die spontane Verfügbarkeit der sprachmittelnden Personen ist oft nicht gegeben: „Die Krankenhausdolmetscher sind immer unterbesetzt gewesen, dann war's oft so, dass wir hier und jetzt jemanden gebraucht haben, und hier und jetzt war genau überhaupt keiner da.“

Auch I6 wünscht sich mehr DolmetscherInnen, die so wie die beiden Türkisch-Dolmetscherinnen im Krankenhaus angestellt und immer für seine Station verfügbar sind: „Wenn das für die meisten Sprachen so organisiert wäre, wäre das einfach fantastisch.“ Da aber Türkisch verhältnismäßig viel gebraucht wird, ist die Bedarfssituation eine andere als bei kleineren Sprachen. Daher sieht er diesen Wunsch auch als unrealistisch an und ist sich bewusst, dass es „immer so sein [wird] wahrscheinlich“.

Eine weitere Anregung von I2 ist, dass sich DolmetscherInnen verschiedener Sprachen in einem Büro zusammenschließen und auf den medizinischen Be-

reich spezialisieren. Somit wüssten ÄrztInnen und TherapeutInnen, wohin sie sich wenden können, wenn sie DolmetscherInnen brauchen, die auch ein gewisses medizinisches Hintergrundwissen haben: „Das wäre vielleicht auch eine Zukunft für Dolmetscher. [...] Nur ich glaub, die müssen sich halt sehr tummeln, weil in den Krankenhäusern werden Bereiche, wo es ganz wichtig ist, z. B. auch in der Organtransplantation, immer wichtiger.“

In diesem Zusammenhang regt I2 an, dass die DolmetscherInnen auch mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) zusammenarbeiten bzw. dort angestellt sein könnten, um im Bedarfsfall für Krankenhäuser und niedergelassene ÄrztInnen und TherapeutInnen verfügbar zu sein. Das wäre für sie vor allem in ihrer therapeutischen Praxis interessant, „weil wir hier in den Praxen, ich hab keine Ahnung, wo wir eine Möglichkeit hätten, einmal auch einen Dolmetscher anzufordern“.

4.5 Schlussfolgerung: Vergleich der Rollenerwartungen

Die Auswertung der ExpertInneninterviews hat viele Einblicke eröffnet, wie die befragten ÄrztInnen und Psychologinnen die Arbeit mit DolmetscherInnen sehen und welche Erfahrungen sie dabei gemacht haben. Auch in Bezug auf die Rolle, die die DolmetscherInnen in einem medizinischen Gespräch einnehmen, konnten einige Schlussfolgerungen gezogen werden. Es wurde damit nun auch die zweite Dimension nach Gentile et al. (1996) analysiert: die Erwartungen vonseiten der ÄrztInnen bzw. der Institution. Abschließend sollen an dieser Stelle noch einmal die wichtigsten Rollenbeschreibungen der ExpertInnen zusammengefasst und die beiden Dimensionen verglichen werden, um zu sehen, welche Parallelen die beiden Rollenkonzeptionen aufweisen und inwieweit sie sich miteinander vergleichen lassen.

Allgemein muss dabei allerdings bedacht werden, dass der Zugang zur Thematik bei den ÄrztInnen bzw. Psychologinnen naturgemäß ein völlig anderer ist als bei den DolmetscherInnen. Letztere sind ExpertInnen auf dem Gebiet der Sprachen, Kulturen und der Translation und haben als solche ein ausgeprägtes Bewusstsein dafür, worum es bei gedolmetschten medizinischen Gesprächen geht und wie sie sich entsprechend verhalten sollen. Sie sind sich auch der Schwierigkeiten bewusst, die bei einem solchen Gespräch auftreten können, und wissen, dass es dabei nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Unterschiede zu bewältigen gibt.

Die ÄrztlInnen auf der anderen Seite sind ExpertInnen auf dem Gebiet der Medizin und haben einen anderen Zugang zum gedolmetschten medizinischen Gespräch. Sie sehen die Situation in einem anderen Licht und haben andere Prioritäten; sie denken nicht, wie die DolmetscherInnen, in erster Linie an sprachliche und kulturelle Unterschiede und die dadurch entstehenden Herausforderungen. Ihr Ziel ist es, die PatientInnen medizinisch zu versorgen – im Falle fremdsprachiger PatientInnen sind sie daher meist auf die DolmetscherInnen angewiesen. Dazu kommt, dass die ÄrztInnen sich vieler Aspekte eines gedolmetschten medizinischen Gesprächs gar nicht bewusst sind; wenn sie gewisse Punkte im Interview nicht ansprachen, bedeutet das demnach nicht zwangsläufig, dass sie diese nicht

als wichtig erachten. Es kann dazu allerdings auch keine Auswertung geben, da eine Vergleichbarkeit des Selbstbildes und des Fremdbildes nur in jenen Bereichen gegeben ist, die auch von den interviewten Personen angesprochen wurden.

Grundsätzlich sehen die medizinischen ExpertInnen die DolmetscherInnen insofern als objektive und neutrale VermittlerInnen, als diese beim medizinischen Gespräch keinerlei persönliche Emotionen oder Meinungen einbringen und das Gesagte nicht interpretieren sollen. Sie sollten, soweit das für einen Menschen machbar ist, unauffällig sein und so wenig wie möglich in Erscheinung treten. Die ExpertInnen erwarten von ihnen, dass sie alles, was gesagt wurde, ohne subjektive Verzerrungen dolmetschen. Dazu gehört laut Meinung der ExpertInnen auch, dass die DolmetscherInnen in keiner Weise befangen sein dürfen, weil das die Kommunikation beeinflussen würde. Aus diesem Grund sollen sie auch vermeiden, freundschaftliche und vertrauliche Beziehungen zu den PatientInnen aufzubauen. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang sind auch die Wahrung einer professionellen Distanz und eine klare Abgrenzung der beruflichen Tätigkeit von der Privatsphäre.

Damit werden die DolmetscherInnen als objektive InformationsvermittlerInnen beschrieben, die sich an einer sachlichen und professionellen Gesprächsführung beteiligen. Das entspricht den Forderungen des CCHCP-Kodex und dem bereits ausführlich dargestellten *conduit model*. Auch mit Hsiehs Analyse der Selbstbeschreibung von DolmetscherInnen decken sich diese Erwartungen der ÄrztInnen und Psychologinnen. Viele der von ihr befragten DolmetscherInnen sehen sich als *conduits*, die beim medizinischen Gespräch unauffällig und neutral sind und alle Informationen vollständig und originalgetreu übermitteln. Allerdings sehen sich diese DolmetscherInnen auch als Roboter bzw. Maschinen, was von I1 ganz klar als unrealistisch bezeichnet wird. Da es sich ja trotz aller Forderungen nach Neutralität um Menschen handelt, hält es I1 auch nicht für möglich, dass DolmetscherInnen unsichtbar und unauffällig sein können.

Dass DolmetscherInnen Roboter sein können, wird auch durch die Forderung der ExpertInnen nach Empathie und Einfühlungsvermögen der sprachmittelnden Personen widerlegt. Die befragten ÄrztInnen sagten fast alle, dass DolmetscherInnen im medizinischen Bereich einfühlsam sein müssen und auch auf psy-

chologischer Ebene wissen sollten, was in den PatientInnen vorgeht. Roboter, die teilnahmslos Aussagen übertragen, können diese Forderung definitiv nicht erfüllen. Die Rolle der DolmetscherInnen kann laut den ExpertInnen also durchaus diesen Gegebenheiten angepasst werden, was natürlich nicht auf Kosten der Objektivität der Dolmetschung gehen darf.

Aus den Ausführungen von I2 wurde zudem klar, dass DolmetscherInnen auch mehrere Rollen gleichzeitig einnehmen können. Während I2 einerseits fordert, dass sie Informationen klar und sachlich übermitteln sollen, sind ihrer Meinung nach die DolmetscherInnen andererseits auch dazu da, die PatientInnen anzuregen, selbstständig Fragen zu stellen. Sie sieht die DolmetscherInnen, wie sie selbst sagt, als eine Art „Puffer“ zwischen den beiden primären GesprächspartnerInnen, als welcher sie durchaus auch eine Unterstützung für die PatientInnen darstellen können. Das entspricht der Rolle von *patient advocates*, die auch vom CCHCP-Kodex vorgeschlagen wird. Auch die DolmetscherInnen selbst fühlen sich manchmal dazu verpflichtet, direkt oder auch indirekt als FürsprecherInnen für die PatientInnen einzutreten, wie in Hsiehs Rollenbeschreibung der *advocates* ersichtlich wurde.

Von den ExpertInnen wird außerdem gewünscht, dass die DolmetscherInnen im Bedarfsfall erklärend eingreifen. Das betrifft sowohl die kulturelle als auch die medizinisch-fachliche Ebene – letztere aufgrund der Tatsache, dass die DolmetscherInnen auf diesem Gebiet keine ExpertInnen sind, nur in geringerem Ausmaß. Die von I1 geforderte Anpassung von Informationen bzw. die Umformulierung schwieriger Begriffe stellte auch Hsieh bei der Befragung der DolmetscherInnen fest. Die DolmetscherInnen wollen so einen optimalen Informationsaustausch ermöglichen, was im Endeffekt allen Beteiligten zugutekommt. Dessen ist sich auch I1 bewusst. Hsieh bezeichnet die Rolle, die die DolmetscherInnen dabei einnehmen, als die eines *managers*, der die Kommunikation durch ein solches Verhalten auf eine gewisse Weise beeinflusst. Auch die Metapher von DolmetscherInnen als *Brücken*, wie sie weiter oben nach Angelelli angeführt wurde, beschreibt diese Aufgaben, da die DolmetscherInnen hier sowohl sprachliche und kulturelle als auch wissensbezogene Unterschiede überbrücken. Bezuglich der Wissensunterschiede sehen es auch I2 und I6 als Aufgabe der DolmetscherInnen, im Bedarfsfall medizi-

nische Zusammenhänge zu erklären, damit die PatientInnen wirklich verstehen, worum es geht. Diese Forderungen stehen auch im Einklang mit dem Kodex des CCHCP: Dieser sieht eine solche erklärende Rolle der sprachmittelnden Person als angebracht an. Sie wird daher zum *clarifier*, wenn es um sprachliche Unvereinbarkeiten geht, beziehungsweise zum *culture broker*, wenn es sich um kulturelle Differenzen handelt.

Die DolmetscherInnen, die laut Hsiehs Beschreibung als *manager* eingestuft werden, verfolgen mit ihrem Verhalten aber auch noch ein weiteres Ziel, nämlich die medizinischen Ressourcen zu schonen, also beispielsweise die oft spärlich vorhandene Zeit der ÄrztInnen einzusparen. Dieser Aspekt wird von den befragten ÄrztInnen und Psychologinnen zwar nicht direkt angesprochen, einige der von ihnen beschriebenen Zusatzaufgaben der DolmetscherInnen führen jedoch zu diesem Ziel. Zum Beispiel erzählen I6 und auch I3, dass die DolmetscherInnen nach einem Gespräch oder einer Operation öfters die Funktion von BetreuerInnen auf psychologischer Ebene einnehmen und mit den PatientInnen über deren Probleme und Sorgen sprechen. I3 erzählt außerdem, dass manche sprachmittelnden Personen zum Beispiel Zeitungen für die PatientInnen besorgen, wenn die Psychologin sie darum bittet. Auch das ist eine Tätigkeit, die ganz klar über das klassische Aufgabenprofil von DolmetscherInnen und über die sprachliche Vermittlung hinausgeht.

Nicht von den ÄrztInnen angesprochen wurden einige Rollenbeschreibungen, die sich in Angelellis Metaphern finden. Angelelli fand in ihrer Studie heraus, dass die DolmetscherInnen wie *DetektivInnen* nach gewünschten Antworten suchen, als *DiamantenkennnerInnen* die für ÄrztInnen relevanten Informationen herausfiltern und als *GoldgräberInnen* überhaupt versuchen, an Informationen zu kommen. Diesen drei Tätigkeiten ist gemein, dass sie durchgeführt werden, ohne dass die ÄrztInnen oder auch die PatientInnen es bemerken; würden sie es merken, würden diese Strategien ihr jeweiliges Ziel verfehlen. Die anderen Gesprächsbeteiligten sind sich also gar nicht bewusst, welche komplexen Prozesse bei der Verfolgung dieser Strategien ablaufen. Ob sie ein solches Vorgehen befürworten oder gar fordern würden, kann somit nicht beantwortet werden.

Es kann jedoch festgehalten werden, dass die ÄrztInnen von den DolmetscherInnen ein hohes Maß an Professionalität erwarten und sie auch als professionelle SprachexpertInnen sehen. Das ist vor allem anhand der Aussagen von I2 und I6 erkennbar. Damit deckt sich in dieser Hinsicht das Fremdbild mit den Eigenerwartungen der DolmetscherInnen, die laut Hsieh als *professionals* wahrgenommen werden wollen.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass sowohl die DolmetscherInnen selbst als auch die medizinischen ExpertInnen die Rolle der DolmetscherInnen als äußerst vielfältig wahrnehmen. Es hat sich gezeigt, dass sie eine einzige, starre Rolle als unrealistisch erachten. Vielmehr geht es darum, dass sich die DolmetscherInnen an die jeweiligen Gegebenheiten anpassen und sich im jeweiligen Fall für die am besten passende Rolle entscheiden. Auch die befragten ExpertInnen sind der Meinung, dass in verschiedenen Situationen verschiedene Verhaltensweisen der DolmetscherInnen angebracht sind, da es im Endeffekt ja um eine erfolgreiche und störungsfreie Verständigung mit fremdsprachigen PatientInnen geht.

Es wurden hier also zwei Sichtweisen vereint. Auf der einen Seite stand die Sicht der DolmetscherInnen selbst, eine Sichtweise, die natürlich durch Überlegung und Forderungen der Translationswissenschaft geprägt ist und die daher ein sehr starkes Bewusstsein für Berufsethik und die dazugehörenden Dolmetschstrategien aufweist. Die DolmetscherInnen nehmen ihre Rolle aktiv wahr und verhalten sich entsprechend ihrer eigenen Rollenauffassungen.

Auf der anderen Seite stand die Sicht der ÄrztInnen, deren Fachgebiet die Medizin ist und deren Ziel es ist, auch über eine sprachmittelnde Person mit ihren fremdsprachigen PatientInnen zu kommunizieren und diese erfolgreich zu behandeln. Mit ihrer Sichtweise haben sie einen völlig anderen Zugang, die Rolle der DolmetscherInnen nehmen sie im Normalfall nur indirekt und unbewusst wahr. Sie haben allerdings meist genaue Erwartungen und Vorstellungen, was die DolmetscherInnen machen oder nicht machen sollen. Diese Erwartungen wurden im vorliegenden Kapitel anhand der qualitativen Untersuchung ausführlich behandelt.

Der Vergleich der beiden Sichtweisen hat deutlich gemacht, wie unterschiedlich die Prioritäten gelagert sind und wie unterschiedlich den Erwartungen

daher Ausdruck verliehen wird. Trotz der unterschiedlichen Zugänge, mit denen sich DolmetscherInnen und ÄrztInnen mit der Rollenthematik befassen, konnten zahlreiche Parallelen der beiden Rollenkonzeptionen herausgefunden werden. Die Beleuchtung der beiden Sichtweisen hat einerseits einen Beitrag zum besseren Verständnis der Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich geleistet und andererseits die Erwartungen von ExpertInnen der Medizin transparenter gemacht. Mit dem Vergleich der beiden Perspektiven konnte auch die eingangs gestellte Frage beantwortet werden, inwieweit sich Selbstbild der DolmetscherInnen und Fremdbild der ÄrztInnen vereinbaren lassen.

5 Schlusswort

Die vorliegende Arbeit hat in mehrerlei Hinsicht interessante Erkenntnisse rund um die Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich geliefert. Erklärtes Ziel dabei war es, einen Vergleich zwischen den eigenen und fremden Rollenerwartungen herstellen zu können und herauszufinden, inwieweit sich diese vereinbaren lassen. Dabei wurde mir erst richtig bewusst, wie sehr sich die allgemeinen Zugänge der beiden Personengruppen zur Rollenthematik unterscheiden. Folglich unterschied sich auch die Art der Aufbereitung der beiden Sichtweisen: Während das Selbstbild in Rollenbildern und Metaphern präsentiert wurde und zusätzlich auch immer beschrieben werden konnte, wie die DolmetscherInnen ihre eigenen Erwartungen in die Tat umsetzen, konnte beim Fremdbild nur darauf eingegangen werden, welches Verhalten sich die ÄrztInnen von DolmetscherInnen erwarten; dabei handelte es sich um eine distanziertere Aufbereitung, die naturgemäß aus einem völlig anderen Blickwinkel erfolgte. Durch die Aufbereitung der beiden Rollenbilder konnten die wichtigsten Aspekte der Rolle von DolmetscherInnen hervorgehoben werden und es konnte damit gezeigt werden, was den jeweiligen Personen (ÄrztInnen und DolmetscherInnen) im Hinblick auf diese Rolle besonders wichtig ist.

Beim Vergleich ging ich unvoreingenommen und in jeder Hinsicht ganz offen vor, indem ich untersuchte, welche Parallelen bei den beiden Rollenbildern erkennbar sind. Dabei stellte sich heraus, dass zahlreiche Gemeinsamkeiten auftauchten und auch Parallelen sichtbar wurden, die auf den ersten Blick nicht eindeutig waren. Auch wenn die Rollen von den DolmetscherInnen selbst aufgrund ihres stärker vorhandenen Bewusstseins tiefgreifender beschrieben werden konnten und die ÄrztInnen auf manche Aspekte gar nicht näher eingingen, kann man sagen, dass die Hauptaussagen weitgehend übereinstimmten.

Ich hoffe, mit dieser Arbeit im theoretischen sowie im empirischen Teil einen Beitrag zum besseren Verständnis der Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich geleistet und interessante Erkenntnisse zu dieser Thematik präsentiert zu haben.

6 Bibliografie

- Allaoui, Raoua. 2005. *Dolmetschen im Krankenhaus*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Andres, Dörte/Pöllabauer, Sonja (Hg.). 2009. *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Martin Meidenbauer.
- Angelelli, Claudia V. 2004a. *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: University Press.
- Angelelli, Claudia V. 2004b. *Revisiting the Interpreter's Role*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Angelelli, Claudia V. 2006. „Validating professional standards and codes. Challenges and Opportunities“, *Interpreting* 8 (2): 175–193.
- Atteslander, Peter. ¹²2008. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Baker, David W./Hayes, Risa/Fortier, Julia Puebla. 1998. „Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients“, *Medical Care* 36 (10): 1461–1470.
- Bot, Hanneke. 2001. „The Myth of the Uninvolved Interpreter Interpreting in Mental Health and the Development of a Three-Person Psychology“. In: Brunette, Louise et al. (Hg.). *The Critical Link 3. Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Brunette, Louise et al. (Hg.). 2001. *The Critical Link 3. Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Davidson, Brad. 2001. „Questions in Cross-Linguistic Medical Encounters: The Role of the Hospital Interpreter“, *Anthropological Quarterly* 74 (4): 170–178.
- Dysart-Gale, Deborah. 2005. „Communication Models, Professionalization, and the Work of Medical Interpreters“, *Health Communication* 17 (1): 91–103.
- Gentile, Adolfo/Ozolins, Uldis/Vasilakakos, Mary. 1996. *Liaison Interpreting. A Handbook*. Melbourne: University Press.

- Hsieh, Elaine. 2006. „Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions“, *Social Science and Medicine* 62: 721–730.
- Hsieh, Elaine. 2008. „I'm not a robot!“ Interpreters' Views of Their Roles in Health Care Settings“, *Qualitative Health Research* 18 (10): 1367–1383.
- Leanza, Yvan. 2007. „Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers“. In: Franz Pöchhacker / Miriam Shlesinger (Hg.). *Healthcare Interpreting. Discourse and Interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 11–34.
- Mason, Ian (Hg.). 2001. *Triadic Exchanges. Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome Publishing.
- Mayer, Horst Otto. ⁵2009. *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Mayring, Philipp. ⁴1999. *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Meyer, Bernd. 2004. *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch*. Münster: Waxmann.
- Mishler, Elliot G. 1984. *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood NJ: Ablex Publishing Company.
- Pöchhacker, Franz. 1998. „The Community Interpreter's Task: Self-Perception and Provider Views“. In: Roberts, Roda P. et al. (Hg.). *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Pöchhacker, Franz. 2000. *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz/Shlesinger, Miriam (Hg.). 2002. *The Interpreting Studies Reader*. London: Routledge.
- Pöchhacker, Franz/Shlesinger, Miriam (Hg.). 2007. *Healthcare Interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

- Roberts, Roda P. et al. (Hg.). 1998. *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Roter, Debra. 2002. „Three Blind Men and an Elephant: Reflections on Meeting the Challenges of Patient Diversity in Primary Care Practices“, *Family Medicine* 34 (5): 390–393.
- Wadensjö, Cecilia. 1992. *Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University.
- Wadensjö, Cecilia. 1998. *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman.
- Wadensjö, Cecilia. 2002. „The Double Role of a Dialogue Interpreter“. In: Pöchhacker, Franz/Shlesinger, Miriam (Hg.). *The Interpreting Studies Reader*. London: Routledge, 355–370.

7 Anhang: Interviewleitfaden

Vielen Dank, dass Sie sich für dieses Interview zur Verfügung stellen und sich dafür Zeit genommen haben. Vielleicht stelle ich mich selbst noch einmal kurz vor: Ich studiere an der Universität Wien Dolmetschen und schreibe gerade an meiner Masterarbeit zum Thema „Dolmetschen im Krankenhaus/im medizinischen Bereich“.

Mit diesem Interview möchte ich erfassen, wie Sie als Arzt/Ärztin die Rolle und die Aufgaben von Dolmetscherinnen⁵ im Krankenhaus/beim medizinischen Gespräch wahrnehmen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, werde ich das Interview aufnehmen, damit ich mich ganz auf unser Gespräch konzentrieren kann. Die Daten werden selbstverständlich anonym ausgewertet.

⁵ Der besseren Lesbarkeit halber wird im Leitfaden nur die weibliche Form, „Dolmetscherin“ bzw. „Dolmetscherinnen“ verwendet. Sie schließt die männliche Form mit ein. Im Interview selbst werden die beiden Formen abwechselnd verwendet.

Art der Zusammenarbeit, professionell oder nicht professionell, Häufigkeit, Verhältnis

Inwieweit haben Sie Erfahrung mit Dolmetscherinnen?

Wie oft arbeiten Sie durchschnittlich mit Dolmetscherinnen zusammen?

Wer dolmetscht in Ihren Erfahrungen in der Regel?

(professionelle oder nicht professionelle DolmetscherInnen?)

Wenn professionell:	Wenn nicht professionell:
Haben Sie ausschließlich mit professionellen Dolmetscherinnen zusammengearbeitet? Oder kommt es auch manchmal vor, dass andere Personen dolmetschen? Wenn ja, wer?	Haben Sie ausschließlich mit ... zusammengearbeitet?
Gibt es in diesem Krankenhaus angestellte Dolmetscherinnen oder werden diese extern angefordert?	Dolmetschen manchmal auch Kinder? Wie finden Sie das?
Wie war in Ihren bisherigen Erfahrungen in etwa der Verhältnis von professionellen zu nicht professionellen Dolmetscherinnen/sonstigen Sprachmittlerinnen?	

Erfahrungen: positiv oder negativ

Welche Erfahrungen haben Sie denn bei der Zusammenarbeit mit Dolmetscherinnen ganz allgemein gemacht?

Können Sie mir konkrete Beispiele nennen? (besonders positive oder negative Erfahrungen)

Haben Sie besonders positive Erfahrungen gemacht? Können Sie sich an konkrete Beispiele erinnern?

Sind Sie in Ihren bisherigen Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit Dolmetscherinnen auf Schwierigkeiten oder Probleme gestoßen? Wenn ja: Welche Schwierigkeiten waren das? Können Sie sich an konkrete Beispiele erinnern?

Verständigungsprobleme aufgrund der unterschiedlichen Kultur

[Fremdsprachige PatientInnen kommen aus anderen Kulturkreisen, in denen beispielsweise anders oder möglicherweise gar nicht über Krankheiten, Symptome oder Probleme gesprochen wird.] Haben Sie schon erlebt, dass es aufgrund der unterschiedlichen Kultur der PatientInnen zu Verständigungsschwierigkeiten gekommen ist?

Was sollte die Dolmetscherin Ihrer Meinung nach machen, wenn es zu Verständigungsproblemen aufgrund der unterschiedlichen Kulturen und des unterschiedlichen Verhaltens kommt?

Falls nicht erwähnt: Denken Sie, dass die Dolmetscherin hier erklärend eingreifen sollten?

Haben Sie schon erlebt, dass die Dolmetscherin in solchen Situationen eingegriffen hat? Können Sie konkrete Beispiele nennen?

Gesprächsklima, Unterschiede zu monolingualem Gespräch

Wie empfinden Sie die Anwesenheit einer Dolmetscherin für das Gespräch bzw. das Gesprächsklima/die Gesamtsituation?

Wie reagieren PatientInnen oder ihre Begleitpersonen auf die Anwesenheit einer Dolmetscherin?

(Was sind für Sie die wichtigsten Unterschiede (ob positiv oder negativ) im Vergleich zu einem Gespräch nur zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn?)

Emotionale Positionierung

Welche Rolle bzw. Position nimmt die Dolmetscherin im Gespräch ein? Wo befindet sich die Dolmetscherin innerhalb dieser Gesprächskonstellation normalerweise?

Wo *sollte* die Dolmetscherin Ihrer Meinung nach in der Konstellation positioniert sein?

Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Patienten die Dolmetscherin als Vertrauensperson sehen, weil sie ja dieselbe Sprache spricht?

Wenn ja:

Wie zeigt sich das?

Kommt das häufig vor?

Wie gehen die Dolmetscherinnen normalerweise damit um? Können Sie mir Beispiele nennen?

Wie *sollten* die Dolmetscherinnen damit Ihrer Meinung nach umgehen?

Teilen Ihnen die Dolmetscherinnen z. B. mit, was ihnen PatientInnen „privat“ gesagt haben?

Aufgaben, Wissen, Fähigkeiten

[Die Aufgabe einer Dolmetscherin besteht prinzipiell darin, die Aussagen beider GesprächspartnerInnen von der einen in die andere Sprache zu übertragen.] Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass die Dolmetscherin noch andere Aufgaben als die der sprachlichen Vermittlung wahrgenommen hat? Wenn ja, welche waren das?

Welche Aufgaben *sollte* denn die Dolmetscherin – zusätzlich zur Sprachmittlung – Ihrer Meinung nach noch wahrnehmen?

Über welches *Wissen* sollte die Dolmetscherin – zusätzlich zu den Sprachkenntnissen – noch verfügen, um (psychologische) Gespräche gut und angemessen dolmetschen zu können?

Falls nicht erwähnt: Braucht sie Ihrer Meinung nach auch medizinisches Fachwissen?

Und welche *Fähigkeiten* sollte sie noch mitbringen?

Fällt Ihnen noch irgendetwas zu diesem Thema ein? Habe ich etwas noch nicht angesprochen, was Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig erscheint?

Vielen Dank für das Gespräch!

8 Anhang: Interview 1

Vielleicht könnten Sie einfach einmal ganz allgemein sagen, welche Erfahrungen Sie mit Dolmetschern haben?

Ja also wir haben herinnen ein bisschen eine Sondersituation. Die Psychiatrie ist sicher anders von der Behandlung als jetzt Fachbereiche, die organische Fächer sind wie Interne oder Chirurgie oder Orthopädie. Bei uns ist jetzt die Kommunikation ein zentraler Teil der Diagnostik und Behandlung. Ein Chirurg kann einmal ein Infoblatt in Türkisch über eine Blinddarmoperation aushändigen, das haben wir nicht. Sondern wir müssen sozusagen die ganze Leidensgeschichte, Persönlichkeitsgeschichte erfahren und es geht da halt auch um sehr vertrauliche Themen wo wir sehr darauf angewiesen sind, dass wir erstens jemanden haben zum Übersetzen, der eine neutrale Person ist – also dass da nicht irgendeine Befangenheit auftritt durch Angehörige, die übersetzen zum Beispiel –, und dass das auch gut qualitativ übersetzt wird, weil oft Kleinigkeiten entscheiden ob man das Wort so nimmt oder so nimmt. Und dann... wir haben auch, wir nennen sie, Sprach- und Kulturvermittler, weil sie auch die Kultur in der Regel gut kennen, wenn sie aus dem Land kommen, und manchmal sozusagen auch zusätzliche Informationen geben können, wie denn das gemeint sein könnte. Oder die Übersetzung von meinem so machen, dass derjenige das versteht, wenn sie wissen: so wird er's nicht verstehen, was ich jetzt so sag. Also, so ist sozusagen die Situation bei uns.

Und wie oft kommt das ungefähr vor, dass Sie Dolmetscher brauchen? Im Durchschnitt?

Naja es ist so: Ich hab insofern eine Sondersituation, weil ich die interkulturelle Ambulanz leite, d. h. dort arbeiten wir nur mit Dolmetschern, bei jedem Patientenkontakt. Und sonst, wenn ich jetzt sag, ich hab auch hier die psychiatrische Tagesklinik, hängt's immer davon ab, wie viele Migranten man hat auf der Station, also wir haben, sag ich, im Schnitt drei. Und da haben wir bei den Visiten dreimal in der Woche einen Dolmetsch dabei. Also das ist so Schnitt bei uns. Das hieße halt, ja es kommt darauf an welche Sprachen es sind, also es kann sein, wenn ich jetzt zwei

türkische Patienten hab und einen aus Bosnien, dann brauch ich halt die Türkisch-Dolmetscherin und den Serbokroatisch-Bosnisch-Dolmetscher zum Beispiel bei uns, also ich sag, im Schnitt brauch ich den Dolmetsch in der Woche für sechs Patienten.

Und sind diese Dolmetscher angestellt im Krankenhaus?

Das sind Honorarkräfte.

Aha, d. h. sie werden von einer Agentur oder so angefordert?

Das ist so: Mit der Zeit hat sich so ein gewisser Staff aufgebaut. Die einen kennt man von da und von dort und so, von anderen Einrichtungen. Und das sind jetzt gut etablierte, mit denen das gut eingearbeitet ist und wir rufen dann die... das macht die Pflege.

Und ganz allgemein: Welche Erfahrungen haben Sie bei der Zusammenarbeit mit Dolmetschern gemacht? Also jetzt positiv oder negativ, irgendwelche konkreten Beispiele vielleicht, an die Sie sich erinnern können?

Also ich sag, die schlechteren sind ausgesiebt worden. (*Lacht.*) Ja es ist überall so im Leben. Also es hat sich bei manchen herausgestellt, die sind nicht geeignet, weil sie sozusagen diese... man muss doch eine gewisse empathische Einstellung mitbringen und also atmosphärisch möglichst neutral sein, und wenn sich das einfärbt, weil der Dolmetscher irgendwie ein Problem mit dem Patienten hat, dann geht das nicht. Und es bleiben die übrig, die das auch können. Und die auch die Inhalte aushalten können, weil es geht da oft um sehr dramatische Inhalte und alles, und das ist schon etwas wo ich sage, eine zwanzigjährige Dolmetscherin ist in der Regel zu jung, das zu übersetzen, also da muss ich sagen sind unsere eher so von 30 aufwärts zum Übersetzen, weil auch die Lebenserfahrung und die Charakterstärke eine Rolle spielt. Aber mit einer Erfahrung, die ja oft gemacht wird in Krankenhäuser, ist, dass man Angestellte auf die Schnelle verwendet zum Übersetzen, die Putzfrau aus Bosnien oder die Schwester aus der Türkei...

Und auch die Begleitpersonen von Patienten z. B., oder Kinder...

Auch. Genau.

Also das ist bei Ihnen gar nicht.

Doch doch, also im Haus ist es so, dass das verschieden gehandhabt wird. Das ist rein abhängig von den Ärzten, wie sie es tun und wie sie mit dem Patienten das arrangieren. Manche rufen einen Dolmetscher, manche sagen, nein sie nehmen den Bekannten oder den wenigen, und meine Erfahrung war mit Pflegepersonal – also ich hab am Anfang Pflegepersonal gehabt, das übersetzt hat –, dass sich das nicht bewährt hat. Der Grund war jetzt nicht das Sprachverständnis, sondern dass sich die selbst zu sehr dazugeschaltet haben. Die haben oft schon gewusst, welche Frage kommt und welche Antwort kommt, und das war dann auch schon wieder hinderlich. Ja, das war ein Problem. Und darum haben wir eigentlich nur externe Dolmetscher, aus verschiedenen Berufen.

Ja das vertrete ich selber natürlich auch, dass möglichst die professionellen Dolmetscher hinzugezogen werden sollen... weil eben das, was Sie beschreiben, dann das Problem ist.

Ja aber dazu muss man sagen, wir haben jetzt nicht nur gerichtlich beeidete Dolmetscher. Für mich ist professionell, dass er sprachlich tadellos ist, also ausreichend gut Deutsch, gut die Muttersprache natürlich, und auch menschlich gut passend ist. Aber ich muss jetzt nicht unbedingt einen gerichtlich beeideten Dolmetscher haben. Ja also da gibt's welche, die menschlich deshalb trotzdem nicht geeignet wären. Also ich hab z. B. zwei Krankenschwestern aus dem Kosovo, die super übersetzen, immer wieder kommen, aber sie sind von Beruf Krankenschwestern, machen's aber tadellos.

Aber die machen das dann schon länger und halt immer wieder, dadurch kann man dann auch schon wieder sagen, sie sind eigentlich schon Dolmetscherinnen...

Also so gesehen sind sie eigentlich schon Profis.

Und außer diesen Krankenschwestern z. B., nehmen Sie auch Dolmetscher vom Krankenhaus, ich weiß nicht, Ärzte, die die Sprache können oder...?

Nein. Weil einerseits, in so einer Sprache wie Türkisch ist niemand verfügbar, Serbokroatisch/Bosnisch gibt's eine Kollegin, die das spricht, aber die ist anderweitig verpflichtet, die hätte gar nicht die Zeit, weil die muss ja dann dort weg. Und ein persischer Kollege auf der Neurochirurgie oder der Neurologie und so, die sind auch in ihrem Geschäft und das geht sich nicht aus, das ist viel zu ... darum, vom Haus nicht.

Und wie empfinden Sie die Anwesenheit einer Dolmetscherin für das Gespräch mit den Patienten? Für das Gesprächsklima, für die Gesprächssituation?

Sehr hilfreich. Also ohne die läuft gar nichts bei manchen Patienten. Und als Mensch, muss man sagen, sind eh nur die übrig geblieben, die menschlich auch geeignet sind, also das ist beim Übersetzen so. Sehr hilfreich muss man sagen. Es ist halt die Sache, dass die Gespräche doppelt so lange dauern. Hin und zurück. Und was auch wichtig ist, dass die Dolmetscher – das war auch so ein Erfahrungsprozess – manche Dinge selbst dabei lernen. Beispielsweise, es gibt Patienten, die sind sehr ausschweifend beim Erzählen. Ich hab aber eine Stunde Zeit im Gespräch und muss gewisse Fragen beantwortet kriegen, d. h. ich intervenier dann und sag, na das ist die Frage, und manchmal haben Dolmetscher aus Höflichkeitsgründen ein Problem gehabt, das auch so zu sagen, in dieser direkten Form zu sagen. Und das war dann oft ein Lernprozess, dass das halt nicht unhöflich ist, sondern da gibt's halt klare Faktoren warum das so strukturiert sein muss. Und dann auch irgendwie so ein Prozess für die Dolmetscher war. Aber, muss halt sein.

Und wie reagieren die Patienten oder die Begleitpersonen, wenn welche dabei sind, auf die Anwesenheit der Dolmetscher?

Die sind sehr froh darüber. Also das wissen die Patienten durchwegs zu schätzen, dass das eigentlich – wie soll man sagen – dass das eigentlich ein wesentlicher Unterschied ist einerseits zu anderen Krankenhäusern, wo das nicht so selbstverständlich ist, auch nicht auf anderen Psychiatrien, also das wissen sie durchwegs zu schätzen. Schon.

Bei einem medizinischen Gespräch stehen sich ja Arzt und Patient als primäre Gesprächsparteien gegenüber, und wo befinden sich da die Dolmetscherinnen normalerweise in dieser Gesprächskonstellation?

Also wenn Sie Patient wären, dann sitzt der Dolmetscher hier (*zeigt auf einen freien Platz auf der anderen Seite des Tisches, Anm.*) und ich da (*gegenüber von Patient, Anm.*). D. h. so ein Dreieck.

Und auch im übertragenen Sinn, also dass der Dolmetscher in der Mitte von den beiden quasi ist, also nicht jetzt einer Seite näher als der anderen?

Ja er ist sozusagen, er sollte gar nicht ... er sollte möglichst unauffällig sein. Also zwar sehr wichtig im Übersetzen, aber eigentlich sollte er möglichst wenig in Erscheinung treten. Und das ... ja es ist aber natürlich nicht so... man hat keine Maschine im Raum sitzen, und darum glaub ich schon, dass es das Gespräch insofern beeinflusst, weil sozusagen atmosphärisch noch ein dritter Mensch da ist. Das ist einfach Faktum. Und, also ich hab jetzt das Gefühl nicht negativ, aber es ist anders als wenn ich nur direkt kommuniziere und niemand dabei ist. Das macht einen Unterschied. Aber der ist jetzt nicht so störend, es überwiegen die Vorteile dabei.

Und haben Sie manchmal auch das Gefühl, dass z. B. die Patienten den Dolmetscher als Vertrauensperson sehen, weil er ja die gleiche Sprache spricht?

Es gibt's immer wieder, dass die Patienten dann im Warteraum im Anschluss oder so den Dolmetscher fragen, woher kommt er halt und so, und vielleicht sind sie eh aus demselben Land, und auch fragen, ob er nicht woanders auch übersetzt, und Adresse und Telefonnummer und so fragen, das passiert, ja. Dass sich da sozusagen auch Vertrauen entwickelt, weil sie sehen, aha das ist gut gegangen vom Übersetzen, das passiert schon.

Wie finden Sie das?

Ich überlasse es dann immer den Dolmetschern, wie weit sie sowas machen möchten. Die meisten machen es so, dass sie die Adresse nicht hergeben, die Telefonnummer, weil sie sonst nicht übersetzen. Und das hat auch das Risiko, dass das dann ein bisschen überhandnimmt, und dass sie dann immer wieder kontaktiert

werden. Also, ich bin da für die Abgrenzung, aber sie entscheiden es selbst. Gerichtlich beeidete Dolmetscher z. B., von denen ist es ja ihr Leben, ihr Einkommen, die Krankenschwestern, von denen ich geredet hab, die machen das netterweise. Aber die haben eh ihren Job, also sie machen es halt einfach, weil sie's machen mögen, in einem netten Team sind und so, die leben jetzt nicht davon, und wenn ein gerichtlich beeideter Dolmetscher sagt, o. k., für dort und da, Sie können meine Nummer haben und mich anrufen, komm ich hin, ja... aber die Patienten wollen manchmal auch sozusagen: kannst du dort anrufen, da, so Hilfsdienste, die schon fast ein bisschen in den Bekanntenkreis gehen, das nicht. Das machen meine nicht. Das wär nicht gut. Und das muss ich sagen natürlich, es soll sich halt nicht eine vertrauliche, freundschaftliche Beziehung zwischen dem Dolmetscher und dem Patienten entwickeln. Also manche Patienten sind ja gleich redselig, auch die Dolmetscher sind verschieden, manche setzen sich im Warteraum allein wohin und lesen, andere in der Nähe vom Patienten und kommen ins Gespräch, liegt auch bei jedem selbst, aber es soll sich keine freundschaftliche Beziehung entwickeln, das wäre nicht so günstig. Umgekehrt ist es so, dass wir Dolmetscher haben, die von sich aus sagen... die fragen vorher. Eine z. B. übersetzt Türkisch und kennt sehr viele Leute in Linz, die schon fragt: Wer kommt denn? Und wenn's wer ist, den sie kennt, sagt sie nein danke, weil sie befangen ist. Und das ist ganz o. k., ist ganz korrekt so.

Gut, dann zu den Aufgaben ein bisschen. Die Aufgabe von Dolmetschern besteht ja prinzipiell darin, dass sie die Aussagen von den Gesprächspartnern in die andere Sprache übersetzen. Haben Sie auch die Erfahrung gemacht, dass die Dolmetscher darüber hinaus irgendwelche Aufgaben wahrgenommen haben?

Vereinzelt. Aber das ist halt, wie ich gesagt hab, liegt beim Dolmetscher, also mir fällt eine Arabisch-Dolmetscherin ein, die sich für eine Flüchtlingsfrau aus dem Irak auch privat engagiert hat, weil sie wiederum wen gekannt hat, der auf der Volkshochschule Malkurse gemacht hat. Und die war Malerin im Irak auch, jetzt hat sie ihr dort beim Kurs geholfen, dass sie reinkommt, und sie ein bisschen bei Fördermitteln, Unterstützung sich engagiert, das ist ein Fall, wo sie das halt so gemacht hat. Und das hat die Übersetzung nicht beeinträchtigt, hat in dem Fall gepasst, und da war's so. Oder manchmal kann's sein, dass, wenn die Patienten die

Nummer wissen, sie die Dolmetscherin anrufen und sagen, ma könntest du bei uns herinnen anrufen und sagen, ich bin jetzt krank, oder ich hab jetzt das, oder ich bin verhindert. Tun vereinzelt Dolmetscher, o. k., wenn nicht nicht. Ist aber insgesamt eher die Ausnahme.

O. k., d. h. wie sehen Sie das? Zählt das jetzt irgendwie auch dazu dann? Dass die Dolmetscher jetzt zusätzlich was für die Patienten machen?

Ja sicher. Freilich. Weil es ist, wie soll man sagen, als Therapeut ist diese therapeutische Abstinenz ja auch ein wichtiger Teil der Behandlung. Dass ich mich nicht in die Geschichte des Patienten aktiv involviere. Weil sobald ich Partei ergreife für den Patienten, indem ich z. B. sag, o. k. ich schreib Bestätigungen, damit er möglichst ein positives Asyl kriegt, bin ich befangen. Und da muss ich einfach, bei aller Empathie, aber diese neutrale, fachliche Position halten. Und wenn jetzt ein Dolmetscher aber da sozusagen sowas nebenbei auch ist, dann ist das schon ein Näheverhältnis, das das Ganze beeinflussen kann. Aber es ist, wie gesagt, ich schau von vornherein drauf, dass sich sowas gar nicht entwickelt, darum kann ich nicht sagen, dass ich da ein Problem hab.

Und über welches Wissen sollte die Dolmetscherin noch verfügen? Zusätzlich zu den sprachlichen Kenntnissen?

Naja also ich hab am Anfang so Informationsblätter ausgegeben bei den Dolmetschern, dass sie einmal wissen, wie läuft ein medizinisches Gespräch ab, wie ein psychiatrisches, wie eben die Anamnese, frühere Krankheiten, Familienanamnese usw. usw. Und was jetzt die fachlichen Ausdrücke anbelangt, ist es natürlich auch gut, wenn sie das übersetzen können. Und bei Krankenschwestern ist das jetzt eh kein Problem. Oder, ich hab eine gerichtlich Beeidete für Russisch, eine ist für Türkisch, die hat auch jedes Wort parat, aber es gibt auch Dolmetscher, die dann suchen nach den Wörtern, ja. Naja, übersetz ich jetzt Bandscheibe auf das oder das. Und das ist etwas, es ist nicht ein Problem entstanden, aber man merkt, es ist dann eine Unsicherheit im Raum, wird jetzt richtig übersetzt oder nicht. Und, also insofern, wenn man diese medizinischen Ausdrücke sich ein bisschen vertrauter macht, ist es glaub ich kein Fehler.

Sicher. Weils die Grundlage ist eigentlich für so ein Gespräch dann auch...

Ja vor allem bei den somatischen Fächern. Bei uns ist es so, das Lateinische kommt in der Psychiatrie nicht so vor wie auf der Unfallchirurgie, da hat man lauter lateinische Diagnosen, das ist wieder ganz anders. Wir haben eher „generalisierte Angststörung“, das ist ein deutscher Begriff und nicht ein lateinischer. Aber man muss manches halt auch umformulieren, dass man sagt, es ist eine Traumaerkrankung und nicht eine posttraumatische Belastungsstörung, das ist dann schon ein bisschen schwerer rüberzubringen usw. usw. Solange die Bedeutung rüberkommt...

Fremdsprachige Patienten kommen ja aus anderen Kulturkreisen, und in diesen Kulturen wird vielleicht anders oder gar nicht über Krankheiten oder Symptome oder irgendwelche Probleme gesprochen. Was sollte da die Dolmetscherin machen, wenn es da zu Verständigungsschwierigkeiten aufgrund dieser Unterschiede kommt?

Hab ich nicht, das Problem. (*Lacht.*) Ich weiß nicht, wie das bei somatischen Fächern wäre, aber ist mir auch noch nicht zu Ohren gekommen weil die Patienten ja schließlich zum Arzt kommen wegen der Beschwerden und untersucht werden und dann die Diagnose und das Ergebnis kriegen. Also dort hinzugehen und sagen, ich mag aber nicht über das reden, was ich für ein Problem hab, da würde die Untersuchung aufhören, bevor sie anfängt. Aber bei uns ist es, psychische Erkrankungen haben natürlich eine Stigmatisierung, nicht nur bei Migranten, und wenn da jemand sich schwertut, über das zu reden, ist es natürlich unsere Übung im Vertrauensaufbau, eine Beziehung aufzubauen, dass das Vertrauen entsteht, und das ist dann in der Regel nicht das Problem.

Und das funktioniert dann auch über die Dolmetscher?

Das funktioniert, ja. Die Dolmetscher sind wie gesagt da nur... sie übersetzen. Und, sag ich, ein intimes Thema ist Sexualität, das ist eine Frage, dass man nach Libido nachfragt, und würde der Dolmetscher jetzt verlegen und rot werden und so wär's ungünstig, aber unsere werden das eh nicht, weil sie kennen die Fragen, das sind erwachsene Menschen. Und wenn das so ganz neutral formuliert wird, ist die Antwort auch meistens keine Schwierigkeit, weil der Patient mit dem Thema, wo eh

schon viele sich nicht so leicht darüber reden trauen, dann irgendwie merkt: aha, es wird eh ganz unkompliziert damit umgegangen, sich dann auch leichter tun, es mitzuteilen.

Ja, das war's eigentlich schon. Fällt Ihnen noch irgendwas ein, was ich jetzt nicht gefragt habe? Oder was Ihnen noch wichtig erscheint?

Also ich denk, Sie schreiben die Arbeit, ich hab keine Ahnung was Sie da brauchen.
(Lacht.) Ich denk mir, wenn ich Ihnen was helfen hab können, gern.

Danke.

9 Anhang: Interview 2

Also vielleicht könnten Sie einfach einmal damit beginnen, was Sie machen und inwieweit Sie da Erfahrungen mit Dolmetschern haben?

Also, meine Erfahrungen bezüglich der Dolmetscher beziehen sich auf die Arbeit im AKH. Ich war dort sehr lange klinische Psychologin und Dolmetscher haben wir hauptsächlich bei Evaluierungsgesprächen gebraucht, die mit einer Organtransplantation in Verbindung gewesen sind. Die meiste Erfahrung war auf der Ebene der Organspende, der Lebendorganspende, d. h. also im Klartext, wenn ein Mensch einem anderen Menschen eine seiner Nieren z. B. gegeben hat, dann war das nicht nur aus medizinischer Sicht eine sehr klare oder starke Evaluierung, sondern auch aus der psychologischen Sicht. Und da waren auch diese Erfahrungen mit Dolmetschern ungeheuer wichtig und stark. Und das was ich gesehen hab, es gibt verschiedene, die verschiedensten Erfahrungen, die ich gemacht hab. Auf zwar auf der einen Seite, und zwar, wir haben leider Gottes im AKH viel zu wenig Dolmetscher gehabt, d. h. das wäre meine erste Forderung, dass man in den Krankenhäusern, ich kann's jetzt nicht sagen wies in anderen Krankenhäusern ist, aber generell in den Krankenhäusern wirklich genügend viele Dolmetscher zur Verfügung hat. Gerade jetzt in diesen serbokroatischen Sprachen, weil es... wir mussten uns dann mit z. B. Krankenhauspersonal helfen, z. B. mit Bedienerinnen helfen, die dort halt in einer größeren Anzahl gewesen sind, und das war schlecht. Also das war schlecht, weil diese Menschen erstens überhaupt keine Ahnung gehabt haben zum Teil wovon wir reden. Die überhaupt jetzt nicht gewusst haben, oder große Zusammenhänge herstellen konnten, worum geht's denn da überhaupt, wir allerdings froh waren, dass wir jemanden gefunden haben, der zumindest ein bisschen Informationen übersetzen kann. Und das war schlecht. Das ist prinzipiell ziemlich schlecht. Das Zweite, ich hab auch die Erfahrung gemacht einmal mit einer Bedienerin, die – das möchte ich jetzt nicht qualifizieren, ja also um Gottes Willen, und schon gar nicht abwerten – aber ich hab die Erfahrung gemacht, dass die immer wieder auf einer Station geholt wird, weil sie halt die Einzige war, die eben eine bestimmte Sprache gesprochen hat, jetzt hat man sie also bei den Visiten manches

Mal herangezogen zum Übersetzen, d. h. die war schon ziemlich versiert in bestimmten Bereichen. Nur, und das hab ich leider am Anfang ja gar nicht realisiert in dem Gespräch, zu dem ich sie geholt habe, die hat dann einfach jetzt ihre medizinische Erfahrung unter Anführungszeichen gleich mit einfließen lassen, und das heißt, die war also absolut nicht objektiv, sondern die hat einfach sehr subjektiv ihre ganzen Erfahrungen, die sie jetzt auf einer bestimmten Station gemacht hat, und wo sie halt gesehen hat, ich weiß es jetzt nicht, ein Nierentransplantiert, der reagiert so oder so oder so, die hat dem gleich alles das gesagt, was da passieren kann und soll und nicht soll und was weiß ich. Also ihre persönlichen Erfahrungen, die aber absolut nicht qualifiziert waren; die hat das da sofort weitergegeben. Eine andere Gruppe von Dolmetschern waren die, die gekommen sind, also wenn sich ein Paar z. B. oder ein Patient sich jemanden gesucht hat von einem Übersetzungsbüro. Also auch solche hatten wir, die sind dann zwar mit ihrem Ausweis gekommen, haben aber manches Mal auch wirklich überhaupt null komma gar keine Erfahrung gehabt wenn es um medizinische Bereiche geht. D. h., und das war für mich wahnsinnig schwer, weil wir ja auf der psychologischen Ebene nicht nur jetzt Fragen stellen und Antworten brauchen, sondern wir brauchen auch die damit verbundenen Emotionen z. B. sehr oft. D. h., es waren bestimmte Fragen, die keine Antworten... also zu denens dann keine Antworten gegeben hat, wenn die Dolmetscher nicht in der Lage waren, das so zu übersetzen, wie ich es gemeint habe. Das zweite war, dass ein Dolmetscher, und das war auch einmal ein sehr negatives Erlebnis, ein Dolmetscher offensichtlich meine Fragen nicht so eins zu eins weitergegeben hat, wie ich sie stelle, sondern der hat da sehr vieles dazointerpretiert, hineininterpretiert, selber auch nachgefragt, also da war die Rolle eher dann eine umgekehrte, da war jetzt nicht ich diejenige, die den Dolmetscher... sondern der Dolmetscher hat einfach das getan, was er gemeint hat, tun zu müssen, und dann hat er mir offensichtlich auch nur die Informationen weitergegeben, die für ihn wichtig waren. Also das ist, da bin ich auch draufgekommen, das ist eine große Gefahr, wenn jemand nicht wirklich eine qualifizierte Erfahrung hat in dem Bereich, wo er übersetzen sollte. Und ja, die dritte Gruppe war, dass Patienten sich Dolmetscher selber mitgebracht haben. Ist ganz ganz schlecht, meine ich. (*Lacht.*)

Das heißt, dann Leute aus der Familie, oder ...

Also Leute aus der Familie sind sowieso das Schlimmste, was passieren kann. Weil die Leute aus der Familie immer die eigenen Interessen vertreten und jetzt nicht – die sind sehr subjektiv – nicht neutral, nicht objektiv sind, sondern einfach subjektiv alles das sehen wollen, was sie halt sehen. Und das ist ganz ganz schlecht. Also v. a. weil da ja ungeheuer viel Emotion mit hineinfließt, und wenn ein Gespräch einmal auf der emotionalen Ebene passiert, dann ist es sowieso vorbei. Aber das ist bei den Leuten von der Familie so, also das heißt: bitte keine Familie als Krankenhausdolmetscher, wenn es wirklich um sehr ernsthafte Evaluierungsfragen geht. Sondern Familie ja, wenn's von mir aus bei der Visite oder mit den Schwestern, ganz wichtig, notwendig, unbedingt. Aber nicht dann, wenn man wirklich eine sehr klare, sachliche Gesprächsführung braucht, die dann von der Familie ja nicht gegeben sein kann. Aber wo ich auch gemerkt habe, bei der Familie kommt dann ja natürlich auch, also bei den Familienangehörigen, ein gewisser Leidensdruck dazu. Also wenn man da jetzt sagt, naja, wenn was passiert, wenn sie sich einmal vorstellen, postoperativ könnte dieses oder jenes auftreten, dann sind die ja meistens sehr geschockt und versuchen dann, und das hab ich auch überlegt und ist auch eine große Gefahr, dass die ja auch diese Frage dann entschärft weitergeben an denjenigen, der sie beantworten sollte. D. h. der kriegt ja nicht mehr die Frage, die ich stelle, sondern der kriegt ja schon die Soft-Version von dieser Frage. Also das ist auch ganz ganz schlimm, würd ich unbedingt, also da würd ich abraten, Familienmitglieder in wirklich ernste, objektiv geführte Gespräche mit einzubeziehen. Und dann gibt's eine Gruppe von Dolmetschern, ja und das wollt ich sagen, also wenn jemand seinen Dolmetscher selber mitbringt, auch das hab ich gehabt, dass jemand einen Dolmetscher mitbringt, der also durchaus diese Qualifikation hat, die haben da immer so eine Karte, so einen Ausweis, Dienstausweis wie immer das heißt, mitgebracht, aber wenn die den Dolmetscher auch selber aussuchen, dann ist das oft auch passiert, dass der Dolmetscher, der ja von denen bezahlt wird, nicht ganz diese Objektivität zeigt so wie wir uns das gewünscht hätten, sondern der erhofft sich ja, naja, wenn's immer notwendig ist, wird er halt wieder geholt zum Übersetzen. Und deswegen macht er das schon im Sinne der Betreffenden und jetzt nicht in unserem Sinn. Da hab ich auch ein bisschen Bedenken gehabt. Und ja, dann

gibt's also natürlich auch einen Gruppe von Dolmetschern, die also definitiv das übersetzen, diesen Eindruck hatte ich, das was ich frage, und die Antworten dann halt auch übersetzt werden, wobei, und das hab ich leider Gottes immer wieder gesehen, der Dolmetscher null komma gar keine Ahnung hat von dem, was da wirklich jetzt passiert, also vom Fachbereich, sondern der übersetzt halt eins zu eins bestimmte Sätze und... aber die waren mir noch am allerliebsten, weil sie zumindest objektiv übersetzt haben. Und am allerallergescheitesten, das muss ich leider wirklich sagen, waren als Übersetzer Ärzte, die eben eine Sprache gesprochen haben, die wir halt gerade gebraucht haben, weil die haben dann klare Informationen weitergeben können und haben dann auch im Notfall, wenn es irgendwelchen Erklärungsbedarf gegeben hat, auch mit uns mitdiskutieren können und auch diese Erklärungen geben können.

Das glaub ich, ja. Weil die einfach vom Fach auch die Ahnung haben ...

Weil die genau eine Ahnung gehabt haben. Und darum wäre es für mich wirklich so so wichtig und ich würd das unbedingt jetzt in irgendeiner Form forcieren wollen... ich glaube, es müssen in jedem Krankenhaus Dolmetscher her, die aber auch schon in ihrer Ausbildung – wenn das überhaupt möglich ist – so ein kleines bisschen einen klinischen Bereich bekommen, also die irgendwie eine Ahnung haben vom Medizinischen, ja also sei's jetzt Krankheiten oder Organtransplantationen oder was immer man halt gerade braucht. Aber die ein kleines bisschen klinische Ausbildung brauchen. Und ich glaube, dass es da auch von der klinischen Psychologie her gut wäre, dass die zumindest einmal auch antizipieren können: Was passiert denn gerade mit dem Patienten, für den sie zur Verfügung stehen sollen, jetzt auch auf der psychologischen Seite? Weil Patienten erwarten sich doch ein gewisses Maß an Empathie und gleichzeitig aber auch, jetzt wenn es diesen Dolmetscher geben soll, eine ganz große Menge an Informationen, d. h. ich glaub der Dolmetscher müsste dann so ein kleines bisschen auch ein Puffer sein zwischen Patient und Arzt oder zwischen Patient und Kliniker, wo auf der einen Seite sehr klar und sehr sachliche Informationen weitergegeben werden, oder Fragen weitergegeben werden, auf der anderen Seite der Dolmetscher auch dem Betreffenden signalisieren kann: aber, so quasi, wenn du Hilfe brauchst, fragen wir den, der da da ist. Und

trau dich, Fragen zu stellen, so quasi. Trau dich Fragen zu stellen, aber trotzdem gleichzeitig auch diese gewisse Objektivität. Aber meine Bitte: Es sollten genügend Krankenhausdolmetscher da sein, und wirklich auch für fast jede Sprache, weil wenn wir von den Botschaften jemanden angefordert haben, das hat kaum geklappt. Es war... also die Krankenhausdolmetscher sind immer unterbesetzt gewesen, dann war's oft so, dass wir hier und jetzt jemanden gebraucht haben, und hier und jetzt war genau überhaupt keiner da. Wir haben dann eben über Botschaften z. B. einen Namen bekommen von einem Dolmetscher, der halt irgendwo in Wien war, der möglicherweise auch gekommen ist, der aber dann eher so auch das Gefühl vermittelt hat, jetzt hab ich genau eine Viertelstunde Zeit und mehr nicht. Also das kann's nicht sein, weil wir haben wirklich gerade jetzt in unserem Bereich, der Transplantationschirurgie, ungeheuer ernsthafte Fragen und Erwartungen, die wir mit den Patienten diskutieren müssen, und da kann schon sehr sehr vieles auch passieren, wenn keine Klarheiten gegeben sind. Und deswegen: Ich würde wie gesagt diese Beschäftigungen, diese Stellen an den Krankenhäusern, die würd ich unbedingt stabilisieren und schauen, dass es wirklich genügend Dolmetscher gibt auf den Stationen, oder die man dann auf alle Stationen holen kann, weil wir sonst nur die halben Informationen haben von den Patienten, oder auch weitergeben können. Und das trägt nicht wirklich zur Autonomie, zur Förderung der Autonomie des Patienten bei.

Natürlich, ja. D. h. am AKH sind schon Dolmetscher angestellt, aber zu wenige?

Das weiß ich leider nicht. Ich weiß nur, es waren Dolmetscher angestellt vor vielen Jahren, ja, aber ich hab keine Ahnung wo die hingekommen sind. Das weiß ich nicht. Also vor vielen Jahren waren Dolmetscher da, aber ich hab mich da nie darum gekümmert, woher die kommen. Sie waren da, und dann plötzlich waren sie nicht mehr da. Und man musste dann wie gesagt auf Behandlungs-, also auf Krankenhauspersonal umsteigen, und das war nicht immer gut.

Und haben Sie auch irgendwelche besonders positiven Erfahrungen in Erinnerung, die Sie mit Dolmetschern gemacht haben?

Ähm... also besonders positive nicht. Aber auch, es gibt schon natürlich, es hat Dolmetscher gegeben, wie ich gesagt habe, die haben... von denen hatte ich den Eindruck, dass sie wirklich eins zu eins übersetzt haben, das waren mir halt dann letztendlich die liebsten. Die das übersetzt haben, was ich gefragt hab, und das nicht anders, und das halt wiederum übersetzt haben... also das hat schon funktioniert. Aber unterm Strich hab ich keinen Dolmetscher gefunden, also keinen staatlich geprüften oder wie immer das heißt, der wirklich auch das Medizinische, oder ein bisschen Ahnung von Medizin hatte, der gewusst hat, wovon wir reden. Das war nur so, wenn zufällig ein Arzt da war, der übersetzen konnte.

Und jetzt zur Gesprächssituation, zum Gesprächsklima vielleicht. Wie empfinden Sie das? Wie verändert sich das dann durch die Anwesenheit vom Dolmetscher?

Bezogen jetzt auf den Patienten, oder bezogen auf mich?

Bezogen auf Sie, eigentlich eher... Auf beides.

Wenn... Der Patient wird ja informiert, wenn wir mit ihm nicht reden können, dass wir im Vorfeld schon sagen: Aber wir brauchen einen Dolmetscher, wir haben keinen, bitte kümmern Sie sich darum. Das kommt bei manchen Patienten nicht gut an, weil die dann sagen, so und wo sollen wir jetzt den hernehmen? Und wir sagen dann: Bitte gehen Sie zu Ihrer Botschaft, versuchen Sie das über Ihre Botschaft, und dann kommt immer die Frage, was kostet das? Nur das sind Dinge, um die wir uns dann auch nicht kümmern können. Oder aber es kommen dann eben die Familienmitglieder, denen wir halt dann sagen, das wollen wir nicht wirklich. Und es war auch so, dass wir manches Mal jemanden wieder nach Hause schicken mussten, weil da grad eben die Mutter übersetzen wollte, und wir gesagt haben, nein das geht nicht in diesem Fall, weil da zu viele – also wenn's jetzt um eine Lebendnierspende gegangen ist – weil da zu viele Emotionen hineingeflossen wären. Und das haben wir... und dann mussten sie sich halt irgendjemanden suchen. Es geht ja, aber ich glaube die meisten Patienten haben halt ein bisschen Angst vor den materiellen Kosten, die da auf sie zukommen, aber auf der anderen Seite, so

eine Operation, so eine Transplantation kostet viel Geld, also da sind das die geringsten Kosten, die entstehen wahrscheinlich.

Und was verändert sich dann im Gespräch? Also, es ist ja dann eine dritte Person dabei, d. h. es läuft über den Vermittler alles...

Es verändert sich, also zum Großteil hab ich gemerkt, wenn der wirklich das übersetzt hat worüber wir geredet haben...

Genau, das nehmen wir einmal an jetzt...

Wenn wir das einmal annehmen, dann verändert sich insofern doch einiges, weil auf die Patienten Fragen zugekommen sind, die sie vorher ja gar nicht überlegt haben, oder gar nicht bedacht haben, d. h. der Informationsgehalt für die Patienten ist natürlich um vieles größer geworden und erweitert worden. Und das ist das eine... auf der anderen Seite, haben die natürlich Möglichkeiten gehabt, auf Ideen oder Gedanken, die in dem Gespräch, aus dem Gespräch heraus entstanden sind, wieder einzugehen, also das war schon sehr gut, dass wir auch jetzt in ihrer Sprache und mithilfe eines Dolmetschers eben bestimmte Dinge andiskutieren konnten oder ausdiskutieren konnten, die sonst nicht möglich gewesen wären, wenn der nicht dagewesen wäre. Wenn's ein Dolmetscher gewesen ist, der nicht, oder wo ich das Gefühl habe, der übersetzt seine eigenen Ideen, das hat mich dann schon ziemlich frustriert und aggressiv gemacht. Und das war, das ging dann bis zuletzt so, dass ich immer wieder gesagt hab, das stört mich eher, und der dann auch sehr wütend geworden ist, also da hatten wir auch einmal eine Situation, wo jemand sehr wild aufgestanden ist, ein Dolmetscher, und dann hinausgelaufen ist, weil ich gesagt hab, das find ich sehr unprofessionell, wenn der dann bestimmte, oder seine eigenen Fragen stellt und nicht das, worum's geht.

Weil da kriegen Sie wahrscheinlich nicht die Antworten, die Sie wollen, und die Informationen, die Sie brauchen...

Genau so ist es. Da krieg ich die Antworten auf die Fragen, die der Dolmetscher gestellt hat. Aber das hat man schon gemerkt, dass die Antworten natürlich sich nicht

konkret auf die Fragen bezogen haben, sondern halt auf irgendwas bezogen haben, aber von dem haben wir gar nicht geredet.

O. k. also das heißtt, da hilft dann wahrscheinlich nur, wenn man das Gespräch dann abbricht oder ...

Wenn man das Gespräch abbricht und sagt, tut uns leid, aber wir brauchen wen anderen. Aber prinzipiell... das ist einmal passiert, aber ich glaube, dass das durch einen Dritten die Gesprächsatmosphäre, wenn es wirklich eine professionelle Gesprächsführung war, vonseiten der Dolmetscher her, dass die Atmosphäre nicht gestört wurde und dass es für die Patienten im Grunde schon sehr wichtig war, dass sie in ihrer Sprache auch bestimmte Informationen wie gesagt bekommen haben oder auch Fragen stellen konnten, die für sie halt wichtig waren.

Und haben Sie manchmal auch das Gefühl, dass die Patienten die Dolmetscher quasi als Vertrauensperson sehen, weil sie ja die gleiche Sprache sprechen?

Ja. Und das sind dann genau diese Situationen gewesen, wo eben sich Dolmetscher jetzt eben auf ihre Fragen konzentriert haben, oder es haben sich Gespräche ergeben, wo ich wirklich dagesessen bin und mir gedacht hab, na so lang kann die Frage ja gar nicht gewesen sein. Aber wo man gemerkt hat, dass es zwischen Patienten und Dolmetschern zu einer Gesprächssituation gekommen ist, wo die sich über weiß ich nicht was unterhalten haben. Und genau aus dem Grund wahrscheinlich schon auch der Dolmetscher der Vertraute geworden ist. Aber das sind meiner Meinung nach eben diese unprofessionellen Dolmetscher gewesen.

Also sollte eben nicht sein so. D. h. Sie würden das schon so sehen, dass der Dolmetscher eben quasi neutral ist und halt für beide Seiten gleich da...

Absolut. Also so seh ich die Funktion eines Dolmetschers. Dass der jetzt seine Meinung jetzt einmal nicht sagt, weil es geht nicht um die Meinung des Dolmetschers, sondern es geht einfach um eine Beantwortung von Fragen oder eine Gesprächsführung, wo jetzt die Meinung des Übersetzers nicht gefragt ist.

Genau. Und was sollte der Dolmetscher jetzt Ihrer Meinung nach machen, wenn's zu Verständigungsproblemen kommt, vielleicht aufgrund der unterschiedlichen Kultur?

Dann sollte man versuchen, dass man wirklich so lange darüber redet, bis man weiß, wo ein gemeinsamer Konsens möglich ist. Aber das muss man dann so lang diskutieren, und zwar, ich stell's mir einfach auch nicht so schwierig vor, wenn man versucht, einer Sache wirklich so klar auf den Grund zu gehen. Das Wichtigste sind für mich immer Klarheiten. Es muss immer Klarheiten geben. Jeder muss wissen, worüber er redet. Und ich glaub schon, dass man diese Klarheiten auch schaffen kann mit einem Dolmetscher. Man muss halt nur wirklich versuchen, diese professionelle Gesprächsführung zu beachten, d. h. die Sachlichkeit auch in der Gesprächsführung zu beachten. Und die Emotionalität einmal draußen zu lassen.

Und haben Sie auch die Erfahrung gemacht, dass der Dolmetscher auch andere Aufgaben wahrgenommen hat als die der sprachlichen Vermittlung bei diesem Gespräch?

Naja also nur dann, hauptsächlich dann, wenn's ein Familienmitglied war. Wenn da jetzt irgendwelche Cousins aus der Türkei eingeflogen worden sind, selbstverständlich hat der dann andere Aufgaben in diesem ganzen Familienverband auch wahrgenommen. Aber ich... und genau da fängt's ja für mich schon an, es muss schon einen gewissen Punkt geben, wo der Dolmetscher sagt, ich bin einfach für die Informationsvermittlung zuständig, aber für sonst nichts. Und die Patienten dürfen dem auch nicht dank... oder, wie soll ich das sagen, es darf jetzt nicht so eine riesengroße Dankbarkeit entstehen, weil der jetzt aus der Türkei eingeflogen ist, weil er grad Deutsch kann, das... die Patienten sollen nicht in eine Demutshaltung verfallen, nur weil der freundlicherweise da übersetzt. Also das darf nicht sein. Es muss die Rolle des Dolmetschers auf der beruflichen Ebene bleiben und darf jetzt nicht in die Privatsphäre da hineinkommen, glaub ich.

Ja das war's eigentlich schon. Fällt Ihnen noch irgendwas ein, was ich nicht gefragt habe, was Sie erwähnenswert finden?

Nein, im Grund nicht. Also, das wo ich mich am meisten geärgert habe, das waren einfach diese unprofessionellen Gesprächsführungen, wenn sich der Dolmetsch da

hineinziehen hat lassen in eine Gesprächssituation und dann so wie diese Bedienstin, die dann ihre Erfahrungen offensichtlich weitergegeben hat an Patienten, das ist eine große Gefahr für mich, weil sie damit Angst machen kann, oder weil man damit Angst machen kann. Und das Zweite ist, dass ich glaube, oder ich unterstützen würde, dass wenn man ein einschlägiges Studium macht, dass man da zumindest die Chance hat, so ein kleines bisschen einen klinischen Bereich kennenzulernen, damit man nicht ganz so blank dasteht, wenn man in einer Klinik eingesetzt wird, weil ... ich glaub schon dass das eine ganz wichtige Gruppe ist, oder Aufgabenbereich, ein ganz wichtiger Aufgabenbereich für einen Dolmetscher ist, der meiner Meinung nach viel zu wenig heute möglich ist, aber wo man, wo ich glaube, dass Dolmetscher eine ganz große Bereicherung sein können für das Krankenhauspersonal, weil eben viele Informationen dann möglich sind, die jetzt möglicherweise nicht möglich sind, oder wo Patienten, die halt die Sprache nicht sprechen, dann aus Demut Ja und Amen sagen zu dem was der Doktor sagt, aber überhaupt keine Ahnung hat, worum's geht.

Das kann's ja auch nicht sein, ja.

Ja. Also und da ist halt meine Bitte, meine Vorstellung wäre halt, dass viel mehr Krankenhausdolmetscher angestellt werden sollten, weil ich glaube, dass es schon... dass jeder Mensch halt auch ein Recht hat, wenn er in einem Krankenhaus behandelt wird, in seiner Sprache bestimmte Informationen zu erfahren. Jetzt kann man natürlich lang darüber reden, wenn jemand in Österreich operiert wird, warum lernt er nicht Deutsch, aber das ist jetzt eine ganz andere Diskussion, kann man wahrscheinlich auch eine Diplomarbeit schreiben drüber, aber das steht auf einer anderen Ebene, also da möchte ich jetzt gar nicht darauf eingehen. Aber Dolmetscher glaub ich, unterm Strich, sind ganz ganz wichtige Gesprächspartner, nur leider Gottes sind sie zu wenig: wirklich gut ausgebildete, qualifizierte Dolmetscher. Und so eine sollten Sie werden. (*Lacht.*)

Danke.

(Fortsetzung des Gesprächs, auch mit Fragen vonseiten der Interviewten; persönliche oder auf andere Personen bezogene Fragen und Kommentare wurden in der Transkription ausgelassen)

Wenn ich hier jetzt z. B. ein Therapiegespräch führe, also eher ein Evaluierungsge- spräch führe, kein Therapiegespräch, weil beim Therapiegespräch mag ich nie- mand dritten dabei. Aber ein Evaluierungsgespräch für irgendeine z. B. bariatrische Operation, und da kommt die beste Freundin mit, die halt zufällig auch so eine Operation hinter sich hat, z. B. eine Adipositas-Operation. Und die kann halt gut Deutsch, die beste Freundin, und die andere kann überhaupt nicht Deutsch, da passiert eins zu eins genau das gleiche. Nämlich die Freundin sagt der alle ihre Er- fahrungen, aber das, was ich gefragt hab, das kommt dort überhaupt nicht an. Oder das was ich ihr erzählen will. Es kommt dort überhaupt nicht an. D. h. die eigenen Erfahrungen werden dann natürlich immer in den Vordergrund gestellt. Und dann sag ich, hallo, äh... aber das wird zwar nach außen hin akzeptiert, aber es funkto- niert nicht. Es funktioniert nicht. Und deswegen, in den Praxen vielleicht sollte man das auch einmal überlegen, weil wir hier in den Praxen... ich hab keine Ahnung, wo wir eine Möglichkeit hätten, einmal auch einen Dolmetscher anzufordern. Ich hab keine Ahnung.

[...] Also da gehört auf jeden Fall noch einiges gemacht in nächster Zeit...

Da gehört ganz ganz viel gemacht. Ich weiß es nicht, wie sehr das überhaupt Reali- tät ist: Gibt es für Dolmetscher auch so eine Praxis, wo die sagen, ich mach mich jetzt selbstständig, ich mach ein eigenes Büro auf, oder ich tu mich da zusammen mit fünf anderen, jeder in einer anderen Sprache... das wäre natürlich super, wenn man da so etwas wüsste...

Wenn sich da auch jemand spezialisieren würde auf den medizinischen Bereich.

Genau. Und wenn man weiß, ich brauch im dritten Bezirk... kann ich dort und dort anrufen, dort gibt's in sämtlichen Sprachen jemanden, der auch von der medizini- schen Seite her geholt werden kann. Das wäre super. Das wäre vielleicht auch eine Zukunft für Dolmetscher.

[...]

Nur ich glaub die müssen sich halt sehr tummeln, weil in den Krankenhäusern werden Bereiche, wo es ganz wichtig ist, z. B. auch in der Organtransplantation, immer wichtiger. Und ich könnt mir auch vorstellen, dass sich Dolmetscher irgendwie zusammentun könnten mit ÖBIG, mit [dem Österreichischen Bundesinstitut] für Gesundheit. Also die sind ja ... die haben ja ganz ganz viele Gruppen [...], dass man da vielleicht jetzt als Krankenhaus, oder über ÖBIG, über das Bundesinstitut für Gesundheit dass man da vielleicht Dolmetscher erreichen kann. Keine Ahnung, ich weiß es nicht. [...] Vielleicht gibt's es eh, aber ich glaub nicht, dass es das gibt, zumindest ist es noch nicht bis zu mir gedrungen. Aber das wär z. B. eine Möglichkeit, wo ich mir denke... Aber jetzt, wo Sie das sagen, wir hatten einmal mit dem Bundesinstitut im Krankenhaus ein Gespräch mit Patienten für eine türkische Zeitung. Und da sind Leute von ÖBIG auch gekommen ins AKH, und da musste auch die Mutter dann übersetzen. Also d. h., jetzt wo ich rede drüber, wäre das vielleicht wirklich einmal eine Möglichkeit, dort Dolmetscher anzustellen oder irgendwie mit denen zusammenzuarbeiten, wo man sagen kann, wenn wir einmal irgendwas brauchen, dann ruf ich dort oder dort oder dort an. [...]

Das wäre sicher gut, ja.

Aber unterm Strich kommt halt immer wieder das Gleiche heraus: Es gibt zu wenige, wir wissen nicht, wo die sind, und ich von mir kann halt immer nur sagen, ich will niemanden aus der Familie, und schon gar keine Freundinnen.

Naja, das ist auch verständlich, da ist man einfach befangen und ja, das kann einfach nicht funktionieren so wirklich objektiv.

Absolut. Das kann nicht funktionieren. Und wahrscheinlich würden's wir genauso machen wenn wir da jetzt Vermittler sein würden.

Eben, das ist einfach menschlich, denk ich, und fürs Dolmetschen halt nicht geeignet.

Richtig. Das heißt ein weites Feld gibt's da noch zu bearbeiten.

10 Anhang: Interview 3

Ja also vielleicht könnten Sie einmal damit anfangen, kurz zu sagen, was Sie machen und inwieweit Sie dabei Erfahrungen mit Dolmetschern haben?

Gut, mein Name ist [...], ich bin klinische und Gesundheitspsychologin, seit 15 Jahren die Psychologin der Lungentransplantation, ich hab das im psychosozialen Bereich mit aufgebaut. Wir transplantieren Patienten aus sehr sehr vielen Ländern – aus, wo fang ich jetzt an, aus Tschechien, aus Slowenien, aus der Slowakei, Ungarn, Italien, Polen, Estland, Griechenland. Es gibt Übereinkommen mit diesen Ländern und daher werden v. a. schwerstkranke Patienten hier transplantiert. Die meisten davon sprechen kein Deutsch natürlich, aber auch kein Englisch, und auch die Angehörigen sprechen keine Sprache, mit der ich kommunizieren kann. Ja, das ist so meine Erfahrung, d. h. es sind fast 40% der Patienten, die ich als Psychologin betreue auf der Intensivstation und dann auf der normalen Bettenstation und in der Ambulanz... haben wir Sprachprobleme.

Und wie lösen Sie die dann, die Sprachprobleme?

Ich hab da unterschiedliche Zugänge. Es gibt im Haus eine Liste von Mitarbeitern, die sich da zur Verfügung stellen. Kennen Sie diese Liste, ich kann sie Ihnen gern kurz zeigen. Das sind Mitarbeiter im Haus, deren Muttersprache nicht Deutsch ist und die sich einfach kostenlos zur Verfügung stellen. Die kann man dann anrufen, das ist vom Arzt über Laborarbeiter bis Blutträger, das sind ganz unterschiedliche ...

Und die haben dann auch immer Zeit, wenn man sie braucht?

Nein, nicht immer dann. Aber da gibt's die Sprachen, Sie sehen Arabisch, der Nachname und – wenn ich den Herrn [...] erreichen möchte, seh ich hier, wie ich ihn erreichen kann. Das ist natürlich alles freiwillig, unbezahlt, in der Dienstzeit wenn möglich. Das bedeutet meistens, wenn ich z. B. die Slowenisch – würd ich im Moment ganz gut und dringend brauche – wenn ich diese Dame anrufe, ist es meistens so, dass wir uns nach der Dienstzeit zusammensetzen, d. h. das ist dann meine

Freizeit und ihre Freizeit, aber es ist sonst nicht anders möglich. Das ist der erste Zugang – über das AKH. Die zweite Möglichkeit ist, dass wir den Patienten immer wieder sagen: Voraussetzung ist es, dass sie selber sich um einen Dolmetscher kümmern. Da kommen die Patienten dann entweder von der Botschaft, z. B. die griechische Botschaft – ach ja, Zypern ist auch noch dabei – die zypriotische Botschaft, die schicken dann jemanden, der hier übersetzt. Von Zypern hat's sogar einmal einen eigenen Medizinstudenten gegeben, der übersetzt, was natürlich sehr gut gepasst hat. Griechische Botschaft, mit denen ... und die türkische Botschaft. Früher haben wir ein paar Patienten aus der Türkei auch transplantiert, das ist jetzt anders, also das hat mit denen eigentlich relativ gut funktioniert. Ansonsten schaffen es doch die Patienten und die Angehörigen, hier irgendwo in Wien jemanden aufzutreiben, der für sie übersetzt. Was wir nicht haben, sind professionelle Übersetzer, Dolmetscher, die herangezogen werden, die bezahlt werden, natürlich, ist eh klar. Professionelle Übersetzer haben wir nicht. Das ist in anderen Krankenhäusern anders. Wir haben grad zwei Kollegen aus Salzburg (*die sich ebenfalls für ein Interview zur Verfügung stellen, Anm.*) da, die haben einen Übersetzungsdiensst, die werden angefordert und natürlich vom Krankenhaus bezahlt. Ja... was gibt's noch. Der dritte Zugang ist dann, dass die Angehörigen doch Englisch sprechen und wir dann halt immer in der Zweitsprache – ich Englisch, sie Englisch, wer spricht besser Englisch, wer spricht schlechter Englisch, wie verstehen wir uns. Manches Mal... einfach ist z. B. Serbokroatisch hier im Haus, da finden sich wirklich viele Mitarbeiter, die Serbisch verstehen, mit Patienten reden können, die aus Bosnien kommen usw. Also da gibt's von Köchin über Putzfrau über Sekretärin, da hab ich, nachdem ich ja schon 15 Jahre da bin, relativ viele Kontakte aufgebaut. Aber das geht alles nur auf einer persönlichen Ebene.

Und wie funktioniert das dann? Also, haben Sie da jetzt positive oder auch negative Erfahrungen gemacht?

Ich würd sagen, zu 99,9% positive Erfahrungen. Ich hab eine negative Erfahrung mit einem griechischen Übersetzer, der hier in Wien lebt, also kein Übersetzer, ein Grieche, der hier in Wien lebt und der nicht korrekt übersetzt hat. Da ist es um negative Informationen gegangen, auch in Bezug auf eine Patientin, der es extrem

schlecht gegangen ist. Und die Eltern wurden informiert und er hat ihnen ganz was anderes gesagt. Und das war überhaupt nicht korrekt und ich hab dann gesagt: ja ich möchte den bitte nicht mehr haben. Aber das war einfach nur aufgrund der Mimik oder wie die Eltern reagiert haben, hab ich mir gedacht, dass die Übersetzung nicht korrekt ist. Inhaltlich kann ich's natürlich nicht sagen.

Und haben Sie schon erlebt, dass es auch aufgrund der unterschiedlichen Kultur zu Verständigungsschwierigkeiten gekommen ist? Sprachlich z. B. oder ...

Also unterschiedliche Kultur jetzt nicht unbedingt, in Bezug auf die Sprache erleben wir es sehr häufig, wenn es darum geht, dass Patienten mit einem muslimischen Hintergrund gemeinsam mit christlichen Patienten in einem Raum sind, das geht meistens gut, aber die Unterschiede in dieser Kultur sind einfach, dass es bei den muslimischen Menschen üblich ist, dass die in der Früh ins Krankenhaus kommen, und zwar die ganze Familie, von der Oma bis zum Baby, und bis zum Abend dableiben. Die Unterstützung ist einfach Anwesenheit, und die nehmen Essen mit, und der Patient wird gefüttert, und in unserem kulturellen Kreis ist es üblich, die Patienten... mal eher Rücksicht zu nehmen, eher leiser zu sein, Kurzbesuche zu machen und dann wieder gehen, damit der Patient sich erholen kann... und da kann es relativ häufig zu Reibereien kommen. Also wenn Sie das meinen. Und das zweite Beispiel... was ich wirklich nah erlebt habe, ist auch die Trauer um sterbende Personen. Da klaffen auch die Unterschiede sehr auseinander. Und ich hab es erlebt, dass eine Patientin von mir auf der Intensivstation gestorben ist, und die Familie war da, und da ist es üblich, dass man einfach um das Bett steht, sich an den Händen hält, vielleicht auch ein Gebet spricht. Und im Nebenbett ist auch eine muslimische Dame verstorben, und da ist das ganze Dorf gekommen. Die stehen dann alle in der Eingangshalle, schwarz gekleidet, und dann gibt es diese... die Frauen, die mit der sehr grellen Stimme, wissen Sie, diese Klägeweiber, so heißt das, die sich so mit dem ganzen Körper gegen die Wand schmeißen. Für sie ist Trauer etwas, wo geschrien wird, was laut ist, die Emotionen werden herausgelassen, bei uns ist es eher, das macht sich jeder mit sich selber aus, die Trauer ist bei uns eher leise.

Und wie wird dann damit umgegangen?

Ja das ist schwierig. Man muss schauen, dass man die vielleicht ein bisschen trennen kann. Weil das ist wichtig, Respekt gegenüber beiden Kulturen zu zeigen.

Weil... der Respekt, auch die anderen so sein zu lassen in ihrer Trauerkultur, wie sie das halt kennen.

Und geht das dann von Ihnen aus, als Psychologin?

Nein das sind die Intensivstationen, die sind dann eigentlich sehr häufig mit diesem Problem konfrontiert. Da gibt's dann meistens Lösungen, nicht immer.

Ja, das ist schwierig... Und wie empfinden Sie die Anwesenheit von einem Dolmetscher auf das Gesprächsklima?

Sehr gut, weil das gibt mir persönlich Sicherheit. Ich rede sehr gerne natürlich in der Muttersprache mit den Patienten, denn über eine zweite Sprache geht so viel verloren, v. a. in einem psychologischen Gespräch. Da geht's ja nicht nur um Informationen, die weitergegeben werden, da geht unglaublich viel an Emotionen verloren. Ich habe schon das Gefühl, dass die Dolmetscher oder Übersetzer da sehr engagiert sind, und ich bin immer froh, wenn jemand da ist, der die Muttersprache des Patienten spricht, weil es auch zu vielen Missverständnissen kommen kann.

Und wie reagieren die Patienten?

Sehr gut. Die sind natürlich auch dankbar, wenn man sie versteht oder wenn sie etwas äußern können.

Und welche Rolle/Position nimmt dann der Dolmetscher innerhalb dieses Gesprächs ein? Sie stehen ja dann dem Patienten gegenüber, wo positioniert sich dann der Dolmetscher? Im übertragenen Sinne... steht er jetzt eher Ihnen näher, oder den Patienten näher, oder vermittelt er für beide ganz neutral?

Es kommt drauf an, wenn das ein Familienmitglied ist, ist er emotional natürlich näher beim Patienten. Wenn das jemand vom Haus ist, den ich bitte, nimmt der Übersetzer eine eher neutrale Position ein. Mir ist es wichtig, dass er sich auch aus

dem Inhalt wirklich herausnimmt. Dass es nur zur Übersetzung und zu keiner Interpretation kommt.

Und haben sie manchmal auch das Gefühl, dass die Patienten die Dolmetscher als Vertrauensperson sehen?

Unbedingt. Die klammern sich auch an die Menschen natürlich, weil sie oft wirklich nicht sprechen. Und Sie müssen sich vorstellen, sie werden operiert, werden auf der Intensivstation wach und es versteht sie niemand. Und sie können sich nicht äußern. Und dann kommt jemand, der ihre Sprache spricht, den lassen sie nicht mehr los. Also die gehen dann oft eine sehr symbiotische Beziehung ein. Nur ein Beispiel, weil's ganz aktuell ist. Wir haben jetzt einen ungarischen Patienten transplantiert, und gestern hab ich dann unsere ungarische Gruppe angerufen. Es gibt in Wien so vier, fünf ungarischstämmige Personen, meistens Frauen, die unentgeltlich herkommen, wenn ich sie anrufe, und die Patienten auf der Intensivstation unterhalten, sagen wir einmal so, und übersetzen. Und die hab ich gestern angerufen und die Frau [...] ist eine von dieser Gruppe, von der weiß ich, dass sie auch emotional dann ganz eng beim Patienten ist und auch ihre weiteren Schicksalswege immer auch beobachtet und die dann in Ungarn anruft. Also das kann auch passieren. Das sollte eher nicht passieren, dass die Übersetzer sich emotional so in dieses Geschehen einlassen. Eine gewisse professionelle Distanz wäre wichtig. Weil es ist dann niemand für sie da. Also ich bin für die Patienten da, aber ich bin nicht für die Supervision der Dolmetscher zuständig.

Und haben Sie auch die Erfahrung gemacht, dass Dolmetscher noch andere Aufgaben als die der sprachlichen Vermittlung wahrgenommen haben?

Ja auf jeden Fall. Die gehen Zeitungen kaufen, die bringen von Zuhause irgendwelche Bücher mit in ihrer Sprache für den Patienten, die rufen die Angehörigen in Griechenland an oder in Italien, also sie übernehmen sehr schnell schon die Rolle einer Behüterin.

Also auch jetzt die im Krankenhaus angestellten?

Naja das ist sehr unterschiedlich, die können sich am besten abgrenzen, das haben sie auch gelernt im Beruf. Aber manche, also es geht meistens um alltagspraktische Gegenstände, also wo ich sag: bitte, Zeitung, weil wo krieg ich eine griechische Zeitung her. Oder einfach solche Dinge, Musik mitnehmen, Bücher.

Bitten da die Patienten darum? Oder geht das von den Dolmetschern selber aus?

Nein das geht von mir aus. Weil es wichtig ist, dass man Alltag in die Intensivstation hereinbringt, dass der Patient sich auch ablenken darf, und die haben natürlich keine Sachen mit, wenn die da eingeflogen werden.

D. h. das machen Sie dann auch mit deutschsprachigen Patienten?

Jaja, das mach ich auch.

Und über welches Wissen sollten die Dolmetscher Ihrer Meinung nach noch verfügen?

Sie brauchen auf jeden Fall ein medizinisches Grundwissen.

Das ist ja bei den Krankenhausangestellten wahrscheinlich kein Problem... Wie ist das dann bei den anderen?

Bei den anderen ist es so, dass ich Informationsbroschüren für Patienten prä- und posttransplant in den unterschiedlichsten Sprachen habe, weil wir sehr viele Gäste haben, und jeden der kommt bitte ich einfach, dass er das übersetzt. Und ich hab's wirklich von Russisch... also ich hab's in allen Sprachen, die wir brauchen.

Und die bekommen von mir dann diese Informationen zu lesen, damit sie auch eine gewisse Hintergrundinformation haben, weil die Patienten sie ja unglaublich viel fragen. Und damit da keine falschen Antworten gegeben werden... und ich sag auch immer, sie sollen bitte mich fragen, lieber noch einmal Rücksprache halten mit mir, bevor falsche Informationen weitergegeben werden. Aber mit dem arbeite ich. Sie bekommen von mir Informationen in ihrer Sprache.

Und welche Fähigkeiten sollten Sie auch haben? Also jetzt auch auf menschlicher Ebene vielleicht...

Also auf menschlicher Ebene... für mich ist es schon sehr wichtig, dass ein Dolmetscher auch empathisch ist, dass er auch sensibel übersetzt. Einfühlend übersetzt. Er sollte sich selber als Person herausnehmen und wirklich keine Interpretationen durchführen – was nicht immer einfach ist, weil der Mensch neigt dazu, einfach mehr zu erklären. Und ja, für mich persönlich als Psychologin kann ich nur sagen, dass das Thema Abgrenzung ein ganz ein wichtiges ist. Ich kann natürlich helfen, aber ich finde, man sollte gerade in diesem Bereich eine gute Abgrenzungstaktik auch haben, damit man die Dinge nicht mit nach Hause nimmt.

Ja das war's eigentlich schon. Fällt Ihnen noch irgendetwas ein, was Ihnen wichtig erscheint zu diesem Thema?

Ja ich bin froh, dass es sie gibt. Ohne Übersetzer, Dolmetscher, könnte ich, könnten wir alle hier nicht arbeiten.

Dankeschön.

Ja ich sag auch danke!

Informationen in einem kurzen Gespräch danach:

Auch telefonische Dolmetschdienste werden in Anspruch genommen, I3 findet es aber nicht ideal, weil dabei viel verloren gehen kann und auch leichter Fehler passieren.

Man sollte diese Art von Gespräche persönlich führen und das Gegenüber auch wirklich sehen können.

11 Anhang: Interview 4 und 5

O. k. also vielleicht könnten Sie einfach mal ganz kurz erzählen, was Sie machen und wie Sie da mit Dolmetschern zusammenarbeiten.

Also ich bin Ambulanzarzt in der Lungenabteilung in Salzburg und habe sehr viel mit ausländischen Patienten Kontakt. Die meisten können schon ein bisschen Deutsch, kommen aus der Türkei oder aus Jugoslawien, und in sehr vielen Fällen begnügt man sich mit dem, was die ausländischen Patienten an Deutsch können, bzw. kommen viele bereits mit ihren Kindern, die meistens schon besser Deutsch können als die Patienten selber. Also in den meisten Fällen kommt man ohne Dolmetscher aus.

Bzw. die Kinder dann.

Die Kinder sind die Dolmetscher, die kommen schon mit den Kindern rein, funktioniert meistens ganz gut. Dann gibt's natürlich manche grenzwertigen Patienten, wo man das Gefühl hat, die sagen immer jaja, und in Wirklichkeit kommt einem dann vor, der hat Bahnhof verstanden, nämlich nix, kommt auch oft vor. Die sich selber besser einschätzen. Und da gibt's jetzt – nachdem sehr viele aus Serbokroatien kommen – haben wir meistens die Gelegenheit, dann hol ich die Tanja, unsere Ambulanzschwester. Die macht das unentgeltlich. (*Lacht.*) Und wenn die Tanja nicht Zeit hat, dann hol ich die Jella. Die macht das auch unentgeltlich. Die werden dann halt kurz abgezweigt von ihrer Routinearbeit und helfen mir weiter. Und sonst, wenn die Jella auch nicht Zeit hat, dann gibt's immer noch meistens Putzpersonal, die helfen mir auch. Diese Methoden sind einfach schnell und effizient. Für Türkisch funktioniert's meistens auch, obwohl da gibt's nicht so viel Personal, das Türkisch spricht, aber meistens geht's auch... findet man auch wen der Türkisch kann. Und Afghanisch funktioniert deswegen, weil wir einen Turnusarzt haben, der aus Afghanistan kommt. Naja der ist mittlerweile schon Assistenzarzt. Aus Afghanistan kommen einige Flüchtlinge. Ja, und da muss halt der ein bisschen was von seiner Arbeitszeit abzweigen, hilft mir auch dann weiter auf Afghanisch. Wobei Afghanistan, bin ich ja mittlerweile draufgekommen, ein Mehrsprachenstaat ist, und

da war einmal ein Patient, der hat Pashtu gesprochen, und Pashtu hat unser Afghanistan nicht so gut können.

(Unterbrechung durch eintretende Kollegin des Interviewpartners, sie ist in weiterer Folge beim Interview anwesend)

Ja, soweit also ... ja und dann gibt's natürlich viele Menschen aus anderen arabisch sprechenden Ländern, die können Englisch. Und Englisch.. geht auch halbwegs. Bin zwar ich nicht gar so gut, aber da kommen wir auch noch halbwegs zusammen. Ja, also die meisten werden abgedeckt. Aber es gibt dann eben doch Fälle, wo's nicht funktioniert. Wo die Sprache nicht abgedeckt ist.

Was machen Sie dann?

Dann hab ich ein kleines DIN A4-Blatt, da stehen einmal ein paar ganz wichtige Wörter in verschiedenen Sprachen drinnen. Da kommt man auch nicht weit. Das sind nur zehn Wörter. Und dann gibt's aber Telefonnummern von Übersetzern, die stehen da drauf. Und dann ruf ich diesen Übersetzer an und das ist ein telefonischer Übersetzungsdiensst. Dann ruf ich dort an, erklär ihm, was ich will: Ich hab da jemanden, der spricht nur Italienisch, ich kann das nicht, ich versteh ihn nicht, und ob ich dem kurz das Telefon geben kann. Dann geb ich das Telefon weiter an den Italiener. Dann spricht der. Dann bekomm ich das Telefon wieder zurück und der sagt mir dann auf Deutsch, was der gesagt hat. Dann stell ich ein paar medizinische Frage, wo tut's weh, wieviel Fieber haben Sie, usw. und geb das Telefon wieder zurück an den Italiener. Die Methode mag ich deswegen auch gern, weil sie auch sofort funktioniert. Das find ich selten notwendig, einmal im Jahr vielleicht. Und dann gibt's noch eine, wenn das auch nicht gut funktioniert aus irgendwelchen Gründen, entweder man erreicht keinen Übersetzer am Telefon, oder es ist eben die Sprache zu exotisch, dann gibt's ein Reglement über unsere Spitalsdirektion, dann kann man einen notariell ... gerichtlich beeideten Übersetzer beordern. Das ist auch sehr gut, da kommen dann sehr nette Leute, die sich auch freuen, wenn sie ein bisschen was dazuverdienen, die kommen eh ganz gern eigentlich. Die verdienen auch ein bisschen was dazu durch diese Übersetzungstätigkeit. Anreise, Übersetzung, Abreise. Wird schon ein bisschen was zusammenkommen wahrscheinlich. Da gibt's ein Kontingent, und da braucht man aber einen Termin. Für mich als Ambulanzarzt

nicht so praktikabel, weil ich will ja das erledigt haben. Aber manchmal geht's nicht anders, und wenn man den Übersetzungsdiensdienst braucht, dann brauch ich einen Termin dafür. Ja, das sind im Wesentlichen die Arten, wie wir mit ausländischen Patienten ins Reden kommen.

Und das funktioniert im Normalfall dann auch?

Genau.

Haben Sie da auch jetzt irgendwelche konkreten positiven Erfahrungen?

Jawohl, nur positive.

Oder negative? Irgendwelche konkreten Erfahrungen vielleicht?

Ja ich kann mich auch konkret erinnern. Dass das immer sehr nette Leute waren, die da gekommen sind zum Übersetzen. An eine junge Mutter kann ich mich erinnern, aus Albanien, die da gekommen ist, jung verheiratet. Und so mit Kind daheim wahrscheinlich, die hat das ganz gern gemacht, weil die verdient ein bisschen was dazu.

Und das bezahlt dann das Krankenhaus, wenn jetzt wer von außen angefordert wird?

Und das wird vom Krankenhaus bezahlt. Wie das Krankenhaus das macht, weiß ich nicht. Ob das ... wer das in Rechnung gestellt bekommt, kann ich nicht sagen, da müssten Sie die ärztliche Direktion fragen bei uns.

Naja weil ich schon gehört hab in manchen Fällen, dass die Patienten den Dolmetscher mitbringen und den auch selber bezahlen...

Na das funktioniert in den meisten Fällen... aber nein, das ist nicht so, das geht vom Spital aus. Was es auch noch gibt bei uns, wir haben überhaupt so eine Art Auslandsreferat bei uns, ein paar Ärzte, die Ausländer sind. Und zu denen ausländische Patienten mit ihren speziellen Fragen kommen können. Da geht's nicht nur ums Übersetzen, sondern auch über Rechte im Krankenhaus z.B. und eine meiner Kolleginnen ist da dabei, falls sie die auch interviewen wollen, das ist die [...]. Die arbeitet an der Lungenabteilung in Salzburg, momentan nicht weil sie in Karenz ist,

und das ist eine der Kontaktpersonen. Und dann gibt es noch glaub ich im Kinder-
spital einen Rumänen, fällt mir grad nicht ein wie der heißt, mehrere Ärzte jeden-
falls gibt's auf Spitalsbene, die die Probleme ausländischer Patienten beantwor-
ten.

Also in der jeweiligen Sprache dann ...

Genau, in ihrer Sprache. Aber auch auf Deutsch, wenn's um andere Probleme geht,
Rechte von Ausländern z. B.

*Und wie empfinden Sie dann die Anwesenheit... vom Dolmetscher beim Gespräch, für
das Gesprächsklima?*

Ja, gut.

Nicht störend oder so ...

Ich mein, wo man natürlich immer ein bisschen unsicher ist, aber ich hoff... man ist
immer ein bisschen unsicher, was übersetzt der eigentlich. Bei Familienangehöri-
gen ist das ein bisschen gefährlich, bei türkischen Familienangehörigen, da ist man
sich manchmal nicht ganz sicher, hat der wirklich alles gesagt, was ich gesagt hab.
Weil man sagt ja oft Sachen, die nicht angenehm sind. Und die wollen dann ihre
Verwandten schonen, und sagen dann alles mit Weichzeichner, oder gar nicht. Das
passiert natürlich mit einem geprüften Übersetzer weniger. Aber, ich mein, damit
kann ich leben, weil die Angehörigen müssen das unter sich dann auch ausmachen,
was sie da kommunizieren. Aber ich mahne sie schon ein, dass sie das sagen müs-
sen, was ich gesagt hab. Das sag ich schon.

*Kommt es dann öfter auch zu Verständigungsschwierigkeiten eben durch diese Dol-
metscher, eben weil sie was anderes sagen oder nicht vollständig?*

Mh, ja, schon. Wenn der Dolmetscher selber nicht gut Deutsch kann, gibt's Ver-
ständigungsschwierigkeiten, oder wenn man eben gar keinen Dolmetscher ruft,
weil man sich denkt, geht schon noch, der versteht mich schon grad noch. Und das
kann ein Problem sein.

Und denken Sie auch, dass medizinisches Fachwissen für die Dolmetscher Voraussetzung sein sollte?

Nein, so viel kann man nicht verlangen. Das wär natürlich überhaupt ultrasuper, aber ich glaub, man kann nicht alles verlangen. Man kriegt ja oft auch – was auch eine Möglichkeit ist – man kriegt ja oft auch übersetzte Arztbriefe. Vor Kurzem hab ich einmal einen bekommen, einen übersetzten Arztbrief aus Russland, oder ganz weit weg halt. Ja, übersetzte Arztbriefe strotzen vor Fehlern. Aber man muss halt sozusagen die Fehler geistig wegkorrigieren...

Ignorieren und den Inhalt rausfiltern quasi ...

Ja genau. Manchmal wird das ein bisschen schwierig, aber es geht schon. Also ein übersetzter Arztbrief ist trotzdem sehr wertvoll, auch wenn er vor Fehlern strotzt. Auch verständlich, weil die übersetzen den Arztbrief... nicht einmal unsere Sekretärinnen können alle medizinischen Ausdrücke korrekt sagen und auch verständlich, dass der mit der deutschen Sprache ein Problem hat und die Medizin auch noch dazu, trotzdem geht's meistens. Aber ja, sagen wir, wenn sehr viel Unglück zusammentrifft, könnte da einmal ein Fehler passieren, das wäre schon denkbar.

Ist es oft so, dass die Patienten die Dolmetscher als Vertrauensperson sehen, weil ja die die einzigen sind, die die Sprache sprechen.

Nein.

Also, bei Familienangehörigen ist das ja wieder was anderes...

Ja das ist wieder was anderes, aber die beeideten Dolmetscher eigentlich nicht, die sind einfach Übersetzer, glaub ich.

Und die nehmen dann auch keine anderen Aufgaben wahr, für die Patienten.

Das ist nicht ganz fix. Manche sind dann so ehrenamtlich und fühlen sich dann gleich ein bisschen zuständig. Aber in der Regel nicht.

Und wie finden Sie das ... wenn die Dolmetscher sich für die Patienten weiter einsetzen?

Ja nett.

Und stört das die Arbeit?

Nein das stört mich nicht. Ich find das sehr nett, wenn sie sich weiter einsetzen, aber in der Regel passiert das eher nicht. Sondern das ist der Übersetzer, das ist sein Job, das zu machen.

Fällt Ihnen sonst noch was ein, was ich nicht gefragt hab?

Nein. (*Lacht.*) Vielleicht der Brigitte.

(Übergibt das Wort an seine Kollegin.)

Manchmal ist es so... also ein Erlebnis hab ich einmal in meiner Vergangenheit gehabt. Als junge Assistenzärztin hab ich eine Dame betreut, das war eine ältere türkische Dame mit einer Tumorerkrankung ... einer sehr weit fortgeschrittenen Tumorerkrankung. Und ich hab leider den Fehler gemacht unter Anführungszeichen, dass ich die Familie und vor allem die Söhne immer mit einbezogen hab in Aufklärungsgespräche, was die Therapieindikation betrifft, was die Erkrankung betrifft, was die Prognose betrifft, und bin aber irgendwann einmal draufgekommen, dass die Familie dieser Dame – wir haben mehrere sehr ausführliche Aufklärungsgespräche geführt – einfach nicht die Wahrheit gesagt haben, sondern gefiltert haben und gesagt haben, du hast eine Verkühlung, du bist nicht so krank, es geht dir eh nicht so schlecht usw. Ich bin aber draufgekommen, dass der Informationsfluss völlig behindert war. Also die Dame hat eigentlich nicht gewusst, warum ist sie im Krankenhaus und was hat sie für eine schlimme Erkrankung. Bis ich das dann überrissen hab, sozusagen, und hab mir gedacht, na irgendwas passt da jetzt nicht. Weil sie natürlich auch Nebenwirkungen hatte durch die erhaltene Therapie, und hab dann einen gerichtlich beeideten Dolmetsch organisiert und hab mit der Dame, aber ohne es der Familie zu sagen, ein Vieraugengespräch mit diesem Dolmetsch ausgemacht und auch durchgeführt. Und die Dame an sich war total dankbar, weil sie endlich gewusst hat, was ihr fehlt, was die Erkrankung ist, und sie war wirklich sehr froh, endlich zu wissen, was eigentlich der Grund ihrer vielen Aufenthalte ist

und welche Infusionstherapie sie in Wahrheit bekommt. Das Ganze ist aber dann so entartet, dass die Söhne, das waren zwei erwachsene Söhne, die waren dann sehr böse, ja, die waren sehr rabiat und haben dann den gerichtlich beeidigten Dolmetsch bedroht, zu Hause. Und ich hab mich dann von der ärztlichen Betreuung dieser Frau zurückgezogen, weil sie offensichtlich auch ein Problem damit hatte, dass sie mich als Frau, als Ärztin in der Familienrunde eigentlich gar nicht akzeptiert haben. Das hat schon begonnen beim Grüßen, beim Händeschütteln, das war ganz eine schwierige Situation.

Ein kulturelles Problem, eigentlich...

Das war eigentlich ein kulturelles Problem, ja. Und, ich glaub dass wenn man ganz wichtige Patienten... oder Aufklärungsgespräche führt, dass man doch kontrollieren sollte, welcher Dolmetsch ist für welches Gespräch geeignet. Ist das ein Familienangehöriger, ist es der Ehemann, der Sohn, oder ist es nicht ab und zu gescheiterter, einen professionellen, von der Familie unabhängigen Dolmetscher zu organisieren und das in Anspruch zu nehmen. Und wir haben das Glück, das muss man sagen, wenn auf unserer Liste von Krankenhausbeschäftigten kein entsprechender Übersetzer vorliegt mit medizinischem Hintergrundwissen, dann haben wir die Möglichkeit, jemanden zu organisieren, das ist eigentlich ganz toll. Und dann haben wir noch einen zweiten Einrichtung, wir haben einen Sozialdienst, und wenn's dann über so Weiterbetreuung, Aufenthaltsgenehmigungen, Wohnungen, Heimplätze geht, dann können wir diese Institution mit einschalten und dann können wir ein Gesamtpaket schnüren.

Ja das ist gut.

Ja. Und auch Aufklärungsblätter in allen Sprachen, die sind natürlich auch sehr nützlich.

Und was haben Sie sonst so allgemein für Erfahrungen gemacht, außer diesem einen Beispiel?

Eigentlich sehr gute. Es sind sehr ruhige Gespräche, diese Gespräche sind nicht zwischen Tür und Angel, weil den Dolmetscher muss man kontaktieren, den muss

man fragen, wann er Zeit hat, dann wird ein fixer Termin ausgemacht und dann muss man das in seinen Arbeitsalltag so integrieren, dass man sicher einmal eine halbe Stunde Zeit hat, dieses Gespräch zu führen. Und das kommt auch bei den Patienten gut an, ja, wenn einmal ein Dolmetscher dabei ist, der nicht von der Familie ist.

Sicher ja. Und darf ich noch ganz kurz fragen, was Sie machen?

Ich bin Lungenfacharzt.

Auch im selben Krankenhaus?

Auch im selben Krankenhaus.

Dankeschön.

12 Anhang: Interview 6

Ja also vielleicht könnten sie einfach mal ganz allgemein sagen, was Sie machen und wie Sie da Erfahrungen mit Dolmetschern haben?

Genau. Unsere Dolmetscher werden eingesetzt im Ambulanzbereich, also hier unten, und auf den Stationen. Mehr glaub ich eher im Ambulanzbereich herunten, weil wenn Sprachprobleme sind, große, dann schauen wir, dass wir halt alles hier so weit machen, dass wenn ein Patient z. B. aufgenommen wird, operiert wird, der Großteil schon vorhanden ist, also die Operationsreversen und alles vorhanden sind schon. D. h. der Hauptbereich ist glaub ich die Ambulanz hier, weil hier auch viel mehr Patienten sind als auf den Stationen oben. Und aber auf den Stationen trotzdem halt, wenn man ein Aufklärungsgespräch haben will nach einer Operation z. B. oder komplizierte Behandlungen, oder im Rahmen der Geburtshilfe, benötigen wir auch oft Dolmetscher. Dolmetsch heißt jetzt: Wir haben auf der Frauenklinik zwei fixe Türkisch-Dolmetscherinnen zugeteilt, die sind fix angestellt, oder halt zugeteilt der Frauenklinik, die ausschließlich für uns da sind. Weil von der Sprachproblematik türkische Patientinnen die Mehrheit sind. Alles andere, d. h. Serbokroatisch-Dolmetscher, chinesische, und halt was für Sprachen infrage kommen, sind nicht fix hier. Die müssten wir, wenn es akut wäre, wenn was Wichtiges wäre, über die Direktion anfordern, was doch ein gewisser Aufwand ist. Das was halt hier noch immer läuft, und eigentlich gut läuft, ist, dass doch auch von den Angestellten hier, von Schwestern hauptsächlich, von verschiedenen Nationalitäten da sind... Das heißt grad zum Beispiel philippinischer Bereich, wobei die können eh gut Englisch, oder auch serbokroatischer Bereich, ehem. Jugoslawien, sind doch relativ viele Schwestern auch da, und die kommen auch als Dolmetscher und helfen da mit. Und das klappt eigentlich gut. D. h. da ruf ich an und sag, liebe Schwester, ich brauch dringend... unsere Patientin versteht nichts ... und die kommen auf die Station, das ist auch relativ gut organisiert eben. Und was wir nicht gern haben, weil's eigentlich nicht optimal ist, dass aber trotzdem in manchen Fällen halt, wenn eine Patientin eine Sprache spricht, Tschetschenisch oder sowas, wo wir auch keinen Dolmetscher haben... dolmetschen Angehörige. Das ist nicht erwünscht, weil

das halt doch heikel ist auch, aber letztendlich besser als gar nichts. Wenn wir keinen Dolmetsch bekommen, keinen offiziellen oder keine medizinische Person eben, kommt ... helfen uns Angehörige, Schwester, Tante, Mann, usw.

Und wie funktioniert das dann?

Aufklärungsgespräch ist halt immer... wir klären... wir sprechen dann nie mit dem Dolmetsch nur, und die Patientin ist irgendwo anders oder so, sondern das ist halt immer im Beisein von beiden eben, und dass wir halt sagen, was wir gemacht haben, z. B. bei einer Operation, oder wenn sie hier ist, was wir planen. Dann übersetzt der oder die Dolmetscherin, und dann fragen wir schon immer nach, hat sie's verstanden? Und immer verdächtig ist, wenn man lang und breit was erklärt und dann sagt der Dolmetscher einen Satz. Dann frag ich immer nach, und wenn wir das Gefühl haben aber, dass es nicht verstanden ist, dann – außer wenn's ein Notfall ist, aber hier in dem Bereich, Kinderwunsch usw. sind keine Notfälle – machen wir keine spezifische Therapie. D. h. wenn's um Operationen geht, komplizierte, oder eine wichtige zu terminisieren, und es ist kein offizieller Dolmetscher da, und wir haben das Gefühl, dass der Mann es nicht korrekt übersetzt, machen wird's nicht. Sondern bestellen sie wieder mit Dolmetsch. Und das klappt dann schon immer, weil die haben ja einen Leidensdruck die Patienten, die wollen auch behandelt werden, und dann kommen sie mit dem Dolmetsch wieder. D. h. wenn wir nicht das Gefühl haben, das geht gut, dann schicken wir sie nach Hause, und die kommen erst wieder zum Planen mit dem Dolmetsch her. Und im Bereich von unseren türkischen Patientinnen ist es so, das klappt extrem gut. D. h. da kommt die Patientin herein, sagt oft schon bei der Leitstelle oder hier bei den Schwestern bei der Anmeldung, dass sie einen Dolmetsch brauchen, dann wird von den Schwestern eine von unseren Dolmetscherinnen gefunkt, muss man ein bisschen warten, die Patientin kann dann z. B. draußen warten und eine andere Patientin kommt herein. Und das klappt extrem gut. Diese beiden Dolmetscherinnen sind jetzt seit Jahren schon da, kennen alle medizinischen Fachausdrücke, wissen was geplant ist... das ist unfassbar gut. Aber das sind, wie gesagt... im türkischen Bereich.

Und welche Erfahrungen haben Sie so ganz allgemein gemacht? Jetzt eher positive oder negative?

Extrem positiv. Wir hätten gern für jede Sprache eine Dolmetscherin. Wir hätten auch gern mehr türkischsprachige Dolmetscherinnen. Sie sind eine unfassbare Hilfe. Wie gesagt, das Negative ist, dass es zu wenig sind. Zwei sind viel zu wenig für so eine große Frauenklinik. Wenn sie da sind, ist es extrem gut. D. h. die sind auch fachlich schon, sie kennen die Begriffe und alles, wissen genau, und reden und sind wirklich Dolmetscher auf wirklich hohem Niveau. D. h. während ich nur rede, übersetzt sie fast simultan quasi, oder wartet kurz, es ist nahezu keine Zeitverzögerung.

Und irgendwelche Schwierigkeiten auch, die Sie erlebt haben?

Wartezeiten. (*Lacht.*) Es sind zu wenige.

Auch mit irgendwelchen Familienangehörigen, die gedolmetscht haben?

Ja, genau Familienangehörige ist extrem heikel, wenn z. B. die Mutter kommt und ein kleineres Kind oder so als Dolmetscher, das machen wir nicht eigentlich. Außer das wär ein Notfall, was hier selten ist, da muss man dann auch das Kind zumindest vorläufig herannehmen, und das ist echt ein Problem, also machen wir nicht. Also größere Routineeingriffe oder Behandlungen würden wir mit Kind als Dolmetsch auf keinen Fall machen. Und Mann als Dolmetsch in manchen Kulturen kann auch heikel sein, wo man nicht genau weiß eben, ob das korrekt übersetzt wird. Aber da ist es eben so, wenn wir das Gefühl haben, dann kommt die Patientin wieder, wenn's eine geplante Routinebehandlung ist, mit Dolmetsch. Und das funktioniert an sich sehr gut. Da verlieren wir eigentlich kaum Patienten. Die kommen her, weil sie eine Behandlung möchten, das organisieren sie dann selber, und das klappt dann wirklich gut.

D. h. die nehmen den Dolmetscher dann selber mit.

Genau. Das sind halt dann oft keine Profidolmetscher, sondern halt auch irgendeine Bekannte z. B., grad im tschetschenischen Bereich ist es so, dass dann ... da

kommt z. B. dann vom Betreuungshaus wer mit, also das klappt dann immer sehr gut. Von der Sprache her, perfekt auch.

Und wie empfinden Sie die Anwesenheit von einer Dolmetscherin für das Gesprächsklima?

Positiv. Absolut. Weil es ist eine dritte Person da, das ist immer gut. Also wir sind ja eh meistens zu mehrt, also wir sprechen selten allein, noch eine Schwester da, eine Schreibkraft und so. Aber es ist positiv. Absolut.

Und die Patientinnen sehen das wahrscheinlich auch so.

Absolut, ja, genau.

Und welche Rolle bzw. emotionale Position nimmt dann die Dolmetscherin im Gespräch ein?

Genau, da ist uns lieber natürlich, wenn's von uns jemand ist. Weil der einfach neutral ist und quasi gut unemotional ist, und das wirklich von außen beobachten kann. Es ist schwieriger, je näher der Verwandtengrad ist. Das ist schwierig. Grad wenn es um kompliziertere Behandlungen oder irgendetwas Wichtiges geht, ist es schwieriger, wenn's der Ehemann ist z. B. Weil da ist die Emotionalität natürlich schon anders.

Weil sie einfach dann quasi befangen sind.

Ja. Das ist nicht so angenehm. Das ist echt nur wenn's nicht anders geht. Bevor wir gar nicht sprechen können. Es ist selten so, dass wir Patienten... dass Patienten kommen, die kein Wort können in einer nicht... z. B. nicht auf Türkisch. Weil die wissen ja schon, dass wir Dolmetscher haben. Es ist sehr selten, dass hier in unserer Ambulanz – ich red jetzt echt wirklich eher so, Kinderwunschbehandlungsreich, Operationsbereich oder so – dass hier Patienten kommen, die hereinkommen und sagen nichts... kein Wort sprechen... ist extrem selten, fast nie. In der allgemeinen Gynäkologieambulanz, wo dann doch auch Notfälle kommen wegen Fehlgeburten und wirklich echten Notfällen, kann das schon passieren. Dass sie wirklich kommt, weil's ein Notfall ist, stark blutet oder so, und keine Dolmetsche-

rin mithat weil's ein Notfall ist, und auch kein Dolmetscher da ist, das ist echt immer heikel. Da muss man wirklich schauen dann, dass man jemanden bekommt über die Direktion, der dann übersetzen kann. Gelingt auch, aber es dauert halt immer lang.

Und haben Sie manchmal auch das Gefühl, dass die Patienten die Dolmetscherin als Vertrauensperson sehen, weil sie ja die einzigen sind die die Sprache sprechen?
Ja schon. Grad bei unseren Türkischen. Ja absolut.

Und was machen die Dolmetscherinnen dann in dieser Situation?

Ich glaub das macht denen Spaß. Die sind auch überlastet, also wirklich, die haben viel zu tun. Aber ich glaube, dass es ihnen Spaß macht, und die kennen die Patienten dann auch. Und kommen teilweise, sagen sie, sie kommen zur Visite morgen extra wieder dazu, damit sie wieder übersetzen können. D. h. sie ... für die ist das auch keine Nummernpatientin, sondern die kennen die auch, wissen, wie sie heißt, sie sind super organisiert. Und kommen freiwillig, bieten ihr dann an, ob sie morgen wieder kommen, oder wenn hier eine Patientin kommt wo wir einen Befund abnehmen, wir sagen Kontrolle in 14 Tagen, dann notieren sich beide schon wieder, o. k. die Frau Soundso kommt in 14 Tagen wieder, und kommen extra von selber her, ohne dass wir sie funken müssen. Das ist wirklich gut organisiert.

Das ist gut, ja. Und haben sie auch die Erfahrung gemacht, dass die Dolmetscherinnen noch andere Aufgaben wahrgenommen haben als die der sprachlichen Vermittlung beim Gespräch?

Könnt ich nicht sage. Weil ich nicht weiß, was sie halt nachher in ihrer Muttersprache sprechen. Höchstens vielleicht in gewisser Weise psychische Betreuung, wenn's eine Komplikation oder irgendein unglücklicher Ausgang, was auch immer, ist. Und die Patientin unglücklich ist, dass sie Betreuung machen. Und ich glaube ihnen auch weiterempfehlen, wo es halt spezielle muttersprachliche Betreuung gibt, das glaub ich schon, dass sie einfach weiterempfehlen auch und Betreuung machen. Sonst, quasi medizinische Tätigkeiten oder so, nicht, nein. Aber so psychologische Beratung in gewisser Weise, ja.

Und denken Sie, das gehört auch irgendwie dazu zum Aufgabenbereich?

Wir sind froh, dass sie es machen. Wir würden es nicht verlangen, aber wir sind froh dass sie's machen.

Und über welches Wissen sollten sie noch verfügen?

Also die hier bei uns die zwei sind jahrelang schon da, die wissen alles, die kennen die Fachausdrücke auch. Es hilft immer, wenn die Dolmetscherinnen irgendwelche medizinischen Grundbegriffe oder so schon kennen und wissen, was ist halt quasi, wenn man einen Revers, wo Zeichnungen oben sind, ihnen hinlegt, und sie wissen, was ist die Gebärmutter, was sind Eierstöcke oder so, also hilft das schon, damit man sprechen kann. Weil wenn sie es nicht weiß und man das erklären müsste, funktioniert das nicht.

Also das ist eben bei den beiden Angestellten.

Ja. Bei anderen ist es halt schwierig. Es hängt sicher auch von der Bildung ab. Teilweise ist es schon ein Problem. Typische Sache, Verwechslung zwischen Eierstock und Eileiter, wenn man Eileiter wegnimmt, kann man nicht mehr schwanger werden, das ist schon, da merkt man, muss man aufpassen.

Und welche Fähigkeiten brauchen die Dolmetscherinnen noch Ihrer Meinung nach?

Also jetzt auf menschlicher Ebene zum Beispiel?

Genau, dass sie ... sie müssen freundlich sein, ich glaub die Leute wollen das am meisten, dass sie freundlich ist. Sie müssen freundlich sein. Müssen gut dolmetschen können auf jeden Fall, medizinische Fachbegriffe gebrauchen. Und halt schon eine gewisse Empathie haben, ein Einfühlungsvermögen. Weil es sind doch heikle Gespräche, es ist doch immer extrem persönlich natürlich wenn's um Krankheiten geht, und da wär irgendjemand kalter, der sich um nichts kümmert, wäre falsch. Eine gewisse Empathie muss schon da sein. Aber es ist da bei uns, die zwei sind super.

Ja das war's eigentlich eh schon wieder. Ich weiß nicht, fällt Ihnen noch irgendwas ein zum Thema?

Wir hätten gern mehr Dolmetscher. (*Lacht.*) Ja es ist immer dasselbe. Also, wenn das für die meisten Sprachen so organisiert wäre, wäre das einfach fantastisch. Das wär extrem... es ist extrem hilfreich. Manchmal ist halt schon die Grenze, wenn man nicht weiß, wie soll man eine Person aufklären, eine Patientin aus einem Land, wo's keinen Dolmetscher gibt, haben wir auch manchmal hier. Grad halt im Flüchtlingsbereich sind oft Grenzen gesetzt. Dann ist halt oft sicher die Information, die die Patientin mitbekommt, vielleicht nicht so wies wäre wenn ein Dolmetscher da wäre. Aber das ist unrealistisch, dass man für Moldawisch, Usbekisch, einen Dolmetscher bekommt, einen fixen, ist unrealistisch, wird immer so sein wahrscheinlich.

Von wo werden die dann angefordert, wenn sie von außen kommen?

Über die Direktion. Wenn wir eine Sprache haben, da gibt's eine Liste von Ärzten in der Direktion über Dolmetscher, wobei diese Dolmetscher, die die ärztliche Direktion anbietet, also wirklich Arabisch, Chinesisch, ich glaub sogar Tschetschenisch, das sind ja alles keine Profidolmetscher, sind's nicht. Sondern das ist eine Liste von AKH-Angestellten, wo die Krankenschwester aus Tschetschenien kommt, oder der Arzt aus dem arabischen Raum kommt, oder die Schreibkraft, das ist schon eine Hilfsdolmetscherin, keine richtigen Dolmetscher. Die zwei hier bei uns sind wirklich Dolmetscher, glaub ich zumindest, ich weiß nicht ob sie eine Dolmetschausbildung haben, aber die sind wirklich als Dolmetscher angestellt, die anderen springen ein. D. h. da würde die Direktion anrufen auf der Radiologie und bitten, ob die Schwester Soundso heraufkommen kann und Arabisch übersetzt, das sind keine Profis.

O. k. Und wenn's im Haus die Sprache nicht gibt, dann kommen sie von außen?

Dann kommen sie von außen. Müssen sie wen mitbringen. Im Notfall immer extrem schwierig.

Da kümmern sich aber dann die Patienten darum...

Genau. Bei Routineeingriffen, wenn sie wirklich kommt und nichts versteht, und da geht's darum, dass man z. B. eine Operation macht oder künstliche Befruchtung oder irgendwas, einen größeren Eingriffe macht, sind wir... müssen sie mit Dolmetsch kommen, sonst gibt's keine Behandlung. Bei nicht akuten Sachen.

Ja. Vielen Dank!

Abstract

In der vorliegenden Arbeit wurde die Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Als Grundlage wurden dafür die Kommunikation im Krankenhaus und die Charakteristika gedolmetschter medizinischer Gespräche beschrieben. Die Einflüsse auf ein gedolmetschtes Gespräch wurden anhand der Interaktionsebene, der gesellschaftlichen und institutionellen Ebene und der Diskursebene eingehend analysiert. Dabei wurde klar, dass DolmetscherInnen medizinischer Gespräche zahlreichen Faktoren ausgesetzt sind, welche sich auf ihr Handeln auswirken. Die Rolle der DolmetscherInnen wurde durch zwei unterschiedliche Perspektiven dargestellt: einerseits durch das Selbstbild, das die DolmetscherInnen selbst von ihrer Rolle haben, und andererseits durch das Fremdbild, das die Rollenerwartungen der ÄrztInnen widerspiegelt.

Das Selbstbild wurde anhand von relevanter Literatur und den Studien zweier Forscherinnen, Hsieh und Angelelli, untersucht. Um die Rollenerwartungen der medizinischen ExpertInnen, das Fremdbild, darzustellen, wurden im Rahmen einer qualitativen Untersuchung Interviews mit vier Ärztinnen bzw. Ärzten und zwei Psychologinnen, die an verschiedenen Krankenhäusern in Österreich tätig sind oder waren, durchgeführt. Die so erlangten Informationen wurden in mehreren Kategorien präsentiert. Im Anschluss daran konnte ein Vergleich der beiden Rollenkonzeptionen angestellt und untersucht werden, inwieweit sich Selbstbild und Fremdbild vereinbaren lassen. Dabei konnten trotz unterschiedlicher Zugänge der beiden Personengruppen zur Thematik zahlreiche Parallelen der beiden Rollenwahrnehmungen festgestellt werden.

Abstract (englisch)

This master's thesis dealt with the role of medical interpreters from various perspectives. As a basis, communication within hospitals and the characteristics of interpreted medical encounters were described. Factors influencing such interpreted encounters were examined from the level of interaction, the level of society and the institution and the level of discourse. It became evident that medical interpreters are subject to numerous factors which influence their actions within a medical encounter. The role of medical interpreters was defined from two different perspectives: the self-perceived role of interpreters as well as the interpreters' role as perceived by medical experts.

The interpreters' self-perceived role was examined by means of relevant literature and studies conducted by two researchers, Hsieh and Angelelli. In order to find out the role expectations of the medical experts, interviews with four doctors and two psychologists, who worked or still work at different Austrian hospitals, were conducted. The results of these interviews were presented in several categories. As a result, it was possible to compare the two role descriptions and to show if the perceptions of interpreters and medical experts concerning the interpreters' role are compatible. Despite there being two different approaches (from interpreters and medical experts) concerning the topic, numerous similarities of their role perceptions were found.

Lebenslauf

Cornelia Koller, BA

Ausbildung

02/2013	Dolmetsch-Abschlussprüfung mit Auszeichnung
09/2011-01/2012	Erasmus-Studienaufenthalt im Rahmen des Masterstudiums Schwerpunkt: Übersetzen von Rechts-/Wirtschaftstexten Universität Genf, École de Traduction et d'Interprétation, Schweiz
Seit 10/2010	Masterstudium <i>Übersetzen und Dolmetschen</i> Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch Universität Wien, Österreich
04/2010	Abschluss des Bachelorstudiums
10/2007-04/2010	Bachelorstudium <i>Transkulturelle Kommunikation</i> Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch Universität Wien, Österreich
06/2007	Reifeprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg
09/1999-06/2007	„Europagymnasium zum Guten Hirten“, Baumgartenberg, Österreich Gymnasium mit Schwerpunkt Wirtschaft und Sprachen

Berufserfahrung

06/2012-06/2013	Lektorin bei der österreichischen Tageszeitung „Die Presse“
04/2012	Dolmetschtätigkeit bei einem mehrtägigen Kongress der ASSEDIL (europäische Vereinigung der Direktoren an lasallianischen Schulen) in Wien Dolmetschung deutscher und französischer Reden ins Englische
02/2012	Freiberufliche Mitarbeit an einem Buchprojekt der Austria Presse Agentur Zusammenfassung sowie Übersetzung englischer und französischer Texte ins Deutsche

Persönliche Fähigkeiten und Kenntnisse

Sprachkenntnisse	Deutsch (Muttersprache) Englisch (verhandlungssicher, Niveau C2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens) Französisch (fließend, C1; Aufenthalt von 5 Monaten in Genf) Italienisch (fortgeschrittene Kenntnisse, B1) Russisch (Grundkenntnisse, A1)
EDV-Kenntnisse	Microsoft Office (Word, Excel, Power Point) Anwendungskenntnisse Adobe InDesign/InCopy
Künstlerische Fähigkeiten	Pianistin (Klassik und Jazz-Improvisation) 2005–2012 Anstellung als Pianistin im Hangar-7 (Red Bull, Salzburg)
Weitere Interessen	Sport (Joggen, Mountainbiken, Skisport, Segeln, Windsurfen), Fotografie