



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Dolmetschendes Krankenhauspersonal
Eine qualitative Studie zum Rollenverständnis
dolmetschenden Pflegepersonals

Verfasserin

Danuta Kanicka, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im Mai 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 065 348 345

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Dolmetschen

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Franz Pöchhacker

Vorwort

Diese Masterarbeit ist das Ergebnis einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema Dolmetschen im Krankenhaus, das mich nicht nur im Rahmen meines Studiums beschäftigte. Eigene Erfahrungen als dolmetschende Begleitperson für Angehörige und Bekannte sowie Gespräche mit einer Pflegeperson über ihre Erfahrungen mit fremdsprachigen Patientinnen gaben den Anstoß zur Themenwahl dieser Abschlussarbeit.

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die direkt oder indirekt an der Entstehung dieser Arbeit mitgewirkt haben. Mein herzlicher Dank gilt Prof. Dr. Franz Pöchhacker für seine wertvollen Anregungen und sein Interesse bei der Betreuung dieser Arbeit. Ein besonderer Dank gebührt meinen Interviewpartnerinnen, die trotz beruflicher und familiärer Verpflichtungen einen Teil ihrer knappen Freizeit für meine Studie zur Verfügung gestellt haben. Meiner Familie, meinen Freundinnen und Studienkolleginnen danke ich für die Unterstützung und die vielen motivierenden Worte.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	9
0. Einleitung.....	11
0.1 Problemstellung.....	11
0.2 Erkenntnisinteresse und Zielsetzung.....	12
0.3 Aufbau der Arbeit.....	12
0.4 Vorbemerkungen.....	13
1. Ausgangslage.....	14
1.1 Gesellschaftspolitischer Kontext.....	14
1.1.1 Migration und Gesundheit.....	15
1.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	16
1.2 Krankenhausdolmetscherin – ein Beruf? Professionalisierungsprobleme.....	18
1.2.1 Der naive Glaube an die „natürliche“ Dolmetschkompetenz.....	19
1.2.2 Finanzierung.....	20
1.2.3 Ausbildungsangebot.....	20
1.3 Kommunikationspraxis mit fremdsprachigen Patientinnen.....	22
1.3.1 Maßnahmen und Pilotprojekte.....	22
1.3.2 Dolmetschendes Pflegepersonal: Patent- oder Notlösung?.....	25
1.4 Zusammenfassung.....	26
2. Krankenhausdolmetschen.....	27
2.1 Begriffsbestimmung.....	27
2.2 Kompetenzanforderungen an Krankenhausdolmetscherinnen.....	28
2.2.1 Institutionsspezifische Anforderungen.....	30
2.2.2 Die Arzt-Patient-Kommunikation.....	31
2.2.3 Kulturbedingtheit des Krankheitsverständnisses.....	33
2.3 Aufgaben- und Rollenprofil: Eigen- vs. Nutzerperspektive.....	34
2.4 Zusammenfassung.....	38

3. Zum Begriff der Rolle	39
3.1 Der Rollenbegriff in der Dolmetschwissenschaft.....	39
3.1.1 Die Krux mit der Rolle.....	40
3.1.2 Das Neutralitätsdogma.....	41
3.1.3 Wandel des dolmetschwissenschaftlichen Rollenkonzeptes.....	42
3.1.4 Beispiel eines kodifizierten Rollenmodells.....	45
3.2 Der Rollenbegriff in der Soziologie.....	47
3.2.1 Rollendefinition(en).....	47
3.2.2 Erwartungen.....	48
3.2.3 Rollenkonflikte.....	49
3.2.4 Rollenambiguität.....	51
3.3 Zusammenfassung.....	51
4. (Rollen-)Problematik dolmetschender Pflegepersonen.....	53
4.1 Die Perspektive der Medizin.....	53
4.2 Die pflegewissenschaftliche Perspektive.....	59
4.3 Die sprachwissenschaftliche Perspektive.....	64
4.4 Zusammenfassung.....	68
5. Rollenauffassung dolmetschenden Pflegepersonals: Zielsetzung und Methode..	69
5.1 Relevanz und Ziel der Studie	69
5.1.1 Forschungsfragen.....	70
5.2 Erhebungsmethode.....	70
5.2.1 Problemzentriertes Interview.....	72
5.2.2 Erstellung des Interviewleitfadens.....	73
5.3 Auswahl der Interviewpartnerinnen.....	76
5.4 Durchführung der Interviews.....	78
5.5 Transkription der Interviews.....	79
5.5.1 Transkriptionsregeln.....	80
5.6 Auswertung.....	81

5.6.1 Grenzen der Studie.....	81
5.6.2 Auswertungsverfahren.....	82
6. Untersuchungsergebnisse.....	85
6.1 Befragtenprofil.....	85
6.2 Dolmetscheinsatz.....	86
6.2.1 Häufigkeit.....	86
6.2.2 Anlass.....	86
6.2.3 Drittsprachen.....	86
6.2.4 Einsatzort und -zeitpunkt.....	86
6.2.5 Zustandekommen bzw. Rekrutierung.....	87
6.2.6 Sonstige Bedarfsträgerinnen.....	87
6.2.7 Verhaltensrichtlinien.....	87
6.3 Dolmetschen.....	87
6.3.1 Definition und Aufgaben.....	87
6.3.2 Ziele und Handlungsspielräume.....	89
6.4 Haltung der Dolmetschenden.....	90
6.4.1 Bereitschaft.....	90
6.4.2 Verantwortung.....	91
6.4.3 Selbsteinschätzung.....	93
6.4.4 Schwierigkeiten.....	95
6.4.5 Zufriedenheitsfaktoren.....	96
6.4.6 Belastungs-/ Unzufriedenheitsfaktoren.....	96
6.4.7 Fortbildungsinteresse/ Informationsbedarf.....	100
6.5 Beziehung zu Handlungspartnerinnen.....	101
6.5.1 Ärztinnen.....	101
6.5.2 Patientinnen.....	102

6.5.3 Kolleginnen.....	105
6.6 Kommunikationspraxis.....	105
6.6.1 Darstellung.....	105
6.6.2 Bewertung.....	107
6.6.3 Verbesserungsvorschläge.....	108
7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	110
7.1 Schlussbemerkungen und Ausblick.....	122
Literaturverzeichnis.....	124
Anhang.....	A1
A 1. Interviewleitfaden.....	A1
A 2. Kurzfragebogen.....	A3
A 3. Interviewtranskripte.....	A4
Interview Nr. 1.....	A4
Interview Nr. 2.....	A14
Interview Nr. 3.....	A23
Interview Nr. 4.....	A31
Interview Nr. 5.....	A46
Interview Nr. 6.....	A73
A 4. Kodierleitfaden.....	A90
A 5. Abstract.....	A103
A 6. Lebenslauf.....	A104

Abkürzungsverzeichnis

A	Anhang-Seite
ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
B/K/S	Bosnisch/Kroatisch/Serbisch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CHIA	California Healthcare Interpreters Association
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
IP	Interviewpartnerin(nen)
IERM	Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien
ITAT	Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft
ÖGS	Österreichische Gebärdensprache
Z	Zeilennummer
ZTW	Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien

0. Einleitung

In Wiener und allgemein in österreichischen Krankenhäusern werden immer häufiger Patientinnen versorgt, die sich nicht oder nur beschränkt auf Deutsch verständigen können. Forschungsarbeiten zeichnen ein aus Dolmetschwissenschaftlicher Sicht alarmierendes Bild: Aufgrund mangelnden Problembewusstseins für die Bedeutung professioneller Kommunikationsvermittlung existieren bis zum heutigen Tag keine einheitlichen, offiziellen Vorgaben für die Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen. Aus der Überzeugung heraus, Zweisprachige könnten automatisch dolmetschen, werden zur Überwindung der Kommunikationsbarrieren in der Regel Begleitpersonen der Patientinnen oder bilinguales Krankenhauspersonal herangezogen. Während der Einsatz von Kindern und Reinigungskräften generell kritisch betrachtet wird, bestehen in der Praxis im Gegensatz zur einschlägigen Forschung kaum Bedenken beim Heranziehen von zweisprachigem Pflegepersonal.

0.1 Problemstellung

Studien zeigen, dass das Dolmetschen im Krankenhaus hohe Anforderungen an das Rollenverhalten der Dolmetschenden stellt. Dabei ist die Frage, welche Rolle Dolmetschende im Krankenhaus eigentlich erfüllen sollen, d.h. was sie über das reine Sprachmittel hinaus tun dürfen, aus Sicht der Dolmetschwissenschaft bisher nicht gänzlich geklärt. Die Diskussion über die Rolle von KrankenhaUSDolmetscherinnen wird nicht nur in der Forschung, sondern auch in der Praxis kontrovers geführt. Innerhalb dieser Debatte können im Grunde zwei Positionen unterschieden werden. Auf der einen Seite wird – vor allem in Publikationen älteren Datums und seitens vieler Gesundheitsdienstleisterinnen als Bedarfsträgerinnen von Dolmetschleistungen – eine neutrale und weitgehend passive Rolle der Dolmetschenden gefordert. Auf der anderen Seite verweisen Praktikerinnen und Forscherinnen im Lichte jüngster Untersuchungen auf eine aktive Dolmetscherrolle. Die genaue Ausformulierung dieser aktiven Dolmetscherrolle ist allerdings nach wie vor umstritten. Konsens besteht in der Forschung hingegen darüber, dass das Rollenverhal-

ten von Ad-hoc-Dolmetscherinnen, d.h. Personen ohne jegliche Dolmetschausbildung, problematisch ist. In zahlreichen Beiträgen wurden die negativen Auswirkungen unbeständigen Rollenverhaltens von Laiendolmetscherinnen – darunter auch von Pflegepersonen – auf die Kommunikation im Krankenhaus dokumentiert.

0.2 Erkenntnisinteresse und Zielsetzung

Angesichts der Tatsache, dass Pflegekräfte in Wiener Krankenhäusern häufig dolmetschen, erscheint die Frage nach dem Rollenverständnis dolmetschenden Pflegepersonals besonders interessant. Dieser Frage geht die vorliegende Arbeit nach. Ausgehend vom derzeitigen Erkenntnisstand zur Rollenproblematik beim Krankenhausdolmetschen und zum Einsatz ad hoc dolmetschender Pflegepersonen wird die Frage erörtert, wie Pflegenden ihre Rolle als Sprachmittlerinnen auffassen und ob sie diese überhaupt getrennt von ihrer Pflegerolle wahrnehmen. Dies wird anhand der Erfahrungen und Einschätzungen der Pflegenden hinsichtlich ihrer Dolmetschtätigkeit analysiert. Zu diesem Zweck wurden im Rahmen einer qualitativen Studie problemzentrierte Interviews mit fünf Krankenschwestern¹ und einer Pflegehelferin eines Wiener Krankenhauses durchgeführt. Ausgangspunkt für die Studie war die Feststellung, dass das Rollenverständnis dolmetschender Pflegepersonen trotz ihres regelmäßigen Dolmetscheinsatzes in österreichischen Spitälern bisher kaum dokumentiert wurde, Erkenntnisse zum Thema aber Anhaltspunkte für die Forschung liefern und zudem für die Praxis im Bereich des hierzulande noch wenig etablierten Krankenhausdolmetschens von Bedeutung sein können.

0.3 Aufbau der Arbeit

Ausgehend vom gesellschaftspolitischen Kontext wird die Situation des Krankenhausdolmetschens in Österreich skizziert (Kap. 1). Anschließend werden die theoretischen Grundlagen des Krankenhausdolmetschens erläutert sowie das Kompetenz-, Aufgaben- und Rollenprofil von Krankenhausdolmetscherinnen anhand empirischer Befunde dis-

¹Die vollständige Berufsbezeichnung lautet *Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester* (vgl. BMG 2011).

kutiert (Kap. 2). Die Komplexität der Dolmetscherrolle wird in Kap. 3 zunächst vom dolmetschwissenschaftlichen Standpunkt aus anhand mehrerer Rollenmodelle illustriert und nachfolgend aus der soziologischen Perspektive beleuchtet. Im Anschluss an den Überblick über den Forschungsstand zum Einsatz dolmetschender Pflegepersonen (Kap. 4) werden die Ergebnisse der empirischen Studie, deren Zielsetzung und Methode in Kap. 5 erläutert werden, dargestellt (Kap. 6) und im Hinblick auf Forschung und Praxis diskutiert (Kap. 7).

0.4 Vorbemerkungen

Die Bezeichnung *Dolmetscherin* ist in dieser Arbeit nicht ausschließlich (akademisch) ausgebildeten Translatorinnen vorbehalten. Da das Krankenhausdolmetschen in Österreich als thematischer Rahmen dieser Arbeit überwiegend nicht professionelle Dolmetschtätigkeit betrifft, bezieht sich die Benennung *Dolmetscherin* in Abwesenheit genauerer Spezifikationen auf alle Personen, die Dolmetschleistungen erbringen. Parallel dazu wird der Begriff *Sprachmittlerin* nicht ausschließlich für nichtprofessionelle Dolmetschende im Sinne Knapp & Knapp-Potthoffs (1985) verwendet.

Um den Anforderungen einer geschlechtergerechten Sprache zu genügen wird in dieser Arbeit bei Bezeichnungen, die sich auf Frauen und Männer beziehen, die weibliche Form verwendet oder geschlechtsneutral formuliert. Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Komposita wie *Dolmetscherrolle* und bei Zusammensetzungen mit Bindestrichen wie *Arzt-Patient-Kommunikation* die männliche Form verwendet, Frauen sind aber stets mitgemeint.

1. Ausgangslage

Aus der dolmetschwissenschaftlichen Perspektive ist der für Wien konstatierte bevorzugte Einsatz von Ad-hoc-Dolmetscherinnen (vgl. Pöchhacker 2000, Seidl & Walter 2010) im kommunikativ anspruchsvollen Kontext des Krankenhauses nicht vertretbar. Obwohl einschlägige Forschungsarbeiten (z.B. Pöchhacker 2000², BMGF 2005, Stofner 2006, Seidl & Walter 2010) den akuten Handlungsbedarf in puncto professionell vermittelter Kommunikation aufzeigen, konnten sie bisher – mit Ausnahme von punktuellen Vorkehrungen und Pilotprojekten (s. 1.3.1) – weder einen radikalen Umdenkprozess bei den verantwortlichen Institutionen bewirken noch die Umsetzung von umfassenden und flächendeckenden Maßnahmen zur Bewältigung der Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen anstoßen. Der Grund dafür liegt nach Ansicht des Gesundheitsministers in der „Zersplitterung der Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich“ (Stöger 2010: 1). Hauptverantwortlich für die prekäre Lage des Krankenhausdolmetschens in Österreich dürften allerdings gesellschaftspolitische Hintergründe sein, die vom Umgang mit Migration und Kommunikation im Gesundheitsbereich bis hin zu Finanzierungsfragen reichen.

1.1 Gesellschaftspolitischer Kontext

Das Krankenhaus als gesellschaftlicher Schauplatz spiegelt die Verhältnisse in der Gesamtgesellschaft wider. Die Institution und die darin stattfindende Kommunikation wird vom soziokulturellen Überbau beeinflusst. Kulturelle³ Normen prägen mithin die Interaktion im Krankenhaus auf allen Ebenen. Das trägt zur Komplexität des Krankenhausdolmetschens bei (vgl. Angelelli 2008: 149). Daher muss das Krankenhausdolmetschen im gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden, um festzustellen, wie sich die gesamtgesellschaftliche „Translationskultur“ (Prunč 1997:107), sprich die für die Translation

²Ursprünglich wurde Pöchhackers *Community Interpreting*-Studie in einem Studienbericht der Magistratsabteilung 15 veröffentlicht (Pöchhacker 1997a).

³Der dieser Arbeit zugrundeliegende Kulturbegriff wird mit Maletzke (1996: 16) als „System von Konzepten, Überzeugungen, Einstellungen, Wertorientierungen, die sowohl im Verhalten und Handeln der Menschen als auch in ihren geistigen und materiellen Produkten sichtbar werden“ definiert.

maßgeblichen gesellschaftlichen Normen, Konventionen, Erwartungen und Werte, auf die institutionelle „Translationspolitik“ (Pöchhacker 2000: 135) auswirkt, die beim Dolmetschen im Krankenhaus zum Tragen kommt.

1.1.1 Migration und Gesundheit

Wir leben in einer mehrsprachigen und multikulturellen Gesellschaft. In Österreich tragen dazu neben den im Land beheimateten, anerkannten Minderheiten hauptsächlich zugewanderte Menschen bei⁴. Migration stellt die Gesundheitssysteme der betroffenen Länder vor translationspolitische Herausforderungen. Studien belegen, dass weltweit ein Bedarf an Dolmetschleistungen in Gesundheitseinrichtungen besteht. Der institutionelle Umgang mit diesem Phänomen gestaltet sich von Land zu Land sehr unterschiedlich. Während Länder wie Schweden, Australien, die Niederlande und die USA als Vorreiter auf dem Gebiet des Krankenhaus- und allgemein des Kommunaldolmetschens⁵ gelten (vgl. Pöllabauer 2005: 49), besteht im deutschsprachigen Raum, der sich ebenfalls durch starke Zuwanderung auszeichnet, Nachholbedarf.

Das österreichische Gesundheitswesen muss dem Umstand Rechnung tragen, dass ein erheblicher Teil seiner Klientinnen defizitäre oder überhaupt keine Deutschkenntnisse aufweist und häufig mit der Funktionsweise der Gesundheitsversorgung in Österreich nicht vertraut ist. Ein Indiz dafür ist die Tatsache, dass Personen, die aus der Türkei oder aus dem ehemaligen Jugoslawien stammen, im Vergleich zur restlichen Bevölkerung weniger Vorsorgeangebote in Anspruch nehmen und häufiger stationär aufgenommen werden (vgl. Statistik Austria 2010: 13). Überdies haben die häufig schwierigen Lebensumstände dieser Bevölkerungsgruppen einen nachweislichen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand (vgl. Statistik Austria 2010). In einschlägigen Beiträgen besteht weitgehend Konsens darüber, dass Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber der Restbevölkerung benachteiligt sind, da vorhandene Sprachbarrieren zu

⁴Anfang 2010 betrug der Anteil von Personen nicht österreichischer Herkunft an der Gesamtbevölkerung 17 Prozent; die Einwohner Wiens sind sogar zu einem Drittel Personen mit Migrationshintergrund (vgl. Statistik Austria 2010: 74). Auch in Zukunft wird die Zuwanderung eine wesentliche Komponente der Bevölkerungsentwicklung in Österreich sein (vgl. Statistik Austria 2010: 22).

⁵In dieser Arbeit wird die von Pöchhacker (2000: 39) eingeführte deutsche Bezeichnung *Kommunaldolmetschen* für das *Community Interpreting* als begriffliche Abgrenzung zum Konferenzdolmetschen verwendet. Für eine genauere Definition sei auf Pöchhacker (2000: 37ff.) verwiesen (s. dazu 2.1).

Unter- oder Fehlversorgung führen können (vgl. Pammer 2009: 48, Akbal 1998: 115ff.). Auf diese Tatsache wird auch in einem Bericht des Gesundheitsministeriums explizit hingewiesen (vgl. BMGF 2005).

1.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

In Österreich haben alle Menschen das Recht auf medizinische Behandlung und Pflege. Aus diversen Rechtsvorschriften (Ärztegesetz, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Sanitätäergesetz etc.) ergibt sich die Verpflichtung für Gesundheitsdienstleisterinnen, allen Menschen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Gleichberechtigung bei der Versorgung sowie eine gewissenhafte Betreuung zu gewährleisten (vgl. BMGF 2005, Kletečka-Pulker 2012: 2). Sprachlich und kulturell bedingte Kommunikationsbarrieren können in Fragen der Gesundheit und der körperlichen Integrität eines Menschen denkbar gravierende Folgen haben, was in der Literatur zum Krankenhausdolmetschen mit zahlreichen Beispielen belegt ist⁶. Daraus erwächst für die Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere für Krankenanstalten die Pflicht, Personen, welche die Landessprache nicht (gut genug) beherrschen, eine reibungslose Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen der jeweiligen Einrichtung zu gewährleisten. Dafür spricht auch die gesetzlich verankerte Selbstbestimmung der Patientinnen und die damit zusammenhängende ärztliche Aufklärungspflicht (vgl. AEKWIEN o.J.). Grundsätzlich bedarf jede medizinische oder pflegerische Handlung – sofern kein Notfall vorliegt – der Einwilligung des „einsichts- und urteilsfähigen Patienten“ (Kletečka-Pulker 2012: 4), was eine barrierefreie Verständigung voraussetzt. Analog zur rechtlichen Lage in Deutschland (vgl. Slapp 2004: 11, Bührig & Meyer 2009: 126) haben in Österreich ansässige Patientinnen mit einer anderen Erstsprache als Deutsch bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen kein explizites Recht auf eine professionelle Dolmetschung, wenngleich sie der Krankenversicherungspflicht unterliegen und daher Krankenkassenbeiträge einzahlen.

⁶Häufig wird das Beispiel einer türkischen Patientin genannt, die in Ermangelung eines Dolmetschdienstes irrtümlicherweise einem Kaiserschnitt unterzogen wurde (vgl. Schneider 2004). Wimmer & Ipsiroglu (2001: 617) berichten von einer türkischen Mutter eines erbkranken Kindes, die eine nicht gedolmetschte Beratung zur Vererbbarkeit von Gendefekten missverstanden hatte und dachte, sie würde nach einer gewissen Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen ein gesundes Kind zur Welt bringen. Sie gebar letztendlich aber erneut ein unheilbar krankes Kind.

Zwar genügt laut Studien aus der Schweiz und den USA weder die gesetzliche Verankerung des Anspruches auf eine Dolmetscherin noch die Verfügbarkeit professioneller Dolmetschdienste, um eine flächendeckende und konsequente Inanspruchnahme zu gewährleisten, wenn erstens die Krankenhausleitung diese nicht ausdrücklich unterstützt (vgl. Hudelson & Vilpert 2009) und zweitens nicht genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen (vgl. Vandervort & Melkus 2003, Bischoff et al. 2006). Jedoch können dahingehende Forderungen einfacher durchgesetzt werden, wenn sie auf der Grundlage konkreter Gesetze erhoben werden. Im Unterschied zur Schweiz existieren in österreichischen (und deutschen) Gesundheitseinrichtungen in Ermangelung konkreter Rechtsvorschriften keine einheitlichen Vorgaben zur Handhabung der Kommunikation mit anderssprachigen Patientinnen (vgl. Slapp 2004: 70ff., Pöchhacker 2000: 262).

Mit dem Fehlen eines Rechtsanspruches auf eine kompetente Krankenhausdolmetscherin geht das Finanzierungsproblem einher. Wer die Kosten für Dolmetschleistungen im Gesundheitsbereich tragen soll, ist mangels gesetzlicher Festlegungen nicht geklärt (vgl. Stöger 2010). Die Sozialversicherungsträgerinnen kommen zwar grundsätzlich für „alle Leistungen der Krankenanstalten“ (Stöger 2010: 6) auf, allerdings besteht „keine Rechtsgrundlage“ (ebd.) für die Erstattung von Dolmetschkosten.

Wer bei Bedarf eine Dolmetscherin heranziehen soll, ist ebenso wenig festgelegt. Hier bestehen unterschiedliche Auffassungen im Hinblick auf den Geltungsbereich der ärztlichen Aufklärungspflicht und der Mitwirkungspflicht der Patientinnen. Während in der Literatur zum Krankenhausdolmetschen die Verantwortung eindeutig den Ärztinnen bzw. den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen zugeschrieben wird (vgl. UNIVERSITAS o.J., Wimmer & Ipsiroglu 2001, Meyer 2004, Kletečka-Pulker 2012), berufen sich institutionelle Vertreterinnen tendenziell auf die Mitwirkungspflicht der Patientinnen oder sie geben sich mit dem Einsatz von zweisprachigen Mitarbeiterinnen oder Angehörigen als Dolmetscherinnen zufrieden (vgl. z.B. Stöger 2010). In Handlungsempfehlungen der Wiener Patienten-anwaltschaft zur Sprachmittlung im Krankenhaus findet sich ein Hinweis auf die Notwendigkeit, einen „Dolmetscher“ heranzuziehen (vgl. WPPA 2009), allerdings bleibt offen, wer überhaupt als Dolmetscherin in Frage kommt.

Die ungeklärte Zuständigkeit beim Hinzuziehen von Dolmetscherinnen wirft außerdem die Frage auf, wer im Schadensfall für unzulängliche oder fehlerhafte Verdol-

metschungen haftet. Zur Haftung bei mangelhafter Dolmetschung durch Laien gibt es unterschiedliche Standpunkte (vgl. UNIVERSITAS o.J). Wimmer & Ipsiroglu (2001: 619) orten diese mit Verweis auf die Sachverständigenhaftung (§1299 ABGB) bei der Ärztin, die beispielsweise eine zweisprachige Krankenschwester ohne Dolmetsch-Schulung heranzieht. Laut Kletečka-Pulker (2012: 5) vom IERM kommt in diesem Fall die Erfüllungsgehilfenhaftung (§1313a ABGB) zum Tragen, weshalb die Verantwortung bei den Krankenanstalten liegt. Hier stellt sich jedoch die Frage, inwiefern Pflegekräfte, die eine Aufgabe übernehmen, für die sie nicht die notwendige Qualifikation besitzen, fahrlässig handeln und daher haftbar sind⁷.

1.2 Krankenhausdolmetscherin – ein Beruf? Professionalisierungsprobleme

Ein schwer wiegendes Problem bei der Sprachmittlung im Gesundheitsbereich stellt die fehlende Anerkennung des Berufs der Dolmetscherinnen in medizinischen Einrichtungen dar. Da in Österreich das Krankenhausdolmetschen im Gegensatz zum Gerichtsdolmetschen gesetzlich nicht geregelt ist (vgl. Pöchlacker 1997b: 223) und es keinerlei Zugangsregelungen gibt, kann grundsätzlich jede(r) in Krankenanstalten dolmetschen. Daher bezieht sich die Bezeichnung *Krankenhausdolmetscherin* nicht auf entsprechend ausgebildete Fachleute, sondern auf eine heterogene Gruppe von Personen, die in Bezug auf ihr Bildungs- und Erfahrungsniveau z. T. beträchtliche Unterschiede aufweisen. Studien belegen, dass das Angebot an Dolmetschleistungen in deutschsprachigen Krankenhäusern lückenhaft und häufig qualitativ minderwertig ist, da es zum klinischen Alltag gehört, dass zweisprachige Krankenhausmitarbeiterinnen sowie Angehörige der Patientinnen anstelle von ausgebildeten Dolmetscherinnen zur Bewältigung der Kommunikationsprobleme herangezogen werden (vgl. Pöchlacker 2000, Taskin et al. 2002, Bührig & Meyer 2009, Seidl & Walter 2010).

⁷Wenn Pflegepersonen (diplombiertes Pflegepersonal und Pflegehilfen) eine Dolmetschaufgabe übernehmen, ist fraglich, ob eine „strafrechtliche Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit“ (Allmer 2011: 33) vorliegt. Dieser berufsrechtliche Grundsatz besagt, jede Person, die eine Tätigkeit übernimmt, müsse erkennen, „ob sie die dafür notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt“ (ebd.) und entsprechend handeln. Willigt eine Pflegekraft in den Dolmetschauftrag ein, übernimmt sie entsprechend diesem Rechtsgrundsatz die (Mit-)Verantwortung für das Gelingen der vermittelten Kommunikation.

„Krankenhausdolmetscherin“ kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt also nicht als Berufsbezeichnung gelten, denn wie der Fachliteratur zu entnehmen ist, handelt es sich meistens um eine unentgeltliche Leistung, die ad hoc von nicht einschlägig ausgebildeten Personen erbracht wird, deren alleinige Eignung in ihrer (unüberprüften bzw. unüberprüfbaren) Zweisprachigkeit besteht. Trotz internationaler Entwicklungen in Richtung einer Professionalisierung im Bereich des Krankenhausdolmetschens stellt das österreichische Gesundheitsministerium in einem Bericht fest, dass der Bedarf an „fachlich kompetenter Übersetzung“ (BMGF 2005: 10) in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nicht erkannt wird. Dieser Befund bekräftigt Pöchhackers Feststellung, ein vorhandener Bedarf bedeute nicht zwangsläufig einen „Markt“, sprich eine Nachfrage nach professionellen (und daher kostenpflichtigen) Dolmetschleistungen (vgl. Pöchhacker 2009: 119).

1.2.1 Der naive Glaube an die „natürliche“ Dolmetschkompetenz

Ungeachtet der Forschungsbeiträge, die auf die Problematik des Laiendolmetschens im Gesundheitsbereich hinweisen (z.B. Pöchhacker & Kadric 1999, Pöchhacker 2008a), dominiert in vielen österreichischen Krankenhäusern nach wie vor der Glaube an die „natürliche“ (Harris & Sherwood 1978) Dolmetschkompetenz zweisprachiger Personen. Der Grund dafür liegt in der begrenzten Nachvollziehbarkeit aus Dolmetschfehlern resultierender Interaktionsstörungen, was Pöchhacker (2008a) in seiner Fallstudie eindrucksvoll veranschaulicht. Die primären Kommunikationspartnerinnen sind aufgrund fehlender Sprachkompetenz in der gegebenen Fremdsprache nicht imstande, den tatsächlichen Kommunikationserfolg zu beurteilen. Kaufert & Putsch (1997: 80) sprechen in diesem Zusammenhang von der Dolmetscherin als „linguistic 'black box'“: Außenstehende ohne entsprechende Sprachkenntnisse haben keine Kontrolle über den Translationsprozess; aus ihrer Sicht scheint die Kommunikation zu funktionieren. Dieser falsche Eindruck dürfte den häufigen Einsatz nichtprofessioneller Sprachmittlerinnen und darüber hinaus das fehlende Problembewusstsein für die Notwendigkeit einer „Professionalisierung von Dolmetschleistungen im medizinischen Kontext“ (Pöchhacker 2008a: 21) rechtfertigen.

Fehleinschätzungen bei der Bewertung des Kommunikationserfolges können auch auftreten, wenn Patientinnen über scheinbar gute Deutschkenntnisse verfügen. Die „bedingte partielle Durchlässigkeit der Sprachbarriere“ (Meyer 2009: 152) birgt die Gefahr, dass das Sprachvermögen der Patientinnen bei der Aufnahme im Spital überschätzt wird (s. 2.2.2) und daher auf den Einsatz von Dolmetscherinnen verzichtet wird. In solchen Fällen wird dem Krankenhauspersonal – wenn überhaupt – erst zu einem späteren Zeitpunkt bewusst, dass gravierende Verständnisprobleme bestehen, was die Krankenhausmitarbeiterinnen im besten Fall dazu veranlasst, eine Dolmetscherin heranzuziehen (vgl. ebd.).

1.2.2 Finanzierung

Dass im Krankenhausalltag auf professionelle Dolmetscherinnen verzichtet wird, liegt nicht nur an der falschen Überzeugung, Zweisprachige könnten von Haus aus dolmetschen, sondern auch an dem bereits erwähnten Finanzierungsproblem (s. 1.1.2). Die Kostenfrage stellt vermutlich eine der größten Hürden bei der Etablierung des professionellen Krankenhausdolmetschens dar. Die Umsetzung bereits (seit geraumer Zeit) ausgearbeiteter Vorschläge zur Verbesserung der Kommunikationspraxis, wie etwa Pöchhacker & Hengstbergers (1999) Implementierungskonzept für den „Aufbau einer Infrastruktur für Kommundolmetschen in Wien“, scheitert an der Finanzierung (vgl. Pöchhacker 2009: 118) bzw. der Uneinsichtigkeit zuständiger Stellen. Es wird übersehen, dass mangelnde oder mangelhafte Verständigung zwangsläufig zu erhöhtem Verwaltungsaufwand sowie Qualitätseinbußen in der Gesundheitsversorgung führt und damit erhebliche Mehrkosten nicht nur im Gesundheits- sondern auch im Sozialbudget zur Folge hat (vgl. BMGF 2005).

1.2.3 Ausbildungsangebot

Die Kostenfrage ist ferner für die „prekäre Ausbildungssituation“ (Pöllabauer 2009: 99) im Bereich Kommunal- bzw. Krankenhausdolmetschen in Österreich verantwortlich. Aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht kann die für das Krankenhausdolmetschen erforderliche Qualifikation lediglich durch eine akademische Ausbildung erworben werden.

Eine universitäre Ausbildungsmöglichkeit existiert in Österreich bisher nur an der Karl-Franzens-Universität in Graz. Das ITAT bietet einen Universitätslehrgang *Kommunal-dolmetschen* in den Sprachen B/K/S, Arabisch, Albanisch, Türkisch und Russisch an (vgl. UNI for LIFE), der allerdings nur bei ausreichender Finanzierung (vgl. Stofner 2006) und Bewerberanzahl (vgl. UNI for LIFE) durchgeführt wird. Ein Curriculum für Medizindolmetschen befindet sich in Ausarbeitung (vgl. Pöllabauer 2009: 105f.). Ein entsprechender Universitätslehrgang war an der Universität Wien geplant, kam jedoch nicht zustande. Das dafür erarbeitete Curriculum diente immerhin als Grundlage für ein Fortbildungskonzept für zweisprachige, ad hoc dolmetschende Krankenhausmitarbeiterinnen (vgl. Pöchhacker 2009, 2010, s. 1.3.1).

Das spärliche Ausbildungsangebot kann nicht zuletzt auf Prestigefragen zurückgeführt werden, gibt Pöchhacker (2000: 64f.) zu bedenken. Universitäre Studienpläne seien demnach eher auf die Bedürfnisse des Konferenz- als auf jene des Kommunaldolmetsch-Marktes zugeschnitten. Da der Status der Dolmetscherinnen in der öffentlichen Wahrnehmung von jenem ihrer Klientinnen abhängt, ist für viele das Krankenhaus- und generell das Kommunaldolmetschen (das hauptsächlich mit Migrantinnen oder Asylwerbenden in Verbindung gebracht wird) ein weniger attraktives Studium bzw. ein weniger erstrebenswerter Beruf als das Konferenzdolmetschen, das sich vornehmlich in Diplomaten- oder Expertenkreisen abspielt (vgl. Pöchhacker 2000: 64f.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Professionalisierung des Krankenhausdolmetschens hierzulande einstweilen Zukunftsmusik ist. Zu Recht bezeichnet Räskey (2009: 13) die Etablierung des Berufs der Krankenhausdolmetscherinnen als „dornige[n] Weg“. Dieser Befund gilt weitgehend für den gesamten deutschsprachigen Raum, allerdings können in Deutschland und vor allem in der Schweiz Bemühungen zur Professionalisierung verzeichnet werden. In der Schweiz geht die Etablierung des Berufsbildes KrankenhausdolmetscherIn (bzw. *interkulturelle(r) ÜbersetzerIn*⁸) hauptsächlich auf die Schaffung notwendiger politischer und rechtlicher Voraussetzungen im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit“ zurück (vgl. Bi-

⁸Diese Berufsbezeichnung verwendet die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln INTERPRET (vgl. INTERPRET 2011)

schoff & Steinauer 2007: 344, Achermann & Künzli 2008). Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, sind diese Voraussetzungen derzeit in Österreich nicht gegeben.

1.3 Kommunikationspraxis mit fremdsprachigen Patientinnen

Daher entscheidet meist der Zufall, wer bei Bedarf im Krankenhaus dolmetscht, es sei denn, es handelt sich um komplizierte Eingriffe. In solchen Fällen werden in der Regel externe professionelle Dolmetscherinnen (meistens Gerichtsdolmetscherinnen ohne spezifische Ausbildung im medizinischen Dolmetschen) herangezogen (vgl. Stofner 2006). In alltäglichen Situationen wird die sprachliche Vermittlung zumeist den im gegebenen Augenblick anwesenden Zweisprachigen aufgebürdet. Dabei handelt es sich oft um z. T. minderjährige Angehörige oder Krankenhausmitarbeiterinnen ohne Dolmetschausbildung, von denen einige auf internen Dolmetscherlisten erfasst sind (vgl. Pöchhacker 2000, Stofner 2006).

Häufig sind nicht einmal diese Verlegenheitslösungen möglich. Aus dem bereits genannten Bericht des Gesundheitsministeriums geht hervor, dass der Dolmetschbedarf in Krankenhäusern oft ungedeckt bleibt (vgl. BMGF 2005). In solchen Fällen kommen elementare Kommunikationsbehelfe wie Gestik, Mimik oder vereinfachtes Deutsch zum Einsatz, die nur einen Bruchteil der Verständigungsbarrieren zu beseitigen vermögen. Was noch schwerer wiegt, ist der Umstand, dass trotz des ungebrochenen Bedarfs die (wenigen) fest angestellten Dolmetscherinnen reduziert bzw. frei gewordene Stellen nicht nachbesetzt wurden (vgl. BMGF 2005, Stofner 2006).

1.3.1 Maßnahmen und Pilotprojekte

Bei den fest angestellten Dolmetscherinnen handelt es sich um sog. „muttersprachliche Beraterinnen“ für Türkisch, die seit 1989 in der Gynäkologie/Geburtshilfe und Pädiatrie (vgl. Pöchhacker 2009) im Einsatz sind. Einige absolvierten eine (nicht akademische) Dolmetschausbildung. Neben dieser muttersprachlichen Beratung für türkische Patientinnen zählen lediglich die spitalsinternen Dolmetschpools, sprich die unter 1.3 erwähn-

ten Listen fremdsprachenkundigen Personals, das bei Bedarf zu Ad-hoc-Dolmetschein-sätzen herangezogen wird, zu den dauerhaften Vorkehrungen in puncto Sprachmittlung in Wiens (öffentlichen) Krankenhäusern. Einen Versuch, diesem Missstand gegenzu-steuern, unternahm Pöchhacker im Auftrag des KAV und entwickelte eine auf einem universitären Studienplan fußende Fortbildung für Krankenhausmitarbeiterinnen (v.a. Pflegepersonal) mit vorhandener Erfahrung als Ad-hoc-Dolmetschende. Entgegen ur-sprünglichen Plänen konnte diese Fortbildung nur einmalig in den Jahren 2000/2001 durchgeführt werden. Die Gründe für die Einstellung des Projekts dürften laut Pöchha-cker (2009, 2010) Finanzierungsprobleme und vor allem mangelnde Investitionsbereit-schaft⁹ seitens der Entscheidungsträgerinnen gewesen sein.

Der gezielte Rückgriff auf professionelle, für den Gesundheitsbereich qualifi-zierte (externe) Dolmetscherinnen wurde bisher lediglich bei einem Pilotprojekt auf der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Wiener Hanusch-Krankenhauses geför-dert (vgl. Eichbauer et al. 2004). Alternative Dolmetschmöglichkeiten, wie das Remote Interpreting (Telefon- oder Videodolmetschen), sprich das Dolmetschen über räumliche Grenzen hinweg (vgl. Pöchhacker 2004: 21), sind in Wien erst im Versuchsstadium. Ös-terreichischer Vorreiter auf diesem Gebiet ist das LKH Graz, das seit dem Jahr 2009 auf einen Telefondolmetschdienst¹⁰ zurückgreift und wo an der Frauenklinik versuchsweise auch das Videodolmetschen via Skype zum Einsatz kam, dessen Anwendungspotenzial und Akzeptanz seitens der Dolmetscherinnen und Nutzerinnen im Rahmen einer Fallstu-die untersucht wurde (vgl. Korak 2010). Dabei stellte sich heraus, dass die Patientenzu-friedenheit durch dieses Angebot im Allgemeinen zwar erhöht wurde, die Patientinnen aber dennoch die Anwesenheit der Dolmetscherinnen vor Ort bevorzugten (vgl. Korak 2010: 132).

Wenngleich das Remote-Interpreting im Krankenhaus in Fachkreisen nicht als gleichwertiger Ersatz für das Dolmetschen vor Ort, sondern eher als Komplementärlö-

⁹Dabei fällt der in Abschnitt 1.2.1 angesprochene Glaube an die natürliche Dolmetschkompetenz ins Ge-wicht, was an der Stellungnahme einer Spitalsdirektorin zu erkennen ist, die von einer Tageszeitung zu dem Thema befragt wurde. Diese meinte, es bestünde kein weiterer Bedarf an einer solchen Qualifizierungsmaßnahme, da die eigenen zweisprachigen Mitarbeiterinnen vom medizinischen Personal ohnehin imstande seien, komplexe medizinische Sachverhalte zu dolmetschen (vgl. Neuhold & Stemmer 2009).

¹⁰Der telefonische Dolmetschdienst „SpracheDirekt“ bietet seine Dienstleistungen für die Sprachen Tür-kisch, Russisch, Arabisch, Albanisch, B/K/S, Rumänisch und Spanisch rund um die Uhr an (vgl. Sprache-Direkt 2010).

sung erachtet wird (vgl. Walzer 2011), bedeutet es einen wesentlichen Schritt in Richtung Professionalisierung des Krankenhausdolmetschens. In naher Zukunft könnte das für Österreich richtungweisende Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitsbereich“ die Vorteile professioneller Dolmetschung für die Patientinnen, das Gesundheitspersonal und das Gesundheitswesen aufzeigen und damit einen Anreiz schaffen, professionelles Dolmetschen im Krankenhaus (wenn auch über Zuschaltung per Videokonferenz) zu fördern. Das Projekt¹¹ lief im Herbst 2013 in elf österreichischen Krankenhäusern an (vgl. BMG 2013) und stellte den teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen für einen Zeitraum von sechs Monaten einen zentralen Videodolmetschdienst mit professionellen Dolmetscherinnen für die Sprachen Türkisch und B/K/S sowie für die ÖGS täglich von 6-22 Uhr zur Verfügung (vgl. Plattform Patientensicherheit 2012). Der für Gebärdensprachdolmetscherinnen und gehörlose Patientinnen unabdingbare, durch die Videoübertragung sichergestellte Sichtkontakt bringt für Lautsprachdolmetscherinnen und ihre Klientinnen einen maßgeblichen Vorteil gegenüber dem Telefondolmetschen, da auch die besonders für das medizinische Dolmetschen wesentlichen nonverbalen Kommunikationselemente wie Gestik, Mimik und Proxemik (vgl. Felgner 2009) berücksichtigt werden können. Der Kosten-Nutzen-Faktor wird im Rahmen einer Begleitstudie zur Erhebung des durch Sprachbarrieren bedingten ökonomischen Aufwandes analysiert (Plattform Patientensicherheit 2012). Nach der Pilotphase folgt die Evaluierung des Projektes, die für die Weiterentwicklung bzw. den Fortbestand der dazu eingerichteten Dolmetschzentrale ausschlaggebend sein wird.

Abgesehen von dieser positiven Initiative kann derzeit für die Kommunikationssituation mit fremdsprachigen Patientinnen in den österreichischen und insbesondere in den (öffentlichen) Wiener Krankenhäusern festgehalten werden, dass trotz des dringenden Bedarfs an (professionellen) Dolmetschleistungen das Problembewusstsein und mithin der Investitionswille für entsprechende Maßnahmen aufseiten der institutionellen Entscheidungsträgerinnen sowie der politisch Verantwortlichen im Allgemeinen nach wie vor fehlen. Was Roberts (1993: 246f.) vor zwei Jahrzehnten den nordamerikanischen Gesundheitseinrichtungen vorwarf, kann den österreichischen Gesundheitsinstitutionen noch heute vorgehalten werden: Sie sehen in der Regel keine Vorteile in profes-

¹¹Projektträger sind die Österreichische Plattform Patientensicherheit und des IERM in Zusammenarbeit mit dem BMG, dem Servicecenter ÖGS.barrierefrei und dem ZTW.

sionell vermittelter Kommunikation und betrachten den Einsatz von externen Dolmetscherinnen als notwendiges Übel, das lediglich einen zusätzlichen Kostenfaktor bedeutet.

1.3.2 Dolmetschendes Pflegepersonal: Patent- oder Notlösung?

Aus Sicht der Gesundheitseinrichtungen ist daher der Rückgriff auf zweisprachiges Krankenhauspersonal eine naheliegende Lösung (vgl. Seidl & Walter 2010). Studien zufolge dolmetschen in Wiener Krankenhäusern am häufigsten die Mitarbeiterinnen der jeweiligen Einrichtung (vgl. Pöchhacker 2000, Seidl & Walter 2010). Der nachweislich häufige Einsatz von zweisprachigem Reinigungspersonal ist zweifellos problematisch, schließlich verfügen diese Personen in der Regel über keinerlei medizinische Kenntnisse. Dagegen scheint der Einsatz zweisprachiger Pflegepersonen – unter dem Krankenhauspersonal dolmetscht diese Berufsgruppe am häufigsten (vgl. Seidl & Walter 2010) – auf den ersten Blick eine Ideallösung, zumindest aus einer nicht dolmetschwissenschaftlichen Perspektive. Neben vermeintlichen Vorteilen wie unmittelbare Verfügbarkeit und Unentgeltlichkeit (vgl. Pöchhacker 2010: 212) kann davon ausgegangen werden, dass das Pflegepersonal die institutionellen Strukturen und Abläufe innerhalb des Krankenhauses kennt und ein medizinisches (Basis-)Fachwissen besitzt. Ferner kann argumentiert werden, dass Patientinnen die dolmetschenden Pflegenden primär als zur Verschwiegenheit verpflichtete Fachpersonen wahrnehmen, deren Anwesenheit und Beteiligung am ärztlichen Gespräch keine Hemmungen bzw. Schamgefühle auslöst (vgl. Elderkin-Thompson et al. 2001: 1345). Bezeichnend für das fehlende Bewusstsein für die Komplexität der Sprachmittlung ist der Umstand, dass Pflegepersonen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch nicht nur für ihre Erstsprache, sondern auch für (vermeintlich ähnliche) Drittsprachen zum Dolmetschen herangezogen werden (vgl. Seidl & Walter 2010: 58). Pöchhacker (1997b: 221) berichtet von Krankenhausmitarbeiterinnen, die auf einer spitalsinternen Liste als Dolmetschende für gleich vier slawische Sprachen erfasst sind. Der Einsatz dolmetschender Pflegepersonen kann nicht als Königsweg gelten, da die Komplexität des Krankenhausdolmetschens und die Rollenproblematik der Dolmetschenden dabei unberücksichtigt bleibt. In der Fachliteratur wird der Einsatz ungeschulten bilingualen Pflegepersonals zu Dolmetschzwecken mit Verweis auf Rollen-

konflikte sowie Kompetenzverschiebungen und -mängel kritisch hinterfragt. Pöchhacker (2010: 212) weist zudem auf organisatorische und dienstrechtliche Aspekte hin, die sich für dolmetschende Pflegekräfte als problematisch erweisen können.

1.4 Zusammenfassung

Trotz des zuwanderungsbedingt konstant steigenden Dolmetschbedarfs in österreichischen Krankenhäusern steckt die Professionalisierung des Krankenhausdolmetschens in den Kinderschuhen. Zum einen fehlt in der Gesellschaft das Bewusstsein für die Bedeutung und Komplexität von Translation. Zum anderen wird letztere als Bringschuld der fremdsprachigen Patientinnen aufgefasst, wovon der mangelnde Rechtsanspruch auf professionelle Dolmetschung in sämtlichen Gesundheitsangelegenheiten und das damit verbundene Finanzierungsproblem zeugen. In österreichischen Krankenhäusern dolmetschen daher in der Regel Laien, d.h. im gegebenen Augenblick verfügbare zweisprachige Personen: Meistens handelt es sich um Angehörige der Patientinnen oder Krankenhausmitarbeiterinnen – hauptsächlich Pflegekräfte. Während Gesundheitseinrichtungen zwei- oder mehrsprachiges Pflegepersonal als eine willkommene (da kostenneutrale) Ressource für medizinische Dolmetschleistungen betrachten, stehen Forscherinnen dem Einsatz dolmetschender Pflegekräfte kritisch gegenüber.

Bevor empirische Beiträge zu den konkreten Problemen, die mit dem Einsatz dolmetschenden Pflegepersonals einhergehen, diskutiert werden, soll in den nachfolgenden Kapiteln zunächst das Krankenhausdolmetschen (Kap. 2) und anschließend der Rollenbegriff (Kap. 3) einer genaueren Analyse unterzogen werden.

2. Krankenhausdolmetschen

Das Dolmetschen im medizinischen Bereich gewann in den letzten Jahrzehnten nicht nur in der dolmetschwissenschaftlichen Forschung zunehmend an Bedeutung. Als ein wesentlicher Aspekt der Kommunikationspraxis mit Anderssprachigen im Gesundheitswesen stellt das Thema eine Querschnittsmaterie dar, die dementsprechend aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven und mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung erforscht wird (vgl. Pöchlacker 2006: 136ff.). Die Bandbreite der Forschung reicht dabei von den gesundheitswissenschaftlich orientierten Disziplinen wie Medizin, Psychiatrie und Pflegewissenschaft über sozialwissenschaftliche Ansätze bis hin zur Kommunikations- und Dolmetschwissenschaft (vgl. ebd.).

2.1 Begriffsbestimmung

In der Fachliteratur finden mehrere Begriffe für das Dolmetschen im medizinischen Bereich Verwendung. Da die Bezeichnung *Medical Interpreting* (s. z.B. Roberts 1997) auch das Dolmetschen bei Fachkonferenzen umfasst und der beispielsweise in den US-amerikanischen Berufskodizes gebräuchliche Terminus *Healthcare Interpreting* (s. z.B. CHIA 2002) den Tätigkeitsbereich der Dolmetscherinnen auf das gesamte Gesundheitswesen einschließlich Arztpraxen u. Ä. ausweitet, werden in dieser Arbeit im Hinblick auf das thematisch relevante Setting die Begriffe *Krankenhausdolmetschen* bzw. *Krankenhausdolmetscherin*, wie sie etwa in Pöchlacker (2009, 2010) verwendet werden, bevorzugt.

Das Krankenhausdolmetschen wird in der Dolmetschwissenschaft dem Kommunaldolmetschen bzw. *Community Interpreting* zugeordnet. Das Kommunaldolmetschen unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von anderen, stärker professionalisierten Dolmetschbereichen (z.B. Konferenzdolmetschen). Die Unterschiede betreffen laut Pöllbauer (2009) die Qualifikation und den Status der Dolmetschenden sowie die Rolle und den Wissensstand der Kommunikationspartnerinnen. Ferner sind das Setting, die Gesprächsinhalte und -ziele, der „Grad der Involviertheit der Dolmetscherinnen“ sowie der

„Grad der Emotionalität des Gesprächs“ (Pöllabauer 2009: 98) ganz anders als etwa beim Konferenzdolmetschen. In der Fachliteratur wird das Kommunaldolmetschen oft in Abgrenzung zum Konferenzdolmetschen definiert. Dabei existieren neben unterschiedlichen Bezeichnungen für das Kommunaldolmetschen, wie *Community Interpreting*, *Liaison Interpreting* und *Dialogue Interpreting* (vgl. z.B. Roberts 1997: 8, Pöchhacker 2000: 25, Pöllabauer 2005: 52), auch zahlreiche bisweilen voneinander divergierende Definitionen (vgl. Apfelbaum 2004: 25ff., Pöllabauer 2005: 49ff.).

Aufgrund der begrifflichen Unschärfe soll das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis des Begriffs Kommunaldolmetschen anhand seiner wesentlichen Merkmale konkretisiert werden. Das Kommunaldolmetschen dient der Deckung des innergesellschaftlichen Kommunikationsbedarfs (vgl. Pöchhacker 2000: 39), der aus dem Aufeinandertreffen von Angehörigen einer Minderheit und institutionellen Vertreterinnen der Mehrheitsgesellschaft resultiert (vgl. Wadensjö 1992/1998: 49, Pöllabauer 2005: 53) und daher von einem Machtgefälle geprägt ist (vgl. Pöllabauer 2005: 53); es zeichnet sich durch Bidirektionalität (vgl. Wadensjö 1992/1998: 49) aus, d.h. Dolmetschende arbeiten in beide Sprachrichtungen; ferner findet es in der Regel in *face-to-face*-Situatio-
nen statt, weshalb in der Literatur auch von dialogischem Dolmetschen (vgl. ebd.) bzw. von einem *Dialog zu dritt* oder *Triolog* (Bischoff & Loutan 2000) die Rede ist; und wird im besten Fall von professionellen Dolmetscherinnen (vgl. Pöllabauer 2005: 53), mehrheitlich aber – insbesondere im Gesundheitsbereich – von Laiendolmetscherinnen praktiziert (vgl. Apfelbaum 2004: 28).

2.2 Kompetenzanforderungen an Krankenhausdolmetscherinnen

Das Dolmetschen erfordert prinzipiell eine Reihe von Kompetenzen, die Pöchhacker (2000) in Anlehnung an Gentile et al. (1996) als Sprach-, Kultur-, translatorische und professionelle Verhaltenskompetenz, sprich die „Fähigkeit (...) in gegebener Dolmetschsituation autonome Entscheidungen in sprachlichen, soziokulturellen, emotionalen und ethischen Belangen zu treffen“ (Pöchhacker 2000: 239), definiert. Professionelle Dolmetscherinnen handeln demzufolge reflektiert und treffen bewusste

Entscheidungen, indem sie die Gesamtsituation unter Einbeziehung ihres theoretischen und praktischen Wissens analysieren und die Konsequenzen ihres translatorischen Handelns stets abwägen. Darin unterscheiden sich professionelle Dolmetscherinnen von Laien. Laiendolmetscherinnen handeln nämlich intuitiv und orientieren sich in der Regel an der Kommunikationsoberfläche, d.h. an dem Gesagten, nicht an dem Gemeinten (vgl. Kadric et al. 2005: 49, 121). Sie laufen Gefahr, durch zu freies und unreflektiertes Dolmetschen den Inhalt sowie die Intention von Aussagen gravierend zu verändern. Expertinnen hingegen können dadurch, dass sie die gesamte Kommunikationssituation analysieren und bewusst Entscheidungen treffen, bewährte Problemlösungsstrategien anwenden und damit ihren Erfahrungsschatz und ihr Expertenwissen erweitern (vgl. Kadric et al. 2005: 121). Professionelle Dolmetscherinnen sind sich zudem ihrer Verantwortung bewusst (vgl. Kadric et al. 2005: 49f.). Die professionelle Verhaltenskompetenz ist eng verknüpft mit der Rollenauffassung der Dolmetschenden und erweist sich daher insbesondere beim Kommunaldolmetschen, das diesbezüglich hohe Anforderungen an Dolmetscherinnen stellt, als entscheidend (vgl. Pöchlacker 2000: 239). Grundlegend für Krankenhausdolmetscherinnen ist zudem die Forderung nach psychosozialer Kompetenz (vgl. Pöllabauer 2005: 375). Gerade im Kontext des Krankenhauses mit seinem oft hektischen Betrieb und der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen sind Anpassungs- und Teamfähigkeit sowie Belastbarkeit und Stressresistenz unabdingbar. In der Fachliteratur besteht Einverständnis darüber, dass die Kompetenzanforderungen in diesem Handlungsfeld besonders hoch sind und dass das Aufgaben- und Rollenprofil von Krankenhausdolmetscherinnen dementsprechend komplex ist.

Wie vielschichtig das Krankenhausdolmetschen ist, lässt sich an der Vielzahl der Einflussfaktoren erkennen, die das Kommunikations- und Handlungsgefüge prägen und für die Positionierung der Dolmetschenden ausschlaggebend sind. Wer im Krankenhaus dolmetscht, handelt in einem Setting, das Teil eines gesellschaftlichen Systems mit seinen Normen und Werten (vgl. Angelelli 2008) ist und darüber hinaus spezifische institutionelle und strukturelle Erfordernisse mit sich bringt, welche die Triade Ärztin-Patientin-Dolmetscherin maßgeblich beeinflussen (vgl. Kaufert & Putsch 1997: 72). Die besonderen Anforderungen der Institution Krankenhaus sind mithin ein wesentlicher Faktor beim Dolmetschen (vgl. Meyer 2004) und wirken sich auf die Rolle der Dolmet-

schenden aus, insofern als sie „die Rollenerwartungen und Aufgabenstellungen für Dolmetscherinnen signifikant beeinflussen können“ (Pöchhacker 2000: 56). Hinzu kommt, dass jede Abteilung spezifische Anforderungen an Dolmetschende stellt, auf die nicht im Einzelnen eingegangen werden kann. Daher wird nachfolgend das Krankenhaus im Allgemeinen als kommunikativer Handlungsrahmen genauer betrachtet.

2.2.1 Institutionsspezifische Anforderungen

Im Krankenhaus herrscht eine klare professionelle Hierarchie, in der jede Berufsgruppe ihren zugewiesenen Platz einnimmt und alle Mitglieder eine vorgeschriebene Rolle zu erfüllen haben (vgl. Dreißig 2008: 363). Diese personelle Struktur wirkt sich zum einen auf die Interaktion zwischen den einzelnen Berufsgruppen aus, zum anderen beeinflusst sie die Beziehungen der Patientinnen zu den Vertreterinnen der einzelnen Berufsgruppen. Während bei der Kommunikation zwischen Pflegenden und Patientinnen in der Regel von einer Beziehung auf Augenhöhe ausgegangen werden kann, treten bei Arzt-Patient-Gesprächen die unterschiedlichen Positionen und mithin die ungleichen Machtverhältnisse deutlich zutage (vgl. ebd.). Patientinnen begegnen dem Pflegepersonal anders als den Ärztinnen. Die höhere Konfliktbereitschaft der Patientinnen gegenüber Pflegekräften kann auf deren niedrigeren Rang in der Krankenhaus-Hierarchie zurückgeführt werden (vgl. Dreißig 2008: 368).

Ferner besteht zwischen den Patientinnen als Empfängerinnen von Gesundheitsdienstleistungen und den Leistungserbringerinnen – den Ärztinnen und dem Pflegepersonal – ein grundsätzlicher Interessenkonflikt. Krankenhausmitarbeiterinnen vertreten die institutionelle Ordnung und sind bestrebt, diese aufrecht zu erhalten (vgl. Dreißig 2008: 363). Der allgemeine „Betrieb“ muss gewährleistet werden. Bisweilen geschieht dies – insbesondere angesichts der Sparmaßnahmen in (öffentlichen) Krankenhäusern – auf Kosten einer patientenorientierten Behandlung. Aufgrund von Personalmangel bleibt wenig Zeit für die persönlichen Belange einzelner, vor allem zugewanderter Patientinnen. Letztere versuchen häufig Pflegepersonen als Fürsprecherinnen zu gewinnen (vgl. Dreißig 2005, Bot 2005: 69). Um dennoch effizient arbeiten zu können, wahren Pflegende und Ärztinnen eine unterschiedlich stark ausgeprägte Distanz zu den Patien-

tinnen und ihren Leiden, wobei sich dieser professionelle Abstand direkt proportional zur Arbeitsbelastung verhält (vgl. Dreißig 2008: 363). Diese ist in den Gesundheitsberufen häufig sehr hoch, da der allgemein herrschende Sparzwang zu Stellenabbau und folglich zu immer höherem Zeitdruck führt. Dies wirkt sich auf die unmittelbare Interaktion zwischen den Gesundheitsdienstleisterinnen und ihren Klientinnen aus. Stressfaktoren verhindern oft von vornherein eine gelungene Verständigung zwischen dem ärztlichen bzw. Pflegepersonal und den Patientinnen (vgl. Dreißig 2005); durch Sprach- und Kulturbarrieren wird die Kommunikation zusätzlich beeinträchtigt.

Krankenhausdolmetscherinnen arbeiten mithin in einem komplexen und dynamischen Setting, das eine Reihe von spezifischen Kompetenzen erfordert und mit einer großen Verantwortung sowie Risiken verbunden ist (vgl. Bahadır 2008: 176f.). Dolmetschende müssen mit Machtungleichgewichten (vgl. Kaufert & Putsch 1997: 72, Pöchhacker 2004: 59) aufgrund unterschiedlicher soziokultureller Hintergründe der Interaktionspartnerinnen umgehen können, was insbesondere für die Gesprächs koordinierung von Bedeutung ist. Zudem sind Krankenhausdolmetscherinnen immer wieder mit emotional belastenden Situationen wie schweren Krankheits- oder Todesfällen konfrontiert, die sie zu bewältigen haben (vgl. Putsch 1985: 3345). Die hohe Situationsdynamik erfordert außerdem eine entsprechende Anpassungsfähigkeit (vgl. Putsch 1985: 3345, Gentile et al. 1996: 68). Wie in anderen Bereichen müssen Dolmetschende im Krankenhaus über einschlägiges Sachwissen (vgl. Gentile et al. 1996: 68), in diesem Fall also medizinisches (Grund-)Wissen verfügen.

2.2.2 Die Arzt-Patient-Kommunikation

Darüber hinaus sind beim Krankenhausdolmetschen Kenntnisse institutioneller Kommunikation und der spezifischen Merkmale der Arzt-Patient-Kommunikation unabdingbar (s. 4.3). Im Behandlungsprozess kommt der Arzt-Patient-Kommunikation eine besondere Bedeutung zu. Das Gespräch zwischen Ärztinnen und Patientinnen ist der erste, wesentliche Schritt zur Diagnose. In seiner Übersicht über empirische Daten zur Arzt-Patient-Kommunikation berichtet Egger (2007: 2), dass ca. die Hälfte aller Diagnosen allein auf der Grundlage genauer Anamnesen gestellt werden kann, ohne biswei-

len aufwändige Untersuchungen durchführen zu müssen. Bei Patientinnen steigt mit der Effektivität des ärztlichen Gesprächs die *Compliance*, d.h. die Bereitschaft zur Befolgung ärztlicher Anweisungen (vgl. Gonzalez-Nava 2009: 78). Eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation ist daher der Dreh- und Angelpunkt jeder Behandlung.

Ärztinnen greifen unabhängig von der Sprachbeherrschung der Patientinnen auf bestimmte zweckorientierte Sprachmittel (z.B. Modalverben, Konjunktionen, Adverbien) zurück. Damit Dolmetschende diese sprachlichen Signale und die ihnen zugrunde liegende Absicht erkennen können, benötigen sie profunde Kenntnisse institutioneller Kommunikation. Sie müssen sich mit den spezifischen Kommunikationsabläufen, den jeweiligen Diskursarten (Anamnese, Aufklärungsgespräch etc.) und ihren kommunikativen Zielen und sprachlichen Handlungsmustern auseinander gesetzt haben (vgl. Meyer 2003, 2004, Bühlig & Meyer 2004). Die Zweckorientierung in der Arzt-Patient-Kommunikation erfordert ferner die Fähigkeit, die Denkweise der Ärztinnen als Expertinnen nachvollziehen und sich gleichzeitig in die Patientinnen als medizinische Laien hinein versetzen zu können (vgl. Stuker 1998).

Diese Ausführungen führen deutlich vor Augen, dass der Behandlungserfolg von einer gelungenen Kommunikation abhängt. Bei Verständigungsproblemen steht dieser Erfolg auf dem Spiel. Sprachbarrieren sind aber nicht zwangsläufig undurchlässig, wie Meyer (2009: 139f.) argumentiert, denn Patientinnen mit Migrationshintergrund beherrschen oft bis zu einem gewissen Grad die jeweilige Landessprache. Dieser Umstand bedeutet eine besondere Herausforderung für das Rollenverhalten von Dolmetscherinnen (vgl. Meyer et al. 2003: 75), insofern als sie die Verstehensgrenzen der Patientinnen in der Fremdsprache auszuloten haben. Dies kann sich auf die Dynamik des Gesprächsablaufs in der Triade Ärztin-Dolmetscherin-Patientin auswirken. Der klassische, triadische Dolmetschablauf, den Knapp & Knapp-Potthoff (1985) als eine Abfolge monolingualer Redebeiträge beschreiben, wird durch die teilweise Durchlässigkeit der Sprachbarriere (vgl. Meyer 2009: 140) aufseiten der Patientinnen aufgebrochen¹². Dolmetscherinnen

¹²Meyer (2009: 145ff.) veranschaulicht dies anhand eines Fallbeispiels, bei dem er die Interaktion zwischen einer deutschen Ärztin, einem aus Portugal stammenden Patienten und einer in Deutschland geborenen portugiesischsprachigen Krankenschwester, die als Dolmetscherin fungiert, analysiert. Dabei stellt er fest, dass es aufgrund der Bilingualität des Patienten und der Krankenschwester zu abwechselnden Phasen von gedolmetschter und direkter Kommunikation kommt.

benötigen in solchen Interaktionen eine besondere Koordinierungskompetenz (vgl. Wadensjö 1992/1998).

2.2.3 Kulturbedingtheit des Krankheitsverständnisses

Des Weiteren müssen Krankenhausdolmetscherinnen kulturspezifische nonverbale Kommunikationselemente ebenso wie verbale Äußerungen berücksichtigen (vgl. Dreißig 2005, Felgner 2009: 49ff.). Dieser Grundsatz gilt zwar nicht nur für das Dolmetschen im Krankenhaus, ist aber in diesem Setting hinsichtlich der Wahrnehmung und Deutung nonverbaler Mitteilungen (z.B. bei Schmerzäußerungen) von besonderer Bedeutung, zumal mit der kulturellen Distanz auch die Gefahr der Missdeutung kulturabhängiger Gesten und Zeichen wächst (vgl. Vester 2009: 51).

Zur Kulturkompetenz beim Krankenhausdolmetschen gehört auch das Bewusstsein, dass das individuelle Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Interaktionspartnerinnen soziokulturell bedingt ist. Dolmetschende müssen also beachten, dass das Krankenhauspersonal und die Patientinnen jeweils unterschiedliche Auffassungen und Wertvorstellungen hinsichtlich Krankheit, Behandlung, Selbstbestimmung usw. haben. Denn auch innerhalb derselben Kultur können je nach sozialem Status, Bildungsstand, Migrationserfahrung und Identifikationsgrad mit der Aufnahme- und Herkunftskultur heterogene Ansichten und damit individuell unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte vorhanden sein (vgl. Avery 2001: 12, Binder-Fritz 2009: 30ff.). Daraus resultieren unterschiedliche Erwartungshaltungen, die Dolmetschende unter Umständen vor ethische Dilemmata stellen können (vgl. Kaufert & Putsch 1997: 72), zumal Betreuungspersonal bei der Behandlung anderssprachiger Patientinnen dazu tendiert, im Problemfall die Kultur als Ursache vorzuschieben, ohne auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen einzugehen (vgl. Binder-Fritz 2009: 30). Patientinnen neigen dazu, eine persönliche Beziehung zu den Dolmetschenden aufzubauen (vgl. Bot 2005: 69) und haben oft hohe Erwartungen, die bisweilen als Vereinnahmungsversuche zutage treten, „denen sich Dolmetschende in Kenntnis der Interaktions(vor)geschichte und der physischen Nähe oder anderen nonverbalen Kommunikationsfaktoren nur schwer entziehen können“ (Pöchhacker 2000: 60). Sich dieser Einflussnahme zu widersetzen dürfte Dol-

metschenden vor allem dann schwer fallen, wenn sie gleichzeitig die Pflegerolle innehaben und damit über die eigentliche Dolmetschsituation hinaus auf der Station anwesend sind und mit den Patientinnen interagieren.

Aus diesen Ausführungen geht klar hervor, dass das Krankenhausdolmetschen eine komplexe Tätigkeit ist, die einerseits eine hohe Stressresistenz und psychische Belastbarkeit erfordert und andererseits hohe Ansprüche an das Rollenverhalten sowie an das ethische, d.h. empathische und verantwortungsvolle (vgl. Bahadır 2008: 57) Verhalten der Dolmetschenden stellt. Doch gerade die Rolle der Krankenhausdolmetscherinnen ist in Österreich mangels eines etablierten Berufsstandes und damit eines Berufskodexes nicht festgelegt und selbst in Fachkreisen umstritten (s. 3.1). Deshalb kann ein Aufgaben- und Rollenprofil allenfalls anhand einer Gegenüberstellung von Nutzererwartungen¹³ und Rollenauffassungen der Dolmetschenden umrissen werden (vgl. Pöchhacker 2000: 243ff.). Dazu liegen lediglich zwei österreichische Forschungsarbeiten vor, Pöchhackers umfassende quantitative *Community Interpreting*-Studie und Uluköylü (2008) qualitative Interview-Studie. Daher werden im nächsten Abschnitt Beiträge aus dem Ausland (v.a. aus Deutschland) in die Diskussion mit einbezogen.

2.3 Aufgaben- und Rollenprofil: Eigen- vs. Nutzerperspektive

Unter Nutzerinnen von Dolmetschleistungen werden in diesem Abschnitt Ärztinnen, Pflegepersonal und Therapeutinnen verstanden. Patientinnen und ihre Erwartungshaltung an Dolmetschende können mangels verfügbarer Forschungsbeiträge aus Österreich nicht berücksichtigt werden. In puncto Eigenperspektive wird nicht konkret jene dolmetschender Pflegepersonen herangezogen, da dazu keine gesonderten Daten vorhanden sind, sondern generell die Rollenauffassung von (nicht professionellen) Krankenhausdolmetscherinnen (Allaoui 2005, Uluköylü 2008) bzw. jene von dolmetschendem (klinischen) Krankenhauspersonal¹⁴ (Pöchhacker 2000: 246ff.).

Untersuchungen belegen, dass Nutzerinnen und Dolmetschende in vielerlei Hinsicht unterschiedliche Vorstellungen vom Krankenhausdolmetschen und den damit ver-

¹³Pöchhacker (2000) weist allerdings darauf hin, dass Erwartungen an Dolmetschende einem ständigen Wandel unterliegen und daher nicht zu Normen erklärt werden können.

bundenen Aufgaben haben (vgl. Pöchhacker 2000, Allaoui 2005, Rosenberg et al. 2007, 2008, Uluköylü 2008, Hsieh et al. 2010). Auf der Nutzerseite wurde beobachtet, dass Ärztinnen unterschiedliche Erwartungen entsprechend ihren individuellen Präferenzen bzw. ihren Fachgebieten haben (vgl. Hsieh et al. 2010) und dass ihre Erwartungshaltung z. T. deutlich von jener anderer medizinischer Fachkräfte (Pflege-, therapeutisches Personal) abweicht (vgl. Pöchhacker 2000: 254f.). Das ärztliche Personal hat in Bezug auf nicht strikt translatorische Aufgaben z. T. eine sehr weit gefasste Vorstellung von der Rolle der Krankenhausdolmetscherinnen. Diese hätten sowohl „krankenhausinterne“ als auch „-externe“ Aufgaben zu erfüllen (vgl. Allaoui 2005: 66). Allaoui stellt im Rahmen von Experteninterviews in einem deutschen Krankenhaus fest, dass sich die Erwartungen des ärztlichen Personals mit den Rollenauffassungen der Krankenhausdolmetscherinnen¹⁵ in vielen Punkten decken, z. B. was die nicht translatorischen Zuständigkeitsbereiche anbelangt. Beide Gruppen betrachten die Betreuung der Patientinnen als Aufgabe der Dolmetscherinnen (vgl. Allaoui 2005: 66ff.). Diese Aufgabe geht weit über die reine Mittlerrolle hinaus und erfordert seitens der Dolmetschenden ein gewisses Maß an Involviertheit.

Bei der Definition der aktiven Dolmetscherrolle weichen in Allaouis Studie die Meinungen der Ärztinnen von jenen der Dolmetschenden ab: Während sich die Dolmetscherinnen prinzipiell als aktive Teilnehmerinnen an der Arzt-Patient-Kommunikation auffassen, die auch die Gefühlsebene bei der Sprachmittlung berücksichtigen, verlangt nur ein Teil der befragten Ärztinnen eine empathische, kultursensible und aktive Interaktionsbeteiligung; der Rest fordert eine „Eins-zu-Eins“-Dolmetschung unter Auslassung jeglicher emotionaler bzw. nonverbaler Aspekte (vgl. Allaoui 2005: 66ff.). Diese Forderung steht im Widerspruch zur gleichzeitig erwarteten Betreuungsfunktion der Dolmetschenden. Diskrepante Ansichten in Bezug auf die Eigenständigkeit der Dolmetscherinnen stellt auch Uluköylü (2008) in ihrer Interview-Studie fest: Bei der Klärung

¹⁴Pöchhacker (2000: 246) gibt nicht genau an, welchen der drei Berufsgruppen (Ärztinnen, Pflegepersonal, Therapeutinnen) die von ihm zu ihrer Rollenauffassung befragten fünf ad hoc dolmetschenden Krankenhausmitarbeiterinnen angehören. Allerdings kann aufgrund oft deckungsgleicher Aussagen des Pflegepersonals und der dolmetschenden Mitarbeitenden hinsichtlich ihres Rollenprofils angenommen werden, dass ein Großteil der Befragten Pflegenden waren.

¹⁵Die befragten Dolmetscherinnen können zwar auf keine einschlägige akademische Ausbildung verweisen, sie absolvierten jedoch ein vom Krankenhaus vorgeschriebenes Dolmetschtraining (vgl. Allaoui 2005: 84).

von Missverständnissen handeln die von ihr befragten Dolmetschenden „auf eigene Faust“ (Uluköylü 2008: 215), ohne die Ärztin umgehend über auftretende Kommunikationsschwierigkeiten in Kenntnis zu setzen. Die Ärztinnen hingegen bestehen auf der Einbindung in den Klärungsprozess und erwarten von den Dolmetschenden, über Unklarheiten aufseiten der Patientinnen informiert zu werden (vgl. ebd.). Uluköylü ortet weitere, voneinander abweichende Rollenauffassungen bzw. -zuschreibungen: Die befragten (größtenteils nicht professionellen) Dolmetscherinnen begreifen sich als Vertrauens- bzw. Begleitpersonen der Patientinnen und sogar als „emotionale Stütze“. Die medizinischen Fachkräfte hingegen erwarten von den Dolmetschenden Neutralität (vgl. Uluköylü 2008: 205). Ein „absolut neutrales Verhalten“ sowie „Diskretion und Verschwiegenheit“ wird auch von dem Wiener Krankenhauspersonal gefordert, das Pöchhacker (2000: 248) im Rahmen seiner umfassenden Studie u.a. zum Thema Erwartungen gegenüber Dolmetschenden befragte¹⁶. In gewisser Hinsicht befürworten die medizinischen Fachkräfte der Wiener Studie ebenfalls eine Betreuungsfunktion seitens der Dolmetschenden, indem sie das Ausfüllen von Formularen und Erhebungsblättern dem Aufgabenbereich der Dolmetschenden zurechnen (vgl. Pöchhacker 2000: 252). Aus Sicht der meisten Nutzerinnen sollen Dolmetschende auf Missverständnisse aufmerksam machen, Formulare ausfüllen, unbestimmte Aussagen abklären, die Ausdrucksweise für Patientinnen vereinfachen und umständliche Patientenaussagen zusammenfassen (vgl. Pöchhacker 2000: 252). Darüber sind sich mindestens drei Viertel der Befragten einig. Dagegen betrachten lediglich 60 Prozent der befragten Nutzerinnen die Kulturmittlung und das eigenständige Formulieren auf Aufforderung des Personals als Aufgabe der Dolmetscherinnen (vgl. Pöchhacker 2000: 252). Aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen (Ärztinnen, Pflegepersonal, Therapeutinnen) ergeben sich allerdings z. T. signifikante Unterschiede bei den Nutzererwartungen (vgl. Pöchhacker 2000: 254). Bei sechs von neun Fragestellungen zu den Dolmetschaufgaben äußert sich das ärztliche Personal deutlich zurückhaltender als das Pflegepersonal. Die Zustimmung beider Berufsgruppen ist hingegen in Bezug auf das Hinweisen auf Missverständnisse, das Ausfüllen von Formularen sowie das Kulturmitteln annähernd gleich hoch (vgl. ebd.).

¹⁶Insgesamt wurden im Zuge einer quantitativen Erhebung des Dolmetschbedarfs und der gängigen Kommunikationspraxis mit fremdsprachigen Patientinnen 508 Mitarbeiterinnen in zwölf Wiener Spitälern befragt (vgl. Pöchhacker 2000: 246).

Ergänzend zur Erhebung der Nutzerperspektive befragte Pöchhacker (2000: 246ff.) fünf Krankenhausmitarbeiterinnen von der internen Dolmetscherliste zu ihrer Tätigkeit und Rollenauffassung als Dolmetscherinnen. Der Studienautor führte zu diesem Zweck quantitative Einzelinterviews anhand der neun Fragestellungen zum Aufgabenprofil der Krankenhausdolmetscherinnen aus dem Nutzer-Fragebogen durch (vgl. Pöchhacker 2000: 247).

Knapp die Hälfte der Fragen zu den Aufgaben von Krankenhausdolmetscherinnen wurde von allen Befragten als zutreffend beantwortet. Das dolmetschende Krankenhauspersonal zählt die zusammenfassende Wiedergabe, das Abklären unbestimmter Aussagen, das Hinweisen auf Missverständnisse und die Hilfe beim Ausfüllen von Formularen zu seinem Aufgabenbereich. Vier Dolmetschende betrachten das Erläutern von Fachtermini als ihre Aufgabe. Kulturmitteln, Vereinfachen, Rafften und selbstständiges Formulieren auf Bitte des Personals gehört lediglich für drei der fünf Befragten dazu (vgl. Pöchhacker 2000: 246ff.). Pöchhacker stellt fest, dass das dolmetschende Krankenhauspersonal in erster Linie „Aufgaben, die eine betont eigenständig-aktive Rollenauffassung erfordern“ gänzlich bejaht (Pöchhacker 2000: 258).

Ähnlich wie in den Studien von Allaoui (2005) und Uluköylü (2008) fällt auch bei Pöchhacker die Beurteilung des Rollen- und Aufgabenprofils von Krankenhausdolmetscherinnen auf der Nutzerseite anders aus als aufseiten der Dolmetschenden selbst. Vergleicht man jedoch die Erwartungen einzelner Berufsgruppen mit der Rollenauffassung des dolmetschenden Krankenhauspersonals¹⁷, kristallisiert sich eine interessante Konvergenz heraus. In einer Berufsgruppe stimmen die (Rollen-)Anforderungen mit den Rollenauffassungen der befragten Dolmetscherinnen weitgehend überein: Beim Pflege- und therapeutischen Personal ortete Pöchhacker (2000: 267) die größte Kongruenz mit den Ansichten der Dolmetschenden. Dieser Befund lässt sich auf die Tatsache zurückführen, dass das Pflegepersonal (also jene Berufsgruppe mit unmittelbarem und stetem Patientenkontakt) in den Krankenhäusern oft selbst dolmetscht (vgl. Pöchhacker 2000, Seidl & Walter 2010), was zu Kompetenzverschiebungen und Rollenkonflikten (s. 3.2.3) führen kann. Pöchhacker (2000: 267) legt den Schluss nahe, dass klinisches

¹⁷Zu beachten ist dabei, wie Pöchhacker (2000: 262) anmerkt, dass die Aussagekraft dieses Vergleichs durch das unausgewogene Verhältnis Dolmetschende – Nutzerinnen eingeschränkt ist.

Krankenhauspersonal beim Dolmetschen den bewussten Wechsel von der Betreuer- zur Mittlerrolle nicht ohne eine entsprechende Schulung und Reflexion vollführen kann.

2.4 Zusammenfassung

Die Komplexität des Krankenhausdolmetschens ergibt sich aus dem Zusammenspiel spezifischer institutioneller Anforderungen und individueller Erwartungen, die die unterschiedlichen Nutzerinnen von Dolmetschleistungen an Dolmetschende im Krankenhaus stellen. Neben den Grundfertigkeiten Sprachkompetenz, translatorische Kompetenz, Sachwissen und Kulturkompetenz müssen Krankenhausdolmetscherinnen Kenntnisse der institutionsspezifischen Kommunikation sowie emotionale Belastbarkeit mitbringen und überdies mit ethischen Dilemmata umgehen können, die aus gegenläufigen Erwartungshaltungen der Interaktionsspartnerinnen resultieren.

Da das Aufgaben- und Rollenprofil von Krankenhausdolmetscherinnen in Österreich nicht berufsethisch kodifiziert ist, kann es lediglich anhand von empirischen Befunden zur Nutzerperspektive in Gegenüberstellung zur Rollenauffassung der Dolmetschenden bestimmt werden. Aus den diskutierten Studien geht hervor, dass die Erwartungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe an Dolmetschende in einigen Punkten, insbesondere bezüglich der aktiven Beteiligung an der Interaktion, deutlich von der Rollenauffassung der Dolmetschenden abweichen. Eine Ausnahme auf der Nutzerseite bildet das Pflegepersonal, das Studien zufolge häufig selbst dolmetscht. In dieser Nutzergruppe stimmen die Erwartungen mit den Auffassungen der Dolmetschenden weitgehend überein. Dieser Befund kann als ein Hinweis darauf gedeutet werden, dass sich Pflegepersonen beim Dolmetschen nicht von alleine bewusst von ihrer primären Berufsrolle distanzieren können.

Bevor die hier angedeutete Rollenproblematik dolmetschender Pflegepersonen anhand einschlägiger Forschungsbeiträge (s. Kap. 4) diskutiert wird, soll im nächsten Kapitel zunächst der Rollenbegriff und seine theoretischen Grundlagen erläutert werden.

3. Zum Begriff der *Rolle*

3.1 Der Rollenbegriff in der Dolmetschwissenschaft

In der Dolmetschwissenschaft legt der Rollenbegriff fest, was Dolmetschende über die reine Translation (im engsten Sinn) hinaus tun (dürfen), sprich, wann sie aus dem *conduit*¹⁸-Modus austreten sollen/dürfen, um das Verstehen und Verstandenwerden zwischen den Gesprächspartnerinnen zu ermöglichen bzw. zu fördern (vgl. Pöchhacker 2004: 59). Es geht dabei um die Frage, inwiefern Dolmetscherinnen in der Interaktion sichtbar bzw. unsichtbar sein sollen (vgl. Angelelli 2008).

In der Forschung zum Kommunaldolmetschen stellt die Dolmetscherrolle ein Schwerpunktthema dar (vgl. Pöchhacker & Shlesinger 2002: 209), da die Rollenauffassung das Rollenverhalten der Dolmetscherinnen prägt, welches wiederum die Gruppendynamik und den Kommunikationserfolg (vgl. Anderson 1976/2002: 209) maßgeblich beeinflusst.

Die Diskussion um die Dolmetscherrolle entstand in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts und wurde zunächst außerhalb der (damals noch nicht eigenständig existierenden) Dolmetschwissenschaft geführt (vgl. Pöchhacker 2006: 136). Als Erster thematisierte der Soziologe Bruce Anderson (1976/2002) die Bedeutung der Rolle der Dolmetscherinnen in der interkulturellen Kommunikation, indem er ein neues Licht auf das Dolmetschen als Interaktion bzw. *face-to-face*-Kommunikation warf (vgl. Pöchhacker & Shlesinger 2002: 208) und damit den Grundstein für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Dolmetscherrolle legte.

¹⁸Das in der Literatur zur Dolmetscherrolle häufig genannte *conduit*-Konzept geht auf den Linguisten Michael Reddy (1979) zurück, der postulierte, unser Verständnis von Sprache komme metakommunikativ größtenteils in sog. *conduit*-Metaphern zum Ausdruck. Die Auffassung von der Sprache als Rohrleitung beeinträchtigt unsere Sicht auf die tatsächliche Kommunikation. Diese lasse sich nicht auf das Senden und Empfangen in Worte „verpackter“ Botschaften reduzieren (vgl. Reddy 1979: 288f.). In Bezug auf die Dolmetscherrolle wird der Begriff *conduit* für die Dolmetschende als im Hintergrund stehende, weitgehend unbeteiligte Sprachmittlerin verwendet (s. 3.1.2).

3.1.1 Die Krux mit der Rolle

Anderson (1976/2002) brachte als einer der Ersten die Rollenproblematik beim Kommunaldolmetschen zur Sprache. Er wies auf potenzielle Rollenkonflikte (s. 3.2.3) hin, die sich aus unterschiedlichen Erwartungshaltungen der Interaktionspartnerinnen gegenüber Dolmetschenden ergeben (vgl. Pöllabauer 2005: 188, Pöchhacker & Shlesinger 2002). Die Erwartungen an Kommunaldolmetscherinnen können laut Anderson nicht nur gegensätzlich, sondern auch deutlich überzogen sein. Das Problem des „role overload“ (Anderson 1976/2002: 211) bringt er folgendermaßen auf den Punkt: „Not only is it seldom entirely clear what he is to do, he is also frequently expected to do more than is objectively possible“ (ebd.).

Neben der hier angesprochenen Rollenambiguität (auf die in Abschnitt 3.2.4 näher eingegangen wird) und Rollenüberfrachtung ist der Verweis auf mögliche Rollenkonflikte angesichts der im medizinischen Setting häufig gegenläufigen Erwartungshaltungen gegenüber Dolmetschenden (vgl. Drennan & Swartz 1999, Allaoui 2005, Uluköyülü 2008) von besonderer Brisanz. Anderson (1976/2002: 209) betont, dass jede Dolmetschtätigkeit in eine soziale Situation eingebettet ist. Er lehnt grundsätzlich normative Rollenvorschreibungen ab und verweist stattdessen auf die Notwendigkeit, die Dolmetscherrolle in jeder Situation mit den Klientinnen neu auszuhandeln (vgl. Anderson 1976/2002: 211).

Die soziologischen Beiträge zur Rollenproblematik wurden von der Dolmetschwissenschaft erst in den neunziger Jahren verstärkt aufgenommen (vgl. Pöchhacker 2008b: 52). Dabei machten viele Autorinnen, die sich mit der Rolle von Kommunaldolmetscherinnen befassten, Anleihen bei dem Soziologen Erving Goffman. Seine Standardwerke zu menschlichem Interaktionsverhalten und entsprechenden Ritualen in alltäglichen Kommunikationssituationen wurden als Grundlage für die Untersuchung gedolmetschter Interaktionen herangezogen (vgl. Metzger 1999, Pöchhacker 2008b: 56). Einen Meilenstein für die dolmetschwissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Dolmetscherrolle im kommunalen Bereich stellt die Arbeit von Wadensjö (1992/1998) dar, in der sie das Rollenverhalten von professionellen Dolmetscherinnen bei schwedischen Einwanderungsbehörden und im medizinischen Bereich untersuchte (vgl. Pöchhacker 2000: 168, Pöchhacker & Shlesinger 2002: 340). Wadensjö

(1992/1998) analysierte in Anlehnung an Goffmans (1981) soziologisches Interaktionsmodell¹⁹ die Handlungsmuster von Dolmetscherinnen (vgl. Pöllabauer 2005: 195f.). Entgegen der traditionellen Auffassung der Dolmetscherrolle konnte Wadensjö zeigen, dass sich Dolmetscherinnen in der realen Dolmetschsituation nicht auf die reine Translation beschränken, sondern auch zum Ausgleich bestehender Wissens- und Machtunterschiede koordinierend in das Gespräch eingreifen und auf der metakommunikativen Ebene handeln (vgl. Pöllabauer 2005: 196, Meyer 2009: 151). Wadensjö und später Bolden (2000) bewiesen in ihren Beiträgen, dass das starre „Normalformat der Mittlerdiskursstruktur“ (Knapp & Knapp-Potthoff 1985) nicht der Praxis entspricht (vgl. Meyer 2009: 151).

3.1.2 Das Neutralitätsdogma

Außerhalb der Wissenschaft gilt in Bezug auf die Dolmetscherrolle nach wie vor weitgehend das Neutralitätspostulat (vgl. Bührig & Meyer 2009: 112). Der Dolmetscher bzw. die Dolmetscherin wird als „neutraler Mittler“ (Knapp & Knapp-Potthoff 1985: 453), als „Nicht-Person“ (Bahadır 1998: 270) oder als unsichtbare Übersetzungsmaschine (vgl. Roy 1993/2002) dargestellt. Roy führt in ihrem Beitrag mehrere Metaphern an, welche die Unsichtbarkeit von Dolmetscherinnen veranschaulichen (vgl. Angelelli 2004a) und z. T. von den Dolmetschenden selbst als zutreffende Rollenbezeichnung betrachtet werden. So wird die Dolmetscherrolle oft mit bildhaften Umschreibungen wie *faithful echo*, *channel*, *conduit*, *switching device*, *transmission belt*, *modem* oder *input-output-robot* (vgl. Roy 1993/2002) zum Ausdruck gebracht. All diese Benennungen verweisen auf eine Dolmetscherfigur, die sich stets im Hintergrund hält und in keiner Weise Einfluss auf die Interaktion ausübt. Gerade in Bezug auf das Dolmetschen im medizinischen Kontext wird allerdings die neutrale Dolmetscherrolle von Dolmetschwissenschaftlerinnen kritisch hinterfragt.

¹⁹Das *participation framework*-Modell beschreibt das Verhältnis der Interaktionsteilnehmerinnen zu der (eigenen) Äußerung und damit die Stellung des bzw. der Einzelnen in der Interaktion. Diese wird als Teilnehmerstatus (*participation status*) bezeichnet (vgl. Goffman 1981). Wadensjö (1992/1998: 91f.) adaptierte Goffmans Konzept des *production format* (Sprecherinnen können drei mehr oder wenige aktive Rollen verkörpern) und stellte unter Anwendung des von ihr entwickelten *reception format* (Wadensjö 1992/1998: 92) bei der Analyse von Gesprächen mit Dolmetscherbeteiligung fest, dass Dolmetscherinnen zwischen verschiedenen Sprecher- und Hörerrollen und den damit verbundenen Teilnehmerstatus wechseln.

Strict neutrality is a principle to which interpreters in conference, court and police settings are expected to adhere. Acting as third parties, interpreters have to be neutral and impartial in these settings, but not necessarily so in business or social interpreting settings and perhaps even less in medical interpreting. (Kalina 2002: 176)

Während Kalina die absolute Neutralität von *Medical Interpreters* infrage stellt, lehnt Bot diese (2005) grundsätzlich ab. Sie bezeichnet die in (niederländischen) Berufs- und Ehrenkodizes vorhandene Forderung nach absoluter Neutralität und „non-involvement“ als Ideologie (vgl. Bot 2005: 83) und Irrglauben (vgl. Bot 2005: 255). In ihrer Studie zum Dolmetschen in der Psychotherapie in den Niederlanden räumt Bot (2003) endgültig mit dem „myth of the uninvolved interpreter“ auf, indem sie aufzeigt, dass diese Auffassung von Dolmetscherinnen als Übersetzungsmaschinen bzw. Nicht-Personen nicht mit den kontextspezifischen Empathie-Anforderungen vereinbar ist (vgl. Bot 2005).

3.1.3 Wandel des dolmetschwissenschaftlichen Rollenkonzeptes

Im Laufe der Zeit und im Zuge einschlägiger Forschungstätigkeit²⁰ erfuhr das dolmetschwissenschaftliche Verständnis der Dolmetscherrolle einen tief greifenden Wandel. Die Rollenzuschreibungen bewegen sich weg von der früher weitgehend akzeptierten Idealnorm der genauen und getreuen Wiedergabe (vgl. Schweda-Nicholson 1994: 86f.) hin zu einer vielschichtigen und weiter gefassten Mittlerrolle. Die unsichtbare Dolmetschende verwandelt sich in eine sichtbare Mittlerin (Angelelli 2004a) bzw. eine aktive Dritte (Knapp-Potthoff & Knapp 1986). Der Person „in the middle“ (Knapp-Potthoff & Knapp 1987) werden zunehmend neue Rolleneigenschaften zugesprochen, wobei insbesondere die kulturmittlerische Tätigkeit ins Zentrum des Interesses rückt.

So sprechen Kaufert & Koolage (1984) in ihrer Arbeit über medizinisches Dolmetschen in Kanada von Dolmetscherinnen als *cultural broker*. Cairncross (1989) be-

²⁰Bei der Untersuchung der Dolmetscherrolle wurde auf unterschiedliche Forschungsmethoden zurückgegriffen, wobei hauptsächlich Erhebungen mittels standardisierter Fragebögen (z.B. Pöchhacker 2000, Opraus 2003, Angelelli 2003, 2004a) oder Interviewtechniken (z.B. Allaoui 2005, Uluköylü 2008) zur Anwendung kamen. An der Soziolinguistik orientierten sich diskursanalytische Studien (vgl. Pöchhacker & Shlesinger 2007: 4), dazu zählen u.a. die Arbeiten von Roy (1989), Metzger (1999), Davidson (2000), Bolden (2000), Meyer (2003, 2004) Bührig & Meyer (2004, 2009) und Leanza (2005). Hsieh (2007) verband in ihrer Studie über das Rollenverhalten von Krankenhausdolmetscherinnen Interviewtechniken mit Feldforschung.

zeichnet Dolmetschende als *cultural interpreter* (1989: 7), die mehrere Rollenmerkmale auf sich vereinen: Sie sind Sprach- und Kulturmittlerinnen sowie Fürsprecherinnen (*advocates*) ihrer Klientinnen. Gerade letztere Rolle wird im Zusammenhang mit medizinischem Dolmetschen häufig genannt (vgl. z.B. Putsch 1985, Jalbert 1998, Avery 2001), jedoch gleichzeitig kritisch hinterfragt.

Weiss & Stuker (1998) stellen in ihrem Grundlagenbericht zur Übersetzung und Kulturmittlung im Schweizer Gesundheitswesen ein vierstufiges Modell idealtypischer, sich in der Praxis überlappender, Dolmetscherrollen vor, das von der wortwörtlichen Übersetzung, über die kulturelle Vermittlung und Patientenfürsprache hin zur Ko-Therapie reicht. Auf einem bis auf die Rolle der Ko-Therapeutin vergleichbaren Schema basiert das vierstufige Pyramidenmodell von Niska (2002). Das Rollenspektrum von Krankenhausdolmetschenden umfasst den *conduit*, *clarifier*, *culture broker* und *advocate* (Niska 2002: 138). Die primäre Rolle der Krankenhausdolmetscherin als *conduit* beschränkt sich auf die Übermittlung des Gesagten. Als *clarifier* erläutert die Dolmetscherin den Patientinnen zusätzlich Fachtermini und greift bei Missverständnissen klärend ein. Einen noch größeren Handlungsspielraum und damit eine aktivere (und verantwortungsvollere) Rolle hat die Dolmetscherin als *culture broker*. Die Dolmetschende bringt einerseits dem Krankenhauspersonal den kulturellen Hintergrund der fremdsprachigen Patientinnen näher und erklärt andererseits den Patientinnen die kulturellen Unterschiede, mit denen sie konfrontiert werden, was bisweilen einen Eingriff in den Gesprächsablauf erfordert. Als *advocate* vertritt die Dolmetscherin die Rechte und Interessen der Patientinnen (vgl. Niska 2002: 138f.).

Eine ähnliche Typologie, die von der *conduit*- zur *advocate*-Rolle reicht, arbeitet Jalbert (1998) in Anlehnung an die Arbeiten von Kaufert & Koolage (1984), Kaufert (1990) und Kaufert & Putsch (1997) heraus (vgl. Leanza 2005: 169f.) In Jalberts Rollentypologie wird neben den Rollen *translator*, *cultural informant*, *culture broker* bzw. *cultural mediator* und *advocate* jene des *bilingual professional* beschrieben, die mit jener der Ko-Therapeutin bei Weiss & Stuker (1998) verglichen werden kann. Als *bilingual professional* übernimmt die (medizinisch geschulte und mit den institutionellen Gegebenheiten vertraute) Dolmetscherin die Rolle der Ärztin; sie spricht direkt mit der Patientin in ihrer Muttersprache und schildert das Gesagte anschließend der Ärztin (vgl.

Leanza 2005: 170). Diese Rolle stellt in gewisser Hinsicht das Gegenteil der *advocacy* dar, insofern als Dolmetscherinnen, die sich als *bilingual professional* identifizieren, als Vertreterinnen der Institution Krankenhaus agieren können (vgl. Leanza 2005: 171). Eine extreme Ausprägung dieser Rolle beobachtete Hsieh (2007) unter ausgebildeten Krankenhausdolmetscherinnen, die sogar als *co-diagnosticians* handeln und damit ursprünglich ärztliche Aufgaben übernehmen.

Leanza (2005: 186f.) greift Jalberts Rollenmodell für seine Typologie auf, die er anhand der Ergebnisse seiner Studie zum Thema Dolmetschen und Dolmetscherrollen in einer Schweizer Kinderklinik formulierte. Dolmetscherinnen können die Rolle des *linguistic agent* verkörpern, die einer mehr oder minder aktiven *translator*-Rolle entspricht, sie können als Integrationsmittlerinnen (*integration agent*) auftreten, die hauptsächlich Begleitfunktionen gegenüber den Patientinnen übernehmen oder als *community agents* und damit als Kulturvermittlerinnen und Fürsprecherinnen zugleich zum Vorschein treten, aber auch als *system agents* agieren, die sich wie institutionelle *gatekeeper*²¹ verhalten. Leanza (2005: 184f.) stellt in seiner Studie fest, dass Krankenhausdolmetscherinnen vor allem die Rollen der neutralen *translators* oder *system agents* übernehmen und damit den institutionellen Interessen Vorschub leisten, während sie kaum als Fürsprecherinnen der Patientinnen auftreten. Er verweist auf ältere Forschungsbeiträge, die ähnliche Erkenntnisse über die Dolmetscherrolle zutage förderten, wie die Studie von Davidson (2000), in der nachgewiesen wird, dass (nicht ausgebildete) Krankenhausdolmetscherinnen als *institutional gatekeeper* agieren.

Die hier diskutierten Rollenkonzepte und -typologien weisen untereinander viele Parallelen auf. Ein gemeinsamer Nenner ist die Unterscheidung zwischen einzelnen Rollen, die mitunter in Mischform oder als Rollenkontinuum auftreten und eine steigende Beteiligung der Dolmetscherin an der Interaktion darstellen. Die Vielzahl an Rollenmodellen zeigt, dass in der bisherigen Forschung keine eindeutige Definition der Rolle(n) und Verantwortungsbereiche von Krankenhaus- bzw. allgemein von medizini-

²¹Der Begriff *gatekeeper* im Kontext interkultureller Kommunikation geht auf Erickson & Shultz (1982) zurück und bezeichnet Vertreterinnen von Institutionen der Mehrheitsgesellschaft im Gespräch mit Angehörigen anderer Kulturen, wobei es sich um Interaktionssituationen mit ungleichen Ausgangsvoraussetzungen aufseiten der Beteiligten handelt (vgl. Pöllabauer 2005: 55). In ihrer Studie zur soziokulturellen Dimension der *face-to-face*-Interaktion verwenden Erickson & Shultz (1982) den Begriff *gatekeeper* für Studienberaterinnen an US-amerikanischen *junior colleges*, die Gespräche – so genannte „gatekeeping encounter“ (Erickson & Shultz 1982: 16) – mit Studierenden unterschiedlicher Herkunft führen.

schen Dolmetscherinnen zu finden ist und auch in Bezug auf die Frage, welche Rollen für KrankenhaUSDolmetscherinnen überhaupt zulässig sind, kein Konsens besteht.

3.1.4 Beispiel eines kodifizierten Rollenmodells

Dennoch gibt es Bestrebungen, die bisherigen Erkenntnisse zur Dolmetscherrolle im medizinischen Kontext in die Praxis einfließen zu lassen. Die in der Forschung beschriebenen Rollentypen fanden teilweise Eingang in Berufskodizes von Medizindolmetscherverbänden. Ein Beispiel dafür ist der kalifornische Medizindolmetscherverband CHIA, der seinem Berufskodex nach intensiver empirischer Forschungstätigkeit²² (vgl. Angelelli et al. 2007: 172) ein vierstufiges Modell zugrunde legte, das die Rollen *message converter*, *message clarifier*, *cultural clarifier* und *patient advocate* umfasst (vgl. CHIA 2002: 42ff.). Die in Fachkreisen noch umstrittene Rolle des *patient advocate* (vgl. CHIA 2002: 44f.) wurde mit Vorbehalten in den Berufskodex aufgenommen. Es wird darin ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um eine optionale Rolle handelt, die nur von erfahrenen Dolmetscherinnen nach Abwägung potenzieller Risiken für die Patientin und für sich selbst übernommen werden sollte (vgl. CHIA 2002: 45). Der Berufskodex enthält zudem sechs ethische Grundsätze für Medizindolmetscherinnen: Verschwiegenheit, Unbefangenheit, Achtung anderer Überzeugungen, Professionalität und Rechtschaffenheit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Dolmetschung sowie Kultursensibilität (vgl. CHIA 2002: 25).

Um in ethisch kritischen Situationen (d.h. wenn die Orientierung an einem oder mehreren ethischen Prinzipien im Widerspruch zu einem oder mehreren anderen Prinzipien steht) die Wahl der adäquatesten Rolle zu vereinfachen (vgl. CHIA 2002: 10), legen die Autorinnen den Dolmetschenden Leitlinien in Form eines sechsstufigen „ethical decision-making process“ (CHIA 2002: 32f.) nahe. An einem konkreten Beispiel wird veranschaulicht, auf welcher Grundlage Entscheidungen getroffen und Risiken abgewogen werden sollten. Die vorgeschlagene Lösung besteht im Grunde darin, das Problem

²²Für die Formulierung der *California Standards for Healthcare Interpreting* wurden bestehende Berufskodizes aus unterschiedlichen Ländern sowie einschlägige Fachliteratur analysiert (vgl. Angelelli et al. 2007: 168). Die erarbeiteten Entwürfe wurden von erfahrenen Medizindolmetscherinnen im Rahmen einer Fokusgruppen-Studie (Angelelli 2002) beurteilt. Dabei kristallisierte sich eine Diskrepanz zwischen den in den *Standards* dargestellten idealen Arbeitsbedingungen und den seitens der Befragten beschriebenen tatsächlichen Praxisanforderungen heraus (vgl. Angelelli et al. 2007: 170).

anzusprechen und nach Möglichkeit zu klären, um anschließend unter Berücksichtigung aller Teilnehmenden über die geeignete Dolmetsch-Strategie zu entscheiden (vgl. CHIA 2002: 55-61). Bei der Wahl der adäquatesten Rolle in einer gegebenen Situation gilt in Anlehnung an das einer Medizindolmetscher-Ausbildung zugrundeliegende *incremental intervention*²³-Modell der Grundsatz „the most appropriate role is the least invasive role that will assure effective communication and care“ (CHIA 2002: 74). Dolmetschende sollen mithin so wenig wie möglich, aber so viel wie für die Verständigung nötig in die Kommunikation eingreifen. Die Verfasserinnen der *California Standards for Healthcare Interpreting* betonen, dass eine dahingehende Entscheidung eine reflektierte Auseinandersetzung mit der Rolle erfordert, die nur in einer entsprechenden Ausbildung erlernt und geübt werden kann. Zudem zeitigt die Reflexion der eigenen Rolle Lerneffekte und erweitert die Expertise der Dolmetscherinnen (vgl. CHIA 2002: 33, Kadric et al 2005: 121).

An diesen Ausführungen wird der Zusammenhang zwischen dem Rollenbewusstsein und der professionellen Verhaltenskompetenz sowie deren Bedeutung (s. 2.2) deutlich. Der Berufskodex schreibt zudem vor, dass unabhängig davon, für welche Rolle Dolmetscherinnen sich entscheiden, sie stets „transparent“ (CHIA 2002: 49) handeln müssen, d.h. sie müssen ihre primären Interaktionspartnerinnen auf jeglichen Eingriff in die Kommunikation explizit hinweisen. Dieser Grundsatz gilt auch für jene, die die Dolmetscherrolle nur zeitweise innehaben. Die Autorinnen der *CHIA Standards* anerkennen die Notwendigkeit flexibler Lösungen für das Kommunikationsproblem im Krankenhaus und geben daher dolmetschendem Krankenhauspersonal folgende Handlungsempfehlungen:

Bilingual providers or staff members serving as interpreters must clearly communicate that they are present in the encounter wearing an interpreter hat, and not wearing their usual provider hat. Ideally, during the interpreted encounter, bilingual providers or staff focus exclusively on interpreting. They temporarily step away from their usual duties as a nurse, clinician, case manager, medical assistant or other position. They need to alert the parties when they take off their interpreter hat. (CHIA 2002: 43, Hervorhebung im Original)

²³Dieses Modell wurde dem 40-stündigen Ausbildungsprogramm für *Medical Interpreters* in den USA zugrunde gelegt (vgl. Roat et al. 1999). Es sieht neben der primären Rolle der Dolmetschenden als „linguistic facilitator“ (Avery 2001: 9) ein Rollenrepertoire vor, dessen sich kompetente Dolmetscherinnen bei Bedarf flexibel bedienen können und das von *conduit* über *clarifier* und *culture broker* bis hin zu *advocate* reicht (vgl. ebd.).

Diese Handlungsanweisung setzt voraus, dass die Betroffenen den Rollenwechsel bewusst wahrnehmen, wozu es im Regelfall – wie in Abschnitt 2.3 dargelegt – einer entsprechenden Schulung bedarf. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was das Rollenbewusstsein und die damit verbundene Fähigkeit bzw. Bereitschaft ausmacht, unter gegebenen institutionellen Bedingungen eine normalerweise verkörperte Rolle zugunsten einer temporären Rolle „abzustreifen“. Mit dieser Frage beschäftigt sich die soziologische Rollentheorie. Im nachfolgenden Abschnitt wird daher die soziologische Perspektive auf die „Rolle“ näher beleuchtet.

3.2 Der Rollenbegriff in der Soziologie

Bei der Auseinandersetzung mit der Dolmetscherrolle kommt man nicht um die soziologische Dimension des Rollenbegriffs umhin, schließlich kamen wesentliche Impulse für die Diskussion aus der Soziologie (s. 3.1.1). Angesichts der Bandbreite der soziologischen Rollentheorie wird in diesem Abschnitt lediglich ein summarischer Überblick ausgewählter Aspekte gegeben, die für die vorliegende Arbeit besonders relevant erscheinen.

Als soziologisches Konzept geht der Begriff *Rolle* auf den amerikanischen Kulturanthropologen Ralph Linton zurück (vgl. Vester 2009: 52, Abels 2009: 101, Miebach 2010: 40). Inwieweit der Rollenbegriff eine zentrale Bedeutung in der Soziologie einnimmt, ist an der Entstehung der Rollentheorie zu erkennen, die eine Reihe von mitunter nicht deckungsgleichen Definitionen hervorbrachte (vgl. Vester 2009: 52). Die unterschiedlichen Rollendefinitionen können im Prinzip zwei theoretischen Richtungen zugeordnet werden – der strukturell-funktionalen bzw. normativen und der interaktionistischen bzw. behavioralen Rollentheorie (vgl. Miebach 2010: 39ff., Vester 2009: 54f.).

3.2.1 Rollendefinition(en)

In der normativen Rollentheorie gilt die Rolle „eher als vorgegebenes und von gesellschaftlichen Bedingungen abhängiges Orientierungs- und Verhaltensmuster“ (Vester

2009: 54). Das Handeln resultiert demnach aus gesellschaftlichen Rollenvorschreibungen. Die interaktionistische Rollentheorie hingegen betrachtet die Beziehung Rolle-Handeln genau andersherum: Nicht die Rolle bestimmt das Handeln, sondern das Handeln und die Interaktion bestimmen die Rolle. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf dem Rollenverständnis und -verhalten der Akteurinnen, daher wird dieser theoretische Zweig auch als dramaturgische Rollentheorie bezeichnet (vgl. Vester 2009: 54f.). Unbeschadet der definitorischen Vielfalt kann festgehalten werden, dass die Rolle von den Erwartungen einer Gesellschaft an das Verhalten eines Rolleninhabers abhängt (vgl. Drude 2008: 113). Rollenerwartungen entstehen also innerhalb einer Gesellschaftsgruppe, daher sind soziale Rollen kulturabhängig. Durch soziale Rollen wird das eigene Handeln planbar und die darauf bezogenen Reaktionen bis zu einem gewissen Grad vorhersehbar. Rollen ermöglichen demnach die Strukturierung und Berechenbarkeit von Handlungen und Interaktionen (vgl. Vester 2009: 53). Neben der Gesellschaft sind Erwartungen ein Schlüsselbegriff innerhalb der Rollentheorie.

3.2.2 Erwartungen

Erwartungen beziehen sich einerseits auf das Verhalten und andererseits auf die Attribute einer Rolleninhaberin (vgl. Drude 2008: 113f.) und werden nach Verbindlichkeitsgraden in Muss-, Soll- und Kann-Erwartungen unterteilt (vgl. Dahrendorf 2010: 40ff.). Muss-Erwartungen sind insbesondere bei Berufsrollen normalerweise (gesetzlich oder dienstrechtlich) festgelegt und werden bei Nichteinhaltung mittels negativer Sanktionen²⁴ durchgesetzt (vgl. Drude 2008: 115). Soll-Erwartungen sind zwar weniger bindend, die Rolleninhaberin hält sie aber im eigenen Interesse ein, um sich gesellschaftliche Akzeptanz zu sichern (vgl. ebd.). Kann-Erwartungen können dagegen nach eigenem Ermessen erfüllt werden, da sie nicht kodifiziert sind (vgl. Vester 2009: 53) und daher bei Missachtung nicht sanktioniert werden. Durch ihre Erfüllung sichert sich die Rollenträgerin aber besondere Wertschätzung und Sympathie der Handlungspartnerinnen (vgl. Drude 2008: 115). Durch Rollenerwartungen entsteht also ein sozialer Druck, dem das

²⁴In der Soziologie werden (gesellschaftliche) Reaktionen auf nicht rollenkonformes Verhalten als Sanktionen bezeichnet, die entweder positiv (z.B. Lob, Belohnung) oder negativ (z.B. Tadel, Bestrafung, Ausgrenzung) sind. Sie motivieren das Individuum zur Einhaltung von Rollenvorgaben bzw. Verhaltensvorschriften (vgl. Drude 2008: 116).

Individuum in der Regel mit rollenkonformem Verhalten standhält (vgl. Maletzke 1996: 98).

In der Interaktion sind Erwartungen allerdings nicht gewiss, d.h. Interaktionspartnerinnen können sich nicht hundertprozentig sicher sein und lediglich annehmen, was ihr Gegenüber von ihnen erwartet und wie es auf ihr Handeln reagieren wird. Interaktionspartnerinnen haben mithin jeweils Erwartungen an die Erwartungen ihres Gegenübers. Diese *Erwartungserwartungen* bestimmen ihr Handeln (vgl. Luhmann 1984: 412ff.). Da Erwartungshaltungen keine stabilen Konstrukte sind, kommt es immer wieder zu Veränderungen und Inkonsistenzen im Rollenverhalten (vgl. Vester 2009: 56). Dieses Phänomen wird in der Rollentheorie unter dem Begriff *Rollenkonflikt* abgehandelt (vgl. ebd.).

3.2.3 Rollenkonflikte

In der Literatur zum Krankenhausdolmetschen werden Rollenkonflikte in Bezug auf dolmetschendes Pflegepersonal häufig thematisiert. Dolmetschende Pflegekräfte sehen sich in ihrer Berufsrolle mit konkreten (gesetzlich und dienstrechtlich festgelegten) Erwartungen konfrontiert, während sie sich in ihrer Dolmetscherrolle nicht immer (zumal nicht in Wiener Krankenhäusern, da diesbezüglich keine Regelungen existieren) an expliziten Erwartungen orientieren und daher in Rollenkonflikte geraten können.

In der Soziologie werden zwei Arten von Rollenkonflikten unterschieden, die durch das Nebeneinanderbestehen widersprüchlicher Erwartungen an *eine* Rolle oder durch unvereinbare Erwartungen an *mehrere* gleichzeitig verkörperte Rollen entstehen (vgl. Abels 2009: 115). Da Menschen als soziale Akteurinnen mehr als nur eine Rolle innehaben und jede Rolle mit unterschiedlichen und bisweilen konkurrierenden Erwartungen verbunden ist, kann es zwischen den Rollen zu einem *Inter-Rollenkonflikt* kommen (vgl. Vester 2009: 56, Abels 2009: 115). Im Fall von dolmetschenden Pflegekräften kann ein Inter-Rollen-Konflikt durch die Kollision unterschiedlicher Erwartungshaltungen an ihre Pflege- und an ihre Mittler-Rolle entstehen. Eine Pflegeperson kann in einen derartigen Rollenkonflikt geraten, wenn sie beispielsweise an einer vorgesehenen Pflegehandlung gehindert wird, weil sie anderweitig als Dolmetschende benötigt wird. Die-

se Doppelrolle DolmetscherIn-Pflegekraft kann somit einen Inter-Rollenkonflikt auslösen. Ein Rollenkonflikt kann jedoch auch aus widersprüchlichen oder konkurrierenden Erwartungen resultieren, die an eine einzelne Rolle gerichtet werden. Denn die Rolle setzt sich aus mehreren Rollenelementen (vgl. Vester 2009: 56) zusammen, die „auf Grund der unterschiedlichen Erwartungen, die von diversen Bezugspersonen an den Rolleninhaber gerichtet werden, in Widerspruch oder Konkurrenz zueinander geraten können“ (Vester 2009: 56). In so einem Fall spricht man von einem *Intra-Rollenkonflikt*. Ein derartiger Konflikt kann bei dolmetschenden Pflegepersonen dann auftreten, wenn Ärztinnen und Patientinnen oder Angehörige ihnen gegenüber unterschiedliche, bisweilen gegenläufige Erwartungshaltungen in Bezug auf ihre Dolmetschtätigkeit einnehmen. So kann beispielsweise eine Ärztin darauf bestehen, dass die dolmetschende Pflegekraft alles, was die Patientin sagt, genau dolmetscht, während die Patientin die Pflegeperson bittet, gewisse Details für sich zu behalten.

Nicht alle Rollenkonflikte können gelöst oder gemindert werden, insbesondere wenn das Individuum keinen Einfluss auf externe Faktoren des Rollenverhaltens hat. Denn Rollen werden zwar individuell gestaltet, allerdings hängen sie von übergeordneten Systemen wie Gruppen, Beziehungen, Rollenkonstellationen oder Institutionen ab (vgl. Vester 2009: 54). Eine dolmetschende Krankenschwester hat keinen Einfluss auf institutionelle Gegebenheiten (Anweisungen der Krankenhausleitung, Zeitdruck etc.), sie kann lediglich versuchen, die Beziehungsdynamik in der Triade zu beeinflussen. Allerdings bestehen in der Arzt-Patient-Beziehung Machtunterschiede. Diese Machtverhältnisse zwischen den Bezugspersonen wirken sich auf die Konfliktbewältigungsstrategie der Rolleninhaberin aus (vgl. Abels 2009: 115). Ärztinnen fällt es leichter, auf die Pflegeperson Einfluss zu nehmen. Für Patientinnen kann es dagegen schwieriger sein, ihre Erwartungen gegenüber der Pflegekraft – sei es in ihrer Pflege- oder in ihrer Mittler-Rolle – durchzusetzen.

Je mehr sich das Individuum mit einer Rolle und den entsprechenden Rollenerwartungen identifiziert, umso mehr wird es von Inter-Rollenkonflikten belastet (vgl. Drude 2008: 120f.). Eine Möglichkeit mit dem Rollenkonflikt umzugehen besteht darin, sich für eine Rolle zu entscheiden (vgl. Miebach 2010: 107). In Bezug auf dolmetschende Pflegepersonen legen diskursanalytische Studien (s. 4.3) die Vermutung nahe, dass

sie sich an ihrer Berufsrolle und den damit zusammenhängenden Rollenerwartungen und -pflichten orientieren.

3.2.4 Rollenambiguität

Neben Rollenkonflikte auslösenden, widersprüchlichen Erwartungen können auch nicht klar definierte Erwartungen das Rollenhandeln beeinflussen. Rollenerwartungen bzw. -vorgaben stecken den Rahmen für Handlungen innerhalb einer Rolle ab, sie sind aber nicht immer eindeutig oder explizit formuliert bzw. festgeschrieben (vgl. Vester 2009: 53). Existieren keine konkreten Rollenvorgaben, kann eine Rollenträgerin nicht wissen, wie sie eine bestimmte Rolle zu erfüllen hat. In diesem Fall spricht man von *Rollenambiguität* (vgl. Drude 2008: 119). In diesen „schwach oder gar nicht definierten Rollensituationen“ (Esser 2000: 184) können sich Betroffene nicht nach Verhaltensvorschriften richten und handeln daher nach eigenem Ermessen. Folglich sind der Gestaltung ihrer Rolle keine Grenzen gesetzt. Rolleninhaberinnen handeln in solchen Fällen entsprechend ihrem Verständnis von der Rolle bzw. der Funktion, die sie zu erfüllen haben. Umgelegt auf die Dolmetschsituation im Krankenhaus bedeutet dies, dass Dolmetschende in Abwesenheit klarer Verhaltensvorschriften ihr Handeln nach dem Zweck richten, den sie glauben verfolgen zu müssen. Das äußert sich in unsicherem Rollenverhalten bzw. in einer breiten Rollenauffassung, die bei Ad-hoc-Dolmetschenden im Krankenhaus häufig beobachtet wurde (s. 2.3) und gerade in Wiener Krankenhäusern aufgrund fehlender (Verhaltens-)Richtlinien (vgl. Pöchhacker 2000: 268) problematisch ist.

3.3 Zusammenfassung

Seit Pionierarbeiten unter dem Einfluss soziologischer Beiträge zum Dolmetschen das Ideal der absoluten Neutralität von Kommunaldolmetscherinnen infrage stellten, wurde die Forschungstätigkeit in diesem Bereich intensiviert. Forschungsarbeiten zeigen, dass eine allgemeingültige, normative Definition der Dolmetscherrolle an den Praxisanforderungen scheitert und Krankenhausdolmetscherinnen in der realen Dolmetschsituation oft als Kulturmittlerinnen, Patientenfürsprecherinnen oder im Gegenteil als institutionelle

gatekeeper agieren. Daher wird in letzter Zeit (etwa seitens US-amerikanischer Berufsorganisationen) eine dynamische Auffassung der Rolle als Kontinuum unterschiedlicher situationsadäquater Einzelrollen präferiert. Diese Rollenauffassung erfordert allerdings einen reflektierten Zugang zum Dolmetschen, der erlernt werden muss. Um sich der Komplexität der Rollenproblematik bewusst zu werden, bedarf es einer Auseinandersetzung mit dem soziologischen Rollenbegriff. Der dahingehende Exkurs führt deutlich vor Augen, dass einerseits die aus konkurrierenden Erwartungen an Dolmetschende resultierenden Rollenkonflikte und andererseits die mangels eindeutiger Festlegungen bestehende Rollenambiguität weitreichende Konsequenzen für das Rollenhandeln dolmetschender Pflegepersonen haben können.

Im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit kann mithin festgehalten werden, dass die Rolle ein facettenreiches und dynamisches Konstrukt ist, was für die Erforschung des Rollenhandelns bedeutet, dass dieses „erstens auf die strukturellen Bedingungen und die sich daraus ergebenden Handlungsspielräume (...) und zweitens auf die Strategien und Ziele des Rollenhandelnden zu untersuchen“ (Miebach 2010: 48) ist. In den vorangehenden Kapiteln wurde bereits auf die strukturellen Bedingungen und Handlungsspielräume beim Krankenhausdolmetschen hingewiesen. Diese werden im nachfolgenden Kapitel zur Problematik dolmetschenden Pflegepersonals anhand von empirischen Befunden genauer analysiert, wobei auch vereinzelte Befunde über Strategien und Ziele der dolmetschenden Pflegepersonen, die Gegenstand der qualitativen Untersuchung in Kapitel 5 sind, dargestellt werden.

4. (Rollen-)Problematik dolmetschender Pflegepersonen

In der Fachliteratur wird immer wieder auf die Problematik dolmetschender Pflegepersonen (ohne entsprechende Zusatzausbildung) hingewiesen (s. z.B. Kaufert & Putsch 1997, Pöchhacker 2006, 2009, 2010, Pöchhacker & Shlesinger 2007, Bischoff & Steinauer 2007). Dabei berufen sich die Autorinnen auf einschlägige Artikel in Periodika und empirische Untersuchungen, die entsprechend dem relevanten Setting und seinen Akteurinnen vornehmlich aus der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Forschung stammen, in den letzten Jahren aber um umfassende sprachwissenschaftliche Studien erweitert wurden. Diese Beiträge werden an dieser Stelle neben neueren Untersuchungen zum Thema dargestellt.

4.1 Die Perspektive der Medizin

Die frühesten Arbeiten über dolmetschendes Pflegepersonal stammen aus medizinischen Fachkreisen. Der britische Chirurg Launer (1978) analysierte 30 Gespräche zwischen Angehörigen der afrikanischen Volksgruppe Hausa und englischsprachigen Ärzten in einer nigerianischen Klinikambulanz. Die Dolmetschungen der insgesamt sieben Pflegehelfer untersuchte er auf Abweichungen von der wörtlichen Übersetzung. Dabei unterschied er drei Kategorien von Abweichungen: berechtigte Abweichung (nützliche Umschreibung), unberechtigte Abweichung (Informationsverzerrung bzw. -verlust durch falsche Wiedergabe) und Abweichung aufgrund der aktiven Rolle des Dolmetschers als „independent questioner in the consultation“ (Launer 1978: 934). Die aktive Rolle übernahmen die Dolmetscher, indem sie aus eigener Initiative Fragen stellten und Antworten zusammenfassten. Dies führte mitunter zu Verzerrungen der ursprünglichen Botschaft und zu Interferenzen in der Interaktion. Launer erzielte ähnliche Ergebnisse wie zuvor Lang (1975) in Papua Neu Guinea und gelangte damit zur Überzeugung, Abweichungen vom Original seien nicht von der jeweiligen Sprache und Kultur abhängig, sondern mit dem Wesen der Anamnese (als einer Form von institutioneller Kommunikation) und den Anforderungen an das Dolmetschen verbunden. Launer (1978: 935) zufol-

ge nahmen die Ärzte die Anamnesegespräche nicht ernst, da diese für sie aufgrund unklarer Dolmetschungen widersprüchlich, unverständlich oder vom lokalen Krankheitsverständnis geprägt waren. Aufbauend auf die Erkenntnisse aus seiner Studie formulierte Launer Ratschläge für Ärztinnen, die bei der Behandlung fremdsprachiger Patientinnen auf Dolmetschende angewiesen sind. Seine Empfehlung, sich der Dolmetschenden mit dem Ziel zu bedienen, „to tell the patient everything you would tell him if he could speak your language“ (Launer 1978: 935) kann in zweierlei Hinsicht gedeutet werden: einerseits als Aufforderung zur Gleichbehandlung fremdsprachiger Patientinnen und andererseits als Hinweis auf die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht und Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Patientinnen. Diese Handlungsempfehlung mag aus medizinischer Sicht, zumal aus Sicht der ethnozentrisch orientierten „westlichen Schulmedizin²⁵“ (vgl. Kaufert & Putsch 1997, Collatz 1998), einleuchtend sein, allerdings bleibt dabei die Kultur als ein wesentlicher Aspekt der Kommunikation unbeachtet, was sich beim kulturübergreifenden Krankenhausdolmetschen als problematisch erweist. Die mangelnde interkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals wurde in späteren Arbeiten (Kaufert & Putsch 1997, Uluköylü 2008) in Bezug auf kulturelle Tabus problematisiert, die dolmetschende Personen vor ethische Dilemmata und Rollenkonflikte stellen. Gerade die ärztliche Aufforderung, alles Gesagte an die Patientin weiterzuleiten kann Dolmetschende in Rollenkonflikte stürzen, da das in der westlichen Medizin und Berufsethik fest verankerte Prinzip der Patientenselbstbestimmung in anderen Kulturen nur bedingt gültig ist und auf Ablehnung stoßen kann (vgl. Kaufert & Putsch 1997).

Einer der Ersten, der explizit auf mögliche Rollenkonflikte bei ungeschultem dolmetschenden Pflegepersonal hinwies, war Putsch (1985). In seinem Artikel legt der Internist ein besonderes Augenmerk auf die Überbrückung kultureller Unterschiede im Krankheitsverständnis. Putsch (1985: 3346) stellt fest, dass Pflegepersonen trotz langjähriger Erfahrung als Dolmetscherinnen keine qualitativ zufriedenstellenden Dolmetschleistungen erbringen können und weist auf die Notwendigkeit einschlägiger Ausbildungsmaßnahmen hin. Er betont die Rolle der dolmetschenden Pflegekräfte und ihre

²⁵In der vorliegenden Arbeit wird der „westlichen“ (Schul-)Medizin ein naturwissenschaftlich basiertes Gesundheits- und Krankheitsverständnis unterstellt, das einen „vermeintlich objektiven Bezugsrahmen“ (Alleman-Ghionda & Hallal 2011: 180) darstellt, „demgegenüber andere Sinnsysteme ausschließlich subjektiv erscheinen“ (ebd.).

Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Interaktion. Die „dual work roles“ (Putsch 1985: 3345) können dolmetschende Pflegende in Loyalitätskonflikte stürzen. Die ohnehin schwierige unvoreingenommene Herangehensweise an das Dolmetschen im Krankenhaus wird durch ihre primäre Berufsrolle zusätzlich erschwert (vgl. ebd.). Dieser Befund ist besonders im Hinblick auf die Machtposition von Krankenhausdolmetscherinnen bedeutsam: „As the sole possessor and processor of both clients' views, questions, etc, the interpreter is in a position to manipulate not only the information exchange, but also the situation“ (Putsch 1985: 3345). Anhand eines Fallbeispiels illustriert Putsch, wie dolmetschende Pflegende einen Assimilierungsdruck auf Patientinnen mit gleichen kulturellen Wurzeln ausüben. Die von Putsch zitierte Krankenschwester unterschlägt beim Dolmetschen Patientenaussagen, die dem westlichen Medizinverständnis widersprechen, und begründet ihr Verhalten mit der Sorge um ihr Ansehen: Sie wolle nicht aufgrund der gleichen Kulturzugehörigkeit als abergläubisch dastehen (vgl. Putsch 1985: 3346). Putsch weist auf mögliche Interaktionsstörungen hin, die eine ethnozentrische Haltung des medizinischen Personals nach sich ziehen kann. Er betont, dass individuelle Werthaltungen, Gefühle und Vorurteile der dolmetschenden Pflegepersonen gerade in heiklen Angelegenheiten wie Tod, Ethnizität und Alkoholismus zu unerwarteten Problemen führen können (vgl. Putsch 1985: 3346).

Eine der ersten umfassenderen empirischen Studien zur Dolmetschleistung ad hoc dolmetschenden Pflegepersonals wurde an einer kalifornischen Universitätsklinik durchgeführt. Im Rahmen eines Projekts des US-amerikanischen Forschungszentrums für psychische Störungen untersuchten Elderkin-Thompson et al. (2001) 21 ärztliche Gespräche mit spanischsprachigen Patientinnen, bei denen insgesamt neun zweisprachige Pflegekräfte als Dolmetschende fungierten. Im Fokus der qualitativen Studie stand die Bestimmung der Genauigkeit der Dolmetschungen. Dazu zogen die Autorinnen Video- und zusätzliche Tonaufnahmen der Gespräche heran, die sie zum einen auf Dolmetschfehler oder Abweichungen vom Original und auf Interaktionsstörungen untersuchten. Zum anderen analysierten Elderkin-Thompson et al. (2001: 1347) jene Gespräche genauer, bei denen Missverständnisse auftraten, um jene Aspekte der Kommunikationssituation zu ermitteln, die anfällig für Dolmetschfehler sind. Dabei fanden die Autorinnen vier Fehlerquellen, die sich auf das Verhalten der Ärztinnen und der dolmet-

schenden Pflegepersonen zurückführen lassen. Zu Missverständnissen kam es erstens, wenn Ärztinnen nicht auf der Aufklärung widersprüchlicher Informationen bestanden, zweitens wenn Dolmetschende die Aussagen der Patientinnen auf vermeintlich klinisch Relevantes reduzierten oder drittens derart veränderten, dass Patientinnen unglaubwürdig erschienen, und viertens wenn Patientinnen Symptome mittels kultureller Metaphern beschrieben, die mit dem westlichen Medizinverständnis nicht vereinbar waren.

Die analysierten Arzt-Patient-Gespräche waren etwa zur Hälfte auf mehr und weniger komplizierte Fälle aufgeteilt. Es stellte sich heraus, dass die Fehlerquote bei unkomplizierten Krankheitsbildern bei einem Drittel lag, während sie sich bei komplizierteren Diagnosen auf zwei Drittel belief. Inwiefern Missverständnisse klinische Konsequenzen nach sich zogen, überprüften Elderkin-Thompson et al. (2001: 1347) sechs Monate nach den jeweiligen Anamnese-Gesprächen anhand einer Analyse der Krankenblätter. Dabei stellten die Studienautorinnen fest, dass bei den meisten Patientinnen (jenen, die zu Nachuntersuchungen kamen bzw. wiederholt auf ihre Probleme hinwiesen) die anfänglichen Missverständnisse durch spätere Gespräche oder Untersuchungen ausgeräumt werden konnten. Einige Patientinnen brachen jedoch die Behandlung im Krankenhaus ab und waren somit potenziellen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (vgl. Elderkin-Thompson et al. 2001: 1355).

Interessant in Bezug auf die Dolmetscherrolle ist der Hinweis auf Statusunterschiede zwischen Dolmetschenden und Patientinnen und ihre Auswirkungen auf die Interaktion. Bei einem größerem Statusgefälle beobachteten die Forscherinnen, dass Pflegenden dazu tendierten, die Patientinnen als untergeordnete Gesprächspartnerinnen zu behandeln, indem sie ihre Aussagen ignorierten, bei Unklarheiten nicht genauer nachfragten bzw. anstelle der Patientinnen antworteten (vgl. Elderkin-Thompson et al. 2001: 1348-1355). Ein weiterer Aspekt, der im Hinblick auf die Dolmetscherrolle interessant erscheint und auch von den Autorinnen aufgegriffen wird, ist die Verwendung der ersten bzw. dritten Person beim Dolmetschen. Auszüge aus einem gedolmetschten Arzt-Patient-Gespräch (vgl. Elderkin-Thompson et al. 2001: 1348f.) zeigen, dass ein dolmetschender Pfleger beinahe durchgehend die direkte Rede verwendet und nur bei einer an den Arzt gerichteten Erläuterung kurzfristig auf die indirekte Rede zurückgreift. Dies ist insofern bemerkenswert, als der Ad-hoc-Dolmetscher in dieser Hinsicht nicht dem von

Harris & Sherwood (1978) beschriebenen Typus des *natürlichen* Dolmetschers entspricht, der im Unterschied zu professionellen Dolmetscherinnen, die in der direkten Rede dolmetschen²⁶ (vgl. Harris 1990), die indirekte Rede verwendet. Überdies kommt im besagten Auszug die aktive Rolle des dolmetschenden Pflgenden zum Vorschein. An einer Stelle kommentiert der Pfleger eine Äußerung des Patienten, ehe er sie dolmetscht: „Oh, ok. That – this is very important.“ (vgl. Elderkin-Thompson 2001: 1349). Diese Hinzufügung bzw. „non-rendition“ (Wadensjö 1992/1998: 108) verweist auf eine aktive Beteiligung des dolmetschenden Pflegers am Gespräch. Er beschränkt sich nämlich nicht auf das bloße Sprachmittel, sondern handelt auf der metakommunikativen Ebene (vgl. Pöllabauer 2005: 196), indem er die Aufmerksamkeit des Arztes auf die diagnostische Bedeutung einer Patientenäußerung lenkt. Abgesehen von diesem konkreten Fall, variierte die Dolmetschleistung der jeweiligen Pflegeperson generell je nachdem, mit welcher Ärztin sie zusammenarbeitete: „A nurse could do an excellent job with one physician only to have difficulties with the next one“ (Elderkin-Thompson et al. 2001: 1355). Dieser Befund zeigt, wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen Dolmetscherinnen und Ärztinnen für eine gelungene Kommunikation ist. Deshalb wird die Forderung nach User-Trainings²⁷ in der Literatur immer lauter.

Diese Forderung erheben auch Flores et al. (2003) in ihrer Studie zur Fehlerfrequenz beim Krankenhausdolmetschen. Sie erachten es als notwendig, Ärztinnen den richtigen Umgang mit Dolmetscherinnen zu vermitteln, um Dolmetschfehlern vorzubeugen. Die Studienautorinnen untersuchten 13 gedolmetschte Arzt-Patient-Gespräche in einer US-amerikanischen Kinderklinik. Die Gespräche wurden teils von angestellten Dolmetscherinnen (allerdings ohne nachweisbare Qualifikation), teils von Angehörigen oder Klinikpersonal (darunter auch Pflegepersonal) ad hoc gedolmetscht. Bei der Analyse der gedolmetschten Gespräche stellten die Autorinnen fest, dass Pflegepersonal die

²⁶Diese von Harris (1990) beschriebene Dolmetschnorm – sofern in der Dolmetschwissenschaft überhaupt von Normen die Rede sein kann, wie Pöchhacker (2000: 136f.) mit Verweis auf Shlesingers (1989) Aufruf zu einer wissenschaftlichen Debatte über Dolmetschnormen anmerkt – wird grundsätzlich auch im Berufskodex der CHIA (s. 3.1.4) vorgeschrieben, allerdings sind darin kulturbedingte Ausnahmen zugelassen (vgl. CHIA 2002: 35f., 38).

²⁷S. z.B. Jacobs et al. (2010). Bischoff & Loutan (2000) erstellten einen entsprechenden Leitfaden für Nutzerinnen und Anbieterinnen von (Ad-hoc-)Dolmetschleistungen in Schweizer Krankenhäusern. Rosenberg et al. (2008: 92) betonen die Notwendigkeit, Nutzerinnen von Dolmetschleistungen spezifisch auf die Arbeit mit den verschiedenen Personengruppen vorzubereiten, die im Krankenhaus dolmetschen (professionelle und Ad-hoc-Dolmetschende).

Aussagen der primären Interaktionspartnerinnen oft verzerrt, unvollständig und/oder mit eigenen Bemerkungen versehen wiedergab und bei der Anamnese teilweise die Patientinnen eigenständig befragte (vgl. Flores et al. 2003: 10). Die Dolmetschungen der Pflegepersonen wiesen nicht nur eine hohe Fehlerquote auf, sondern auch einen hohen Anteil von Fehlern mit klinischem Gefahrenpotenzial. Mehr als die Hälfte der Fehler, die den Pflegekräften beim Dolmetschen unterliefen, wurden von den Autorinnen als klinisch relevant eingestuft – bei einem Gespräch waren es sogar 90 Prozent der Fehler (vgl. Flores et al. 2003: 9). Angestellte Krankenhausdolmetscherinnen schnitten bei diesem Vergleich wesentlich besser ab. Die hohe Fehlerrate ist insbesondere im Kontext der Kinderheilkunde alarmierend. Diese Resultate führen deutlich vor Augen, dass der Einsatz ungeschulter Pflegepersonen zum Dolmetschen eine zumal aus medizinischer Sicht fragwürdige Gepflogenheit darstellt. Häufig wird dabei nicht einmal die sprachliche Eignung der bikulturellen Pflegekräfte überprüft (vgl. Vandervort & Melkus 2003).

Angesichts dieser Tatsache und vor dem Hintergrund der in US-amerikanischen Gesundheitseinrichtungen bestehenden Qualitäts- und Rechtsansprüche in Bezug auf eine gelungene Verständigung führten Moreno et al. (2007) einen Sprachkompetenz-Test unter 840 dolmetschenden Krankenhausmitarbeiterinnen (darunter Pflegepersonal) in Kalifornien durch. Dabei stellten sie fest, dass nur 77 Prozent dieser regelmäßig dolmetschenden Angestellten die sprachlichen Voraussetzungen erfüllten²⁸. Weitere zum Dolmetschen erforderliche Kompetenzen (s. 2.2) wurden in dieser Studie nicht untersucht. Dass jene Personen, die den Test positiv absolvierten, allein aufgrund ihrer Sprachbeherrschung auf dem „medical interpreter-level“ (Moreno et al. 2007: 333) eingestuft wurden, stellt daher eine reduktionistische Auffassung vom Dolmetschen dar. Das räumen die Autorinnen in ihrer Schlussbemerkung ein, umso unverständlicher erscheint mithin der Rückgriff auf diese Etikettierung. Dennoch leistet die Studie einen wesentlichen Beitrag zur Diskussion über die Dolmetschproblematik im Krankenhaus, insofern als sie die Grenzen institutionalisierter Verlegenheitslösungen und damit den anhaltenden Handlungsbedarf aufzeigt.

²⁸Dass zweisprachiges Krankenhauspersonal mit langjähriger Dolmetscherfahrung nicht unbedingt über die notwendigen Sprachkenntnisse verfügt, stellte auch Pöchhacker (2009) im Vorfeld seiner Fortbildung für Krankenhausdolmetscherinnen in Wien fest (s. 4.2).

4.2 Die pflegewissenschaftliche Perspektive

Die Kommunikationsproblematik bei der Behandlung anderssprachiger Patientinnen findet auch in der Pflegewissenschaft zunehmend Beachtung. Im Vergleich zu früheren Arbeiten zum Thema transkulturelle Pflege, die im Wesentlichen auf die Beiträge von Leininger (z.B. 1978/1995, 1991) aufbauen (vgl. Pöchhacker 2006: 137), wird die (professionelle) Sprach- und Kulturvermittlung in der neueren Literatur zur transkulturellen Kompetenz im Pflegewesen vermehrt thematisiert (s. z. B. Beiträge von Bühlmann & Stauffer und Stuker in Domenig 2007). Sprachbarrieren und ihre Überwindung rücken somit immer mehr in den Fokus pflegewissenschaftlicher Forschung.

In Ländern wie Australien, den USA oder Großbritannien, in denen der Beruf KrankenhausdolmetscherIn seit Jahren etabliert ist, werden in erster Linie die Erfahrungen der Pflegepersonen mit Dolmetscherinnen und der Rückgriff auf professionelle Dolmetschangebote untersucht (vgl. Cioffi 2003, Vandervort & Melkus 2003, Gerrish et al. 2004). Aus diesen Studien geht hervor, dass Pflegepersonal trotz bestehender professioneller Angebote aus praktischen Gründen häufig Angehörige der Patientinnen und Kolleginnen zum Dolmetschen heranzieht. Diese Tendenz kann durch entsprechende User-Trainings und Informationskampagnen umgekehrt werden, allerdings ist in letzter Instanz die zeitnahe Verfügbarkeit das entscheidende Kriterium bei der Wahl einer Dolmetscherin (vgl. Gerrish et al. 2004). Das Vorhandensein professioneller Dolmetschangebote bedeutet also nicht zwangsläufig, dass diese genutzt werden, wenn ein schneller Zugriff nicht sichergestellt wird.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Schweizer Pflegeforscherinnen (vgl. Bischoff et al. 2006). Daher werden in der Schweiz ergänzend zu professionellen Dolmetschdiensten spitalsinterne Lösungen entwickelt (vgl. Bischoff & Loutan 2000, Bischoff et al. 2006, Bischoff & Steinauer 2007). Für die Dolmetschpools werden aufgrund ihres medizinischen Wissens bevorzugt Pflegefachkräfte rekrutiert und geschult. Ein solches Projekt wurde von Bischoff et al. (2006) an zwei psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Dazu wurden jene Krankenhausmitarbeiterinnen (hauptsächlich klinisches Personal) kontaktiert, die in einer Umfrage fundierte Fremdsprachenkenntnisse angegeben und ihre Bereitschaft zur Dolmetschtätigkeit erklärt hatten. 18 Personen (größtenteils

Pflegekräfte) wurden in einem zweitägigen Weiterbildungskurs auf der Grundlage eines von Bischoff & Loutan (2000) erarbeiteten Leitfadens geschult und anschließend mit ihrem Einverständnis in die interne Sprachdatenbank aufgenommen (vgl. Bischoff et al. 2006). Neben Rollenspielen wurden bei der Fortbildung Diskussionen geführt und gedolmetschte Arzt-Patient-Gespräche mit professionellen Dolmetscherinnen analysiert. Das Feedback zum Kurs fiel positiv aus, gleichzeitig wurde der Wunsch nach Supervision und weiteren Fortbildungsangeboten geäußert (vgl. Bischoff et al. 2006: 45).

Bemerkenswerterweise wurde im Vorfeld der Fortbildung und Erfassung zweisprachiger Mitarbeiterinnen in der Sprachdatenbank kein Sprachtest durchgeführt. Die Autorinnen geben an, dass die Sprachbeherrschung weder in der Erst- noch in der Zweitsprache überprüft wurde (vgl. Bischoff et al. 2006: 6). Die subjektive Einschätzung der eigenen Sprachkenntnisse durch die Befragten war ein ausreichendes Auswahlkriterium für die Fortbildung. Dies stellt angesichts der Tatsache, dass viele auch über Jahre hinweg regelmäßig dolmetschende Krankenhausmitarbeiterinnen ihre Sprachkompetenz überbewerten und entsprechende Tests nicht bestehen (vgl. Moreno et al. 2007, Pöchlhammer 2009, s. 4.1), einen Schwachpunkt des Projekts dar und sollte bei ähnlichen Forschungsunterfangen berücksichtigt werden.

Auch in Österreich befasst sich die hierzulande erst um die Jahrtausendwende akademisierte²⁹ und daher relativ „junge“ Pflegewissenschaft mit der Sprach- und Dolmetschproblematik im Krankenhaus. Den Standpunkt des (dolmetschenden) Pflegepersonals untersuchten Seidl & Walter (2010) im Rahmen einer Studie zum Thema Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft. Die Pflegeforscherinnen führten 2006 eine Fragebogenerhebung³⁰ unter Pflegekräften (diplomiertem Pflegepersonal und Pflegehilfen) dreier Wiener Krankenhäuser durch³¹. Das Forschungsinteresse galt u.a. den Erfahrungen jener Pflegepersonen, die im Rahmen ihrer Berufstätigkeit dolmetschen. Von 449 Studienteilnehmerinnen³² hatten immerhin 197 Pflegende (mit und ohne Migrationshintergrund) Dolmetscherfahrung. Knapp 35 Prozent der Befragten gaben dabei an, „oft“

²⁹Das *Individuelle Diplomstudium Pflegewissenschaft* wurde in Österreich erstmals im Wintersemester 1999/2000 an der Universität Wien eingeführt (vgl. Weber 2001: 25).

³⁰Der vollständige Forschungsbericht wurde 2007 online unter www.pflegewissenschaft.ac.at veröffentlicht und liegt der Verfasserin dieser Arbeit vor. Da die Internetadresse nicht mehr abrufbar ist, beziehen sich die Quellenangaben zu dieser Studie auf den Beitrag in Schnepf & Walter (2010).

³¹An dieser Stelle sei auf die inhaltlich ähnliche Studie von Szakacs (2010) verwiesen, die an vier oberösterreichischen Ordensspitalern durchgeführt wurde.

respektive „mehrmals“ (Seidl & Walter 2010: 56) gedolmetscht zu haben. Unter den Pflegenden mit einer anderen Muttersprache als Deutsch war der Anteil jener, die mindestens ein Mal gedolmetscht hatten, mit rund 90 Prozent besonders hoch (vgl. Seidl & Walter 2010: 57). Die Befragten konnten ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Dolmetschen zu Beginn des darauf bezogenen Fragebogenteils in eigene Worte fassen. Die Kommentare fielen zwar überwiegend positiv aus, es wurden aber neben allgemeinen Problemen wie Zeitdruck und terminologische Schwierigkeiten auch spezifische Situationen genannt, die aus Sicht der Pflegenden problematisch sind. Pflegende fühlen sich überfordert, wenn sie in einer Drittsprache dolmetschen und die Patientinnen zu hohe Ansprüche an ihre Sprachbeherrschung stellen oder wenn Patientinnen mit derselben Muttersprache ihre Hilfsbereitschaft überstrapazieren (vgl. Seidl & Walter 2010: 58). Eine Befragte wies auf die gesetzliche Haftung hin (vgl. ebd.).

Anschließend an die einleitende offene Frage wurden die Dolmetscherfahrungen des Pflegepersonals anhand geschlossener Frageformate untersucht. In acht Items wurden der Fachliteratur entnommene, beim Krankenhausdolmetschen häufig auftretende Schwierigkeiten angegeben. Die größte Zustimmung erreichte die Aussage „Der Patient erzählte so viel, dass ich es nur als kurze Zusammenfassung wiedergeben konnte“ (Seidl & Walter 2010: 60). Nach abnehmender Häufigkeit gelistet folgten die Aussagen „Mir war ein Fachausdruck nur in einer der beiden Sprachen geläufig“³³, „Ich hatte den Eindruck, dass der Patient und der Arzt/die Pflegeperson unter einem bestimmten Begriff nicht das Gleiche verstanden, hatte aber nicht genügend Zeit oder Gelegenheit, um dies zu erklären“ und „Die Pflegeperson oder der Arzt hat von mir verlangt, dass ich dem Patienten etwas erklären – nicht nur übersetzen soll“ (ebd.). Diese vier Items wurden von mindestens 50 Prozent der dolmetschenden Pflegenden als häufig bzw. manchmal zu-

³²Präzise Angaben über die Größe der Gesamtstichprobe fehlen, da die Studienautorinnen lediglich die Anzahl retournierter, nicht aber jene der ausgesandten Fragebögen angeben. Die fehlende Rücklaufquote lässt mithin keine Schlüsse auf die Repräsentativität der Erhebung zu. Stichprobenausfälle sind nicht nur im Hinblick auf die Ausschöpfung der Erhebung (vgl. Ebster & Stalzer 2008: 187) bedeutsam. Verweigerungen können auch auf Bedenken über die Anonymität der Umfrage zurückgeführt werden, worauf die hohen Antwortausfälle bei auswertungsrelevanten persönlichen Angaben schließen lassen (in 23% der ausgewerteten Fragebögen fehlen Altersangaben, 19% der Studienteilnehmerinnen gaben keine Muttersprache an).

³³Eine Erklärung für die mit dem Dolmetschen von Fachbegriffen verbundenen Schwierigkeit kann in dem sprachwissenschaftlichen Beitrag von Bührig & Meyer (2004) gefunden werden. Die Autorinnen stellen fest, dass zweisprachiges Pflegepersonal Fachtermini oft nur in einer Sprache – meistens auf Deutsch – beherrscht, was die Forscherinnen der beruflichen Sozialisierung zuschreiben, die häufig im Aufnahmeland erfolgt (s. 4.3).

treffend bezeichnet. Sie beziehen sich auf Situationen, die hohe ethische Ansprüche an das Rollenverhalten der Dolmetschenden stellen und Rollenkonflikte auslösen können. Denn derartige Situationen erfordern einerseits translatorische Bearbeitung (paraphrasieren und ggf. zusammenfassen) und andererseits ein aktives Eingreifen in die Interaktion, z.B. um die Interaktionspartnerinnen zu unterbrechen, das *Turntaking* zu steuern, oder um die eigene Dolmetscherrolle abzugrenzen. Andere Schwierigkeiten treten nach Meinung der befragten Pflegepersonen seltener auf. Dabei handelt es sich um die Aussagen (nach abnehmender Häufigkeit gereiht): „Ich hatte den Eindruck, dass der Arzt/die Pflegeperson den kulturellen Hintergrund des Patienten nicht genügend berücksichtigt“, „Ich fühle mich überfordert“, „Arzt oder Pflegeperson stellen unklare Fragen“ und „Ich kannte den Sinn eines Fachausdrucks nicht“ (Seidl & Walter 2010: 60). Dass dolmetschende Pflegende der Aussage über mangelnde Kultursensibilität des klinischen Personals seltener zustimmten, könnte auf den Umstand zurückgeführt werden, dass Pflegepersonen ohne entsprechende Schulung kulturellen Aspekten der Kommunikation im Krankenhaus im Allgemeinen keine besonders große Bedeutung beimessen, wie Pöchhacker (2000) in seiner Studie feststellt (s. 2.3). Seidl & Walter (2010) fragten in ihrer Studie ferner nach der zukünftigen Bereitschaft zum Dolmetschen und dem Wunsch nach einer entsprechenden Fortbildung sowie einer Regelung zur Verminderung des Zeitdrucks. 60 Prozent der dolmetschenden Pflegenden erklärten sich bereit, auch in Zukunft zu dolmetschen, davon wünschte sich eine überwiegende Mehrheit eine Zusatzausbildung und eine zeitliche Regelung (vgl. Seidl & Walter 2010: 61).

Neben den Erfahrungen des (dolmetschenden) Pflegepersonals wurde der allgemeine Dolmetschbedarf erhoben. Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit jenen der Studie, die Pöchhacker (2000) zehn Jahre zuvor durchgeführt hatte. Der Dolmetschbedarf besteht vorwiegend für die Sprachen B/K/S und Türkisch, gefolgt von Russisch, Polnisch und Arabisch; weitere Sprachen wurden seltener erwähnt (vgl. Seidl & Walter 2010: 71). Auch bei der Frage zur Deckung des Bedarfs kamen die Autorinnen zu einem ähnlichen Befund wie seinerzeit Pöchhacker. In den drei an der Umfrage beteiligten Spitälern werden am häufigsten Krankenhausangestellte und Verwandte bzw. Freunde der fremdsprachigen Patientinnen zum Dolmetschen herangezogen. Unter den Krankenhausmitarbeiterinnen dolmetschen in erster Linie Angehörige des Pflegepersonals, ge-

folgt von Reinigungskräften, Abteilungshelferinnen, Ärztinnen, Hausmitarbeiterinnen und weiteren Angestellten (vgl. Seidl & Walter 2010: 72). Der in zwei Krankenhäusern bestehende hausinterne Dolmetscherdienst³⁴ wurde selten genannt (vgl. ebd.).

Ergänzend zur schriftlichen Umfrage führten die Autorinnen im Jahr 2009 zwei Interviews mit dolmetschenden Pflegepersonen durch, die zwar keine empirischen Befunde liefern, aber dennoch interessante Einblicke in die individuelle Perspektive der Befragten bieten. Eine diplomierte Krankenschwester, die im Jahr 2000 an der von Pöchhacker durchgeführten Fortbildung für Krankenhausdolmetscherinnen (s. 1.3.1) teilgenommen hatte, und ein dolmetschender Pflegehelfer wurden mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen zu ihren Dolmetscherfahrungen im Krankenhaus befragt (vgl. Seidl & Walter 2010: 63ff.). Dabei stellte sich heraus, dass beide Befragte bestimmten Aspekten eine besondere Bedeutung beimessen. Die Bereitschaft zum Dolmetschen begründen beide mit der Hilfsbedürftigkeit der fremdsprachigen Kranken. Beide Pflegepersonen betrachten sich als Kulturmittlerinnen (vgl. Seidl & Walter 2010: 64). Die Krankenschwester zeichnet sich durch ein ausgeprägtes Bewusstsein für kulturelle Aspekte sowie einen reflektierten Zugang zur Dolmetschaufgabe aus, was sich – wie die Befragte selbst betont – auf die Teilnahme an der besagten Fortbildung zurückführen lässt (vgl. Seidl & Walter 2010: 65). Beide Befragten erachten das medizinische Fachwissen als einen wesentlichen Vorteil beim Dolmetschen (vgl. ebd.) und äußern den Wunsch nach rechtlicher Absicherung und Anerkennung ihrer „hochqualifizierten Spezialtätigkeit“ (Seidl & Walter 2010: 68) seitens des Arbeitgebers. Die Krankenschwester bedauert, dass sie nach Absolvierung der Fortbildung wider Erwarten keine offizielle Berechtigung zum Dolmetschen in Form eines Zertifikats erhalten habe. Sie ist sich der großen Verantwortung bewusst, die sie beim Dolmetschen trägt. Der Krankenpfleger hingegen weist jede Verantwortung von sich und betont gegenüber seinen Gesprächspartnerinnen vor jedem Dolmetscheinsatz, dass seine Dolmetschtätigkeit eine reine Hilfestellung sei, für die er keine Haftung übernehme (vgl. ebd.). Der Wunsch nach Anerkennung und nach einem Nachweis der Zusatzqualifikation als Dolmetscherin offenbart ein fehlendes Bewusstsein der Pflegekräfte für die Komplexität des Dolmetschens. Weder eine Fortbildung noch eine mehrjährige Erfahrung im Dolmetschen rechtfertigen die

³⁴Dieser wird nicht näher definiert, es kann aber davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um die muttersprachlichen Beraterinnen für Türkisch (s. 1.3.1) handelt.

Bezeichnung hochqualifizierte Spezialtätigkeit. Die Befragten mögen zwar bis zu einem gewissen Grad über Sachkompetenz verfügen, sie bringen aber keine professionelle Verhaltens- oder translatorische Kompetenz (s. 2.2) mit, die nur im Zuge einer mehrjährigen universitären Dolmetschausbildung erworben werden kann. Insgesamt geht aus beiden Interviews hervor, dass die Pflegepersonen mit großem Einsatz an das Dolmetschen herangehen, aber das Krankenhaus keinerlei Vorkehrungen traf, um diese Tätigkeit zu reglementieren.

Das Fazit des Forschungsbeitrags der Pflegeforscherinnen fällt ernüchternd aus. In Bezug auf den Dolmetschbedarf in Wiener Krankenanstalten und seine Deckung können zehn Jahre nach Pöchhackers Studie keine nennenswerten Fortschritte verzeichnet werden. Der Beitrag liefert einen Beleg dafür, dass Pflegepersonal mit einer Reihe von Problemen konfrontiert und nicht imstande ist, Kommunikationsbarrieren vollständig zu überwinden.

4.3 Die sprachwissenschaftliche Perspektive

Angesichts der Tatsache, dass Pflegekräfte die am häufigsten dolmetschenden Krankenhausmitarbeiterinnen sind, stellt sich die Frage, inwiefern die konkrete Dolmetschleistung der Pflegepersonen die Interaktion und die Erreichung institutions- bzw. diskurspezifischer kommunikativer Zwecke beeinflusst. Diese Fragestellung erfordert einen qualitativen Zugang auf textueller Basis. Einen in dieser Hinsicht besonders umfangreichen Beitrag leisteten Sprachwissenschaftlerinnen von der Universität Hamburg. Die zahlreichen diskursanalytischen Arbeiten von Meyer und Kolleginnen (Meyer 2003, 2004, 2009; Bührig & Meyer 2004, 2009 und Meyer et al. 2010) wurden im Rahmen zweier Projekte am universitären Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit durchgeführt. Im Fokus des Projekts *Dolmetschen im Krankenhaus* (Universität Hamburg o.J.a) standen die Fragen, welchen Einfluss der Einsatz ungeschulter Dolmetscherinnen (darunter zweisprachige Pflegekräfte) auf die Arzt-Patient-Kommunikation hat, ob Ad-hoc-Dolmetscherinnen die sprachlichen Handlungsmuster und die Zwecksetzung unterschiedlicher institutioneller Diskursarten (er)kennen und bei der Dolmetschung berück-

sichtigen und welche Strategien dolmetschendes Pflegepersonal bei lexikalischen Schwierigkeiten anwendet. Die Grundlage für die Analyse mittels Methoden der angewandten Diskursforschung war ein umfassender Korpus authentischer Gesprächsdaten. Dabei handelt es sich einerseits um gedolmetschte Anamnese-, Aufklärungs- und Befundgespräche zwischen deutschsprachigen Ärztinnen und Patientinnen portugiesischer oder türkischer Herkunft (vgl. Meyer et al. 2010: 172) und andererseits um entsprechende einsprachige Arzt-Patient-Gespräche, die zu Vergleichszwecken in türkischen und portugiesischen Krankenhäusern aufgenommen wurden (vgl. Bührig & Meyer 2003). Bei einem Großteil der mehrsprachigen Gespräche fungierten Pflegepersonen mit türkischem bzw. portugiesischem Migrationshintergrund als Dolmetscherinnen.

Die Autorinnen stellen bei der Analyse der Transkripte fest, dass zweisprachige Pflegekräfte trotz ihres medizinischen Wissens nur unzulängliche Dolmetschungen zustande bringen. Die Schwierigkeiten der Pflegepersonen mit der Dolmetschung von Fachtermini und von sog. semi-professionellen Begriffen führen die Forscherinnen auf deren berufliche Sozialisierung in der Zweitsprache zurück. Es fällt den dolmetschenden Pflegekräften schwer, diese an das Laien-Wissen angepassten medizinischen Begriffe (vgl. Löning & Rehbein 1995) wie *Magenspiegelung* (anstelle von *Gastroskopie*) in der Muttersprache auszudrücken (vgl. Bührig & Meyer 2004: 51). Darüber hinaus beobachten die Studienautorinnen, dass Pflegepersonen ärztliche Aussagen oft mit Fokusverschiebungen dolmetschen. Bei der Risikoaufklärung vermitteln sie z.B. allgemeine Informationen derart, dass diese individuell auf den jeweiligen Fall bezogen scheinen (vgl. Meyer et al. 2010: 176). Durch Änderung der Modalverben deuten die Dolmetscherinnen außerdem ärztliche Ankündigungen unwillkürlich um: Empfehlungen werden als Anweisungen wiedergegeben (vgl. Bührig & Meyer 2004: 50f.). Der kommunikative Zweck, sprich die von ärztlicher Seite beabsichtigte Zustimmung der Patientinnen zur vorgeschlagenen Behandlungsmethode wird zwar erreicht. Allerdings wird den Patientinnen durch die Einflussnahme der ad hoc dolmetschenden Pflegepersonen faktisch ihre Entscheidungsautonomie entzogen, was die Autorinnen als rechtlich bedenklich einstufen (vgl. Bührig & Meyer 2004: 57). Bei der Analyse der gedolmetschten Gespräche gelangen die Autorinnen ferner zu dem Schluss, dass dem Pflegepersonal eine grundlegende Kompetenz beim Dolmetschen in der Triade, das Koordinieren des *Turn-*

taking (vgl. Wadensjö 1992/1998), weitgehend fehlt. Des Weiteren stellen sie fest, dass Pflegekräfte die Patientenaussagen um vermeintlich redundante Inhalte gekürzt dolmetschen (vgl. Meyer et al. 2010: 180). Die Gesprächsanalysen ergeben zudem, dass Pflegepersonen Verständnisschwierigkeiten der Patientinnen ignorieren oder auf eigene Faust zu klären versuchen, ohne die jeweilige Ärztin darüber in Kenntnis zu setzen (vgl. Meyer et al. 2010: 176). Aus der Dolmetschung einer portugiesischen Krankenschwester folgert Meyer (2009: 149), diese sei „offensichtlich bestrebt (...), unklare oder unpassende Antworten des Patienten diagnostisch verwertbar zu formulieren“. Insgesamt stellen die Sprachwissenschaftlerinnen fest, dass Pflegepersonal wenn überhaupt nur wenig über die spezifischen kommunikativen Zwecke der einzelnen ärztlichen Gesprächstypen und über die jeweiligen sprachlichen Muster weiß und in der Regel keine Gelegenheit dazu hat, die eigene Dolmetschtätigkeit zu reflektieren (vgl. Meyer 2003, Bührig & Meyer 2004).

Auf den Erkenntnissen dieses Projekts aufbauend erarbeiteten und evaluierten die Autorinnen im Rahmen eines zweiten Projekts ein Fortbildungskonzept für dolmetschendes Pflegepersonal mit dem Schwerpunkt Überbringen schlechter Nachrichten (vgl. Meyer 2003, Bührig & Meyer 2009, Meyer et al. 2010: 179, Universität Hamburg o.J.b). Meyer (2003) ortet in anderen Fortbildungskonzepten für Krankenhausdolmetscherinnen (z.B. dem *Bridging the Gap*-Kurs von Roat et al. 1999) einen wesentlichen Mangel: Der Fokus liege hauptsächlich auf medizinischem Fachvokabular und interkultureller Kommunikation, während die Besonderheiten der institutionellen Kommunikation mit ihren unterschiedlichen Diskurstypen, Intentionen und Sprachmustern³⁵ unberücksichtigt blieben. Diese können nach Ansicht der Sprachforscherinnen nicht in Rollenspielen veranschaulicht werden und müssen anhand authentischer Daten zu scheinbar einfachen, in Wirklichkeit aber auf spezifische Ziele ausgerichteten und entsprechend strukturierten, Routinegesprächen vermittelt werden. Deshalb sind in dem Fortbildungsprogramm Transkripte gedolmetschter Arzt-Patient-Gespräche als Unterrichtswerkzeug vorgesehen (vgl. ebd.). Die gesprächsanalytische Fundierung des Konzepts wurde um Erkenntnisse aus narrativen Interviews mit sechs Fortbildungskandidatinnen und Ärztinnen, die Erfahrungen mit Ad-hoc-Dolmetscherinnen haben, ergänzt. Dieser extra-tex-

³⁵Bereits Launer (1978) stellte fest, dass das Arztgespräch als solches und nicht etwa die Sprache oder Kultur eine besondere Herausforderung beim Dolmetschen darstellt (s. 4.1).

tuelle Zugang ermöglichte den Autorinnen eine erweiterte Perspektive auf die Problematik dolmetschender Pflegepersonen. Aus den individuellen Dolmetscherfahrungen der Pflegenden konnten fortbildungsrelevante Erkenntnisse gewonnen werden.

Besonders interessant erscheint eine Form von Dolmetschen, die nach Aussagen der befragten Pflegepersonen zum Klinikalltag gehört: Wenn Patientinnen etwas von einer Ärztin erfahren möchten, diese aber im gegebenen Moment nicht auf der Station ist, wenden sie sich an die zweisprachigen Pflegepersonen, welche die Fragen der Ärztin bei der nächsten Begegnung ausrichten. Aufgrund anderweitiger Pflichten können die Pflegekräfte den Patientinnen oft erst nach geraumer Zeit mitteilen, welche Antwort die Ärztin auf ihre Fragen gab. Dieses Dolmetschen über zeitliche und räumliche Distanz hinweg bezeichnen die Autorinnen als „Streckendolmetschen“ (Kliche & Pawlack 2009) bzw. als „line interpreting“ (Meyer et al. 2010: 179).

Diese Form von Dolmetschen stellt hohe Ansprüche an die Gedächtnisleistung der Pflegepersonen, da sie dabei keine Notizen verwenden und zwischenzeitlich abgelenkt werden (vgl. ebd.), was die Gefahr von Informationsverlust bzw. -verzerrung birgt. Das *Streckendolmetschen* dürfte eine Besonderheit der sprachmittlerischen Tätigkeit von Pflegekräften sein, da diese über die eigentliche Dolmetschsituation hinaus auf der Station anwesend und Ansprechpersonen der Patientinnen sind. Daher sollte dieses stark zeitversetzte Dolmetschen vor allem im Hinblick auf entsprechende Fortbildungen genauer erforscht werden.

An diesem Phänomen wird erkennbar, dass traditionelle, enge Definitionen des Dolmetschbegriffs, wie Otto Kades Auffassung vom Dolmetschen als Translation einmalig dargebotener Texte unter Zeitdruck (vgl. Kade 1968) bzw. in Echtzeit (vgl. Pöchhacker 2004: 11), dem Spektrum möglicher translatorischer Handlungen (im Kontext des Krankenhauses) nicht gerecht werden. Dolmetschen (im weiteren Sinn) kann demnach nicht nur über eine räumliche Entfernung (Stichwort *Remote Interpreting*) sondern auch über eine längere zeitliche Distanz hinweg stattfinden. Das spricht für eine dynamische Definition des Dolmetschbegriffs (v.a. im Hinblick auf das Kommunaldolmetschen), wie sie in der neueren Literatur zur Dolmetsch- bzw. Translationswissenschaft (z.B. Prunč 2002, Pöchhacker 2004) gefordert wird.

4.4 Zusammenfassung

Der Einsatz dolmetschenden Pflegepersonals wurde aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven erforscht. In der medizinischen Fachliteratur wurde bereits in frühen Beiträgen die Rollenproblematik dolmetschender Pflege(fach)kräfte mit Verweis auf kulturell bedingte Dilemmata thematisiert. Der Forschungsschwerpunkt liegt auf der Genauigkeit von Dolmetschungen und dem klinischen Gefahrenpotenzial von Dolmetschfehlern, die zumeist an der aktiven Dolmetscherrolle festgemacht werden. In der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema dominieren Untersuchungen zu den Erfahrungen des Pflegepersonals mit Dolmetscherinnen bzw. mit der eigenen Dolmetscherrolle. Während die Schweizer Pflegeforschung zahlreiche einschlägige Beiträge (u.a. zu Qualifizierungsmaßnahmen für dolmetschende Pflegekräfte) hervorbrachte, liegt in Österreich lediglich eine umfassende Studie vor, die in Bezug auf die Kommunikationspraxis mit fremdsprachigen Patientinnen ältere Studienergebnisse und damit den anhaltenden Handlungsbedarf bestätigt und darüber hinaus quantitative Daten zu den Problemen dolmetschender Pflegepersonen aus Sicht der Betroffenen liefert. Mit der Problematik dolmetschenden Pflegepersonals beschäftigten sich auch deutsche Sprachwissenschaftlerinnen, die Dolmetschungen zweisprachiger Pflegepersonen auf ihre Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Gespräch und seine kommunikativen Zwecke diskursanalytisch untersuchten und im Zuge ihrer Forschungstätigkeit eine neue Form des Dolmetschens im Krankenhaus ermittelten. Die Erkenntnisse aus diesen Studien und aus Interviews mit Pflegenden und Ärztinnen flossen in ein Fortbildungskonzept für zweisprachiges Pflegepersonal ein.

5. Rollenauffassung dolmetschenden Pflegepersonals: Zielsetzung und Methode

5.1 Relevanz und Ziel der Studie

Aus der Literaturanalyse geht hervor, dass im Krankenhaus häufig Pflegepersonal ohne spezifische Zusatzausbildung mit Dolmetschaufgaben betraut wird. In den vorangehenden Kapiteln wurde gezeigt, dass die Rollenauffassung dolmetschender Personen ein grundlegender Faktor beim Dolmetschen ist, insofern als sie einen Orientierungsrahmen für das Handeln der Dolmetschenden absteckt und die Interaktion sowie den Kommunikationserfolg beeinflusst (s. 3.2). Das Rollenverständnis dolmetschenden Pflegepersonals wird in der Fachliteratur in Bezug auf dessen Doppelrolle und damit einhergehende Loyalitäts- und Rollenkonflikte problematisiert (s.4.1). Dolmetschende Pflegekräfte müssen zweierlei bisweilen gegenläufige Erwartungshaltungen an ihre Pflege- und Mittlerrolle miteinander vereinbaren. Vonseiten der Patientinnen können sie mit Vereinnahmungsversuchen konfrontiert sein (s. 2.2.1). Aufseiten des Krankenhauses und seiner Vertreterinnen kann hingegen die Forderung bestehen bzw. von den Pflegekräften wahrgenommen werden, im Sinne der dominanten Kultur als *system agent* bzw. als *institutional gatekeeper* (s. 3.1.3) zu handeln. Wenn Pflegepersonal zum Dolmetschen herangezogen wird, fällt die institutionelle Einbettung der Dolmetschssituation besonders stark ins Gewicht. Denn zwischen Patientinnen und Krankenhausangestellten besteht ein Interessenkonflikt, insofern als letztere hauptsächlich an der Aufrechterhaltung eines reibungsfreien Ablaufs des Krankenhausbetriebs interessiert sind (s. 2.2.1).

Jede Dolmetschsituation stellt dolmetschende Pflegepersonen vor mehr oder weniger bewusste Entscheidungen hinsichtlich der Frage, ob und inwiefern sie den Interessen einer Partei Vorschub leisten sollen. Dies können sie (unbewusst) erreichen, indem sie die Kommunikation durch Auslassungen, Ergänzungen oder sonstige Veränderungen der ursprünglichen Äußerungen beeinflussen (s. Kap. 4). Diese (unwillkürliche) Einflussnahme wird von den Interaktionspartnerinnen aufgrund fehlender Sprachkenntnisse nicht zwangsläufig wahrgenommen. Da der Gesprächsverlauf für die primären Interaktionspartnerinnen nicht transparent ist, haben Dolmetschende als sprachliche *black boxes* die Kontrolle über die Kommunikation (s. 1.2.1). Es besteht die Annahme, Pflegekräfte

könnten (ohne eine entsprechende Ausbildung) den bewussten Wechsel von der Pflege in die Mittlerrolle nicht bewältigen (s. 2.3). Dies lässt sich aus der bei dolmetschendem Pflegepersonal empirisch belegten Tendenz zu zurechtgestutzten Formulierungen für Diagnose- oder Eingriffszwecke (s. 4.3) schließen. Diese Befunde verweisen auf eine breite und aktive Rollenauffassung, die Laiendolmetscherinnen auszeichnet (s. 2.3).

5.1.1 Forschungsfragen

Vor diesem Hintergrund und angesichts fehlender Daten zum subjektiven Rollenverständnis dolmetschender Pflegepersonen ergeben sich folgende forschungsleitende Fragen: Wie fassen Pflegende ihre Rolle als Dolmetscherinnen auf? Wie gehen sie mit der Doppelrolle Pflegende-Dolmetschende um? (Inwiefern) Versuchen sie die beiden Rollen voneinander abzugrenzen? Darüber hinaus galt das Interesse einerseits den Problematiken, mit denen sich die dolmetschenden Pflegepersonen konfrontiert sehen, und andererseits ihrem Standpunkt zur Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen. Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, wurden dolmetschende Pflegepersonen zu ihren Erfahrungen rund um das Thema Dolmetschen im Krankenhaus sowie zu ihrer persönlichen Einstellung zum Dolmetschen und ihren Einschätzungen bezüglich der eigenen Dolmetschtätigkeit befragt. Zur Bestimmung der Rollenauffassung wurde konkret untersucht, wie dolmetschende Pflegepersonen ihre Tätigkeit und Aufgabe als Dolmetschende definieren, welche Handlungsspielräume sich für sie ergeben, welche Ziele sie bei der Bewältigung der Dolmetschaufgabe verfolgen und welche Strategien sie dabei anwenden. Des Weiteren wurde den Fragen nachgegangen, wie sich die Beziehung zu den Kommunikationspartnerinnen gestaltet und unter welchen Rahmenbedingungen sie als Dolmetscherinnen zum Einsatz kommen. Die Ergebnisse werden in Bezug auf die dargestellte Fachliteratur und ihre Bedeutung für die Praxis diskutiert.

5.2 Erhebungsmethode

Angesichts dieser Fragestellungen, die sich auf bisher kaum dokumentierte Erfahrungen aus dem Berufsalltag beziehen, wurde eine qualitative Herangehensweise an den Unter-

suchungsgegenstand gewählt. Flick et al. (2007: 25) weisen auf die Vorteile qualitativer Forschungsmethoden bei der Erkundung eines „bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs“ hin, die sich aus der Flexibilität der Erhebungsmethoden und der Orientierung der qualitativen Analyse am Alltagsgeschehen bzw. dem Alltagswissen ergeben. Auch Barton & Lazarsfeld (1984) sehen eine Stärke qualitativer Verfahren in der Möglichkeit, theoretisch wenig erschlossene Zusammenhänge zu erkunden (vgl. Kelle & Erzberger 2007: 300). Die „subjektiven Sichtweisen und Deutungsmuster“ (Flick et al. 2007: 20) der dolmetschenden Pflegenden bezüglich ihrer Dolmetscherrolle können lediglich dann in Erfahrung gebracht werden, wenn die Betroffenen selbst zu Wort kommen (vgl. Mayring 2002: 66). Durch offene Fragen können die Befragten ihre Beweggründe und Einstellungen schildern, die sich auf ihr Rollenverhalten beim Dolmetschen auswirken. Daher fiel die Wahl des Untersuchungswerkzeugs auf das qualitative Interview.

Diese Entscheidung wurde letztlich bei einem Sondierungsgespräch mit einer dolmetschenden Krankenschwester gefasst. Dabei konnte festgestellt werden, dass der Befragten viele thematisch relevante Erfahrungen erst im Laufe des Gesprächs einfielen und die von ihr erzählten Episoden aus dem Berufsalltag mit fremdsprachigen Patientinnen Rückschlüsse auf ihre Einstellung zum Dolmetschen und ihre Rollenauffassung als Sprachmittlerin erlauben. Interessant war auch zu beobachten, dass die Gesprächsbereitschaft mit der Zeit und direkt proportional zum signalisierten Interesse stieg. Es wurde daher angenommen, dass sich Befragte bei einem persönlichen Interview besser auf das Thema einstellen und tiefer aus ihrem Erfahrungsschatz schöpfen können und dass insgesamt das Erinnerungsvermögen durch Fragen und Nachhaken besser aktiviert werden kann als bei einer Befragung mittels Fragebogen. Daraus konnten wichtige Schlüsse für die Wahl des Interviewtyps gezogen werden. Das ursprünglich geplante stark strukturierte Leitfadeninterview wurde zugunsten des offeneren, problemzentrierten Interviews aufgegeben, das angesichts der Forschungsfragen, aber auch im Hinblick auf die Befragten am zweckmäßigsten erschien. Es wurde nämlich angenommen, dass weder ein starres Frage-Antwort-Muster noch ein völlig offenes Interview zu neuen Erkenntnissen führen würde. Denn ersteres lässt keine persönliche Schwerpunktsetzung, wenig Assoziationsfreiheit und Reflexion zu, letzteres erfordert

hingegen eine hohe Motivation und Ausdrucksflexibilität, die in der Zweitsprache (nicht alle Interviewpartnerinnen konnten in ihrer Muttersprache befragt werden) nicht vorausgesetzt werden kann.

5.2.1 Problemzentriertes Interview

Auf diesen Überlegungen basierend bot sich das problemzentrierte Interview nach Witzel (1982, 2000) an, da es auf „eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 2000 [1]) abzielt und darüber hinaus die notwendige Flexibilität im Umgang mit den Befragten zulässt, da es entsprechend dem Antwortverhalten und der Redegewandtheit der Befragten eher narrativ oder durch unterstützendes Nachfragen stärker dialogisch geführt werden kann (vgl. Witzel 2000 [4]). Diese Befragungstechnik fußt auf den drei Prinzipien Problem-, Gegenstands- und Prozessorientierung (vgl. Witzel 1982: 72, 2000: [4]): Der namensgebende Grundsatz besteht in der Anknüpfung an eine konkrete gesellschaftliche Problematik, die im Vorfeld der Untersuchung analysiert und vorinterpretiert wird. Das theoretische Vorwissen wird offengelegt und dient dazu, einerseits die Ausführungen der Interviewten zu deuten und andererseits durch Nachfragen das Interview verstärkt auf die Problemstellung zu lenken. Mit dem Prinzip der Gegenstandsorientierung ist die Ausrichtung des Erhebungsverfahrens nach dem Untersuchungsgegenstand unter Berücksichtigung seiner spezifischen Anforderungen gemeint. Bei der vorliegenden Studie kam ein Interviewleitfaden als flexibles Erhebungsinstrument zum Einsatz. Neben ausformulierten Fragen enthält der Leitfaden stichwortartige Formulierungsvorschläge, die individuell an die befragte Person sowie an die jeweilige Interviewsituation angepasst werden können. Letzteres gilt gleichermaßen für die Reihenfolge der Fragen. Dadurch wird ein reines Frage-Antwort-Schema bei der Interviewdurchführung (vgl. Witzel 2000: [5]) und damit eine kontraproduktive „Leitfadenbürokratie“ (Hopf 1978: 101) vermieden. Der dritte Grundsatz, die Prozessorientierung, betrifft den gesamten Forschungsprozess: Die Analyse verläuft flexibel, die Daten werden sukzessive gewonnen und geprüft, Zusammenhänge werden nach und nach und in Rückkoppelung an die Methoden erschlossen (vgl. Witzel 1982: 72). Durch die Einbeziehung des Vorwissens in die Erhebungs- und Auswertungsphase

gestaltet sich der Erkenntnisgewinn beim problemzentrierten Interview als „induktiv-de-
duktives Wechselspiel“ (Witzel 2000). Eine wesentliche Stärke dieser Interviewmethode
beruht laut Mayring (2002: 68) auf ihrer Offenheit. Offene Fragestellungen ermöglichen
freies Antworten ohne Entscheidungszwang für eine bestimmte Antwortoption. Daraus
ergibt sich für die Auswertung der Vorteil, dass das Verständnis überprüft werden kann,
die Befragten ihre subjektive Problemsicht offenlegen und im Zuge des Interviews
selbst Zusammenhänge entwickeln können, und die konkrete Interviewsituation thema-
tisiert werden kann (vgl. Mayring 2002: 68). Dieser Interviewtechnik liegt die Absicht
zugrunde, das Vertrauen zwischen den Interviewpartnerinnen zu stärken, damit bei den
Interviewten nicht der Eindruck des Ausgehörtwerdens entsteht (vgl. Mayring 2002:
69) und sie sich ernst genommen fühlen (vgl. Witzel 2000 [4]). Eine Interviewführung
auf Augenhöhe und der Bezug zu einem gesellschaftlichen Problem, das die Befragten
direkt betrifft, erhöht die Bereitschaft der Interviewten „ehrlicher, reflektierter, genauer
und offener“ (Mayring 2002: 69) zu antworten als bei geschlossenen, standardisierten
Umfragen. Ferner wird durch eine offene Befragungstechnik vermieden, dass durch eine
vollständige Standardisierung „soziale Phänomene, die außerhalb des Fragerasters und
der vorgegebenen Antwortkategorien liegen (...) aus dem Blickfeld der Forschung aus-
geblendet werden“ (Diekmann 2005: 444).

Ein wesentliches Element ist der Leitfaden, der als Gedächtnisstütze und Grund-
gerüst zur Analyse der Interviews dient. Witzel (1982, 2000) schlägt zur Entlastung des
Interviews einen Kurzfragebogen zur Erhebung auswertungsrelevanter Sozialdaten (s.
Anhang) vor.

5.2.2 Erstellung des Interviewleitfadens

Zunächst wurden die Forschungsfragen ausdifferenziert und aus den theoretischen Vor-
überlegungen heraus Fragen formuliert, die in den vorläufigen Interviewleitfaden aufge-
nommen wurden. Wesentliche Anhaltspunkte für die Erstellung des Leitfadens lieferte
das Sondierungsgespräch mit einer dolmetschenden Krankenschwester (s. 5.2). Es
konnte ein erster Eindruck davon gewonnen werden, wie diese Person das Thema Dol-
metschen im Krankenhaus wahrnimmt und wie frei sie ihre Eindrücke, Erfahrungen und

Einschätzungen artikulieren kann. In den Leitfaden wurden zunächst allgemeine, offene Fragen zum Dolmetschen aufgenommen, welche als Einstieg in den problembezogenen Teil des Interviews dienten:

Wie oft dolmetschen Sie im Krankenhaus?

Mit dieser Frage sollte im Hinblick auf die Auswertung bestimmt werden, wie hoch das Erfahrungsniveau der Befragten in Bezug auf das Dolmetschen einzuschätzen ist.

Für welche Sprachen?

Aus der Literaturanalyse geht hervor, dass Pflegekräfte auch in ihre Drittsprachen dolmetschen. Mit dieser Frage sollte überprüft werden, ob dies auf die Befragten zutrifft, um weitere Antworten dahingehend deuten zu können.

In welchen Situationen werden Sie als Dolmetscherin gebraucht?

Mit dieser Frage sollte geklärt werden, unter welchen situativen und kommunikativen Rahmenbedingungen die Befragten dolmetschen und mit welchen Diskursarten sie dabei konfrontiert werden.

Wie ist es überhaupt dazu gekommen, dass Sie im Krankenhaus dolmetschen?

Die letzte Frage im allgemeinen Teil diene als Erzählanreiz und Überleitung in den problemzentrierten Teil, der in vier Themenschwerpunkte gegliedert war. Mit dieser Frage sollte die Art und Weise in Erfahrung gebracht werden, wie die befragten Pflegepersonen zum Dolmetschen rekrutiert werden bzw. wie Dolmetscheinsätze zustande kommen. Die ergänzende Frage nach der Freiwilligkeit des Einsatzes diene dazu, festzustellen, ob die befragten Pflegepersonen ihre Bereitschaft zum Dolmetschen selbst geäußert haben oder ob sie die Dolmetschtätigkeit als ihre Pflicht betrachten. Idealerweise sollte nämlich die Bereitschaft der Krankenhausangestellten, die zu Dolmetschzwecken herangezogen werden, gegeben und Voraussetzung für ihren Einsatz sein, wie dies etwa bei Bischoff et al. (2006) der Fall ist. Im Zuge ihres Projekts stellten die Schweizer Pflegeforscherinnen nur jene Personen auf die spitalsinterne Dolmetscherliste, die sich dazu bereit erklärt hatten. In Wien scheint Freiwilligkeit kein zwingendes Kriterium bei der Wahl der Pflegepersonen, die Dolmetschaufgaben übernehmen sollen, zu sein. Seidl & Walter (2010: 60f.) stellen in diesem Zusammenhang fest, dass nur 60 Prozent der von

ihnen befragten dolmetschenden Pflegekräfte bereit sind, auch in Zukunft für die Sprachmittlung zur Verfügung zu stehen (s. 4.2). Daher wurde die Frage nach der Bereitschaft zum Dolmetschen in den Leitfaden aufgenommen, da sie erste Hinweise auf die Einstellung der Befragten zum Thema Dolmetschen sowie auf ihre Haltung und Motivation als Dolmetschende liefert.

Der erste Fragenkomplex des problembezogenen Teils enthielt Fragen zu den persönlichen Erfahrungen und Strategien, die die Befragten beim Dolmetschen anwenden. Die offene Frage *Können Sie sich an einen bestimmten Dolmetscheinsatz erinnern?* sollte die Befragten dazu anregen, erlebte Begebenheiten zu erzählen. Dadurch sollte die Reflexion und die subjektive Schwerpunktsetzung gefördert werden (vgl. Witzel 2000: [4]). Weitere Fragen betrafen den gewöhnlichen Ablauf des Dolmetschgesprächs und die persönlichen Ziele sowie Problemlösungsstrategien beim Dolmetschen. Die Intention ging dahin, festzustellen, ob und wie Probleme wahrgenommen werden und wie damit umgegangen wird.

Der zweite Themenschwerpunkt betraf die Beziehung zwischen den Kommunikations- bzw. Handlungspartnerinnen (vgl. Pöchhacker 2000: 188). Es sollte herausgefunden werden, wie sich die Beziehung zu den verschiedenen Interaktionspartnerinnen aus Sicht der Befragten gestaltet, mit welchen Erwartungen sich die dolmetschenden Pflegepersonen konfrontiert sehen und wie diese ihre Rollenauffassung beeinflussen.

Im dritten Themenschwerpunkt wurde die Haltung der Interviewpartnerinnen zum Dolmetschen ermittelt. Die Fragen betrafen die Eigendefinition der Aufgabe als Dolmetscherin, die damit verbundene Verantwortung, die Vor- und Nachteile des Pflegeberufs beim Dolmetschen sowie Schwierigkeiten, die mit dem Dolmetschen einhergehen. Die Frage nach dem Interesse an einer Fortbildung für Dolmetscherinnen und ihren Inhalten sollte Hinweise darüber liefern, welche Bedeutung die Befragten der Dolmetschtätigkeit beimessen und inwieweit ein Informationsbedarf besteht. Dadurch sollte ein Eindruck darüber gewonnen werden, ob bzw. in welchem Maße sich die Befragten mit ihrer Dolmetschtätigkeit auseinander gesetzt haben bzw. inwiefern sie diese gesondert von ihrer eigentlichen Berufstätigkeit wahrnehmen.

Der vierte Themenschwerpunkt umfasste Fragen zur spitalsinternen Kommunikationspraxis mit fremdsprachigen Patientinnen, die von den Befragten bewertet werden sollte. Dies diente dazu, feststellen zu können, ob und inwiefern bei den Interviewpartnerinnen ein Problembewusstsein für die Komplexität der Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen vorhanden ist. Ferner sollte geklärt werden, ob die befragten Pflegekräfte in ihrer Dolmetscherrolle mit Rollenambiguität, d.h. mit einem undefinierten Handlungsrahmen konfrontiert sind oder ob ihnen Richtlinien vermittelt wurden, wie sie zu dolmetschen haben. Damit sollte eruiert werden, ob (auch ein minimaler) „normative[r] Druck“ (Pöchhacker 2000: 188) im Sinne konkreter Verhaltensanweisungen auf die Dolmetschenden ausgeübt wird.

Die letzte Frage im Leitfaden diente dazu, den Befragten die Möglichkeit zu geben, allfällige nicht thematisierte Aspekte zur Sprache zu bringen.

Der vorläufige Interviewleitfaden wurde bei einem Probeinterview auf seine Verständlichkeit und zeitliche Zumutbarkeit überprüft. Das Probeinterview diente überdies zur Interviewerschulung (vgl. Mayring 2002: 69). So konnte festgestellt werden, dass der Leitfaden insbesondere hinsichtlich der Reihenfolge der Fragen flexibel gehandhabt werden muss und dass hin und wieder Ergänzungs- und Verständnisfragen notwendig sind. Der Interviewleitfaden ist in seiner allgemeinen Form im Anhang abgedruckt. Aus der jeweiligen Interviewsituation heraus entstandene Ad-hoc- und Sondierungsfragen (vgl. Mayring 2002: 70) sind in den jeweiligen Interviewprotokollen dokumentiert (s. Anhang).

5.3 Auswahl der Interviewpartnerinnen

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen ergab sich aus der Zugänglichkeit zu dolmetschenden Pflegefachpersonen mittels einer Schlüsselinformantin (vgl. Merrens 2007: 288) aus dem Bekanntenkreis. Da der gewählte Forschungsansatz nicht auf statistische Verallgemeinerung abzielt, wurde die Stichprobe nach theoretischen Gesichtspunkten gezogen. Beim theoretischen Sampling wird die Stichprobe nicht im Vorhinein endgültig festgelegt, sondern sie wird entsprechend dem erreichten Erkenntnisfortschritt abge-

ändert und bei Bedarf erweitert (vgl. Merrens 2007: 292, Lamnek 2005: 26). Die Interviewpartnerinnen wurden nach dem Schneeballprinzip (vgl. Merrens 2007: 293) gewonnen: Bereits angesprochene dolmetschende Krankenschwestern eines Wiener Krankenhauses wurden gebeten, weitere Kolleginnen aus ihrem Arbeitsumfeld zu nennen, welche für die Studie in Frage kommen. Dadurch ergab sich eine geklumpte Stichprobe (vgl. Merrens 2007: 293), da die Befragten jeweils Bekannte aus der eigenen Abteilung für Innere Medizin nannten. Als Kriterium wurde Dolmetscherfahrung (die Befragten sollten mehrmals gedolmetscht haben) genannt. Dieses Auswahlkriterium wurde bei der persönlichen bzw. telefonischen Kontaktaufnahme überprüft. Da keine der Befragten Kollegen nennen konnte, die für die Studie in Frage kämen, umfasst die Stichprobe ausschließlich Frauen.

Ursprünglich war vorgesehen, lediglich diplomierte Pflegefachpersonen zu befragen. Da aber in Wien neben Pflegefachkräften auch Pflegehelferinnen dolmetschen (vgl. Seidl & Walter 2010), wurde eine Pflegehelferin in die Stichprobe aufgenommen. Es wurde ferner darauf geachtet, dass die Interviewpartnerinnen für die in Bezug auf den Dolmetschbedarf wichtigsten Sprachen³⁶ dolmetschen, da ihre Erfahrungen besonders relevant erschienen. Dies gelang nur teilweise, da nach Angaben der Befragten in ihrer Abteilung keine türkischstämmigen Pflegekräfte beschäftigt sind und zum Dolmetschen Abteilungshelferinnen oder Reinigungspersonal aus der Türkei herangezogen werden. Eine russische Pflegekraft erklärte sich anfangs bereit für ein Interview, es konnte aber nach mehreren Anläufen kein Termin vereinbart werden. Die russische Sprache war insofern vertreten, als – wie sich im Zuge der Erhebung herausstellte – auch die polnischen Pflegekräfte häufig aus dem Russischen und ins Russische dolmetschen.

Die Interviews wurden laufend transkribiert und vorläufig analysiert, um den Erkenntnisstand und damit den Grad der theoretischen Sättigung zu bestimmen (vgl. Merrens 2007: 293) sowie um allfällige Anpassungen am Leitfaden vorzunehmen. Es stellte sich bald heraus, dass sich viele Antworttendenzen wiederholen. Da keine wesentlichen neuen Informationen mehr zu erwarten waren (vgl. Merrens 2007: 294) und in Bezug

³⁶Seidl & Walter (2010) orten den größten Dolmetschbedarf für die Sprachen B/K/S, Türkisch, Russisch und Polnisch (s. 4.2).

auf die Dolmetscherfahrung nach sechs Interviews alle Niveaus von wenig erfahren bis versiert abgedeckt waren, wurde diese nicht erweitert.

5.4 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden im Zeitraum Februar - März 2011 durchgeführt. Die Bestimmung des Orts und Zeitpunkts der Interviews wurde den Befragten überlassen. Damit sollten optimale Rahmenbedingungen für das Gespräch geschaffen werden (vgl. Atteslander 2003: 126), indem sichergestellt wurde, dass es in einer vertrauten Umgebung und in einer entspannten Atmosphäre stattfindet. Vier Interviews wurden in Kaffeehäusern, zwei in den Privatwohnungen der Interviewpartnerinnen durchgeführt. Die Befragten bekamen eine Aufmerksamkeit zum Dank für Ihre Zeit und Mühe. Die Interviews dauerten durchschnittlich eine halbe Stunde (das kürzeste Interview dauerte ca. 20 Minuten, das längste hingegen knapp eine Stunde), wobei der Informationsgehalt nicht von der Dauer abhängig war, d.h. kürzere Interviews waren genauso informativ wie längere.

Vor jedem Interview wurden die Befragten über Forschungsthema, Zweck und Ablauf des Interviews informiert. Dabei wurde als Thema grob *Dolmetschen im Krankenhaus* angegeben und das Interesse an den persönlichen Erfahrungen der Befragten als Dolmetscherinnen geäußert. Die Teilnehmerinnen wurden mit dem Hinweis auf eine genaue Auswertung um ihr Einverständnis zur Gesprächsaufzeichnung gebeten, wobei die Anonymität zugesichert und die Verwendung der Daten genau erklärt wurde (vgl. Hermanns 2007: 361 ff.). Den Interviewpartnerinnen wurde im Sinne des Datenschutzes garantiert, dass die Tondateien für Dritte unzugänglich und nur für den zur Erstellung der Transkripte notwendigen Zeitraum aufbewahrt werden (vgl. Bortz & Döring 2006: 313). Da durch die Vermittlung der Schlüsselinformantin bereits eine Vertrauensbasis geschaffen und durch die Kontaktaufnahme weiter ausgebaut werden konnte, stimmten die Interviewpartnerinnen der Aufnahme bereitwillig zu und vermittelten nicht den Eindruck, beim Sprechen durch das Aufnahmegerät irritiert zu sein. Den Interviewpartnerinnen wurde angeboten, ihnen bei Interesse ein Exemplar der Masterarbeit zukommen zu lassen. Da vier Interviewpartnerinnen ebenso wie die Verfasserin dieser Arbeit polni-

sche Muttersprachlerinnen sind und angesichts der Tatsache, dass Befragte sich in ihrer Muttersprache spontaner und freier äußern können, was ganz im Sinne des gewählten Forschungsansatzes ist (vgl. Aghamanoukjan et al. 2009: 432f.), wurde ihnen vor dem Interview die Wahl der Sprache überlassen. Bei zwei Interviews, die bei den IP zu Hause durchgeführt wurden, ergab sich automatisch Polnisch als Interviewsprache. Ein Interview mit einer polnischen Pflegekraft wurde auf Deutsch, ein anderes anfangs auf Deutsch, dann mehrheitlich auf Polnisch durchgeführt³⁷, da sich die Befragte bei bestimmten Fragen in ihrer Muttersprache ungezwungener äußern konnte.

Der ergänzende Kurzfragebogen (s. Anhang) zur Erhebung der Sozialdaten, den Witzel (2000) als Gesprächseinstieg empfiehlt (s. 5.2.1), wurde erst im Anschluss an das Interview gemeinsam mit den Befragten ausgefüllt, um einen nahtlosen Übergang von der Vorbesprechung zum eigentlichen Interview zu gewährleisten und das Gespräch nicht von vornherein auf ein Frage-Antwort-Schema hin zu lenken. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Während der Gespräche wurden ergänzend zur Tonaufnahme nonverbale und parasprachliche Ereignisse notiert. Diese Gesprächsprotokolle dienten als Grundlage für die kommentierte Transkription (s. 5.5). Nach jedem Interview wurden im Hinblick auf die Auswertung etwaige Auffälligkeiten und Interpretationsideen in sog. Postskripten (vgl. Witzel 2000 [9]) festgehalten.

5.5 Transkription der Interviews

Für die Verschriftlichung der Interviews wurde die kommentierte Transkription gewählt. Dabei werden zur besseren Nachvollziehbarkeit der Gesprächsdynamik über das Wortprotokoll hinausgehende, für die Interpretation brauchbare Elemente festgehalten (vgl. Mayring 2002: 91). Da für die Auswertung lediglich die inhaltliche Ebene der Aussagen von Belang war und die Befragten als Informantinnen (vgl. ebd.) in Erscheinung treten, wurden die Interviews in normales Schriftdeutsch übertragen. Angesichts fehlender

³⁷Die polnischen Interviews bzw. Interviewteile wurden nach der Transkription von der Autorin ins Deutsche übersetzt. Die anonymisierten Originalaussagen und die jeweiligen Übersetzungen wurden von einer polnischen Studienkollegin überprüft und korrigiert.

Transkriptions-Ausrüstung erwies sich das Open-Source-Programm *Transcriber*³⁸ als erhebliche Erleichterung.

Entsprechend der gewählten Protokolltechnik wurden die Aussagen um etwaige Dialektfärbungen und Fülllaute („hm“, „äh“) sowie Versprecher und Wortabbrüche bereinigt und Satzbaufehler weitgehend behoben. Pausen bzw. unvollständige Sätze wurden mit Suspensionspunkten gekennzeichnet. Thematische Abschweifungen bzw. Äußerungen, die personenbezogene Informationen enthielten, wurden als anonymisierte Zusammenfassungen (vgl. Flick 2007: 264) in spitzen Klammern protokolliert. Um eine Vorinterpretation auszuschließen wurden alle Interviews zunächst vollständig transkribiert. Da aber die IP5 und 6 viele persönliche Informationen preisgaben, die auch bei Auslassung der Namen und Ortsbezeichnungen unter Umständen Rückschlüsse auf ihre Person zuließen und für die Studienzwecke irrelevant waren, wurden diese Teile in einem nächsten Schritt aus den Transkripten herausgenommen und stattdessen Zusammenfassungen dieser Ausschnitte eingefügt. Dabei wurde darauf geachtet, dass der zur Interpretation und Auswertung notwendige Kontext nicht verloren geht (vgl. Mayring 2002: 99).

Der besseren Lesbarkeit halber wurden die Fragen der Interviewenden in Fettschrift wiedergegeben. Die deutschen Übersetzungen der polnischen Aussagen in Interview 4 und der Interviews 5 und 6 sind den jeweiligen Originalaussagen in kursiven Lettern unmittelbar nachgestellt. Bei längeren Antworten auf Polnisch wurde eine Leerzeile vor der deutschen Übersetzung eingefügt. Jeder Sprecherwechsel ist durch eine Leerzeile, einzelne Fragen sind durch eine doppelte Leerzeile getrennt. Zur einfacheren Auffindbarkeit der zitierten Aussagen wurden die Textzeilen jeder Transkriptseite durchnummeriert. Die Transkripte der sechs Interviews belaufen sich einschließlich der Übersetzungen auf insgesamt 85 Seiten und sind im Anhang abgedruckt.

5.5.1 *Transkriptionsregeln*

Folgende Transkriptionsregeln kamen zur Anwendung:

(U) Unterbrechung

³⁸Die Software steht kostenlos zum Download bereit unter <http://trans.sourceforge.net/en/presentation.php>

[...]	Anonymisierung
[Beispiel]	Hinzufügung der Autorin
<u>Beispiel</u>	auffällige Betonung
(lacht)	parasprachliche Ereignisse
...	unvollständiger Satz oder Pause (Dauer irrelevant)
<Beispiel>	Zusammenfassung

5.6 Auswertung

Grundsätzlich muss bei der Wahl der Erhebungsmethode Interview berücksichtigt werden, dass es sich dabei um eine komplexe soziale Situation handelt, die von Erwartungshaltungen, subjektiven Wahrnehmungen und daraus resultierendem (sprachlichem) Verhalten geprägt ist und daher nicht vollständig kontrolliert werden kann (vgl. Atteslander 2003: 123). Wenngleich sich das Interview aufgrund der theoriegeleiteten Kontrolle durch die Interviewerin von einem Alltagsgespräch unterscheidet, bleiben dennoch Merkmale alltäglicher Kommunikation bestehen. Dazu zählt die Vieldeutigkeit der Aussagen, die sich für Atteslander (2003: 144) aus der Unmöglichkeit ergibt, soziale Realität eindeutig zu erfassen und wiederzugeben. Für die Auswertung bedeutet dies, dass Antworten nicht für sich, sondern immer als Hinweise auf Zusammenhänge gedeutet werden können (vgl. ebd.). Antworten sind keine Fakten, sondern Reaktionen auf Stimuli und die Interviewsituation (vgl. Atteslander 2003: 126), sie sind kontextabhängig und müssen daher in dem entsprechenden Zusammenhang analysiert werden (vgl. Atteslander 2003: 191). Das ist gleichzeitig ein Vorteil gegenüber schriftlichen Befragungen, da bei der Deutung der Antworten die (in Gesprächsprotokollen und Postskripten festgehaltene) Interviewsituation berücksichtigt werden kann (vgl. Atteslander 2003: 192).

5.6.1 Grenzen der Studie

Mit der in dieser Arbeit vorgestellten Studie wird kein Anspruch auf Repräsentativität oder Vollständigkeit erhoben. Mithilfe qualitativer Methoden wurden die subjektiven Wahrnehmungen einer relativ kleinen Stichprobe von dolmetschenden Pflegepersonen

einer Wiener Krankenanstalt erhoben. Die auf diesem Weg gewonnenen Erkenntnisse geben keinen Aufschluss über das tatsächliche Rollenverhalten der Befragten (vgl. Atteslander 2003: 120).

5.6.2 Auswertungsverfahren

Das durch die Erhebung gewonnene und zur Auswertung herangezogene Material besteht aus den Interviewtranskripten und den Kurzfragebögen. Die Auswertung der Interviewtranskripte erfolgt mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2008). Dabei handelt es sich um ein systematisches, nach vorab definierten Regeln und vor dem theoretischen Hintergrund schrittweise durchzuführendes Analyseverfahren (vgl. Mayring 2008: 12), das auf einem Kategoriensystem aufbaut, welches das Grundgerüst für die Analyse des Materials darstellt (vgl. Mayring 2008: 53). Die Stärke dieser Auswertungsmethode gegenüber anderen hermeneutischen Verfahren liegt in der systematischen, regelgeleiteten Vorgehensweise, die stets dokumentiert wird und dadurch die Überprüfbarkeit der Analyse sowie die Nachvollziehbarkeit der Interpretation ermöglicht. Auf diese Weise wird das Gütekriterium der intersubjektiven Nachprüfbarkeit erfüllt (vgl. Mayring 2008: 12). Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Interpretation sprachlichen Materials niemals als abgeschlossen betrachtet werden kann, da stets die Möglichkeit einer „*Re-Interpretation*“ (Mayring 2008: 34, Hervorhebung im Original) besteht.

Mayring (2008: 42) unterscheidet drei Formen der qualitativen Inhaltsanalyse – Zusammenfassung, Strukturierung (formal, inhaltlich, typisierend, skalierend) und Explikation – die an die jeweilige Untersuchung und die spezifische Fragestellung angepasst werden müssen. Für die vorliegende Studie wurde die inhaltliche Strukturierung gewählt. Diese zielt darauf ab, mithilfe eines Kategoriensystems bestimmte inhaltliche Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen (vgl. Mayring 2008: 89). Die Kategorien werden „in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt“ (Mayring 2008: 53), eindeutig definiert und anhand sog. „Ankerbeispiele“ (Mayring 2008: 118) veranschaulicht. Im

Zuge des Analyseverfahrens wird das Kategorienschema überarbeitet und am Ende auf Adäquatheit in Bezug auf den theoretischen Hintergrund überprüft (vgl. ebd.).

Die Auswertung beginnt mit der Festlegung der Analyseeinheiten, die einer präziseren Analyse dienen (vgl. Mayring 2008: 53). Als *Kodiereinheit* bzw. kleinste kategorisierbare Texteinheit gilt in der vorliegenden Untersuchung das kleinste sinntragende (Aussage-)Element (ein Wort bzw. Satzteil). Die *Kontexteinheit* bzw. der größte Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann, stellt in dieser Studie das gesamte Interviewmaterial dar. Die *Auswertungseinheiten* bilden in der vorliegenden Untersuchung die einzelnen Interviews, die jeweils nacheinander ausgewertet wurden.

Das Kategoriensystem wurde ausgehend von den Forschungsfragen, dem Interviewleitfaden sowie den Transkripten entwickelt. Bei einem ersten Materialdurchlauf wurden zunächst die Strukturierungsdimensionen als Hauptkategorien festgelegt und entsprechende Textstellen markiert. Anschließend wurden die einzelnen Ausprägungen aus dem Text herausgefiltert und als Unterkategorien in das Kategorienschema aufgenommen. Die Kategorien wurden so genau definiert, dass eindeutige Zuordnungen möglich waren. Für jede Kategorie wurden Ankerbeispiele (Mayring 2002: 118), d.h. charakteristische Textstellen aus dem Textmaterial extrahiert und in den Kodierleitfaden eingefügt. Anschließend wurden die ersten vier Interviews kodiert. Bei Abgrenzungsproblemen wurden Kodierregeln formuliert. Bei einem Gesamtdurchlauf des Materials wurde das Kategoriensystem überprüft. Insgesamt wurden die Interviewtranskripte in fünf Hauptkategorien kodiert, die überwiegend an den Aufbau des Interviewleitfadens angelehnt sind:

Kategorie 1: Dolmetscheinsatz: In dieser Kategorie wurden alle Angaben zusammengefasst, die sich auf die situativen Rahmenbedingungen des Dolmetscheinsatzes beziehen (Häufigkeit, Anlass, Verwendung von Drittsprachen, Einsatzort, Einsatzzeitpunkt, Zustandekommen bzw. Rekrutierung, Vorhandensein von Verhaltensrichtlinien). Aus den Interviews ging hervor, dass außer für Ärztinnen, Pflegepersonal, Patientinnen und ihre Angehörigen auch für andere Personengruppen gedolmetscht wird, daher wurde die Subkategorie *sonstige Bedarfsträgerinnen* hinzugefügt.

Kategorie 2: Dolmetschen: Unter diese Kategorie wurden sämtliche Aussagen subsumiert, welche eine Definition der Dolmetschtätigkeit enthalten sowie die Aufgaben, Handlungsspielräume und Ziele der dolmetschenden Pflegepersonen betreffen.

Kategorie 3: Haltung der Dolmetschenden: Dieser Kategorie wurden sämtliche Aussagen zugeordnet, die Aufschluss über die Haltung der Interviewpartnerinnen zu ihrer Dolmetschtätigkeit geben. Diese wurden in sieben Subkategorien (Bereitschaft, Verantwortung, Selbsteinschätzung, Schwierigkeiten, Zufriedenheitsfaktoren, Belastungs-/Unzufriedenheitsfaktoren, Fortbildungsinteresse/ Informationsbedarf) kodiert.

Kategorie 4: Beziehung zu Handlungspartnerinnen: Diese Kategorie umfasst Angaben zur Beziehung zwischen den Interviewpartnerinnen und den Ärztinnen, den (fremdsprachigen) Patientinnen sowie den Arbeitskolleginnen. Kodiert wurden Aussagen zu den Erwartungen³⁹ und zum Verhalten der jeweiligen Handlungspartnerinnen gegenüber den Befragten.

Kategorie 5: Kommunikationspraxis: Diese Kategorie umfasst die gebündelten Aussagen der Interviewpartnerinnen zur allgemeinen Kommunikationspraxis mit fremdsprachigen Patientinnen im Krankenhaus, deren Bewertung sowie entsprechende Verbesserungsvorschläge.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Analyse der Aussagen der Befragten in Würdigung ihrer Leistung und ihres Einsatzes als Dolmetscherinnen erfolgt.

³⁹Dabei handelt es sich meist um Erwartungserwartungen, sprich um angenommene, von den Handlungspartnerinnen nicht explizit geäußerte, Erwartungen an die eigene Dolmetscherrolle (s. 3.2.2).

6. Untersuchungsergebnisse

Zunächst werden unter 6.1 die Befragten vorgestellt. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse werden nach Kategorien geordnet dargestellt (s. 6.2 – 6.6) und anschließend im Hinblick auf die Forschungsfragen zusammengefasst und gedeutet (s. 7). Die Aussagen⁴⁰ der Interviewpartnerinnen (IP1-6) werden in Kursivschrift unter Anführungszeichen bzw. als eingerückte Zitate mit Angabe der Seiten- und Zeilennummer angeführt.

6.1 Befragtenprofil

Durch die Vermittlung bzw. Kontaktaufnahme war bekannt, dass zwei Befragte als B/K/S- und vier als Polnisch-Dolmetscherinnen fungieren, sowie dass keine der Befragten irgendeine Form von Dolmetschausbildung absolviert hatte. Zur näheren Charakterisierung der Befragten werden anschließend die in dem Kurzfragebogen erhobenen Daten summarisch dargestellt, um die Anonymität der Gesprächspartnerinnen zu wahren.

Die Pflegekräfte hatten zum Zeitpunkt der Befragung ein Durchschnittsalter von 52 Jahren, die jüngste Interviewpartnerin war 45, die älteste 59 Jahre alt. Es wurden zwei Krankenschwestern aus Bosnien und Herzegowina (IP2, 3) und vier Pflegekräfte (drei Krankenschwestern IP1,4,6 und eine Pflegehilfe IP5) aus Polen interviewt. Die Berufserfahrung in der Krankenpflege variierte zwischen 19 und 38 Jahren und betrug durchschnittlich 26 Jahre. Vier Befragte hatten bereits in ihrem Heimatland durchschnittlich neun Jahre als Pflegekräfte gearbeitet, zwei Interviewpartnerinnen erlernten den Beruf in Österreich. Die befragten Pflegepersonen leben seit durchschnittlich 21 Jahren in Österreich. Alle Interviewpartnerinnen haben die Reifeprüfung, drei ein Universitätsstudium im Heimatland absolviert.

⁴⁰Bei polnischen Originalaussagen (IP5, IP6 und teilweise IP4) wird die deutsche Übersetzung angeführt.

6.2 Dolmetschinsatz

6.2.1 Häufigkeit

In Bezug auf die Einsatzfrequenz als Dolmetscherinnen unterscheiden sich die Befragten z.T. wesentlich voneinander. IP2, 3 und 5 geben an, mehrmals pro Woche bzw. täglich zu dolmetschen. IP1 dolmetscht regelmäßig (A4, Z5), IP6 seltener (A73, Z25), IP4 schätzt die Zahl ihrer Einsätze auf insgesamt vier ein (A31, Z2).

6.2.2 Anlass

Die Befragten dolmetschen meistens bei Arztvisiten, Anamnesen und Aufnahmegesprächen. IP1 wurde zur Dolmetschung von Aufklärungsgesprächen vor Eingriffen oder Untersuchungen (A4, Z11-15) herangezogen, bei denen die Einwilligung der Patientinnen eingeholt wird (A6, Z15, 22-23). IP5 gab zusätzlich Gespräche vor Entlassungen an (A47, Z9). IP2 zählt auch die eigenständig und direkt in der Muttersprache durchgeführten Pflegeanamnesen zu ihren Dolmetschereinsätzen (A14, Z12-14). Prinzipiell wird sowohl für Patientinnen ohne jegliche Deutschkenntnisse als auch für jene mit beschränkten Deutschkenntnissen gedolmetscht.

6.2.3 Drittsprachen

IP2 und 3 dolmetschen lediglich aus bzw. in ihre Muttersprache (B/K/S), die polnischen Interviewpartnerinnen (IP1, 4, 5, 6) dolmetschen neben der Muttersprache auch für Russisch. IP4 erwähnt zusätzlich Slowakisch als Drittsprache. IP5 spricht pauschal von „*slawische[n] Sprachen*“ (A47, Z31), für die sie als Sprachmittlerin fungiert.

6.2.4 Einsatzort und -zeitpunkt

Die Befragten dolmetschen ausschließlich während der Dienstzeit und zumeist auf der eigenen Station. IP2 war nur ein Mal auf einer anderen Station, IP3 sporadisch in der Ambulanz als Dolmetscherin im Einsatz. IP1, 4, 5 und 6 geben an, gelegentlich auf an-

deren Stationen derselben Abteilung (für Innere Medizin) zu dolmetschen. IP6 nennt einen Einsatz in der Chirurgie (A83, Z16). IP5 führt Einsätze in der Ambulanz (A47, Z10) an.

6.2.5 Zustandekommen bzw. Rekrutierung

Was das Zustandekommen des Dolmetscheinsatzes bzw. die Rekrutierung zum Dolmetschen betrifft, ähneln sich die Aussagen der Befragten weitgehend. Der Einsatz ergibt sich entweder spontan auf der eigenen Station, meistens „ohne irgendwelche Vorbereitung oder Vorwarnung“ (IP2, A14, Z20), oder die Pflegepersonen werden andernorts benötigt und telefonisch verständigt. Dabei greifen die institutionellen Bedarfsträgerinnen auf die krankenhausinterne Dolmetscherliste zurück, in der die Interviewpartnerinnen als Dolmetscherinnen erfasst sind.

6.2.6 Sonstige Bedarfsträgerinnen

Neben dem ärztlichen und Pflegepersonal treten nach Aussagen der Befragten in Einzelfällen Psychologinnen (IP3, A29, Z2) und Polizeibeamte (IP1, A9, Z14) als Bedarfsträgerinnen auf.

6.2.7 Verhaltensrichtlinien

Den Befragten sind keine Verhaltensrichtlinien oder sonstige Regelungen in Bezug auf ihre Dolmetschtätigkeit bekannt.

6.3 Dolmetschen

6.3.1 Definition und Aufgaben

Das Dolmetschen betrachten die Befragten in erster Linie als einen sprachlichen Übertragungsprozess, wobei sie ihre Funktion in der Triade zunächst passiv darstellen. Dies spiegelt sich in Aussagen wider, wie „...ich muss dann die Fragen dem Patienten stellen

und dann die Antworten wieder auf Deutsch übersetzen“ (IP1, A7, Z25-26) oder „Ja, meine Aufgabe wäre, genau das, was der Arzt sagt, zu übersetzen und genau umgekehrt, genau zuzuhören, was der Patient dazu sagt und genauso weiterzuleiten. Übersetzen und weiterleiten“ (IP2, A18, Z12-14). Die Genauigkeit beim Dolmeschen hat auch für IP4 einen hohen Stellenwert: „wenn der Arzt den Patienten direkt fragt, dann übersetze ich genau. Und ich übersetze auch genau, was der Patient wie sagt“ (A36, Z3-4). Diese Beschreibung ihrer Tätigkeit als Dolmetscherin steht allerdings im Widerspruch zum Verständnis ihrer Dolmetscheraufgabe. IP4 sieht ihre Aufgabe als Dolmetscherin darin, „einfach das [zu übersetzen], was der Arzt über die Patienten zu wissen braucht, also und sonst gar nichts“ (A34, Z8-9).

Während für IP4 und IP5 (vor allem in der Kombination Muttersprache-Deutsch die Übertragung nach Möglichkeit wörtlich erfolgt, (IP4, A36, Z3-4; IP5, A55, Z11), dolmetschen die anderen Befragten nach eigenen Angaben sinngemäß, da zum einen die ausgangssprachlichen Ausdrücke in der Zielsprache unterschiedlich realisiert werden können (IP2, A19, Z18-20) bzw. den Patientinnen erläutert werden müssen (IP1, A8, Z5; IP2, A17, Z17-19; IP3, A25, Z33-34) und zum anderen die Ärztinnen keine genaue Dolmetschung, sondern konkrete Informationen verlangen (s. 5.7.5.1).

Die Informationsmittlung stellt für IP5 und IP6 das zentrale Element ihrer Aufgabe als Dolmetschende dar. Für IP5 besteht ihre Aufgabe darin, Patientinnen möglichst umfassende und korrekte Informationen zu vermitteln (A62, Z26). IP6 versteht sich als Auskunftsperson (A78, Z32). Diese Funktion beansprucht auch IP4 für sich (A34, Z20f.).

Die Befragten bezeichnen das Dolmetschen als eine Hilfeleistung, die vor allem den Patientinnen zugute kommt (IP3, A26, Z18; IP6, A78, Z33). In diesem Sinn fasst IP3 ihre Aufgabe als Dolmetscherin sehr weit auf. Sie motiviert Patientinnen, beruhigt sie und erleichtert ihren Krankenhausaufenthalt (A26, Z18-20). Wie umfassend der Aufgabenbereich in den Augen der Befragten ist, geht aus der folgenden Aussage hervor:

Ja, von mir wird erwartet: Menschlichkeit, Übersetzen, Krankenschwester, (lacht) vieles, also. (...) Also auch fördernd eigentlich, dass man dem Patienten sagt, was er essen darf, was nicht. Auch gesundheitlich fördernd, ja. Das wird auch, das ist auch eine Aufgabe. Es ist auch so meine Aufgabe und auch aufklären, erzählen, sprechen, sagen, wissen...Es ist natürlich auch die

Küche anders, Balkanküche und österreichische Küche. Da habe ich natürlich mehr Erfahrung, wie das aussieht, was die kochen (A26f., Z25-6).

IP3 spricht hier indirekt die Kulturmittlung an und stellt in dieser Hinsicht eine Ausnahme dar. Keine andere Befragte nannte Kulturmittlung spontan als Teilaspekt ihrer Dolmetschaufgabe.

6.3.2 Ziele und Handlungsspielräume

Die Befragten verfolgen beim Dolmetschen in erster Linie das Ziel, Patientinnen die ärztlichen Aussagen auf verständliche Weise zu vermitteln. IP2 legt besonders großen Wert auf den Inhalt der ärztlichen Mitteilungen: „... *ich konzentriere mich auf den Inhalt zuerst einmal, wirklich auf den Inhalt, dass das rüber kommt. (...) Mir ist das Verständnis wichtig. Dass verstanden wird*“ (IP2, A18, Z16-19). Damit Patientinnen alles verstehen, werden die ärztlichen Aussagen vereinfacht und ausführlicher wiedergegeben bzw. an den Wissenshintergrund der Patientinnen angepasst. „...*manche Patienten kennen auch die polnischen Begriffe, die medizinischen nicht (...) Da kann ich nicht auf Latein fragen, ich muss das in einfacher Sprache sagen*“ (IP1, A8, Z2-6). Den Sinn zu vermitteln ist auch für IP3 eine Priorität: „*Verständlich machen muss ich, den Sinn. Und dem Patienten ganz ... noch breiter erzählen, was das wirklich heißt, Computertomographie oder Ultraschall, Oberbauch. Das muss ich viel breiter erklären in unserer Sprache*“ (A25f., Z34-3).

Die Interviewpartnerinnen greifen in bestimmten Situationen in die Interaktion ein. Für IP2 ist das eine Charaktersache, sie greift prinzipiell ein, wenn sie merkt „*da ist jetzt absolute Unverständlichkeit*“ (A18, Z4-5). Patientinnen werden unterbrochen, wenn sie zu lange sprechen (IP1, A10, Z4; IP4, A36, Z9-10). In solchen Fällen koordiniert die Pflegeperson das *Turntaking*: „*und ich sage einfach, dass der Arzt die Frage stellt und ich immer wieder zurück [übersetze]*“ (IP4, A36, Z10). Wenn Patientinnen hingegen inhaltlich abschweifen (IP1, A10, Z5) bzw. nicht konkret auf die Fragen antworten, da sie bestimmte Sachverhalte nicht verstehen oder – besonders bei schweren Erkrankungen – nicht wahrhaben wollen (IP5, A56, Z24-25), unterbrechen die dolmetschenden Pflegepersonen das Gespräch und machen die Ärztinnen auf unschlüssige Pa-

tientenaussagen aufmerksam (IP5, A56, Z30-31) oder sie involvieren die Angehörigen der Patientinnen in den Aufklärungsprozess (IP3, A28, Z3-6). Wie weit die Einflussnahme auf das Arzt-Patient-Gespräch reichen kann, geht aus der Aussage von IP1 hervor:

Also eigentlich kann ich auch von mir aus etwas fragen, wenn ich etwas mehr erfahren will. Und da muss ich auch nicht alles zurück übersetzen (...) die wichtigen Sachen schon, aber bezüglich Schwarzarbeit oder Familienstand, das ... Ab und zu sage ich nicht alles, ja. Aber das hat keinen Einfluss auf die Diagnose, die Therapie (A9, Z3-7).

Auch IP3 beteiligt sich aktiv an dem Arzt-Patient-Gespräch. Sie motiviert Patientinnen zum Fragen und bietet sich zu diesen Zweck als Dolmetscherin an (A26, Z14-15). Die Unterstützung der Patientinnen geht über die Sprachmittlung hinaus. Als Auskunftsperson will IP4, „dass der Patient auch weiß, was auf ihn zukommt“ (A34, Z19). Daher erläutert sie den Patientinnen zusätzlich den Sinn und Zweck geplanter Untersuchungen, nachdem sie das eigentliche ärztliche Gespräch gedolmetscht hat, und beruhigt sie (A35, Z11-12).

Dass IP1 beim Dolmetschen ein konkretes (institutionelles) Ziel verfolgt, geht aus ihrer Aussage bezüglich der Dolmetschung einer Eingriffsaufklärung hervor. Die Befragte wird vom Arzt über den „genaue[n] Verlauf“ des Eingriffs informiert und „erklärt“ diesen anschließend dem Patienten, „weil er diesen Revers unterschreiben muss, bevor er operiert wird“ (A6, Z21-23).

6.4 Haltung der Dolmetschenden

6.4.1 Bereitschaft

Für IP3 und 4 beruht die Dolmetschtätigkeit an und für sich auf Freiwilligkeit (A24, Z4; A31, Z19). IP3 übernimmt diese Aufgabe „eigentlich gern“ (A27, Z7). IP4 bietet Kolleginnen bei Verständigungsproblemen mit polnischen oder slowakischen Patientinnen ihre Hilfe spontan an (A31, Z15-19). IP5 ist zwar ebenfalls bereit, bei Kommunikationsproblemen zu helfen. Dies gilt aber lediglich für „einfache“ Angelegenheiten (A52, Z26). Dabei beschränkt sie sich ebenso wenig wie IP4 auf Patientinnen mit derselben Muttersprache, sondern ist auch gewillt, bei Kommunikationsproblemen mit Personen

aus dem ehemaligen Jugoslawien sprachlich behilflich zu sein (A47, Z31-35). Allerdings schränkt sie diese Hilfestellung mit dem Verweis auf mangelnde Sprachkenntnisse darauf ein, grundlegende Informationen „mit irgendeinem Code“ (A48, Z3) zu erfragen. Obwohl sie es als „irgendwie peinlich“ (A49, Z32) empfindet, einen Dolmetschauftrag zu verweigern, scheut sie nicht davor zurück, wenn sie sich einer bestimmten Situation nicht gewachsen fühlt. Grundsätzlich fasst sie aber das Dolmetschen als eine Pflicht auf (A52, Z34).

Das Dolmetschen stellt auch für IP1 eine Verpflichtung dar: „*Es heißt, ich muss gehen und dolmetschen und aus*“ (A5, Z12). IP2 und IP6 kamen ebenso wenig freiwillig zum Dolmetschen. Beide verweisen in diesem Zusammenhang auf die spitalsinterne Dolmetscherliste, auf der sie ohne ihre Zustimmung erfasst wurden (IP6, A75, Z17-19). Die Zuteilung der Dolmetschaufgabe wird von beiden Befragten zur Kenntnis genommen und akzeptiert (IP2, A15, Z7-10, A21, Z3-4; IP6, A74, Z34-35, A75, Z12-14). IP6 reagierte seinerzeit verwundert auf den Listeneintrag: „*Ich habe gelacht, weil ich sage, das ist wie ein zweiter Beruf, so was*“ (A74, Z35-36). Sie fand sich aber genauso wie ihre Kolleginnen damit ab: „*...wir sind jedenfalls zu dem Schluss gekommen, na ja, was soll's*“ (A75, Z14).

6.4.2 Verantwortung

Die meisten Befragten sind sich der Verantwortung bewusst, die mit dem Dolmetschen einhergeht. Einzig für IP6 bringt der Dolmetscheinsatz eher keine zusätzliche Verantwortung mit sich, zumal dieser im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit stattfindet und nicht viel Zeit in Anspruch nimmt, da wie sie meint „*nur die wichtigsten Dinge*“ gedolmetscht werden müssten (A80, Z33). IP4 behauptet, das Dolmetschen bedeute für sie keine zusätzliche Verantwortung (A35, Z32), sie projiziert aber ihre Verantwortung als Krankenschwester auf ihre Dolmetschtätigkeit (A40, Z19-20). Sie fühlt sich dem ärztlichen Personal und den Patientinnen gegenüber für die Qualität ihrer Dolmetschung (A38, Z18-19) verantwortlich. Aus Sorge um etwaige Unzulänglichkeiten der eigenen Dolmetschleistung hält sie sich daher ihren Interaktionspartnerinnen bei Fragen oder Unklarheiten zur Verfügung (A38, Z19-21). Zudem sieht sich IP4 als Dolmetscherin da-

zu verpflichtet, den Patientinnen alle Informationen zu vermitteln, die sie fordern (A40, Z18-19, 27-33, A41, Z41-42). Sie fühlt sich dafür zuständig, Patientinnen und ihren Angehörigen auch in Versicherungsfragen zu helfen (IP4, A40, Z20-22) und sorgt – sofern sie selbst dazu nicht in der Lage ist – für kompetente Hilfe (A42, Z9). Wie weit die Verantwortung aus Sicht von IP4 reicht, lässt sich an der folgenden Schilderung erkennen:

Oft sind das eben solche Patienten, die auf eine Reise hierher kommen und kein Deutsch können müssen. Und plötzlich passiert was und sie werden ins Spital eingeliefert. Ja und in dem Augenblick gibt es ein Problem, ja sagen wir, sie waren nicht versichert für diese Reise, sie sind nur in Polen versichert. (...) Ja und in dem Moment, wie macht man das alles, damit das alles passt. (...) wenn in dem Moment so ein Patient erfährt, wie viel es ihn kostet, und er ist nicht in der Lage nach Polen zurück zu fahren, weil sein Zustand es nicht erlaubt, dann bemühe ich mich, solchen Leuten alle Fragen zu beantworten, wie man das machen kann, damit das Hand und Fuß hat. Damit sie finanziell nicht darunter leiden müssen, damit unsere, sagen wir, Krankenkassa und die aus Polen ... damit das irgendwie funktioniert (A41, Z18-30)

Das Dolmetschen bringt für IP3, IP4 und IP5 eine erhebliche Verantwortung mit sich. Für IP3 fällt diese besonders bei schweren Erkrankungen ins Gewicht, wenn es gilt, den Patientinnen ihren Gesundheitszustand begreifbar zu machen. Ein schwer kranker Patient verstünde zwar die sprachliche Mitteilung, meint IP3, dass er aber auch wirklich nachvollzieht, wie es um ihn bestellt ist, bedeutet für sie eine große Verantwortung (A27, Z27-31).

IP1 ist sich der Risiken ihres Handelns als Dolmetscherin bewusst, insbesondere da sie nicht nur bei Routineangelegenheiten dolmetscht, sondern auch in heikleren Situationen, etwa bei Risikoaufklärungen oder für die Polizei. Für letztere musste IP1 dolmetschen, als eine Patientin Anzeige gegen ihren Lebensgefährten erstatten wollte. Der Vorfall blieb der Krankenschwester auch deshalb in Erinnerung, weil im Zuge des Dolmetscheinsatzes ihre Personalien aufgenommen wurden (A9, Z23-24). Sollte sie nicht „gut“ dolmetschen (A9, Z9), sprich etwas Wichtiges „übersehen“ (A11, Z25), d.h. klinisch relevante Angaben wie „Medikamente, Dosierung (...) Operationen“ oder wo ein Patient „Beschwerden lokalisiert“ (A10, Z20-22) auslassen, könnte das Konsequenzen nach sich ziehen (A9, Z10), meint IP1. Sie fügt jedoch hinzu, noch nie in eine derartige Situation geraten zu sein (A9, Z13). Die hier angedeutete Haftung der dolmetschenden Pflegepersonen wird von IP2 direkter angesprochen. Ähnlich wie IP1 meint IP2, keine

negativen Erfahrungen in diesem Sinn gemacht zu haben. Sie spricht aber explizit von potenziellen „gesetzlich[en] (...) Problem[en]“ (A22, Z11) und sagt dazu, in solchen Situationen (d.h. im Haftungsfall) stehe „man wirklich ganz alleine da“ (A22, Z12). Für IP2 liegt die Verantwortung darin, das Gesagte „genau so rüber zu bringen“ (A19, Z12). Dabei geht es ihr beim Dolmetschen weniger um Exaktheit oder Äquivalenz sondern mehr um Adäquatheit:

Diese Wichtigkeit auch, sage ich jetzt einmal, in der Muttersprache. Ja, betonen dort, wo es zu betonen ist oder nicht sagen, das was man nicht sagen sollte. (...) Genauso, wenn die Ärzte nicht alles auf einmal sagen wollen, sondern da wirklich richtig ordentlich zu übersetzen. Nicht zu interpretieren, sondern versuchen zu übersetzen (A19, Z12-16).

Einerseits sieht IP2 die Notwendigkeit, ärztliche Aussagen an den kulturellen Hintergrund der Patientinnen anzupassen, andererseits legt sie großen Wert darauf, Ärztinnen nicht vorzugreifen und ihre Äußerungen möglichst getreu wiederzugeben.

IP5 bezeichnet das Dolmetschen als eine „enorme Verantwortung“ (A59, Z32), die ihr auferlegt wird (A66, Z14), obwohl sie sich für das Dolmetschen nicht zuständig fühlt (A54, Z13-14). Sie betont, sie sei keine Dolmetscherin (A66, Z15) und übernehme deshalb keine Verantwortung für die geleistete Sprachmittlung, die sie als bloße Hilfestellung verstanden haben will (A48, Z15-16, 18-19). IP5 ist sich der mit der Sprachmittlung einhergehenden Risiken bewusst und meint dazu: „...das kann gefährlich sein, weil es hier ums Leben geht“ (A48, Z16-17). Aus diesem Grund weigerte sie sich in einem Fall, ihre Unterschrift unter eine (Vom-Blatt-)Übersetzung polnischer Befunde zu setzen (A48, Z22-31), und damit zu bestätigen, die Befunde eines Patienten seien „in Ordnung“ (A49, Z5).

6.4.3 Selbsteinschätzung

Die befragten Pflegekräfte sehen sich (vornehmlich in der Kombination Muttersprache-Deutsch) dazu imstande, Dolmetschaufgaben im Krankenhaus zu übernehmen, und betrachten ihren pflegeberuflichen Wissens- und Erfahrungshintergrund als wesentlichen Vorteil beim Dolmetschen. Als vorteilhaft bezeichnen sie das Fachwissen, die Berufserfahrung, die Vertrauensbeziehung zu den Patientinnen sowie die Vertrautheit und die

Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal. IP2 führt an erster Stelle das medizinische Fachwissen und anschließend die Kooperation Arzt-Schwester an, die sie folgendermaßen erläutert: „...wir wissen, was diesem Arzt in dem Moment wichtig ist, dass er erfährt, genau erfährt“ (A20, Z5-6). IP3 sieht die Vorteile des Pflegeberufs beim Dolmetschen vorrangig in der Vertrauensbeziehung zu den Patientinnen. Aus ihrer Sicht ist zudem die berufliche Anwesenheit auf der Station vorteilhaft, insofern als die Krankenschwester „alles über den Patienten“ weiß und zur Verschwiegenheit verpflichtet ist (A28, Z8-10). IP1 befindet das Dolmetschen als „nicht so schwer“ (A8, Z9), solange sie in und aus ihrer Muttersprache dolmetschen muss (A10, Z15) und meint, sie habe ja erstens im Studium das nötige Wissen erworben und zweitens jahrelange Berufserfahrung (A8, Z9-12). Sie betont, dass medizinisches Fachwissen und die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen bei der (Pflege-)Anamnese wichtig seien (A10f., Z25-1). Aus diesem Grund sieht sie sich zum eigenständigen Fragen befähigt: „Und ich weiß schon, was ich fragen soll, wie ich fragen soll, was ich vom Patienten erfahren soll“ (A11, Z1-2).

IP6 meint zwar, es sei besser, wenn Ärztinnen dolmetschen bzw. direkt in der Fremdsprache mit den Patientinnen kommunizieren könnten, was sie aber zugleich als unrealistisch bezeichnet. Krankenschwestern sind aus ihrer Sicht geeignete Dolmetscherinnen (A82, Z1-6). Ihre Eignung als Dolmetscherin sieht sie darin begründet, dass sie Deutsch im Berufsalltag verwendet und Polnisch „klarerweise“ auch beherrscht (A74, Z37-38). Auch sie betont die Bedeutung medizinischer Kenntnisse und meint, das Dolmetschen sei insgesamt unproblematisch und ginge „eher automatisch“ (A79, Z11-12) vonstatten, da der polnische Fachjargon dem deutschen in puncto Diagnose ähnlich sei, es gebe im Deutschen nämlich „insgesamt genauso viele lateinische Bezeichnungen“ wie im Polnischen (A79, Z10-11).

IP4 zweifelt ebensowenig wie IP1 an ihrer Dolmetschkompetenz, solange sie aus und in ihre Muttersprache dolmetscht. Sie hat lediglich Bedenken, wenn sie in die Drittsprache Russisch oder für slowakische Patientinnen dolmetschen muss (A39, Z3-7). Sie erachtet prinzipiell die Beherrschung mehrerer Sprachen als einen Vorteil im Pflegeberuf (A37, Z11-12). Auch für sie ist das medizinische Fachwissen ein Plus beim Dolmetschen. Sie meint, sie habe aufgrund der vielen Arbeitsjahre in Österreich das ursprünglich in Polen erworbene Wissen und die entsprechende Fachterminologie inzwischen

dermaßen auf Deutsch verinnerlicht (A38, Z5-9), dass sie gewisse deutsche Fachausdrücke oft unverändert in muttersprachlichen Gesprächen verwende. Sie betrachtet diese anderssprachigen Elemente innerhalb einer Aussage jedoch nicht als problematisch (A38, Z5).

IP5 gibt an mit dem Dolmetschen gut zurecht zu kommen, sofern sie in der Kombination Polnisch-Deutsch dolmetscht, kein ernster Krankheitsfall vorliegt (A60, Z14-15) und sie die Patientin kennt (A55, Z13-16). IP5 spricht in diesem Zusammenhang die Kulturkompetenz an. Aus ihrer Sicht ist es vorteilhaft, die Menschen, die Mentalität und das Herkunftsland zu kennen (A61, Z25-27). Zudem meint IP5, sie sei als Pflegekraft in puncto Anamnese und sonstigen Routinefragen dermaßen versiert, dass ihr dabei keine Fehler unterliefen (A54, Z23-25). IP5 behauptet außerdem, nur selten lexikalische Schwierigkeiten in ihrer Muttersprache gehabt zu haben (A55, Z18). In ihrer Drittsprache Russisch dolmetscht sie lediglich „*einfache*“, vor allem Aufnahmegespräche, nicht aber Beschwerdeschilderungen (A52, Z25-28). IP5 bezeichnet die eigene Dolmetschtätigkeit als „*nicht professionell*“ (A50, Z2). Sie sei vor allem bei schweren Erkrankungen „*nicht gut genug*“ für das medizinische Dolmetschen (A60, Z19), meint sie. Wenn sie eine Äußerung nicht versteht, gesteht IP5 dies gegenüber ihren Interaktionspartnerinnen offen ein (A49, Z34-35).

6.4.4 Schwierigkeiten

Für die polnischen Befragten sind die häufigsten Schwierigkeiten beim Dolmetschen sprachlicher Natur. IP1 fällt es häufig schwer, den spontanen Sprachwechsel zu bewältigen. Diese „*Umstellung*“ erfordert aus ihrer Sicht ein hohes Maß an Konzentration (A7f., Z27-1). IP4 und IP6 führen lediglich lexikalische Probleme beim Dolmetschen an. Während sich diese für IP4 nicht nur in der Drittsprache sondern auch im Deutschen ergeben können (A38, Z25), hat IP6 ebenso wie IP1 (A10, Z15-18) nur in ihrer Drittsprache Russisch Schwierigkeiten, da sie die Sprache ähnlich wie IP5 (A47, Z12-18) vornehmlich passiv beherrscht (A74, Z18-21). IP1 erachtet das Dolmetschen auf anderen Stationen als schwierig, da sie in solchen Fällen weder die Patientinnen noch die sonstigen Handlungspartnerinnen kenne. Sie meint, das Dolmetschen sei besonders

schwierig bzw. „anstrengend“, wenn sie auf einer anderen Station die Eingriffsaufklärung vor einer „*schwierige[n] Operation*“, wie etwa einer Herzkatheter-Untersuchung, dolmetschen muss (A6, Z5-10). Für IP2 besteht die Schwierigkeit beim Dolmetschen darin, Patientinnen als medizinischen Laien mit hohem Informationsbedarf komplizierte Inhalte unter Zeitdruck zu vermitteln (A20, Z18-21). IP5 betrachtet es als schwierig, für Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau zu dolmetschen (A48, Z19-21).

6.4.5 Zufriedenheitsfaktoren

Die Befragten sind zufrieden, dass sie durch ihre Dolmetschtätigkeit helfen (IP1, A11, Z5; IP5, A52, Z31; IP6, A82, Z15) bzw. „*jemandem etwas erklären*“ (IP3, A28, Z17) können. Ihre Zufriedenheit rührt für IP1 daher, dass sich Patientinnen über die Möglichkeit freuen, mit Landsleuten kommunizieren zu können (A11, Z4). IP5 bereitet die Dankbarkeit und Erleichterung der Patientinnen Freude, da sie aus eigener Erfahrung weiß, was es bedeutet, eine Sprache nicht zu verstehen (A67, Z5-8). Sie freut sich ebenso wie IP3 (A28, Z17-18) darüber, dass sie ihre Fremdsprachenkenntnisse in ihrem Beruf einbringen kann (A52, Z33-35). IP4 betrachtet das Dolmetschen als eine bereichernde Zusatzfähigkeit, es sei „*super*“, dass „*man die Sprache so gut kann, dass man Wort für Wort in die andere Sprache übersetzen kann*“ (A39, Z9-10).

6.4.6 Belastungs-/ Unzufriedenheitsfaktoren

IP2 meint, das Dolmetschen sei für sie keine Belastung (A20, Z28). Sie gibt an, nie eine unangenehme Situation als Dolmetschende erlebt zu haben und hat keine Einwände gegen den Dolmetscheinsatz von Krankenschwestern. Gleichzeitig schließt sie aber nicht aus, dass das Dolmetschen für Pflegekräfte problematisch sein kann, wenn sie mit „*unangenehmen Angehörigen*“ oder Patientinnen zu tun haben, „*weil das immer über Dritte geht, das ist sozusagen nie eins zu eins und die können interpretieren*“ (A20, Z14-15). Die Dolmetschung kann mithin unterschiedlich gedeutet oder gar beanstandet werden. IP5 hat ähnliche Bedenken. Sie meint, die Gefahr, dass eine Dolmetschung missdeutet wird, bestehe vor allem bei Schwerkranken, z.B. bei Krebspatientinnen, die das Gesagte nicht begreifen bzw. nicht akzeptieren wollen (A54, Z14-23). Dass das Dolmetschen ei-

ne heikle Angelegenheit ist, gibt auch IP3 mit Verweis auf die eigene Haftung als Dolmetschende zu bedenken: „*Man ist da als Dolmetscher gar nicht versichert in dieser Sache. Und natürlich kann der Patient auch sagen, die Schwester hat mir das nicht übersetzt (...) es ist sehr delikat*“ (A28, Z12-15). Die Verantwortung, die sie als Krankenschwester beim Dolmetschen trägt, empfindet auch IP4 als belastend (A38, Z17), ansonsten hat sie aber an der Dolmetschtätigkeit nichts auszusetzen. Sie meint nämlich, das Pflegepersonal müsse „*so flexibel sein*“ und Dolmetschaufgaben übernehmen (A38, Z27). Ein negativer Aspekt der Dolmetschtätigkeit besteht aus Sicht von IP3 darin, dass Patientinnen mit derselben Muttersprache sie als Auskunftsperson wahrnehmen und sich mit sämtlichen Fragen stets an sie wenden (A27, Z16-18). IP3 weist zudem darauf hin, dass das Dolmetschen nicht vergütet wird (A24, Z2). Die größte Belastung beim Dolmetschen bedeutet für IP3, einer Patientin mitteilen zu müssen, dass sie unheilbar krank ist (A28, Z25). Das Überbringen schlechter Nachrichten erfordere nämlich die Beteiligung mehrerer Akteurinnen, gibt sie zu bedenken: „*...da brauchen wir eben Psychologen, die Angehörigen und eine ganz interdisziplinäre Gruppe von Leuten*“ (A28, Z26-27), was die Dolmetschaufgabe zusätzlich erschwert. Auch für Personen mit psychischen Problemen dolmetschen zu müssen, empfindet IP3 als unangenehm. Sie spricht in diesem Zusammenhang von Flüchtlingen, die nach Ausbruch des Balkankonflikts eingeliefert wurden und schildert dazu einen Fall:

Da war eine ältere Patientin, zwischen 70 und 80 und die Der Chefarzt fragt mich, ob ich übersetzen kann. Ich sage ja. „Fragen Sie sie, was sie für Beschwerden hat“. Ich sage: „Und was haben Sie für Beschwerden?“ Und sie fängt an: „Wissen Sie, ich lebe mit der Familie, mit vielen Schwiegertöchtern“ (lacht). Sie hat angefangen, mir ... Ihre eigentlichen Beschwerden, das war ihre gesamte Situation und nicht jetzt ihre Krankheit und ihre Schmerzen oder was immer das war, für sie war. Und ich habe eigentlich, es war für mich unangenehm. Es war irgendwie Sie hat mir Leid getan, weil sie wollte sich das einfach von der Seele [reden], ja, wie es ihr wirklich geht. Und der Chef fragt: „Und was sagt sie?“ Ich sage: „Na ja, ich weiß nicht, ob Sie das interessiert, aber sie hat mir gesagt (lacht), dass sie viele Schwiegertöchter hat und mit denen versteht sie sich nicht so gut“ (lacht). Und das war für mich Ich habe mir gesagt, na ja, es ist wichtig, dass man spricht, sonst Alles andere ist, das kommt eigentlich. Ja aber das von sich zu sagen und geben war für sie alle irgendwie das Wichtigste (A24f., Z26-12).

IP3 war aufgrund ihrer Herkunft und ihrer Dolmetschtätigkeit Ansprechperson für traumatisierte Patientinnen, die sich von ihr Verständnis und ein offenes Ohr für ihre Probleme erhofften, was für die Befragte eine emotionale Belastung darstellte.

Für Unzufriedenheit sorgt das Dolmetschen auf fremden Stationen. IP1 bestandet den Zeitverlust (A6, Z11-12) und den damit einhergehenden Arbeitsrückstand (A7, Z2). Auf einer anderen Station und mithin für unbekannte Patientinnen dolmetschen zu müssen, erregt auch den Unmut von IP5 (A57, Z11-15), da ihre eigentliche Arbeit liegen bleibt (A59, Z5). IP5 wertet den Einsatz von Pflegepersonen zum Dolmetschen grundsätzlich kritisch. Persönlich stört es sie, wenn sie mehrmals täglich (A46, Z18-19) und unter Zeitdruck (A57, Z12; A59, Z4, 30) dolmetschen muss. Sie meint, sie könne sich unter solchen Umständen nicht auf die Dolmetschsituation einstellen (A57, Z12-13) und das Bewusstsein, Fehler machen zu können, sei eine psychische Belastung (A53, Z9-10). IP5 meint aufgrund von Krankheitserfahrungen im eigenen Umfeld eine zu emotionale Herangehensweise an das Dolmetschen für schwer kranke Patientinnen zu haben (A60, Z15-17). Die Befragte schildert einen Dolmetscheinsatz auf der urologischen Ambulanz, der für sie besonders unangenehm war. Dabei musste sie die Eingriffsaufklärung für einen sichtlich nervösen Patienten mit Prostatakrebs dolmetschen (A49, Z18-23). Prinzipiell bemängelt IP5, dass ihre Dolmetschtätigkeit jeglicher offiziellen Grundlage entbehrt. Sie sei in den Augen der Patientinnen bloß „*irgendeine Polin*“, die keinerlei professionellen Status als Dolmetscherin genießt (A63, Z5-6). IP5 meint diesbezüglich, die Wirkung auf die Interaktionspartnerinnen sei ganz anders, würde die zum Dolmetschen herangezogene Person als Dolmetscherin vorgestellt (A62, Z31-32).

IP1 empfindet es als unangenehm, für bestimmte Patientinnen, z.B. für Schwarzarbeiterinnen oder alkoholranke Personen dolmetschen zu müssen. Erstere würden „*nicht immer die Wahrheit*“ sagen (A11, Z9-10). Für alkoholisierte Patientinnen dolmetscht IP1 ungern, „*weil das (...) sind die einfachen Leute. Sind ungepflegt und die können kein Wort Deutsch*“ (IP1, A8, Z27-28). IP6 teilt diese Auffassung und liefert eine ähnliche Begründung: „*Na weil meistens eben solche Personen kommen, solche von der Straße, die dort irgendwo trinken (...) der Mensch (...) schämt sich ganz einfach für seine Landsleute, die so von oben bis unten verdrecks herkommen und nur um dies und*

jenes bitten“ (A80, Z6-8, 19-21). Auch IP5 ist peinlich berührt, wenn sie für alkohol-
kranke Patientinnen aus ihrem Herkunftsland dolmetschen muss (A58f., Z35-3) und be-
richtet von unangenehmen Situationen, in denen sie als Dolmetscherin Grobheiten sei-
tens alkoholierter Patienten hinnehmen musste (A57, 31-34), was dazu führte, dass sie
in diesen Fällen weitere Dolmetschleistungen verweigerte (A58, Z14-15). Auch für IP4
ist es unangenehm, für „*Alkoholiker*“ dolmetschen zu müssen (A35, Z30), sie gesteht
dies jedoch nur im Flüsterton. An anderer Stelle meint sie, man müsse diese Patientin-
nen oft dazu anhalten, „*sich entsprechend [zu] benehmen*“ (A36, Z23).

IP6 meint, am häufigsten für alkoholkranke Patientinnen dolmetschen zu müssen
(A74, Z8-9), und betont immer wieder, wie mühsam der Umgang mit Patientinnen unter
Alkoholeinfluss sei, insbesondere wegen ihrer „*Sonderwünsche*“ und ihres „*besserwis-
serische[n]*“ und egoistischen Gehabes gegenüber anderen Patientinnen, die „*wirklich
(...) Hilfe brauch[en]*“ (A73f, Z26-8; A87, Z20-24; A88, Z13-21). Sofern sie nicht für
alkoholkranke Menschen dolmetschen muss, ist das Sprachmitteln nicht belastend,
meint IP6, da es mit ihrer gewöhnlichen Tätigkeit vereinbar sei und nicht auf Kosten der
Arbeit am Krankenbett gehe (A83, Z8-9).

Einen Belastungsfaktor kann ebenfalls das Dolmetschen für Bekannte darstellen.
Obwohl es gerade bei größeren Zuwanderergruppen nicht häufig vorkommen dürfte,
dass Patientin und ad-hoc dolmetschende Pflegeperson einander kennen, soll dennoch
die Aussage einer Befragten angeführt werden, um die Problematik des Dolmetschens
für Bekannte an einem konkreten Beispiel zu veranschaulichen. IP1 schildert eine Dol-
metschsituation, die sie aufgrund der Bekanntschaft mit dem Patienten als unangenehm
einstuft:

*Da habe ich auf der anderen Station übersetzt und da bin ich drauf gekom-
men, dass der Patient mein Bekannter ist. (...) Da muss man aufpassen, das
ist gefährlich (lacht). (...) Weil ich habe erst später erfahren, wer der Pati-
ent ist. Und da kann man manche Dinge erfahren, die unangenehm sind, für
die Familie und für ihn. Obwohl ich Schweigepflicht habe, da weiß er
schon, dass ich Details, die unangenehmen Details aus seinem Leben kenne
(...) Alkoholismus z.B. Und da, ich habe dann schon gewusst, was der wirk-
liche Grund für seine Krankheit ist. Das ist für beide unangenehm (A13,
Z11-23).*

Die Befragte erlangte durch das Dolmetschen Kenntnis sensibler Gesundheitsdaten eines Bekannten, die ein Thema betreffen, das nach wie vor mit einem gesellschaftlichen Tabu belegt ist und Betretenheit auslöst.

6.4.7 Fortbildungsinteresse/ Informationsbedarf

IP1 zeigt sich an einer Fortbildung im Dolmetschen interessiert (A13, Z1). Die Befragte erwartet sich davon eine Anleitung zum Umgang mit Patientinnen, für die gedolmetscht wird. Sie bringt ihren Informationsbedarf mit dem Wunsch nach „*etwas Psychologie*“ auf den Punkt und möchte erfahren, wie sie an diese Patientinnen herantreten und eine Vertrauensbeziehung herstellen soll (A13, Z4-7). IP2 äußert ein großes Interesse an einer Fortbildung zum Thema Dolmetschen, allerdings ist ihr vor allem die Klärung der Haftungsfrage wichtig. Sie will wissen „*wie das gesetzlich ist*“ (A22, Z9), wenn sie im Spital dolmetscht.

IP3 (A30, Z3) und IP4 (A44, Z10) haben kein Interesse an einer Fortbildung im Dolmetschen. IP6 meint, sie würde eine Fortbildung in Anspruch nehmen, wenn sie jünger wäre (A85, Z4-5), und befürwortet dies auch für jüngere Kolleginnen, die dolmetschen (A85, Z5-6). Die Lerninhalte sollten ihrer Ansicht nach auf „*konkret medizinische*“ Sachverhalte ausgelegt sein (A85, Z23).

IP5 äußert großes Interesse an einer Fortbildung im Dolmetschen in der Überzeugung, ein solcher Kurs erleichtere die Arbeit (A70, Z6). Die erwünschten Kursinhalte setzen sich in erster Linie aus der Fachterminologie in der Drittsprache Russisch (A70, Z11-12) und der Kulturkunde der unterschiedlichen Herkunftsländer der Patientinnen, für die IP5 als Sprachmittlerin fungiert, zusammen (A70, Z17-19). Aus Sicht dieser Befragten sollten zudem Grundzüge der Psychologie und der Soziologie sowie soziokulturelle Aspekte (A70, Z26-27) vermittelt werden. IP5 erwähnt in diesem Zusammenhang eine Fortbildung zum Thema Geburt und Sterben, welche sie aus Interesse an fremden Kulturen besucht hatte (A71, Z1, 8-12,) und als sehr hilfreich für den Berufsalltag erachtet (A71, Z17-18).

6.5 Beziehung zu Handlungspartnerinnen

6.5.1 Ärztinnen

Die Befragten sind sich darüber einig, dass Ärztinnen ihnen für ihre Dolmetschdienste dankbar und mit ihrer Dolmetschleistung zufrieden sind (IP1, A7, Z9; IP2, A17, Z14; IP3, A26, Z8; IP4, A40, Z14; IP5, A60, Z32, A68, Z26; IP6, A76, Z14). Die Beziehung zu den Ärztinnen als Empfängerinnen ihrer Dolmetschleistungen bewerten die Befragten als positiv. IP2 genießt als Dolmetscherin „*volles Vertrauen*“ des ärztlichen Personals (A17, Z14). Ärztinnen nehmen Rücksicht auf die Dolmetschenden (IP2, A17, Z14, IP3, A25, Z26), dazu seien sie allerdings gezwungen, meint IP1, da sie auf die dolmetschenden Pflegepersonen angewiesen seien (A7, Z21). IP6 gibt zu bedenken, Ärztinnen seien es inzwischen gewohnt, dass viele Patientinnen kein Deutsch verstehen, und richteten sich daher beim Patientengespräch nach der dolmetschenden Pflegekraft (A78, Z15-17). Gleiches gilt laut IP6 ebenso, wenn Pflegepersonal um Sprachmittlung gebeten wird. Ärztinnen verlangen nämlich nicht, dass sie umgehend alles liegen lässt und dolmetschen geht, sondern beachten ihren Zeitplan und ihre Pflichten (A83, Z8-11). IP4 meint, die Ärztinnen hätten keine über das Dolmetschen hinaus gehenden Wünsche (A34, Z3). Das ärztliche Personal begegne ihr als Dolmetscherin sehr freundlich, meint IP5 (A60, Z30).

Für die ausführliche Vorbesprechung bei Eingriffsaufklärungen nehmen sich Ärztinnen Zeit (A6, Z27-28), zumindest gilt dies für den Fall, den IP1 schildert (A6, Z5-9). Ärztinnen erwarten laut IP1 im Allgemeinen konkrete Informationen, wenn sie dolmetscht. Sie teilen der Pflegekraft die Diagnose der Patientin mit und wollen Auskünfte zu bestimmten Aspekten (A7, Z24-25). IP6 sieht dies ähnlich. Sie meint, Ärztinnen legten keinen großen Wert auf den exakten Wortlaut der Patienten-Aussage, sondern sie verlangten präzise Angaben betreffend die Krankengeschichte, die Medikamenteneinnahme und die Einlieferungsursache (A81, Z5-7). Laut IP4 äußern Ärztinnen keine Wünsche in Bezug auf das Dolmetschen, sondern stellen den Patientinnen Fragen, die sie anschließend dolmetschen muss (A33, Z20).

Aus einigen Aussagen geht hervor, dass die berufliche Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Ärztinnen auch beim Dolmetschen zutage tritt. Wenn Patientinnen etwas nicht verstehen, erwarteten Ärztinnen, dass die Krankenschwester ihnen den Sachverhalt erklärt, gibt IP6 an und fügt hinzu, dies gehöre zur Kooperation Arzt-Krankenschwester (A76, Z21-22). Laut IP3 delegieren Ärztinnen die Anamnese an die dolmetschende Krankenschwester, wenn es den Patientinnen leichter fällt, sich ihr gegenüber zu öffnen (A25, Z16-22). IP2 weiß aufgrund ihrer jahrelangen Berufserfahrung und Zusammenarbeit mit den Ärztinnen, „*welche Fragen kommen, was wichtig ist*“ (A18, Z22-23). Dies sei auch Gegenstand von Vor- und Nachbesprechungen mit dem jeweiligen Arzt bzw. der jeweiligen ÄrztIn (A18, Z23). Bis auf IP5 fühlen sich die Befragten vonseiten der Ärztinnen nicht überfordert. IP3 sagt in diesem Zusammenhang, Ärztinnen verlangten von ihr als Dolmetscherin nichts, was sie nicht anbieten könnte oder was über ihren Aufgabenbereich hinausginge (A27, Z10-12). IP5 meint hingegen, sie fühle sich überbeansprucht, wenn sie aufgefordert wird, Patientinnen etwas zu erklären oder Untersuchungsbefunde (vom Blatt) zu dolmetschen (A66, Z31-33).

6.5.2 Patientinnen

Für fremdsprachige Patientinnen bedeutet die Anwesenheit einer Pflegekraft mit derselben Muttersprache eine Erleichterung. IP1 meint dazu, der Krankenhausaufenthalt bereite den Betroffenen Stress, den sie als dolmetschende Pflegeperson abbauen kann: „*[Der Patient] sieht, dass ich auch vom Personal bin und ich begrüße ihn auf Polnisch. Da ist er dann erleichtert*“ (A7, Z5-7). Dass sie sich mit Angehörigen des Personals verständigen können, gibt den Patientinnen laut IP2 Sicherheit: „*...dieses Sicherheitsgefühl (...) wenn die wissen. Die warten eigentlich auf jemanden, der ihre Sprache spricht, um zu fragen. Auch wenn sie sich bei der Visite nicht trauen, dann nachher, was war und wie war es und so*“ (A16, Z23-25). Die Scheu davor, Ärztinnen Fragen zu stellen, wird den Patientinnen durch die Sprachmittlung der Pflegekräfte genommen. „*Sie stellen noch mehr Fragen als sie sich eigentlich trauen*“, merkt IP3 an und meint, Patientinnen seien in ihrer Anwesenheit ruhiger und grundsätzlich dankbar für ihre Unterstützung (A26, Z13-4). IP2 sieht dies genauso, fremdsprachige Patientinnen seien „*einfach so zufrieden, (...) dass jemand da ist*“ (A17, Z9-10).

Die Dankbarkeit gegenüber dolmetschenden Pflegekräften ergibt sich für IP4 zwangsläufig. Sie weist darauf hin, dass Patientinnen, die sich auf keine Weise verständigen können, auf dolmetschendes Personal angewiesen seien. Diesen Umstand spricht auch IP6 an. Sie meint, Patientinnen ohne jegliche Deutschkenntnisse seien dem dolmetschenden Pflegepersonal völlig ausgeliefert (A77, Z4-5). IP4 gibt in diesem Zusammenhang jedoch zu bedenken, sie oder andere dolmetschende Kolleginnen könnten diesen Personen nicht rund um die Uhr zur Verfügung stehen (A32, Z20-24).

Das sprachlich bedingte Abhängigkeitsverhältnis der Patientinnen von den dolmetschenden Pflegepersonen äußert sich in dem Umstand, dass letztere grundsätzlich als Ansprechpartnerinnen und Auskunftspersonen betrachtet werden. Laut IP1 wenden sich fremdsprachige Patientinnen mit ihren Fragen stets an dolmetschende bzw. gleichsprachige Pflegekräfte (A8, Z16-17). Dies bestätigt IP6, sie sei nicht nur Dolmetscherin, sondern überdies Ansprechperson in den Augen der Patientinnen (A77, Z12-13). Sie ist der Ansicht, Patientinnen seien zufrieden, dass sie mit ihrer Hilfe kommunizieren (A77, Z26-27) und sämtliche Informationen erhalten können (A77, Z31-32). Patientinnen, für die sie dolmetscht, hätten in der Regel auch keine darüber hinaus gehenden Erwartungen an sie (A78, Z6-7). Auch IP2 meint, die Patientinnen verlangten während des Arztgesprächs nicht mehr von ihr, als dass sie dolmetscht (A19, Z1-2).

Aus Sicht von IP4 hingegen erwarten Patientinnen Auskünfte zum Krankenhausaufenthalt (A35, Z9-12). IP4 meint, Patientinnen verlangten von ihr als Dolmetscherin Unterstützung und fügt hinzu, sie fühle sich dafür verantwortlich und wolle von sich aus eine Stütze für Patientinnen sein (A35, Z24-25). Sie begründet dies mit der Hilfsbedürftigkeit fremdsprachiger Patientinnen, die sie selbst nachempfinden könne. Auch sie würde sich in einem fremden Land zumindest eine sprachliche Unterstützung von ihren Landsleuten erwarten (A35, Z25-28).

Patientinnen erhoffen sich von den dolmetschenden Pflegepersonen Unterstützung und Solidarität. IP3 meint dazu, Patientinnen derselben Herkunft verlangten häufig Gespräche (A27, Z15). Aus ihrer Sicht betrachten Patientinnen die Pflegekräfte aus demselben Land als Vertrauenspersonen, denen sie ihre Probleme anvertrauen können: *„Ich war fremd, ich war im Spital, ich [erweckte] Vertrauen, also mir konnte sie das al-*

les erzählen“ (A25, Z12-13). IP3 betont den Vertrauensaspekt beim Dolmetschen für ältere Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien:

Die sind hier alt geworden und haben nie wirklich Deutsch gelernt. Und das ist auch sehr notwendig, dass man mit ihnen spricht und überhaupt (...) auch wenn sie ein bisschen Deutsch sprechen, die vertrauen besser, wenn man es noch einmal übersetzt (A23, Z8-13).

IP3 bezieht sich hier auf Patientinnen mit defizitären Deutschkenntnissen. Das Verstehen sichert aus ihrer Sicht das Vertrauen der Patientinnen. Die Befragte vergewissert sich daher auch bei Patientinnen mit vorhandenen Deutschkenntnissen, dass sie die ärztlichen Anweisungen verstanden haben.

Für IP5 funktioniert die Beziehung zu den Patientinnen am besten, wenn sie als Dolmetschende Distanz bewahrt. Die Patientinnen reagierten zwar normalerweise erfreut auf ihren Dolmetscheinsatz (A60, Z10) und „normale“ Patientinnen seien sehr dankbar (A60, Z11-12). Für IP5 ist es jedoch problematisch, wenn Patientinnen ihr Mitgefühl erkennen, denn sie nützten diesen Umstand aus. Dies erläutert die Befragte anhand einer negativen Erfahrung mit einem jungen alkoholkranken Patienten (A64f., Z35-21), den sie aus Mitleid besonders fürsorglich pflegte, weil er ihr eine – wie sie im Nachhinein feststellte – erfundene Lebensgeschichte anvertraut hatte und sich ihr gegenüber demütig und dankbar verhielt. Aufgrund dieser ernüchternden Erfahrung ist IP5 überzeugt, dass man beim Dolmetschen auf professionelle Distanz gehen und sich nicht persönlich involvieren lassen sollte (A65, Z21-24), und dass man ebenso wenig vertraulich werden sollte (A72, Z9). Patientinnen erlaubten sich dem Pflegepersonal gegenüber nämlich allzu viele Freiheiten (A71, Z28-29), gibt sie zu bedenken.

Dass die Beziehung zu den Patientinnen, für die sie dolmetscht, mitunter schwierig ist, deutet auch IP3 an:

Und das Personal, wir schauen eigentlich zuerst, dass man sich menschlich benehmen soll und dann eigentlich auf die Sprache. Und das ist bei unserer Klientel, bei unseren Kunden, bei unseren Patienten das Allerwichtigste. Dann funktioniert das (A24, Z16-19).

Das Personal achtet demnach in erster Linie darauf, dass die fremdsprachigen Patientinnen ihr Verhalten an den Krankenhausbetrieb anpassen, um einen reibungslosen Aufenthalt zu gewährleisten.

6.5.3 Kolleginnen

Im Allgemeinen anerkennen die Mitarbeiterinnen auf der Station die Zusatzleistung, welche die Pflegekräfte als Dolmetschende erbringen (IP1, A12, Z7; IP2, A21, Z29; IP3, A29, Z19, IP4, A40, Z19). Die Zufriedenheit rührt aus Sicht von IP1 und IP6 daher, dass dolmetschende Pflegepersonen Abhilfe für ein sonst unlösbares Kommunikationsproblem schaffen (A12, Z8-9) bzw. einen Kontakt zu den Patientinnen herstellen können (A84, Z14-15). Daher müssten die Kolleginnen auch Verständnis für die Abwesenheit der dolmetschenden Pflegekräfte aufbringen, wenn diese auf einer anderen Station benötigt werden (A7, Z1). Die Akzeptanz ist laut IP4 zudem dadurch gegeben, dass viele Kolleginnen selbst dolmetschen (A37, Z16). IP6 meint ebenfalls, Kolleginnen akzeptierten ohne Weiteres, dass sie zum Dolmetschen mitunter die Station verlassen muss (A84, Z7). Lediglich IP5 gibt an, ihre Dolmetschtätigkeit außerhalb der eigenen Station stoße auf Unmut bei den Kolleginnen, da sie deswegen ihre Aufgaben vernachlässige (A46, Z19, 23).

6.6 Kommunikationspraxis

6.6.1 Darstellung

Zur gängigen Dolmetschpraxis gehört der Einsatz von Krankenhausmitarbeiterinnen jeglichen Ranges, je nachdem welche Sprachen bedient werden müssen (IP1, A5, Z18-19; IP2, A16, Z13-15). Laut IP1 werden für Türkisch vor allem Reinigungskräfte, seltener auch Turnusärztinnen eingesetzt (A5, Z21-23). IP2 gibt an, dass „sogar“ Bedienerinnen zum Dolmetschen herangezogen werden (A16, Z14). Außerdem dolmetschen Abteilungshelferinnen oder Begleitpersonen bzw. Angehörige der Patientinnen, die zu diesem Zweck ins Spital bestellt werden (A6, Z1-2). Auch Kinder kommen als Dolmetscherinnen zum Einsatz (IP4, A43, Z34-35).

Zwar wurde laut IP2 das Pflegepersonal „*offiziell*“ darauf hingewiesen, allfälligen Forderungen der Patientinnen oder ihrer Angehörigen nach einem professionellen Dolmetscher/einer professionellen Dolmetscherin jederzeit nachzukommen, allerdings habe die Befragte „*noch nie einen Patienten erlebt, der gesagt [hätte], er will offiziell*“

einen Übersetzer“ (A16, Z2-3). Sofern die Lage für den fremdsprachigen Patienten bzw. die fremdsprachige Patientin nicht „*lebensbedrohlich*“ ist, wartet das Personal auf die Angehörigen, welche dann das Dolmetschen übernehmen (A16, Z4-5). Die dolmetschenden Familienmitglieder werden von den Pflegekräften aufgefordert, bei den Arztvisiten anwesend zu sein. (IP2, A16, Z6). Angehörige dolmetschen laut IP4 auch telefonisch. Wenn Patientinnen aufgenommen werden, für die kein(e) Dolmetschende(r) vor Ort zur Verfügung steht, ruft das Personal die Angehörigen an und bittet um ihre Sprachmittlung. Der Patient/die Patientin spricht mit dem/der Angehörigen und reicht anschließend das Telefon der Pflegeperson, welche die Dolmetschung anhört und ihrerseits Fragen stellt. Nach Angaben der Befragten erfolgt das Dolmetschen häufig per Telefon (A43, Z3-9).

IP4 schildert die Art und Weise, wie polnische Patientinnen ohne jegliche Deutschkenntnisse Auskünfte von Ärztinnen erhalten, wenn diese im gegebenen Augenblick nicht auf der Station sind. Diese Patientinnen wenden sich stets an polnische Krankenschwestern, welche die Fragen dem Arzt/der Ärztin übermitteln, sobald sie ihm/ihr begegnen, und die Antwort im Nachhinein an die Patientinnen weitergeben (A35, Z15-21).

Bei der Aufnahme von Patientinnen, mit denen sich niemand vom diensthabenden Personal verständigen kann, wird dokumentiert, dass das „*erste Aufnahmegespräch nicht möglich ist*“ (IP2, A15, Z22-23). Werden keine sprachkundigen Personen gefunden, verständigt man sich mit Händen und Füßen (IP2, A15, Z24; IP4, A33, Z9-10). Das Pflegepersonal ist stets um Verständigung bemüht und kommuniziert mit den fremdsprachigen Patientinnen mit allen Mitteln. Laut IP3 kommen „*Hände, Füße und Sonstiges*“ zum Einsatz, um Kommunikationshürden zu überwinden (A24, Z10-14).

In rechtlichen bzw. behördlichen Angelegenheiten werden fallweise externe Dolmetscherinnen angefordert. IP5 berichtet von einem Fall, in dem ein professioneller Dolmetscher bestellt wurde. Dabei sei es um Pflegegeld gegangen, vermutet die Befragte, allerdings kann sie sich nicht an den tatsächlichen Anlass erinnern (A59, Z27-32).

6.6.2 Bewertung

Die Bewertung der Kommunikations- und Dolmetschpraxis fällt unterschiedlich aus. Während IP4 und IP5 einige Aspekte beanstanden, beurteilen die restlichen Befragten die derzeitige Situation weitaus weniger kritisch.

Die Kommunikation gestaltet sich aus Sicht von IP1 „*nicht so einfach*“, funktioniert aber (A12, Z12). IP6 meint, die derzeitigen Kommunikationsgepflogenheiten seien nicht problematisch und funktionierten im Großen und Ganzen (A85, Z1-2, A86, Z18-19). Auch IP3 sieht keinen Verbesserungsbedarf (A29, Z25). IP6 hält eine Veränderung für unmöglich, eine dolmetschende Person müsste nämlich rund um die Uhr telefonisch erreichbar sein (A84, Z32-Z33). Angesichts des hohen Anteils fremdsprachiger Patientinnen sei es schwierig, die Kommunikation mit diesen Personen zu verbessern, gibt IP2 zu bedenken (A22, Z1). Man könne lediglich versuchen, die Familie in den Behandlungsprozess „*voll zu involvieren*“ (A22, Z5), meint die Befragte und fügt in Bezug auf das Dolmetschen hinzu, es sei fraglos besser, wenn anstelle der Angehörigen das Pflegepersonal die Sprachmittlung übernehme (A22, Z6-8). Sie verweist auf den aus ihrer Sicht glücklichen Umstand, dass das Personal „*Multikulti*“ ist (A24, Z16).

IP4 meint, es sei eine „*Tragödie*“, wenn niemand da sei, um die Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen zu ermöglichen. In solchen Fällen müsse sich das Personal hinsichtlich der Beschwerden der Kranken auf Vermutungen stützen (A43, Z16-19). Doch auch den Dolmetscheinsatz von Angehörigen betrachtet die Befragte kritisch. Vor allem Kinder sind in ihren Augen nicht dazu geeignet, sie seien einerseits zu jung, um medizinische Fachtermini zu kennen (A45, Z14-15) und andererseits nicht reif genug, um die Beschwerden ihrer Eltern zu dolmetschen (A44, Z2-4). Erwachsene Familienmitglieder stellen aus Sicht von IP4 ein ebenso wenig zufriedenstellende Lösung dar, man könne nicht überprüfen, inwiefern sie Deutsch verstehen, wenn sie am Telefon dolmetschen (A45, Z12-13). Das improvisierte und umständliche Telefondolmetschen (s. 5.7.6.1) bezeichnet IP4 als „*furchtbar*“ und meint, man könne Patientinnen auf diese Weise nicht ärztlich behandeln (A43, Z3-9).

IP5 bewertet die Kommunikationspraxis mit fremdsprachigen Patientinnen besonders negativ. Sie beanstandet das Fehlen professioneller Dolmetscherinnen im Kran-

kenhaus. In manchen Fällen könne überhaupt kein Kontakt zu fremdsprachigen Patientinnen hergestellt werden, was vor allem bei lauten Schmerzáußerungen problematisch sei, betont IP5. Man sei als Pflegende ratlos und könne keinen Zugang zu den Patientinnen finden. Die Patientinnen verstünden nichts, seien verängstigt und leisteten daher Widerstand, erklärt IP5. Dies verunmögliche die Pflege, man könne diese Patientinnen einzig im Beisein dolmetschender Angehöriger versorgen (A68f., Z26-6).

IP5 betont, es sei wichtig, dass professionell – d.h. vor allem unvoreingenommen – gedolmetscht wird. Die Befragte habe nämlich verschiedentlich erlebt, dass eine Pflegekraft aus Russland zum Nachteil tschetschenischer Patientinnen gedolmetscht hätte (A51, Z15-17), da sie diesen stark abgeneigt sei (A51, Z27-29) und sie auf dem schnellsten Weg „loswerden“ wolle, weil diese Patientinnen nicht krankenversichert seien und daher der Staat für die Spitalskosten aufkommen müsse (A52, Z7-9). Aus Sicht der Befragten würde der Rückgriff auf professionelle Dolmetscherinnen zudem dem ungerechten Umgang mit Angehörigen fremdsprachiger Patientinnen vorbeugen (A52, Z10-13).

6.6.3 Verbesserungsvorschläge

Während IP3 und IP6 keine Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen sehen, haben die restlichen Befragten in dieser Hinsicht z.T. präzise Vorstellungen. Einen interessanten, jedoch nicht auf die Sprachmittlung bezogenen Vorschlag bringt IP2 vor. Sie schlägt mit Verweis auf den hohen Anteil türkischer Patientinnen einen Türkisch-Kurs für das klinische Personal vor, der auf die Vermittlung grundlegender Sprachkenntnisse abzielen sollte. Sie sagt dazu, es sei bereits ein Vorteil, wenn man Patientinnen in ihrer Muttersprache begrüßen könnte (A22, Z20-26). Sie äußert jedoch keinen Bedarf an Dolmetscherinnen.

Die Vorschläge von IP1, IP4 und IP5 kommen einer Dolmetscherzentrale sehr nahe. IP1 wünscht sich die Einrichtung einer Bereitschaft, bei der Dolmetscherinnen telefonisch angefordert werden können. Sie betont aber, die Dolmetscherinnen müssten binnen kürzester Zeit an Ort und Stelle sein können, weil man des Öfteren „sofort reagieren“ müsse (A12, 23-25). In dem Bewusstsein, dass die Forderung nach rund um die

Uhr verfügbaren, spitalsinternen professionellen Dolmetscherinnen für alle Sprachen utopisch ist (A42, Z28-29), befürwortet IP4 den Aufbau einer städtischen Dolmetscherzentrale für verschiedene Sprachen. Diese sollte telefonisch jederzeit erreichbar sein und beeidete Dolmetscherinnen vermitteln, auf diese sei nämlich „*hundertprozentig*“ Verlass (A44f., Z15-17, 30-2). Auch IP5 wünscht sich für das Dolmetschen im Krankenhaus Fachleute (A53, Z13-14). Von ihrem Standpunkt aus ist eine Spezialisierung im medizinischen Bereich erforderlich (A53, Z25-32). Laut IP5 sollten in größeren Spitälern Dolmetscherinnen für jede Sprache oder Sprachfamilie rund um die Uhr bzw. im Schichtdienst verfügbar sein und von kleineren Krankenhäusern angefordert werden können (A70, Z3-10).

7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Um einen Eindruck von den situativen und kommunikativen Rahmenbedingungen ihres Dolmetscheinsatzes zu erhalten, wurden die Interviewpartnerinnen zunächst zu allgemeinen Aspekten ihrer Dolmetschtätigkeit befragt. Während sich die Antworten in einigen Punkten gleichen oder ähneln, lassen sich in Bezug auf die Häufigkeit, die Verwendung von Drittsprachen und den Einsatzort Unterschiede je nach Muttersprache feststellen. Die Befragten mit den Muttersprachen B/K/S sind weitaus häufiger (beinahe täglich) im Einsatz als ihre polnischen Kolleginnen. Letztere geben dafür an, auch in Drittsprachen, allen voran ins Russische, das sie im Zuge ihrer Schulbildung erlernt haben, zu dolmetschen. Zudem beschränkt sich die Dolmetschtätigkeit der bosnischen Pflegekräfte fast ausschließlich auf die eigene Station, was die bewusste Wahrnehmung der Dolmetscherrolle unabhängig von der zweisprachigen Pflegearbeit erschweren dürfte. Als ein Hinweis darauf kann eine Aussage von IP2 gedeutet werden. Bei der Aufzählung ihrer Dolmetscheinsätze führt sie auch direkt in der Muttersprache geführte Patientengespräche ohne Beteiligung Dritter an (s. 6.2.2). Interessanterweise unterscheidet die Befragte Krankenschwester in diesem Fall nicht zwischen der Translation bzw. dem Sprachmitteln für Dritte und dem Agieren als *bilingual provider* bzw. muttersprachliche Fachkraft. Daraus kann gefolgert werden, dass sie keine klare Grenze zwischen der Pflege- und der Dolmetscherrolle zieht.

Die Pflegenden aus Polen werden im Unterschied zu ihren bosnischen Kolleginnen öfter anderweitig zum Sprachmitteln angefordert. Sie sind also als Dolmetscherinnen nicht immer in ihrer gewohnten Arbeitsumgebung tätig, was die Betroffenen mit zusätzlichen Schwierigkeiten bzw. mit einer größeren Belastung verbinden.

Der Dolmetscheinsatz ergibt sich entweder spontan vor Ort oder anderweitig nach telefonischer Anforderung der (in der krankenhausinternen Dolmetscherliste eingetragenen) fremdsprachenkundigen Pflegekräfte.

Die befragten Pflegepersonen kommen in unterschiedlichen Situationen als Dolmetscherinnen zum Einsatz. Dabei werden sie mit verschiedenen Diskursarten, ihren spezifischen institutionellen Zielsetzungen und sprachlichen Mustern (s. 4.3) sowie mit

teilweise durchlässigen Sprachbarrieren seitens der Patientinnen (s. 1.2.1, 2.2.2) konfrontiert. Diese Dolmetschsituationen stellen – wie in den entsprechenden Abschnitten erläutert – hohe Ansprüche an das Rollenverhalten der Dolmetschenden. IP1 dolmetscht bei einer Eingriffsaufklärung entsprechend ihrem Verständnis vom Zweck dieses Arzt-Patient-Gesprächs. Der Patient müsse vor der Operation einen Revers unterschreiben, betont sie (s. 6.3.2). Die Befragte handelt folglich im Sinne der Institution: Ihr Dolmetscheinsatz hat nicht die Selbstbestimmung des Patienten und somit seine Entscheidungsfreiheit für oder wider die vorgeschlagene Behandlung zum Ziel, sondern seine Zustimmung zum ärztlichen Behandlungsplan (s. 4.3). Diese Auffassung von ihrer Funktion als Dolmetscherin entspricht dem Rollenkonzept des *institutional gatekeeper* bzw. *system agent* (s. 3.1.3).

Die Erfahrungen der dolmetschenden Pflegekräfte liefern einen Beleg dafür, wie vielfältig und anspruchsvoll das Einsatzgebiet von Krankenhausdolmetscherinnen ist. Diese müssen nicht nur in klinischen Angelegenheiten versiert sein. Gelegentlich müssen sie für Behördenvertreterinnen (etwa für die Polizei) dolmetschen. Überdies sind Dolmetschende im Krankenhaus je nach Situation mit unterschiedlichen institutionellen Bedarfsträgerinnen (z.B. Psychologinnen) und ihren spezifischen Erwartungshaltungen konfrontiert.

Einig sind sich die Befragten hinsichtlich fehlender Vorgaben bzw. Verhaltensrichtlinien für das Dolmetschen. Die sich daraus ergebende Rollenambiguität (s. 3.2.4) führt dazu, dass die Befragten in Situationen, in denen sie sich nicht nach expliziten Erwartungen ihrer Handlungspartnerinnen richten können, ihre Dolmetscherrolle nach eigenem Ermessen bzw. entsprechend ihren Erwartungserwartungen (s. 3.2.2) erfüllen. Dementsprechend groß sind ihre Handlungsspielräume, wenn sie dolmetschen. Wenn gleich die meisten Befragten das Dolmetschen in erster Linie als sprachliche Transkodierung beschreiben, bei der die Genauigkeit vordergründig ist (s. 6.3.1), stellt sich im Zuge der Interviews heraus, dass ihr Verständnis der Dolmetschaufgabe im Widerspruch zu einer getreuen Wiedergabe steht. Die widersprüchlichen Aussagen über ihre Dolmetschtätigkeit liefern Hinweise dafür, dass die Befragten sich nie damit bewusst auseinandergesetzt haben. Aus den Schilderungen zur Dolmetschaufgabe geht hervor, dass die Befragten ihre Dolmetschungen an die ärztlichen Erwartungen nach konkreten In-

formationen (s. 6.5.1) anpassen bzw. nur das dolmetschen, was aus ihrer Sicht für Ärztinnen relevant ist (s. 6.3.1), was auf ein selektives Dolmetschen nach Kriterien der diagnostischen Verwertbarkeit (vgl. Meyer 2009: 149) hinweist.

Primäres Ziel beim Dolmetschen ist eine verständliche Informationsmittlung, die ggf. Erläuterungen der ärztlichen Aussagen erfordert. Um das Verstehen zu fördern oder überhaupt erst zu ermöglichen, bearbeiten die Befragten einerseits die Äußerungen der Interaktionspartnerinnen. Andererseits gestalten sie die Interaktion aktiv mit. Die aktive Rolle beim Dolmetschen tritt vornehmlich dann zutage, wenn die Pflegekräfte das Gespräch koordinieren oder unterbrechen, da sie Verständnisschwierigkeiten seitens der Patientinnen vermuten.

Durch ihre aktive Beteiligung am Arzt-Patient-Gespräch beeinflussen die befragten Pflegepersonen den Informationsfluss zwischen den beiden Interaktionspartnerinnen, was an den Schilderungen von IP1 besonders deutlich wird (s. 6.3.2). Die befragte Pflegeperson stellt eigenständig Fragen und filtert die Antworten der Patientinnen. Sie dolmetscht lediglich die aus ihrer Sicht klinisch relevanten Teile der Patientenaussagen in der Überzeugung, die Therapie bzw. Diagnose durch Auslassung anderer Informationen nicht zu beeinträchtigen.

Für die Befragten stehen mithin nicht die Genauigkeit und Vollständigkeit im Vordergrund, sondern eine in ihren Augen rezipientengerechte Sprachmittlung. Einerseits bearbeiten die Pflegepersonen ärztliche Aussagen, indem sie diese vereinfachen oder erläutern, um sie an den Wissenshintergrund der Patientinnen als medizinische Laien anzupassen. Andererseits dolmetschen sie für die Ärztinnen nur die vermeintlich relevanten Informationen aus den Äußerungen der Patientinnen. Aus dolmetschwissenschaftlicher Sicht ist die rezipientengerechte translatorische Bearbeitung einer Aussage im Sinne der Skopostheorie (Reiß & Vermeer 1984) grundsätzlich notwendig, sie sollte allerdings auf der Grundlage bewusster Entscheidungen und nicht auf Kosten der Vollständigkeit erfolgen. Dazu ist translatorische Kompetenz und Analysefähigkeit erforderlich, welche Pflegekräfte als Laiendolmetscherinnen nicht mitbringen können.

Auf eine breite Rollenauffassung deutet auch das Selbstverständnis der Befragten als Auskunftspersonen und Helferinnen der Patientinnen hin. Sie beruhigen und mo-

tivieren die Kranken bzw. versuchen ihren Krankenhausaufenthalt möglichst erträglich zu gestalten. Die Pflegepersonen fassen die Unterstützung der Patientinnen als Teil ihrer Dolmetschaufgabe auf. Dazu gehört auch die Einbindung der Familie (s. 6.3.2). Hier kommt die eigenständig-aktive Rollenauffassung deutlich zum Vorschein, die dolmetschende Pflegekräfte laut Pöchhacker (2000: 258) auszeichnet (s. 2.3).

Die Interviews zeigen, dass die Befragten situationsabhängig sowohl als *system agents* als auch als *patient advocate* agieren können. Eine Befragte fühlt sich gegenüber Patientinnen aus demselben Herkunftsland zur Unterstützung bei Versicherungsfragen (s. 6.4.2) zuständig. Aus ihrer Sicht besteht ihre Verantwortung mithin nicht nur in der korrekten Dolmetschung, sondern auch darin, Patientinnen umfassend zu Informieren und ihre Interessen zu wahren, worin sich ihre Solidarität mit den Patientinnen und damit ihre Fürsprecherrolle äußert.

Während die Kulturmittlung für die polnischen Pflegekräfte kaum eine Rolle spielt, profilieren sich die bosnischen Befragten insofern als *culture broker*; als eine Befragte meint, ärztliche Aussagen durch bewusste Auslassungen und Gewichtung an den kulturellen Hintergrund der Patientinnen anpassen zu müssen (s. 6.4.2), während die andere ihr Wissen über die unterschiedlichen Essgewohnheiten in Österreich und dem Herkunftsland mit ihren Handlungspartnerinnen teilt (s. 6.3.1)

Insgesamt kann in Bezug auf das Verständnis der Befragten vom Dolmetschen festgehalten werden, dass der damit assoziierte Aufgabenbereich unter dem Begriff (passive) Informationsmittlung subsumiert werden kann, während die Schilderungen der individuellen Dolmetschstrategien und Ziele Hinweise darauf liefern, dass die Befragten ihre Handlungsspielräume beim Dolmetschen weit über die reine Sprachmittlung hinaus auffassen.

Die beschriebenen Handlungsweisen lassen den Schluss zu, dass die Pflegepersonen keine Grenze zwischen ihrer eigentlichen Berufstätigkeit und der Sprachmittlung ziehen. Das gezielte Anbieten von Unterstützung, Motivieren und Beruhigen verweist eindeutig auf die Identifikation mit dem Pflegeberuf (vgl. Bühlmann & Stauffer 2007: 278), die befragten Pflegepersonen treten mithin nicht aus ihrer Betreuerrolle heraus, wenn sie dolmetschen. Dies ist nicht zuletzt an der Rollenambiguität festzumachen, die

das Pflegepersonal beim Dolmetschen dazu verleitet, sich an der dominanten Rolle als Pflege(fach)kraft zu orientieren. Die Befragten betonen immer wieder den Vertrauensaspekt beim Dolmetschen. Sie erachten es als wichtig, eine Vertrauensbasis zu schaffen, damit sich die Patientinnen ihnen gegenüber öffnen. Der hohe Stellenwert, den die befragten Pflegepersonen der Beziehungsebene beimessen, lässt ebenfalls auf die starke Identifikation mit der Berufsrolle schließen (vgl. Bühlmann & Stauffer 2007: 276).

In dieselbe Richtung gehen die Antworten auf die Fragen zur allgemeinen Haltung der Befragten zu ihrer Dolmetschtätigkeit. Aus ihren Aussagen kann gefolgert werden, dass sie aus beruflichem Pflichtbewusstsein dolmetschen, um einerseits den Patientinnen zu helfen und andererseits der Aufforderung seitens institutioneller Bedarfsträgerinnen nachzukommen. Zwei Befragte meinen, die Dolmetschtätigkeit basiere auf Freiwilligkeit, der Rest sieht sich dazu verpflichtet, da zum einen keine Alternativen vorhanden sind und zum anderen die Vorgesetzten die Bereitschaft ihrer Angestellten zum Dolmetschen als Selbstverständlichkeit handhaben, zumal sie Erfassung der befragten Pflegekräfte auf der internen Dolmetscherliste ohne ihr Einverständnis erfolgte.

Die Auffassung der Dolmetschtätigkeit als Erweiterung ihrer eigentlichen Berufsrolle äußert sich darin, dass die befragten Pflegefachkräfte ihre berufliche Verantwortung und Pflichten, insbesondere die Haftung, die Schweigepflicht sowie Betreuung und Auskunft der Patientinnen auf ihre Dolmetscherrolle übertragen und bereit sind, die mit dem Dolmetschen einhergehende Verantwortung zu tragen. In Fragen der Verantwortung unterscheidet sich die Pflegehelferin in ihrer Haltung deutlich von den Krankenschwestern. Die Pflegehilfe lehnt als einzige jegliche Verantwortung für ihre Dolmetschtätigkeit ab und grenzt ihre Rolle als Dolmetscherin gegenüber den Handlungspartnerinnen ab. Wenn sie sich einem Dolmetschauftrag nicht gewachsen fühlt, lehnt sie diesen ab. In diesem Punkt finden sich Parallelen zu dem von Seidl & Walter (2010) befragtem Pflegehelfer, der ähnliche Vorbehalte zum Ausdruck bringt (s. 4.2). Dies kann als ein weiterer Hinweis darauf gewertet werden, dass die Berufsrolle und der entsprechende Verantwortungsbereich (der bei Krankenschwestern umfassender ist als bei Pflegehilfen) sich auf die Auffassung der Dolmetscherrolle auswirkt.

In diesem Sinn ist auch die Selbsteinschätzung der Befragten im Bezug auf ihre Eignung als Krankenhausdolmetscherinnen zu werten. Die Befragten vermitteln insge-

samt den Eindruck, das Dolmetschen sei für sie Routine und somit eine Aufgabe, die sie im Berufsalltag souverän meistern. Eine Ausnahme stellt die nur selten dolmetschende Krankenschwester dar. Sie räumt sprachliche Schwächen im Deutschen ein und gibt an, häufig deutsche Fachtermini in muttersprachlichen Gesprächen zu verwenden. Dieser „insertionale Sprachenwechsel“ (Meyer 2004: 153) bei Fachausdrücken lässt terminologische Schwierigkeiten in der Muttersprache vermuten. Dahingegen geben sich die am häufigsten dolmetschenden, bosnischen Krankenschwestern in Bezug auf ihre Dolmetschkompetenz sehr selbstsicher, was ihr gesamtes Antwortverhalten prägt. Aus ihren Antworten geht klar hervor, dass sie beim Dolmetschen keine Grenze zwischen ihrer Pflege- und Mittlerrolle ziehen.

Die Befragten sind davon überzeugt, dass sie aufgrund ihrer Berufserfahrung, ihres Fachwissens und ihrer Systemkenntnis die erforderlichen Kompetenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus mitbringen, insbesondere wenn es sich um Routinegespräche oder vermeintlich einfache Situationen handelt. Dass gerade Routinegespräche mit ihren spezifischen Sprachmustern ein hohes Fehlerpotenzial bergen (s. 4.3), ist ihnen nicht bewusst. Zweifel an der eigenen Dolmetschkompetenz melden die Befragten nur beim Dolmetschen in Drittsprachen (dies betrifft nur die polnischen Pflegekräfte) und bei komplizierten Krankheitsfällen an. Das Selbstverständnis der Krankenschwestern als kompetente Pflegefachleute, die lexikalische Probleme allenfalls in Drittsprachen zugeben, spiegelt sich in den quantitativen Befunden von Seidl & Walter (2010: 60, s. 4.2) wider, wo die Aussage über Probleme bei Fachbegriffen eine niedrige Zustimmung erzielt. Auch die sonst gegenüber dem Einsatz dolmetschenden Pflegepersonals sehr kritisch eingestellte Pflegehilfe fühlt sich nur beim Dolmetschen in den Drittsprachen oder bei im Vergleich zu Anamnese-Gesprächen vermeintlich anspruchsvolleren Diskurstypen wie Eingriffseinklärunen verunsichert. Sie ist aber überzeugt, bei Routinegesprächen eine gute Dolmetschleistung zu erbringen. Diese Ausführungen führen deutlich vor Augen, dass die Befragten die Komplexität der Verständigung über sprachliche und kulturelle Grenzen hinweg verkennen.

Neben dem Dolmetschen in Drittsprachen, das die Betroffenen zu Recht überfordert, wird auch das Dolmetschen auf fremden Stationen als schwierig erachtet. Die dolmetschende Pflegeperson agiert in diesem Fall nicht im gewohnten Arbeitsumfeld und

muss sich unbekanntem Handlungspartnerinnen gegenüber positionieren. Des Weiteren ist allgemein der Zeitdruck bei gleichzeitig hohem Informationsbedarf der Patientinnen problematisch. Auch Statusunterschiede werden von einer Befragten (die den Pflegeberuf in Österreich erlernt hat) als ein Problem beim Dolmetschen genannt. Für Patientinnen mit niedrigerem Bildungsniveau zu dolmetschen bedeutet nämlich, sich in sie als medizinische Laien hinein zu versetzen (s. 2.2.2) und die Fachausdrücke auf verständliche Weise zu paraphrasieren. Dies kann bei einer in Österreich erworbenen Fachausbildung insofern schwierig sein, als die sprachlichen Ausdrucksmittel in der Muttersprache, wenn überhaupt, nur in begrenztem Maße vorhanden sind – eine Problematik, auf die Bührig & Meyer (2004: 51) hinweisen (s. 4.2).

Von den auf ihre Dolmetschtätigkeit bezogenen Zufriedenheitsfaktoren lässt sich die Motivation der Befragten ableiten, die Hinweise auf ihr Rollenverständnis liefert. Patientinnen zu helfen ist der primäre Beweggrund, wobei die Befragten ihre Fremdsprachenkenntnisse allgemein als Vorteil im Pflegeberuf werten. Hier kommt erneut der fließende Übergang in der Wahrnehmung der eigenen Rolle als zweisprachige Pflege(fach)kraft, die direkt mit den Patientinnen kommuniziert, und als Sprachmittlerin zwischen Ärztinnen und Patientinnen deutlich zum Vorschein. Für die Pflegepersonen ist mithin nicht nur die Hilfestellung für Patientinnen sondern auch die Erledigung der eigenen beruflichen Aufgaben eine Motivation bei ihrer Dolmetschtätigkeit.

Das Dolmetschen ist für die Pflegekräfte in vielerlei Hinsicht belastend. Entsprechend den individuellen (Negativ-)Erfahrungen bringen die Befragten teils sehr unterschiedliche Belastungsfaktoren zur Sprache. Die bosnischen Pflegekräfte werten insbesondere die Verantwortung für die Informationsmittlung und die Haftung gegenüber Patientinnen und ihren Angehörigen als belastend. Das Dolmetschen für schwer oder sogar unheilbar kranke, traumatisierte oder psychisch kranke Menschen bedeutet ebenso eine große emotionale Belastung. Das Dolmetschen für traumatisierte Patientinnen stellte eine Krankenschwester vor Rollenkonflikte, denn die Ärztinnen erwarteten von ihr konkrete Informationen zum Gesundheitszustand der Patientinnen, während die Patientinnen ihr die schwierigen Lebensumstände schilderten (s. 6.4.6). Die polnischen Pflegekräfte empfinden vor allem das Dolmetschen für alkoholranke Patientinnen als sehr unangenehm. Die Aussagen zu diesem Thema, insbesondere die Verweise auf Statusun-

terschiede und das beschämende Verhalten der Patientinnen, deuten darauf hin, dass die Pflegekräfte gegenüber alkoholkranken Landsleuten nicht unvoreingenommen sind und nicht mit ihnen identifiziert werden wollen. Der Umgang mit alkoholkranken Patientinnen ist ein Thema für sich (im Hinblick auf Konfliktlösung, Akzeptanz und professionelle Behandlung) und belastet dolmetschende Pflegekräfte daher doppelt. Gesellschaftliche Tabuthemen wie dieses und eine wertende Haltung der Pflegekräfte sind beim Dolmetschen besonders problematisch und können nicht absehbare Konsequenzen nach sich ziehen (vgl. Putsch 1985, s. 4.1).

Neben den Fragen zu den Zufriedenheits- und Unzufriedenheitsfaktoren beim Dolmetschen lieferte auch die Frage nach dem Informations- bzw. Fortbildungsbedarf (s. 6.4.7) Anhaltspunkte dafür, wie die Befragten zu ihrer Dolmetschtätigkeit stehen. Eine Fortbildung zum Thema Dolmetschen wünschen sich vier Befragte. Zwei befragte Krankenschwestern äußern kein Interesse an einer Fortbildung. Interessanterweise bringen die Befürworterinnen einer Fortbildung ganz unterschiedliche Wünsche in Bezug auf die Kursinhalte vor. Für eine Befragte steht das richtige Herantreten an die Patientin im Vordergrund, um ihr Vertrauen zu gewinnen, für eine andere ist die Klärung der Haftungsfrage ein Anliegen, während die dritte Krankenschwester, die eine Fortbildung zum Dolmetschen befürwortet, den Schwerpunkt auf das Vermitteln von Fachwissen und -terminologie legt. Besonders interessiert zeigt sich die befragte Pflegehelferin, die sich von einem derartigen Kurs die Vermittlung von Fachterminologie und Kulturkunde erwartet. Allerdings bezieht sie sich dabei auf ihre Drittsprachen und die jeweiligen Länder, nicht auf die Muttersprache. Eine der beiden Krankenschwestern, die kein Interesse an einer Fortbildung im Dolmetschen bekunden, sieht offenbar keinen Grund dafür, sich in einer Tätigkeit fortzubilden, die sie ohnehin täglich problemlos verrichtet. Diese Einstellung teilt offensichtlich auch jene Krankenschwester, die sich zwar an einer Fortbildung interessiert zeigt, aber lediglich die eigene Haftung als dolmetschende Krankenschwester geklärt haben möchte. Für die zweite Krankenschwester, die keine Fortbildung zum Dolmetschen besuchen würde, spielt das Sprachmitteln eine untergeordnete Rolle im Berufsalltag, da sie selten dolmetscht.

Was sich die Befürworterinnen einer Fortbildung von den Kursinhalten erwarten, spiegelt die individuelle Haltung zum Dolmetschen. Für eine Befragte kommt es beim

Dolmetschen auf die Kenntnis medizinischer Fachtermini an, für eine andere ist die Vertrauensbeziehung zu den Patientinnen ausschlaggebend, während die Pflegehilfe Wunschinhalte aufzählt, die sich lediglich auf ihre Tätigkeit als Sprachmittlerin für (nur mäßig beherrschte) Drittsprachen beziehen. Wie schon zuvor bei der Einschätzung der eigenen Dolmetschkompetenz kommt hier die Überzeugung zum Vorschein, das Dolmetschen in der Kombination Deutsch-Muttersprache erfordere zumal in alltäglichen Situationen keine zusätzlichen Fertigkeiten.

Ein weiterer Faktor, der das Rollenverständnis der dolmetschenden Pflegekräfte beeinflusst, ist die Beziehung zu den Handlungspartnerinnen. Die Beziehung zu den Ärztinnen werten alle Befragten als positiv. Das ärztliche Personal ist den dolmetschenden Pflegekräften für ihre Sprachmittlung dankbar, den Befragten wird also Anerkennung zuteil (s. 6.5.1). Die dolmetschenden Krankenschwestern genießen das Vertrauen der Ärztinnen und fühlen sich von ihnen nicht überfordert. Nur die Pflegehilfe berichtet von überzogenen Erwartungen aufseiten der Ärztinnen. Dieser Unterschied könnte auf die im Vergleich zu diplomierten Krankenschwestern niedrigere Qualifikation bzw. auf den geringeren Verantwortungsbereich zurückgeführt werden. Die dolmetschenden Krankenschwestern fassen sich als Teil des Teams von Gesundheitsfachleuten auf, sie arbeiten auch während des Dolmetschens mit den Ärztinnen zusammen (die Kooperation zwischen Ärztinnen und Pflegefachkräften wird im Zuge der Interviews in diesem Zusammenhang mehrmals genannt), wodurch sie sich dazu berechtigt fühlen, aktiv in die Arzt-Patient-Kommunikation einzugreifen. Zudem haben sie aufgrund ihrer Arbeitserfahrung mit den jeweiligen Ärztinnen bereits ein vorgefasstes Bild von deren spezifischen Erwartungen an das Gespräch mit der Patientin (Stichwort Erwartungserwartungen, s. 3.2.2) und stellen gezielt Fragen oder filtern aus den Patientinnenaussagen die ihrer Ansicht nach für die jeweilige Ärztin relevanten Informationen. Die Erfahrung und Vertrautheit mit den Ärztinnen beeinflusst offensichtlich die Dolmetschleistung, die Befragten empfinden das Dolmetschen für Ärztinnen, die sie nicht kennen, als schwierig. Dies könnte erklären, warum die Performance der einzelnen Pflegekräfte in der Studie von Elderkin-Thompson et al. (2001) unterschiedlich ausfiel, je nachdem für welche Ärztin sie dolmetschten (s. 4.1). Das berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte ist beim Dolmetschen vorherrschend, eine bewusste Abgrenzung der Sprachmittlung von

der gewöhnlichen Interaktion mit den Handlungspartnerinnen im Berufsalltag findet nicht statt. Die eigene Arbeitserfahrung und Fachkenntnisse werden beim Dolmetschen eingebracht.

Das Verhältnis zwischen Patientinnen und dolmetschenden Pflegekräften ist zum einen von einem Abhängigkeitsverhältnis geprägt. Die Patientinnen sind ohne die Sprachmittlerinnen im Pflegekittel hilflos. Zum anderen verläuft die Kommunikation zwischen den Patientinnen und den dolmetschenden Pflegepersonen auf Augenhöhe. Patientinnen trauen sich gegenüber dem Pflegepersonal mehr Fragen zu stellen als gegenüber den Ärztinnen und betrachten die dolmetschenden Pflegekräfte als Ansprechpartnerinnen und Auskunftspersonen, von denen sie sich Unterstützung und Solidarität erwarten. Die Patientinnen begegnen den Befragten grundsätzlich mit Dankbarkeit und Zufriedenheit für ihre Sprachmittlung. Die dolmetschenden Pflegekräfte erleichtern den Krankenhausaufenthalt, nehmen den Patientinnen die Angst, motivieren sie und geben ihnen Sicherheit. Die Befragten agieren in dieser Hinsicht als Fürsprecherinnen der Patientinnen. Wenn die Pflegekräfte bei allem Verständnis und Empathie mit Vereinnahmungsversuchen oder mit einem aus ihrer Sicht nicht akzeptablem Verhalten seitens der Patientinnen konfrontiert sind, bleiben sie auf Distanz oder ermahnen die Patientinnen dazu, sich an den Krankenhausalltag anzupassen. Insgesamt lässt sich in Bezug auf das Verhältnis der dolmetschenden Pflegepersonen zu den Patientinnen feststellen, dass erstere situationsabhängig sowohl als Fürsprecherinnen als auch als *system agents* (s. 2.2.1) agieren können.

Neben der Beziehung zu den primären Handlungspartnerinnen, den Patientinnen und Ärztinnen, hat auch das Verhältnis zu den Kolleginnen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung der Pflegekräfte als Sprachmittlerinnen im Krankenhaus. Die befragten Krankenschwestern sind sich einig, dass die Kolleginnen ihre Dolmetschtätigkeit akzeptieren und schätzen, da zum einen viele Mitarbeiterinnen selbst dolmetschen und zum anderen die Kommunikation mit den Patientinnen und damit die Pflegearbeit erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht wird. Die Pflegehelferin hingegen berichtet vom Unmut der Kolleginnen, wenn sie ihre Aufgaben wegen des Dolmetschens vernachlässigt. Dies kann als einer der Gründe für die auffallend kritische Haltung der Pflegehilfe zum Thema gewertet werden.

Die Aussagen der Befragten zur gängigen Kommunikationspraxis mit anderssprachigen Patientinnen zeigen, dass viele in älteren Studien beschriebene Missstände nach wie vor bestehen (s. 6.6.1). Vor allem für die türkische Sprache dolmetscht häufig nicht klinisches Personal (Reinigungskräfte oder Abteilungshilfen). Angehörige (darunter Kinder) kommen ebenfalls oft als Sprachmittlerinnen zum Einsatz. Falls eine Patientin ohne Begleitung ins Spital kommt und nicht in Lebensgefahr schwebt, werden die Angehörigen zum Dolmetschen vor Ort angefordert oder um telefonische Sprachmittlung ersucht. Auch das sog. *Streckendolmetschen* (s. 4.3.) gehört zum Krankenhausalltag. Wenn bei einer Aufnahme niemand anwesend ist oder von einer anderen Station herangezogen werden kann, der sich mit der Patientin verständigen könnte, dokumentieren die Pflegepersonen, dass das Aufnahmegespräch nicht stattfinden konnte. In solchen Fällen kommunizieren die Pflegepersonen behelfsmäßig mit allen vorhandenen Ausdrucksmitteln (Mimik, Gestik), was auf einen mäßigen Kommunikationserfolg hinausläuft. Interessanterweise berichtet eine der befragten Krankenschwestern von einer institutionellen Handlungsanweisung, wonach das Personal eine professionelle Dolmetscherin anfordern muss, sollten Patientinnen oder Angehörige dies fordern. Da laut der Befragten weder Patientinnen noch ihre Familien von diesem Anspruch Gebrauch machen, steht die Vermutung im Raum, dass dahingehende Informationen den Patientinnen vor-enthalten werden. Lediglich eine Befragte erinnert sich an einen externen Dolmetscher, der für eine behördliche Angelegenheit herangezogen wurde.

Die Beurteilung der Kommunikationssituation mit anderssprachigen Patientinnen fällt bei jenen Befragten, die eine souveräne, pragmatische Herangehensweise an das Dolmetschen offenbaren, weitaus weniger kritisch aus als bei jenen, die sich bestimmten Situationen nicht gewachsen fühlen. Erstere sehen keinen Verbesserungsbedarf, da die Kommunikation aus ihrer Sicht mit den vorhandenen Ressourcen zu bewältigen ist bzw. eine Verbesserung angesichts der vielen fremdsprachigen Patientinnen schlicht unmöglich erscheint. Mehrsprachiges Pflegepersonal stellt für die meisten Befragten die beste Lösung dar, im Gegensatz zu Angehörigen, die vor allem bei dem improvisierten Telefondolmetschen keine zuverlässige Sprachmittlung leisten. Diese Auffassung teilt die zu diesem Thema besonders kritisch eingestellte Pflegehilfe nicht. Sie bemängelt, dass keine professionellen, neutralen Dolmetscherinnen zur Stelle sind, um

eine unfaire Behandlung der Patientinnen und Angehörigen zu vermeiden. Die Befragte kritisiert den Einsatz russischer Pflegepersonen zum Dolmetschen für tschetschenische Patientinnen, denn so weit sie das beurteilen konnte, wurde in jenen Fällen zum Nachteil der Patientinnen gedolmetscht. Dass der Einsatz von dolmetschenden Pflegenden angesichts von ethnischen Unterschieden problematisch sein kann, erkannte schon Putsch (1985, s. 4.1). Deshalb sollten Ärztinnen nicht bedenkenlos Mitarbeiterinnen zum Dolmetschen für Patientinnen heranziehen, die zwar aus demselben Land stammen, aber einer anderen Bevölkerungsgruppe angehören. Die von vielen Forscherinnen geforderten User-Trainings (s. 4.1.) sollten daher u.a. auch dieses Wissen vermitteln.

Entsprechend den Einschätzungen zur derzeitigen Kommunikationspraxis mit fremdsprachigen Patientinnen fielen die Antworten auf die Frage nach Verbesserungsvorschlägen aus. Jene Pflegekräfte, die besonders häufig dolmetschen und für die das Dolmetschen eine Selbstverständlichkeit darstellt, sehen keinen Handlungsbedarf im Hinblick auf die Verbesserung bzw. Professionalisierung des Dolmetschangebote. Dass eine der am häufigsten dolmetschenden Krankenschwestern einen Türkisch-Kurs für das klinische Personal vorschlägt, zeigt, wie sehr die Befragte in ihrer Rolle als *bilingual provider* verhaftet ist. Die Verständigung mit den Patientinnen betrachtet sie als eine krankenhauserne Angelegenheit, die Auslagerung der Sprachmittlung an kompetente Dritte kommt für sie nicht in Frage. Jene Befragten, die grundsätzlich einen Verbesserungsbedarf sehen, wünschen sich eine zentrale Vermittlungsstelle von (professionellen) Dolmetscherinnen, die rund um die Uhr telefonisch angefordert werden und zeitnah vor Ort verfügbar sein können. Eine der befragten Krankenschwestern versteht unter professionellen Dolmetscherinnen beeidete (Gerichts-)Dolmetscher. Für die Pflegehelferin stellt hingegen die medizinische Spezialisierung eine Voraussetzung für kompetentes Dolmetschen im Krankenhaus dar. Bemerkenswert ist ihre Forderung nach Dolmetscherinnen, die für ganze Sprachfamilien zuständig sein sollten. Dieser Aussage liegt die im Zuge des Interviews mehrmals geäußerte Überzeugung zugrunde, Kenntnisse in einer Sprache genügen für das Dolmetschen in verwandten Sprachen.

7.1 Schlussbemerkungen und Ausblick

Mit der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass dolmetschende Pflegepersonen ihre Sprachmittlung weitgehend den Rollen- und Praxisanforderungen der Pflege unterordnen und die Komplexität der Dolmetschaufgabe vor allem in Bezug auf Routinegespräche verkennen. Die Pflegekräfte übertragen Aufgaben und Pflichten des Pflegeberufs sowie die eigenständige Rolle und Verantwortung innerhalb des Fachteams unreflektiert auf das Dolmetschen. Da die befragten zweisprachigen Pflegekräfte im Berufsalltag sehr häufig Patientinnen mit derselben Muttersprache betreuen, fällt es ihnen schwer, die direkte Kommunikation als *bilingual provider* von der Sprachmittlung für andere institutionelle Bedarfsträgerinnen und dementsprechend die eigene Rolle als Krankenschwester oder Pflegehilfe von der Rolle als Dolmetscherin abzugrenzen. Das professionelle Selbstverständnis der Pflegefachleute bestimmt ihr Handeln in der Triade sowie ihre Beziehung zu den Handlungspartnerinnen. Je nachdem ob und wie gut die Pflegeperson eine Ärztin und deren Erwartungen an das Patientengespräch kennt (oder zu kennen glaubt), fühlt sie sich zum eigenständigen Fragen bzw. inhaltlichen Filtern der Patientenaussagen berechtigt. Ihre Fachkompetenz (Sachwissen und Systemkenntnis) betrachten die meisten Befragten als ausreichende Voraussetzung für das Dolmetschen im Spital. Die Selbsteinschätzung sowie teils widersprüchliche Aussagen in Bezug auf das Dolmetschen offenbaren eine mangelnde Reflexion der eigenen Dolmetscherrolle. Das Dolmetschen ist für die häufig dolmetschenden Pflegefachkräfte eine Routinetätigkeit, die sie entsprechend wenig reflektieren und, wenn überhaupt, kaum von ihrer Tätigkeit als *bilingual provider* unterscheiden. Da diese Befragten das Dolmetschen als Selbstverständlichkeit auffassen, fällt ihre Bewertung der derzeitigen Kommunikationssituation im Krankenhaus entsprechend positiv aus und sie sehen bei sich keinen Fortbildungsbedarf. Jene Befragten, die sich eine Verbesserung durch kompetente Partner für die Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen wünschen, betonen die Notwendigkeit zeitnaher und flexibler Lösungen.

Angesichts der Konzentration von Gesundheitseinrichtungen, die mit der Spitalsreform des KAV vorangetrieben wird (vgl. Wiener Zeitung 2011, Die Presse 2011) scheint die Einrichtung einer Dolmetschzentrale, deren Dolmetscherinnen per Video-

konferenz zugeschaltet und/oder vor Ort angefordert werden können, langfristig das optimale Konzept für eine professionelle Sprachmittlung im Krankenhaus. Die Verstetigung provisorischer Lösungen, wie sie das Heranziehen von Pflege(fach)kräften für Dolmetschleistungen darstellt, ist in vielerlei Hinsicht problematisch und letztendlich für die Betroffenen selbst unter den derzeitigen Bedingungen nicht zumutbar.

Zweisprachige Pflegepersonen können im Hinblick auf die Verständigung mit anderssprachigen Patientinnen in bestimmten Fällen eine Überbrückungslösung darstellen, allerdings unter der Bedingung, dass sie angemessen auf das Dolmetschen vorbereitet und die nötigen Rahmenbedingungen für ein verantwortungsvolles Sprachmitteln im Krankenhaus geschaffen werden. Dazu braucht es Schulungen und Fortbildungen für alle Akteurinnen des Gesundheitswesens, insbesondere für jene, die regelmäßig auf (Ad-hoc-)Dolmetschende zurückgreifen (Stichwort User-Trainings). Im Hinblick auf Fortbildungen für dolmetschendes Gesundheitspersonal ist zu beachten, dass das Dolmetschen im Allgemeinen und das Krankenhausdolmetschen im Besonderen hohe Anforderungen an die Person stellt und das entsprechende Rüstzeug nicht in einem Schnellsiedekurs vermittelt werden kann. Heikle Situationen, d.h. wenn Tod, gesellschaftliche Tabus oder Traumata ins Spiel kommen, erfordern ethisches Fingerspitzengefühl und Belastbarkeit, die nur entsprechend ausgebildete Dolmetscherinnen mit ihrer professionellen Verhaltenskompetenz bieten können. Da insbesondere das Dolmetschen für alkoholranke Patientinnen ein großes Problem darstellt und eine unvoreingenommene Herangehensweise erfordert, sollten Aus- oder Fortbildungsprogramme Krankenhausdolmetscherinnen auf derartige Situationen vorbereiten. Das universitäre Ausbildungsangebot für Dolmetscherinnen müsste zunächst aber auf das Krankenhausdolmetschen ausgerichtet werden. Fortbildungen sollten grundsätzlich nicht ohne eine Eignungsüberprüfung und mit ausreichender Finanzierung in vollem Umfang durchgeführt werden.

Um eine fachlich vermittelte, reibungslose Kommunikation zwischen Patientinnen und dem klinischen Personal sicherzustellen, bedarf es eines gesetzlich verankerten Anspruches auf professionelle Dolmetschung im Krankenhaus, die einen wesentlichen Katalysator für die Professionalisierung und die damit verbundene Einrichtung von Ausbildungsangeboten und Standesorganisationen darstellt.

Literaturverzeichnis

Abels, Heinz (⁴2009) *Einführung in die Soziologie. Band 2: Die Individuen in ihrer Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Abels, Heinz (²2010) *Identität*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Achermann, Alberto & Künzli, Jörg (2008) Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung.

http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07692/07831/11548/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Z-n4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCHeYN_gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
(12.06.2011)

AEKWIEN (o.J.) Ärztekammer für Wien. Berufs- und Standesrecht: Haftung.

<http://www.aekwien.at/index.php/aerztlichetaetigkeit/berufs-und-standesrecht/haftung> (01.10.2011)

Aghamanoukjan, Anahid/Buber, Renate & Meyer, Michael (2009) Qualitative Interviews. In: R. Buber & H. H. Holzmüller (Hg.) *Qualitative Marktforschung: Konzepte – Methoden – Analysen*. Wiesbaden: Gabler, 415-436.

Akbal, Safile (1998) Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In: David et al. (Hg.), 115-120.

Allaoui, Raoua (2005) *Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. Göttingen: Cuvillier.

Allmer, Gertrude (2011) Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.

<http://www.pflegerecht.at/Druck/Versionen-Berufsrecht/Druckversion-GuKG.pdf>
(24.11.2011)

Anderson, R. Bruce W. (1976/2002) Perspectives on the role of interpreter. In: F. Pöchhacker & M. Shlesinger (eds), 209-217.

Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja (Hg.) (2009) *Spürst du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Meidenbauer.

Angelelli, Claudia (2002) Focus Group Study on California Standards for Healthcare Interpreters: Proposed Ethical Principles, Protocols and Guidance on Interpreter Interventions and Roles. San Diego: California Healthcare Interpreters Association (CHIA). http://www.interpreterschia.org/standards/FocusGroupFinal%20Report%20Mar2002_CHIAReport4_b.pdf (11.04.2011)

Angelelli, Claudia (2003) The Interpersonal Role of the Interpreter in Cross-Cultural Communication. In: Brunette et al. (eds), 15-26.

- Angelelli, Claudia V. (2004a) *Revisiting the Interpreter's Role. A study of conference, court and medical interpreters in Canada, Mexico and the United States*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Angelelli, Claudia V. (2004b) *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, Claudia V. (2008) The role of the interpreter in the healthcare setting. A plea for a dialogue between research and practice. In: C. Valero-Garcés & A. Martin (eds) *Crossing Borders in Community Interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 147-164.
- Angelelli, Claudia V./Agger-Gupta, Niels/Green, Carola E. & Okahara, Linda (2007) The California Standards for Healthcare Interpreters. In: C. Wadensjö, B. Englund Dimitrova & A. Nilsson (eds) *The Critical Link 4. Professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 167-177.
- Apfelbaum, Birgit (2004) *Gesprächsdynamik in Dolmetsch-Interaktionen*. Rudolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Atteslander, Peter (¹⁰2003) *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Avery, Maria-Paz B. (2001) *The role of the healthcare interpreter. An evolving dialogue*. Boston: National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). http://www.a2hc.org/articles/The%20role_of_health_care_interpreter.pdf (10.04.2011)
- Bahadır, Şebnem (1998) Der Translator als Migrant – der Migrant als Translator? *TEXTconTEXT* 12 (2), 263-275.
- Bahadır, Şebnem (2008) Das Theater des Dolmetschens: Beobachten, Teilnehmen, Proben, Darstellen, Verändern. *Curare* 31 (2+3), 176-186.
- Barton, Allen H. & Lazarsfeld, Paul F. (1984) Einige Funktionen von qualitativer Analyse in der Sozialforschung. In: C. Hopf & E. Weingarten (Hg.) *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 41-89.
- Binder-Fritz, Christine (2009) Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: É. Rásky (Hg.), 28-44.
- Bischoff, Alexander (2001) *Overcoming language barriers to healthcare in Switzerland*. Inaugural dissertation. Universität Basel: Philosophisch-naturwissenschaftliche Fakultät.
- Bischoff, Alexander & Loutan, Louis (2000) *Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege*. HUG Hôpitaux Universitaires de Genève.

http://medecine-internationale.hug-ge.ch/recherche_publications/Mots_Ouverts_Deutsch.pdf (10.02.2011)

- Bischoff, Alexander & Steinauer, Regine (2007) Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. *Pflege* 20 (6), 343-351.
- Bischoff, Alexander/Steinauer, Regine & Kurth, Elisabeth (2006) Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen. Institut für Pflegewissenschaft. Universität Basel.
http://www.healthhospitals.ch/de/component/docman/doc_download/84-schlussbericht-projekt-6.html (15.07.2011)
- BMG (2011) Gesundheitsberufe in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/9/2/CH1002/CMS1286285894833/broschuere_gesundheitsberufe_-_version_juni_2011.pdf (11.07.2011)
- BMG (2013) Video-Dolmetschservice im Gesundheitswesen gestartet. http://www.bmg.gv.at/home/Startseite/aktuelle_Meldungen/Video_Dolmetschservice_im_Gesundheitswesen_gestartet (12.10.2013)
- BMGF (2005) Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/5/0/CH1108/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf (11.04.2011)
- Bolden, Galina (2000) Toward Understanding Practices of Medical Interpreting: Interpreters' Involvement in History Taking. *Discourse Studies* 2 (4), 387-419.
- Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (⁴2006) *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozial- und Humanwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bot, Hanneke (2003) The Myth of the Uninvolved Interpreter: Interpreting in Mental Health and the Development of a Three-Person Psychology. In: Brunette et al. (eds), 27-35.
- Bot, Hanneke (2005) *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam: Rodopi.
- Brunette, Louise/Bastin, Georges/Hemlin, Isabelle & Clarke, Heather (eds) (2003) *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Bühlmann, Renate & Stauffer, Yvonne (2007) Bedeutung der Kommunikation in der transkulturellen Pflege. In: D. Domenig (Hg.), 275-285.
- Bührig, Kirstin & Meyer, Bernd (2004) *Ad-hoc* interpreting and the achievement of communicative purpose in in doctor-patient communication. In: J. House & J.

Rehbein (eds) *Multilingual Communication. Hamburg Studies on Multilingualism*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 43-62.

- Bührig, Kirstin & Meyer, Bernd (2009) Funktionale Sprachreflexion und Diskursanalyse als Fortbildungsmethoden – Am Beispiel einer Dolmetscherfortbildung für zweisprachige Pflegekräfte im Krankenhaus. In: D. Meer & C. Spiegel (Hg.) *Kommunikationstrainings im Beruf. Erfahrungen mit gesprächsanalytisch fundierten Fortbildungskonzepten*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 108-130.
- Cairncross, Larissa (1989) *Cultural Interpreter Training Manual*. Toronto: Citizenship-Development Branch.
- Carr, Silvana E./Roberts, Roda P./Dufour, Aideen & Steyn, Dini (eds) (1997) *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- CHIA (2002) California Standards for Healthcare Interpreters. Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention.
http://www.chiaonline.org/resource/resmgr/docs/standards_chia.pdf (11.04.2011)
- Collatz, Jürgen (1998) Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David et al. (Hg.), 33-59.
- Dahrendorf, Ralf (¹⁷2010) *Homo Sociologicus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- David, Matthias/Borde, Theda & Kentenich, Heribert (Hg.) (1998) *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Davidson, Brad (2000) The Interpreter as Institutional Gatekeeper: The Social-linguistic Role of Interpreters in Spanish-English Medical Discourse. *Journal of Sociolinguistics* 4 (3), 379-405.
- Diekmann, Andreas (¹⁴2005) *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Die Presse (17.03.2011) Wiener Spitäler: Nur noch sieben Standorte bis 2030.
http://diepresse.com/home/panorama/wien/642571/Wiener-Spitaeler_Nur-noch-sieben-Standorte-bis-2030 (11.04.2011)
- Domenig, Dagmar (Hg.) (²2007) *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Dreißig, Verena (2005) *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Dreißig, Verena (2008) Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In: U. Bauer & A. Büscher (Hg.) *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 363-374.
- Drennan, Gerard & Swartz, Leslie (1999) A concept over-burdened: Institutional roles for psychiatric interpreters in post-apartheid South Africa. *Interpreting* 4 (2), 169-198.
- Drude, Carsten (Hg.) (2008) *Geistes- und Sozialwissenschaften. Kurzlehrbuch für Pflegeberufe*. München: Urban & Fischer.
- Ebster, Claus & Stalzer, Lieselotte (³2008) *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler*. Wien: Facultas.
- Egger, Josef W. (2007) Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation. *Psychologische Medizin* 4, 2-3.
- Eichbauer, Hans/Heuermann, Andrea & Krausbar, Pia (2004) Gelebte Integration im Krankenhaus. Pilotprojekt zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation und Betreuung im Krankenhaus am Beispiel der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses, Wien. Abschlussbericht. <http://vgarchiv.orf.at/austria/de/pool/dokumente/Gelebte%20Integration%20im%20Krankenhaus%20-%20Pilotprojekt%20Hanusch%20Abschlussbericht.pdf> (10.04.2011)
- Elderkin-Thompson, Virginia/Cohen Silver, Roxane & Waitzkin, Howard (2001) When nurses double as interpreters: A study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine* 52 (9), 1343-1358.
- Erickson, Frederick & Shultz, Jeffrey (1982) *The Counselor as Gatekeeper: Social Interaction In Interviews*. New York: Academic Press.
- Esser, Hartmut (2000) *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 5: Institutionen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Felgner, Lars (2009) Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch. In: D. Andres & S. Pöllabauer (Hg.), 45-70.
- Flick, Uwe (2007) Methodologie qualitativer Forschung. In: Flick et al. (Hg.), 251-287.
- Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst & Steinke, Ines (Hg.) (⁵2007) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

- Flores, Glenn/Laws, M. Barton/Mayo, Sandra J./Zuckerman, Barry/Abreu, Milagros/Medina, Leonardo & Hardt, Eric J. (2003) Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *Pediatrics* 111(6), 6-14.
- Gentile, Adolfo/Ozolins, Uldis & Vasilakakos, Mary (1996) *Liaison Interpreting. A Handbook*. Carlton South: Melbourne University Press.
- Goffman, Erving (1981) *Forms of talk*. Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press.
- Gonzalez-Nava, Sandra (2009) Das Gespräch als Qualitätsfaktor der Behandlung. In: D. Andres & S. Pöllabauer (Hg.), 71-83.
- Grbić, Nadja & Pöllabauer, Sonja (Hg.) (2008) *Kommunal Dolmetschen/ Community Interpreting. Probleme – Perspektiven – Potenziale*. Berlin: Frank & Timme.
- Harris, Brian (1990) Norms in Interpretation. *Target* 2 (1), 115-119.
- Harris, Brian & Sherwood, Bianca (1978) Translating as an Innate Skill. In D. Gerver & H. W. Sinaiko (eds) *Language Interpretation and Communication*. New York: Plenum Press, 155-170.
- Hermanns, Harry (2007) Interviewen als Tätigkeit. In: Flick et al. (Hg.), 360-368.
- Hoffmann-Riem, Christel (1980) Die Sozialforschung in einer interpretativen Soziologie - Der Datengewinn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 32, 339-372.
- Hopf, Christel (1978) Die Pseudo-Exploration - Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie* 7 (2), 97-115.
- Hsieh, Elaine (2007) Interpreters as Co-Diagnosticians: Overlapping Roles and Services Between Providers and Interpreters. *Social Science & Medicine* 64, 924-937.
- Hsieh, Elaine, Ju, Hyejung & Kong, Haiying (2010) Dimensions of Trust: The Tensions and Challenges in Provider-Interpreter Trust. *Qualitative Health Research* 20 (2), 170-181.
- Hudelson, Patricia & Vilpert, Sarah (2009) Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/187> (10.04.2011)
- INTERPRET (2011) Die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln INTERPRET. <http://www.inter-pret.ch/> (10.04.2011)

- Jacobs, Elizabeth A./Diamond, Lisa C. & Stevak, Lisa (2010) The importance of teaching clinicians when and how to work with interpreters. *Patient Education and Counseling* 78, 149–153.
- Jalbert, Maya (1998) Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique. *Prisme* 8 (3), 94–111.
- Kade, Otto (1968) *Zufall und Gesetzmäßigkeit in der Übersetzung*. Beiheft zur Zeitschrift Fremdsprachen I. Leipzig: VEB Enzyklopädie
- Kadric, Mira/Kaindl, Klaus & Kaiser-Cooke, Michèle (2005) *Translatorische Methodik. Basiswissen Translation 1*. Wien: Facultas.
- Kalina, Sylvia (2002) Interpreters as Professionals. *Across Languages and Cultures* 3 (2), 169–187.
- Kaufert, Joseph M. (1990) Sociological and Anthropological Perspectives on the Impact of Interpreters on Clinician/Client Communication. *Santé – Culture – Health* 7 (2-3), 209-235.
- Kaufert, Joseph M. & Koolage, William W. (1984) Role of Conflict Among “Culture Brokers”. The Experience of Native Canadian Medical Interpreters. *Social Sciences and Medicine*. 18 (3), 283-286.
- Kaufert, Joseph M. & Putsch, Robert (1997) Communication through Interpreters in Healthcare: Ethical Dilemmas Arising from Differences in Class, Culture, Language and Power. *The Journal of Clinical Ethics* 8 (1), 71-87.
- Kelle, Udo & Erzberger, Christian (2007) Integration qualitativer und quantitativer Methoden. In: Flick et al. (Hg.), 299-308.
- Kletečka-Pulker, Maria (25.06.2012) Pilotprojekt „Videodolmetschen“. Institut für Ethik und Recht in der Medizin. Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit. http://www.plattformpatientensicherheit.at/site/article_list.siteswift?so=all&do=all&c=download&d=article%3A251%3A10 (20.09.2012)
- Kliche, Ortrun & Pawlack, Birte (04.05.2009) „Zweisprachige Pflegekräfte als Dolmetscher im Krankenhaus.“ Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Mehrsprachigkeit in Theorie und Praxis“. Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit. Universität Hamburg. <http://lecture2go.uni-hamburg.de/veranstaltungen/-/v/169> (12.03.2011)
- Korak, Christina (2010) *Remote Interpreting via Skype. Anwendungsmöglichkeiten von VoIPSoftware im Bereich Community Interpreting – Communicate everywhere?* Berlin: Frank & Timme.

- Knapp, Karlfried & Knapp-Potthoff, Annelie (1985) Sprachmittlertätigkeit in interkultureller Kommunikation. In: J. Rehbein (Hg.) *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen, Narr, 450-463.
- Knapp-Potthoff, Annelie & Knapp, Karlfried (1986) Interweaving two discourses – The difficult task of the non-professional interpreter. In: J. House & S. Blum-Kulka (eds) *Interlingual and intercultural communication*. Tübingen: Narr, 151-168.
- Knapp-Potthoff, Annelie & Knapp, Karlfried (1987) The man (or woman) in the middle: Discoursal aspects of non-professional interpreting. In: K. Knapp/W. Enninger & A. Knapp-Potthoff (eds) *Analyzing Intercultural Communication*. Berlin: Mouton de Gruyter, 181-211.
- Lamnek, Siegfried (1995) *Qualitative Sozialforschung* (Band 2: Methoden und Techniken). Weinheim: Beltz.
- Lang, R. (1975) Orderlies as interpreters in Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal* 18 (3), 172-177.
- Launer, John (1978) Taking medical histories through interpreters: practice in a Nigerian outpatient department. *British Medical Journal* 2, 934-935.
- Leanza, Yvan (2005) Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting* 7 (2), 167-192.
- Leininger; Madeleine M. (1978/1995) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*. Columbus, OH: Greyden Press.
- Leininger, Madeleine M. (1991) *Culture Care Diversity and Universality: Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Löning, Petra & Rehbein, Jochen (1995) *Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Linguistische Untersuchung von Gesprächen in der Facharzt-Praxis*. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit (Nr. 54). Universität Hamburg: Germanisches Seminar.
- Luhmann, Niklas (1984) *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Maletzke, Gerhard (1996) *Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mayring, Philipp (2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel: Beltz.

- Merkens, Hans (2007) Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick et al. (Hg.), 286-299.
- Metzger, Melanie (1999) *Sign Language Interpreting: Deconstructing the Myth of Neutrality*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Meyer, Bernd (2003) Dolmetschtraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für Pflegekräfte mit Deutsch als Zweit- oder Fremdsprache. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2003/ag-meyer.pdf> (10.04.2011)
- Meyer, Bernd (2004) *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Arzt-Patienten-Kommunikation im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann.
- Meyer, Bernd (2009) Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. In: D. Andres & S. Pöllabauer (Hg.), 139-157.
- Meyer, Bernd/Apfelbaum, Birgit/Bischoff, Alexander & Pöchhacker, Franz (2003) Analysing Interpreted Doctor-Patient Communication from the Perspectives of Linguistics, Interpreting Studies and Health Sciences. In: Brunette et al. (eds), 67-79.
- Meyer, Bernd/Bührig, Kristin/Kliche, Ortrun & Pawlack, Birte (2010) Nurses as interpreters? Aspects of interpreter training for bilingual medical employees. In: B. Meyer & B. Apfelbaum (eds) *Multilingualism at Work. From policies to practices in public, medical and business settings*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 163-184.
- Miebach, Bernhard (2010) *Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Moreno, Maria R./Otero-Sabogal, Regina & Newman, Jeffrey (2007) Assessing Dual-Role Staff-Interpreter Linguistic Competency in an Integrated Healthcare System. *Journal of General Internal Medicine* 22(2), 331-335.
- Neuhold, Thomas & Stemmer, Martina (2009) Migranten als Patienten. „Er hat nur das Wort Rollstuhl verstanden.“ <http://derstandard.at/1256745562158/Migranten-als-Patienten-Er-hat-nur-das-Wort-Rollstuhl-verstanden> (11.04.2011)
- Niska, Helge (2002) Community Interpreter Training. In: G. Garzone & M. Viezzi (eds) *Interpreting in the 21st Century: Challenges and opportunities*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 133-144.
- Opraus, Adela (2003) Rollen der Dolmetscherin in der psychotherapeutischen Triade. In: K. Schubert (Hg.) *Übersetzen und Dolmetschen: Modelle, Methoden, Technologie*. Tübingen: Narr, 117-138.

- Pammer, Christoph (2009) Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. In: É. Rásky (Hg.), 45-54.
- Plattform Patientensicherheit (2013) „Pilotprojekt Videodolmetschen.“
http://www.plattformpatientensicherheit.at/de/presse_2013.06.23.htm
 (28.06.2013)
- Pöchlhacker, Franz (1997a) *Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen*. (Dokumentation 12/2) MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung. Wien.
- Pöchlhacker, Franz (1997b) “Is There Anybody Out There?” Community Interpreting in Austria. In: Carr et al. (eds), 215-225.
- Pöchlhacker, Franz (2000) *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchlhacker, Franz (2002): Dolmetschen im Wiener Gesundheitswesen, Bedarf und Beruf. *MDÜ* 48, 21-26.
- Pöchlhacker, Franz (2004) *Introducing Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.
- Pöchlhacker, Franz (2006) Research and methodology in healthcare interpreting. In: E. Hertog & B. van der Veer (eds) *Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*. *Linguistica Antverpiensia* NS 5, 135-159.
- Pöchlhacker, Franz (2008a) Krankheit, Kultur, Kinder, Kommunikation: Die Nichte als Dolmetscherin. *Curare* 31 (2+3), 133-142.
- Pöchlhacker, Franz (2008b) Dolmetschtheorie: Kognition, Interaktion, Institution. In: L. Schippel (Hg.) *Translationskultur: ein innovatives und produktives Konzept*. Berlin: Frank & Timme, 43-69.
- Pöchlhacker, Franz (2009) Krankenhausdolmetscherinnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven. In: É. Rásky (Hg.), 117-123.
- Pöchlhacker, Franz (2010) Dolmetschen im Wiener Gesundheitswesen. In: W. Schnepf & I. Walter (Hg.), 205-214.
- Pöchlhacker, Franz & Hengstberger, Marianne (1999) *Implementierungskonzept – Aufbau einer Infrastruktur für Kommundolmetschen in Wien*. Forschungsbericht (WHO-Projekt “Wien – Gesunde Stadt”) Wien.
- Pöchlhacker, Franz & Kadric, Mira (1999) The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. A Case Study. *The Translator* 5 (2), 161-178.

- Pöchhacker, Franz & Shlesinger, Miriam (eds) (2002) *The Interpreting Studies Reader*. London/New York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz & Shlesinger, Miriam (eds) (2007) *Healthcare Interpreting: discourse and interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Pöllabauer, Sonja (2005) „*I don't understand your English, Miss*”: *Dolmetschen bei Asylanhörungen*. Tübingen: Narr.
- Pöllabauer, Sonja (2009) Im Wilden Westen des Dolmetschens. Ausbildung als Schritt zur Professionalisierung des Community Interpreting. In: É. Rásky (Hg.), 97-116.
- Prunč, Erich (2002) *Einführung in die Translationswissenschaft. Band 1 Orientierungsrahmen*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft.
- Putsch, Robert W. (1985) Cross-cultural Communication. The Special Case of Interpreters in Health Care. *Journal of the American Medical Association* 254 (23), 3344-3348.
- Rásky, Éva (Hg.) (2009) *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*. Wien: Facultas.
- Reddy, Michael J. (1979) The Conduit Metaphor – A Case of Frame Conflict in Our Language about Language. In: A. Ortony (ed) *Metaphor and Thought*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 184-324.
- Reiß, Katharina & Vermeer, Hans J. (1984) *Grundlegung einer allgemeinen Translationsstheorie*. Tübingen: Niemeyer.
- Roat, Cynthia E./Gheisar, Bookda/Putsch, Robert & SenGupta, Ina (1999) *Bridging the Gap. A Basic Training for Medical Interpreters. Interpreter's Handbook*. Seattle: Cross Cultural Health Care Program (CCHCP).
- Roberts, Roda P. (1993) Community Interpreting in North America. In: C. Picken (ed.) *Translation – the Vital Link. Proceedings of the XIIIth World Congress of FIT*. London: Institute of Translation and Interpreting, 239-252.
- Roberts, Roda P. (1997) Community Interpreting Today and Tomorrow. In: Carr et al. (eds), 7-26.
- Roberts, Roda P./Carr, Silvana E./Abraham, Diana & Dufour, Aideen (eds) (2000) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

- Rosenberg, Ellen/Leanza, Yvan & Seller, Robbyn (2007) Doctor-Patient Communication in Primary Care with an Interpreter: Physician Perceptions of Professional and Family Interpreters. *Patient Education and Counseling* 67, 286-292.
- Rosenberg, Ellen/Seller, Robbyn & Leanza, Yvan (2008) Through interpreter's eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling* 70, 87-93.
- Roy, Cynthia (1989) *A Sociolinguistic Analysis of the Interpreter's Role in the Turn Exchanges of an Interpreted Event*. Unpublished Dissertation, Georgetown University, Washington, D.C.
- Roy, Cynthia (1993/2002) The Problem with Definitions, Descriptions, and the Role of Metaphors of Interpreters. In: F. Pöchhacker & M. Shlesinger (eds) *The Interpreting Studies Reader*. London: Routledge, 344-353.
- Schaller, Birte & Knerich, Heike (2010) Bericht über das 45. Treffen des „Arbeitskreises Angewandte Gesprächsforschung“ vom 20. - 21. November 2009 in Köln. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. <http://www.gesprachsforschung-ozs.de/heft2010/tb-aag45.pdf> (10.10.2011)
- Schneider, Richard (2004) „Patientin verwechselt, weil ‚kein Dolmetscher greifbar‘: Kaiserschnitt statt Herztonuntersuchung“ <http://www.uebersetzerportal.de/nachrichten/n-archiv/2004/2004-07/2004-07-10.htm> (10.04.2011)
- Schnepp, Wilfried & Walter, Ilsemarie (Hg.) (2010) *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft: zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl*. Wien/Köln/Weimar: Böhlau.
- Schweda-Nicholson, Nancy (1994) Professional ethics for court and community interpreters. In: D. L. Hammond (ed.) *Professional Issues for Translators and Interpreters*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 79-97.
- Seidl, Elisabeth & Walter, Ilsemarie (2010) Multikulturalität im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegepersonen. In: W. Schnepp & I. Walter (Hg.), 13-84.
- Shlesinger, Miriam (1989) Extending the Theory of Translation to Interpretation: Norms as a Case in Point. *Target* 1 (1), 111-116.
- Slapp, Ashley Marc (2004) *Community interpreting in Deutschland: gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft*. München: M-Press.
- SpracheDirekt (2010) Infoblatt. http://sprachedirekt.at/files/SpracheDirekt_Infoblatt.php
- Statistik Austria (2010) Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2010. http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=051838 (11.04.2011)

- Stofner, Christiane (2006) Sprach- und Kulturmittlung bzw. Kommunaldolmetschen im Gesundheitsbereich. http://www.epima.at/produkte/a1_suk_im_gesundheitsbereich.pdf (30.03.2009)
- Stöger, Alois (2010) Anfragebeantwortung. Bundesministerium für Gesundheit. http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/AB/AB_03736/fnameorig_17789_9.html (01.07.2011)
- Stuker, Rahel (1998) *Übersetzerinnen im Gesundheitsbereich: Das medizinische Anamnesegespräch im Migrationskontext*. Lizentiatsarbeit Universität Bern: Institut für Ethnologie.
- Stuker, Rahel (2007) *Professionelles Dolmetschen*. In: D. Domenig (Hg.), 221-235.
- Szakacs, Emese (2010) *Die Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patienten im Krankenhaus aus der Sicht des Pflegepersonals*. Magisterarbeit, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol.
- Taskin, Aydin/Luks, Karin & Gehring, Thomas M. (2002) Gesundheitsversorgung von Migrant/innen in der Agglomeration Zürich. http://www.ispmz.ch/pdf/Rapid_voll.pdf (30.03.2009)
- Uluköylü, Sevgi (2008) „...manchmal streite ich auch.“ Sprach- und Kulturmittlung für türkische Migrantinnen im medizinischen Bereich. In: N. Grbić & S. Pöllabauer (Hg.), 173-220.
- UNI for LIFE (o.J.) Universitätslehrgang Kommunaldolmetschen. <http://www.uniforlife.at/index.php?lang=de&page=content/ulehr-kdolmetschen-de.html> (10.04.2011)
- UNIVERSITAS (o.J) Handout Kommunaldolmetschen. Österreichischer Berufsverband für Übersetzen und Dolmetschen. http://www.universitas.org/uploads/media/PA231209_CI_Handout.doc (10.06.2011)
- Universität Hamburg (o.J.a) K2: Dolmetschen im Krankenhaus. SFB 538: Mehrsprachigkeit. <http://www1.uni-hamburg.de/SFB538//forschung/kommunikation/k2.html> (10.06.2011)
- Universität Hamburg (o.J.b) T5: Entwicklung und Evaluierung eines Fortbildungsmoduls für zweisprachige Krankenhausmitarbeiter. <http://www.uni-hamburg.de/sfb538/projekt5.html> (10.06.2011)
- Valero-Garcés, Carmen (2005) Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges. *Interpreting* 7 (2), 193-210.

- Vandervort, Elisa Brettler & Melkus, Gail D'Eramo (2003) Linguistic Services in Ambulatory Clinics. *Journal of Transcultural Nursing* 14 (4), 358-366.
- Vester, Heinz-Günter (2009) *Kompendium der Soziologie I: Grundbegriffe*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wadensjö, Cecilia (1992/1998) *Interpreting as Interaction*. New York: Longman.
- Walzer, Nora (2011) Telefondolmetschen im Krankenhaus – Eine Empirische Fallstudie. *Universitas Mitteilungsblatt* 11 (3), 23-26.
- Weber, Ekkehard (2001) Pflegewissenschaft als neues Lehrangebot an der Universität Wien. In: V. Kozon/H. Mayer & E. Seidl (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Wien: Facultas, 23-28.
- Weiss, Regula & Stuker, Rahel (1998) *Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitswesen: Grundlagenbericht*. Neuenburg: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.
- Wiener Zeitung (17.03.2011) Wien schließt fünf Spitäler.
http://www.wienerzeitung.at/themen_channel/wzwien/stadtleben/26316_Wien-schliesst-fuenf-Spitaeler.html (10.04.2011)
- Wimmer, Banu & Ipsiroglu, Osman S. (2001) Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von Migrantinnen und deren Kindern. Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. *Wiener Klinische Wochenzeitschrift* 113 (15-16), 616-621.
- Witzel, Andreas (1982) *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Witzel, Andreas (2000) Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 1 (1), Art. 22 [1-25]. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> (01.10.2011)
- WPPA (2009) Bericht über das Jahr 2009. Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft. <http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/pdf/taetigkeitsbericht-2009.pdf> (01.10.2011)

Anhang

A 1. Interviewleitfaden

Dolmetscheinsatz

- Wie oft dolmetschen Sie im Krankenhaus?
- Für welche Sprachen ?
- In welchen Situationen werden Sie als Dolmetscherin gebraucht?
- Wie ist es überhaupt dazu gekommen, dass Sie im Krankenhaus dolmetschen?
 - Freiwillig?
 - Dolmetschen Sie auf Ihrer eigenen Station oder auch anderswo?
 - Dolmetschen Sie nur während Ihrer Dienstzeit?

Erfahrungen und persönliche Strategien

- Können Sie sich an einen bestimmten Dolmetscheinsatz erinnern?
- Ablauf des Dolmetschgesprächs normalerweise
 - Vorbereitungsmöglichkeit?
- Wie genau dolmetschen Sie? (Wörtlich, sinngemäß)
- Worauf konzentrieren Sie sich beim Dolmetschen?
- Was tun Sie, wenn Sie den Eindruck haben, dass der Patient etwas nicht verstanden hat?
- Was tun Sie, wenn zu schnell/ zu lange gesprochen wird?

Handlungspartnerinnen

- Verhalten der Ärztinnen
 - Rücksicht
 - Verlangen sie mehr, als dass Sie bloß dolmetschen?
- Patientinnen: Verhalten, Reaktionen
 - Verlangen sie mehr, als dass Sie bloß dolmetschen? (Solidarität?)
- Kolleginnen

- Verständnis
- allg. Anerkennung, Zufriedenheit?

Haltung der Dolmetschenden

- Was ist Ihre Aufgabe, wenn Sie dolmetschen?
- Verantwortung?
- Was sind die Vorteile, wenn Sie als Krankenschwester (Pflegehilfe) dolmetschen?
- Was sind die Nachteile?
 - Was gefällt Ihnen (nicht) am Dolmetschen?
 - Schwierigkeiten?
 - Belastende Situationen?
 - Unangenehme Situationen?
- Machen Sie sich manchmal Gedanken über das Dolmetschen?
- Interesse an Fortbildung zum Thema Dolmetschen?
 - Inhalte?

Kommunikationspraxis

- Vorgehensweise bei fremdsprachigen Patientinnen, wenn niemand da ist, der dolmetschen könnte?
- Wer kommt sonst noch in Frage als Dolmetscher?
- Richtlinien fürs Dolmetschen?
- Bewertung der derzeitigen Kommunikationspraxis
 - Verbesserungspotenzial?

Sonstiges

- Was wurde nicht angesprochen?

A 2. Kurzfragebogen

Angaben zur Person

Alter: Jahre

Geburtsland:

.....

Seit wann leben Sie in Österreich?

.....

Höchste abgeschlossene Bildung (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

Berufsbildende Schule ohne Matura

Matura

Universität, Hochschule

In welchem Land haben Sie Ihre Berufsausbildung absolviert?

.....

Wie lange sind Sie in diesem Beruf tätig? Jahre

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Mithilfe!

A 3. Interviewtranskripte

Interview Nr. 1

(Dauer ca. 34 Min.)

**1 Sie dolmetschen ja hin und wieder im Krankenhaus. Wie oft würden Sie sagen,
2 dass Sie dolmetschen?**

3 Na ja, das ist ganz verschieden, manchmal oft, manchmal selten.

4 Aber mindestens ein Mal im Monat oder?

5 Immer wieder, ja immer wieder kommt diese Möglichkeit.

**6 Okay. Und für welche Sprachen oder für welche Länder haben Sie gedol-
7 metscht, also für Menschen aus welchen Ländern?**

8 Also meistens aus Polen, aber auch aus Russland, Tschetschenien.

**9 In welchen Situationen werden Sie da gebraucht als Dolmetscherin? Also geht es
10 da um ganz normale Anamnesen, ist da immer der Arzt dabei ... ?**

11 Na ja oft bei der Visite. Wenn der Patient aufgeklärt werden muss über seine Unter-
12 suchung oder Eingriffe oder wenn man die Anamnese sammeln muss. Ja. Oder ein-
13 fach nur während des Dienstes, nur um etwas aufzuklären. Wenn der Patient über-
14 haupt keine Sprache, keine deutsche Sprache beherrscht und man ihm etwas Neues
15 erklären muss oder etwas vom Patienten ... ja.

**16 Sind das dann Patienten, die wirklich kein Deutsch sprechen und nichts verste-
17 hen oder auch vielleicht ein bisschen etwas?**

18 (U) Ja, ab und zu sind das Patienten, die überhaupt kein Deutsch sprechen. Ab und zu
19 sind das Patienten, die etwas verstehen und sprechen und ab und zu sind das Patien-
20 ten, die Deutsch schon beherrschen, aber im Spezialgebiet Medizin ...

21 Da brauchen sie noch Unterstützung?

22 Ja.

**1 Und wie ist es überhaupt dazu gekommen, dass Sie dolmetschen bei Ihnen im
2 Krankenhaus?**

3 Na es ist ganz, es ist ganz normal. Entweder hat da jemand angerufen, ob eine Polin
4 im Dienst ist ...

**5 Es hat jemand angerufen, das heißt es war auch jemand von einer anderen Sta-
6 tion, nicht unbedingt ... ?**

7 (U) Ja, nicht unbedingt von meiner Station. Entweder vom ersten Stock oder von ei-
8 ner anderen Station. Weil eigentlich, wenn dort keine Polin Dienst hatte, da hat man
9 gesucht, wo da jemand ist, der die polnische Sprache beherrscht.

**10 Das heißt, Sie wurden einfach irgendwann einmal gefragt, ob Sie dolmetschen
11 können und da haben Sie gesagt, ja, ich kann, ich mache das einfach?**

12 Na ja, das wird niemand gefragt. Es heißt, ich muss gehen und dolmetschen und aus.

**13 Sie dolmetschen dann aber prinzipiell nur während Ihrer Dienstzeit oder auch
14 außerhalb?**

15 Während der Dienstzeit.

**16 Okay. Und außer Krankenschwestern, kommt sonst noch wer in Frage zum
17 Dolmetschen im Krankenhaus? Also vielleicht anderes Personal?**

18 Na ja, da sind auch die Ärzte, die Putzfrauen, also ... Abteilungshelferinnen. Also es
19 kommt darauf an, wer gebraucht wird.

20 Also das hängt dann von der Sprache ab?

21 Ja. Türkisch, das sind meistens die Putzfrauen, weil die kommen aus der Türkei.
22 Oder wir haben ab und zu, aber selten, einen Arzt, der Turnus macht und die Sprache
23 kann.

**24 Okay. Und wie sieht das dann aus, wenn ein Patient aufgenommen wird, der
25 kein Deutsch spricht und kein Dolmetscher da ist, also wirklich niemand da ist,
26 der diese Sprache spricht, was passiert dann? Versucht man sich irgendwie mit
27 ihm zu ... ?**

1 (U) Zu verständigen oder man ruft dann die Familie an oder es kommt nachher je-
2 mand, der die Sprache beherrscht.

**3 Haben Sie mal gedolmetscht und es ist Ihnen in Erinnerung geblieben, eine ganz
4 bestimmte Situation vielleicht?**

5 Na ja, schon Da war ich auf der anderen Station, auf einer fremden Station, wäh-
6 rend der Visite. Da waren viele Ärzte dabei. Und ich habe fast niemanden dort ge-
7 kannt. Das war für mich auch nicht so einfach. Weil den Patienten habe ich auch
8 nicht gekannt. Und dann habe ich dem Patienten alles erklären müssen, weil der sich
9 nicht ausgekannt hat. Es ist um ein Herzkatheter gegangen, also doch eine schwierige
10 Operation, ja. Das war schon anstrengend für mich. Ja und sowieso, ich musste mei-
11 ne Station verlassen. Und wenn ich Hauptdienst habe, dann verliere ich die Zeit für
12 meine Arbeit.

**13 Okay, und wie ist das, Sie haben gesagt, sie haben ihm das erklären müssen, die-
14 se Operation ...**

15 Er muss einen Revers unterschreiben und da hat er auch schon einen Revers gehabt,
16 wo alles aufgezeichnet war.

17 Und das war ein polnischer Patient, also das war auf Polnisch?

18 Ja, ja. Und er hat überhaupt kein Deutsch

**19 Und Sie haben es ihm erklärt, weil Ihnen die Ärzte gesagt haben, was Sie ihm
20 genau erklären sollen oder wussten Sie schon, was Sie ihm sagen sollen?**

21 Na ja, etwas, das weiß ich auch. Aber der genaue Verlauf Da hat mir der Arzt ge-
22 sagt und da habe ich ihm das erklärt, weil er diesen Revers unterschreiben muss, be-
23 vor er operiert wird.

**24 Okay und haben die Ärzte Ihnen, bevor Sie mit dem Patienten gesprochen ha-
25 ben, irgendwie gesagt, was Sie genau sagen sollen, wie Sie das sagen sollen?
26 Oder war das alles ganz schnell?**

27 Also der Arzt hat mir dann alles erklärt, in Ruhe. Und da habe ich viel Zeit dort ver-
28 bracht.

29 Haben die Kolleginnen Verständnis, wenn Sie weg sind?

1 Ja, in dem Fall müssen sie Verständnis haben. Aber was ich nicht mache, das muss
2 ich dann nachholen.

**3 Okay, und wie reagieren normalerweise Patienten darauf, dass Sie dann dolmet-
4 schen?**

5 Na ja, ich Der Patient hat schon Stress, weil er im Spital ist. Der kennt sich nicht
6 aus und dann sieht er endlich jemanden, der kommt. Er sieht, dass ich auch vom Per-
7 sonal bin und ich begrüße ihn auf Polnisch. Da ist er dann erleichtert, etwas, ja.

8 Und wie verhalten sich die Ärzte Ihnen gegenüber, wenn Sie dolmetschen?

9 Na ja, die sind eigentlich dankbar. Weil sie dann Auskunft und Informationen haben,
10 die sie brauchen. Na, das sind wichtige Informationen, welche Operationen der Pati-
11 ent gehabt hat, ob er irgendwelche Krankheiten hat, ob und welche Medikamente er
12 schluckt. Das ist auf einer internen Station schon wichtig.

**13 Okay, und da fragen Sie dann selbst den Patienten oder sagt Ihnen der Arzt
14 ganz genau, was Sie fragen sollen?**

15 Na, das sind Fragen, wie die Anamnese. Jeder Patient wird gefragt, die gleichen Fra-
16 gen.

17 Und Sie wissen da ohnehin schon, was Sie fragen müssen?

18 Ja .

**19 Nehmen die Ärzte auch Rücksicht auf Sie, wenn Sie dolmetschen, also sprechen
20 Sie dann langsamer oder haben Sie mehr Geduld?**

21 Na ja, die haben keine andere Wahl (lacht). Ja.

**22 Okay, und wie schaut das normalerweise aus, wenn Sie dolmetschen: Wird das
23 irgendwie im Vorhinein klargelegt, was sagt ein Arzt, wenn er ... ?**

24 (U) Ja, der Arzt sagt, wir haben einen Patienten mit solcher Diagnose und wir wollen
25 wissen, das, das, das, das. Und ich muss dann die Fragen dem Patienten stellen und
26 dann die Antworten wieder auf Deutsch übersetzen. Und für mich ist das auch nicht
27 so einfach, diese Umstellung, ja. Weil oft frage ich auch weiter auf Deutsch und dann
28 höre ich, ich spreche mit dem Patienten deutsch, ja. Und dann muss ich mich wirk-

1 lich konzentrieren, dass ich das alles richtig frage und die Antwort gebe und da ...
2 Na ja der Patient, manche Patienten kennen auch die polnischen Begriffe, die medizi-
3 nischen nicht, da muss ich dann noch ...

4 Vereinfachen, erklären?

5 Genau, genau. Da kann ich nicht auf Latein fragen, ich muss das in einfacher Spra-
6 che sagen.

**7 Und haben Sie manchmal vielleicht das Gefühl, dass ein Arzt zu viel von Ihnen
8 verlangt, wenn Sie übersetzen?**

9 Na ja eigentlich ... Für mich ist das nicht so schwer, weil ich auch studiert habe, also
10 ich habe das Wissen schon, ja.

11 Also Sie kennen auch die polnische medizinische Fachsprache?

12 Ja, genau. Und ich habe schon jahrelang Erfahrung. Also ich Kein Arzt fragt
13 mich, was ich nicht verstehe.

**14 Haben Sie manchmal das Gefühl, dass die Patienten, dadurch dass Sie jetzt aus
15 demselben Land kommen, zu viel von Ihnen verlangen?**

16 Na ja, wenn sie wissen, dass ich Polin bin, dann kommen sie, wenn sie nur Fragen
17 haben, dann kommen sie immer zu mir, ja. Und die verlangen, zum Beispiel letztes
18 Mal, da hat ein Patient keine frische Hose gehabt, die Schuhe waren zu klein, weil er
19 geschwollene Beine gehabt hat, der hat kein Gewand gehabt. Da muss man das alles
20 über die Sozialarbeiterin organisieren, ja.

**21 Okay, und wenn ein Arzt dabei ist, zum Beispiel bei der Visite, ist es für Sie
22 dann irgendwie problematisch, wenn der Patient aus demselben Land ist?**

23 Ja, es ist schon problematisch, weil (lacht) ... Kommt drauf an, welcher Patient das
24 ist, ja. Weil ich, ich bin unzufrieden, wenn ich bei alkoholkranken Leuten übersetzen
25 oder dolmetschen muss, ja. Weil für mich ist das unangenehm, ja.

26 Das ist unangenehm, weil ... ?

27 Weil das Leute sind, das sind die einfachen Leute. Sind ungepflegt und die können
28 kein Wort Deutsch und ja.

**1 Und wie genau dolmetschen Sie? Ist das wirklich wortwörtlich oder können Sie
2 auch Unwichtiges weglassen, was der Patient sagt, wenn er zu lange redet?**

3 Ja, na das muss man. Also eigentlich kann ich auch von mir aus etwas fragen, wenn
4 ich etwas mehr erfahren will. Und da muss ich auch nicht alles zurück übersetzen, ja.
5 Also, ich muss, die wichtigen Sachen schon, aber bezüglich Schwarzarbeit oder Fa-
6 milienstand, das Ab und zu sage ich nicht alles, ja. Aber das hat keinen Einfluss
7 auf die Diagnose, die Therapie.

8 Wofür sind Sie verantwortlich, wenn Sie dolmetschen?

9 Na ja, ich muss nur ein reines Gewissen haben. Ja, dass ich alles gut übersetzt habe.
10 Wenn nicht, dann kann etwas schiefgehen.

**11 Also Sie haben manchmal auch die Befürchtung, dass Sie vielleicht was falsch
12 machen könnten, wenn Sie was dolmetschen?**

13 Kann auch sein ... Bis jetzt hab ich keine solche Erfahrungen gehabt. Ich habe auch
14 einmal bei der Polizei, im Spital

15 Im Spital? Ja, erzählen Sie mal.

16 Zwei Polizisten waren da und es ist um eine Patientin gegangen, die wollte eine An-
17 zeige gegen ihren Lebensgefährten ...

18 Erstatte?

19 Erstatte und ich habe dann übersetzt.

20 Okay, das heißt die Patientin war aus Polen ?

21 Ja.

22 Und wie war das dann für Sie, für die Polizei zu dolmetschen?

23 Na schon anstrengender. Die haben meine Daten genommen, alles und ja, das war et-
24 was anders, ja.

1 Passiert es vielleicht manchmal, dass wenn der Patient oder der Arzt spricht
2 und vielleicht einmal zu schnell oder zu lange spricht, dass Sie ihn unterbrechen
3 müssen, damit Sie dolmetschen können?

4 Ja, das kann schon, kann schon passieren. Da muss man dann Pausen machen, dass
5 man übersetzt und Weil manche reden auch nicht zum Thema, ja.

6 Also die schweifen ab?

7 Genau, und da muss man dann nachfragen.

8 Haben Sie manchmal den Eindruck, dass ein Patient vielleicht etwas nicht ver-
9 standen hat und was tun Sie dann?

10 Na ja, dann versuche ich es ihm Ich versuche das so in einfacher Sprache zu er-
11 klären, dass er das dann wirklich versteht.

12 Sagen Sie auch dem Arzt, dass der Patient diesen einen Punkt nicht verstanden
13 hat oder können Sie das meistens von selbst aus klären?

14 Ja. Weil die Fragen sind auch nicht so kompliziert eigentlich, dass da ... Das kann
15 ich, in meiner Sprache kann ich mich schon äußern und ... Es ist schon schwierig,
16 wenn ich das auf Russisch wiederholen muss.

17 Also wenn Sie russisch dolmetschen?

18 Also das, da fehlen mir dann die Wörter, ja, weil das macht man nicht so oft.

19 Worauf müssen Sie sich konzentrieren, wenn Sie dolmetschen?

20 Ja, dass ich die, dass ich das alles richtig übersetze, ja. Da geht es um Medikamente,
21 Dosierung. Ja, welche Operationen. Oder wo der Patient Beschwerden lokalisiert und
22 (ganz genau?) welche Art Beschwerden das sind.

23 Und was, glauben Sie, sind die Vorteile, wenn Sie als Krankenschwester dolmet-
24 schen und nicht eine andere Person?

25 Ja, die Vorteile ... Es ist schon besser, wenn ich dolmetsche als eine Putzfrau oder ei-
26 ne Abteilungshelferin, die medizinisch nicht so vorbereitet ist, ja. Ja, weil ich mache
27 auch, wir machen auch Anamnesen mit Patienten, also schon in unserem Bereich.

1 Aber das ist auch oft zusammen mit dem Arzt. Und ich weiß schon, was ich fragen
2 soll, wie ich fragen soll, was ich vom Patienten erfahren soll, ja.

3 Gibt es vielleicht etwas, was Ihnen am Dolmetschen gefällt?

4 Na ja, die Freude vom Patienten, dass er jemanden aus dem eigenen Land sieht, mit
5 dem er dann reden kann. Und ja, auch, wenn man dann helfen kann.

**6 Gibt es etwas, das Ihnen überhaupt nicht gefällt oder was stört, wenn Sie dol-
7 metschen?**

8 Oder was stört, na ja. Ja, es ist auch wichtig, mit welchem Patienten ich zu tun habe.
9 Es gibt angenehme Patienten und unangenehme Patienten. Manche sind Zum
10 Beispiel die Schwarzarbeiter, die antworten nicht immer die Wahrheit, ja.

11 Ist es für Sie manchmal belastend, dolmetschen zu müssen?

12 Na ja, sicher, sicher, schon, es ist schon belastend. Und wenn ich zum Beispiel nicht
13 nur in die polnische Sprache übersetze sondern auch andere. Es ist schon belastend.
14 Weil diese Umstellung von der deutschen Sprache, es ist schon schwierig. Weil ich
15 muss dann erst polnisch übersetzen, dann von Polnisch Also für mich ja und
16 dann weiter auf Deutsch, ja.

**17 Und gibt es vom Krankenhaus selbst oder von der Station, von Ihren Vorgesetz-
18 ten irgendwelche Richtlinien oder Informationsmaterial dazu, wie Sie dolmet-
19 schen sollen oder was da Ihre Aufgaben, Ihre Pflichten sind, wenn Sie dolmet-
20 schen?**

21 Nein, gibt es nicht.

**22 Kommt es manchmal vor, dass Sie sich nach so einem Dolmetscheinsatz Gedan-
23 ken darüber machen?**

24 Na ja sicher, schon. Ja, ob man alles gesagt hat, was wichtig war, ob was ... ob man
25 was übersehen hat.

**26 Und haben Sie schon irgendwann einmal mit Ihren Kolleginnen über das Dol-
27 metschen gesprochen? Also gibt es vielleicht irgendeinen Erfahrungsaustausch
28 mit anderen Kolleginnen, die auch dolmetschen?**

1 Ja, eigentlich nicht. Eigentlich nicht, weil es kommt nicht dazu.

**2 Haben Sie manchmal das Bedürfnis, darüber zu sprechen, weil es Sie vielleicht
3 irgendwie beschäftigt?**

4 Nein.

**5 Haben Sie das Gefühl, dass man Ihre Leistung als Übersetzerin, als Dolmetsche-
6 rin auch anerkennt, dass ... ?**

7 (U) Na ja, die bedanken sich dann, ja. Und man sieht, dass sie zufrieden sind, ja.
8 Weil sie haben das Problem gelöst. Weil sonst, was sollen sie dann machen, wenn sie
9 niemanden haben, mit dem sie das besprechen können?

**10 Und wie würden Sie im Allgemeinen die Kommunikation mit Patienten, die kein
11 Deutsch verstehen in Ihrem Krankenhaus bewerten? Wie funktioniert das?**

12 Na ja, es geht nicht so einfach, aber ... es funktioniert. Wenn das nicht gleich mög-
13 lich ist, dann schaut man, dass entweder die Angehörigen kommen oder jemand vom
14 Personal dann wieder kommt und Sonst ist der Patient hilflos, weil er kann sich
15 nur so manuell äußern. Wir hatten zuletzt aus Ägypten eine Frau und leider haben
16 wir niemanden gehabt. Und die hat, also wenn die Angehörigen nicht da waren, da
17 war sie allein.

18 Also da konnte sie ... ?

19 (U) Sich mit uns nicht verständigen.

**20 Gut, was denken Sie könnte man vielleicht tun, um in Zukunft besser mit sol-
21 chen Patienten kommunizieren zu können? Fällt Ihnen da was ein?**

22 Ja, entweder die Leute sollen Deutsch lernen und wenn sie ein Land betreten, müssen
23 sie schon etwas wissen. Ja, oder eine Bereitschaft organisieren, dass man dann anru-
24 fen kann und da kommt schnell jemand und hilft uns. Aber der muss wirklich schnell
25 sein, weil ab und zu ist das wirklich knapp und man muss schon sofort reagieren, ja.
26 In manchen Fällen, also auf der Chirurgie ist das bestimmt noch schlimmer, weil die
27 Interne ist nicht so, dass das alles so schnell geht.

**28 Würde Sie prinzipiell eine Fortbildung zum Thema Dolmetschen, Übersetzen
29 interessieren?**

1 Ja, sicher (lacht). Natürlich.

**2 Und was würden Sie da gerne erfahren wollen, was würden Sie da gerne
3 lernen?**

4 Na, wie kann, wie soll man dann umgehen mit dem Patienten, bei welchem man
5 dann dolmetschen muss. Also wie soll man zu ihm kommen und sein Vertrauen ge-
6 winnen. Ob das reicht, dass man sich nur vorstellt und sagt: „Ich bin ... ja und ich
7 will ... “ Also etwas Psychologie und ja. Diese Seite wäre schon interessant.

**8 Gibt es vielleicht noch was, was Ihnen zu dem Thema einfällt, irgendeine Episo-
9 de, ein Erlebnis oder noch etwas, das Sie ansprechen möchten, was wir jetzt
10 noch nicht besprochen haben?**

11 Ja, eine Episode (lacht). Da habe ich auf der anderen Station übersetzt und da bin ich
12 drauf gekommen, dass der Patient mein Bekannter ist.

**13 Das heißt, Sie haben für einen Patienten aus Polen übersetzt und sind dann
14 drauf gekommen, das ist ein Bekannter?**

15 Ja. Da muss man aufpassen, das ist gefährlich (lacht).

16 Wieso ist das gefährlich?

17 Weil ich habe erst später erfahren, wer der Patient ist. Und da kann man manche Din-
18 ge erfahren, die unangenehm sind, für die Familie und für ihn. Obwohl ich Schwei-
19 gepflicht habe, da weiß er schon, dass ich Details, die unangenehmen Details aus sei-
20 nem Leben kenne.

21 Welche Details?

22 Na, Alkoholismus z.B. Und da, ich habe dann schon gewusst, was der wirkliche
23 Grund für seine Krankheit ist. Das ist für beide unangenehm.

**24 Okay, na dann danke ich herzlich für das Gespräch, vielen Dank für Ihre Zeit
25 und Ihre Hilfe.**

26 Bitte.

Interview Nr. 2

(Dauer ca. 19 Min.)

1 Wie oft, würden Sie sagen, dolmetschen Sie im Krankenhaus?

2 Sehr oft.

3 Öfter in der Woche? Öfter im Monat?

4 Öfter, öfter als ein Mal pro Woche, und das zwei Mal oder drei Mal pro Woche, si-
5 cher.

6 Und für welche Sprachen?

7 Serbisch, Kroatisch oder Bosnisch. Diese drei Sprachen.

8 Und in welchen Situationen werden Sie da als Dolmetscherin gebraucht?

9 Entweder wenn der Patient überhaupt kein Deutsch oder ein gebrochenes Deutsch
10 spricht oder man merkt, dass er nicht verstanden hat, dann bittet man mich auch.

11 Und ist es bei der Visite oder bei der Anamnese oder ... ?

12 Das ist zuerst bei meinen Tätigkeiten, das bedeutet wenn ich eine Anamnese schrei-
13 ben muss, ein Aufnahmegespräch, dann führe ich es sicher in meiner Muttersprache
14 mit dem Patienten. Aber bei der Visite, das ist öfter sozusagen, dass nachdem der
15 Arzt was sagt oder fragt, dass ich da übersetze.

**16 Können Sie sich erinnern, wie das beim ersten Mal war, also wie ist es dazu ge-
17 kommen, dass Sie im Krankenhaus dolmetschen?**

18 Das war total spontan, ganz spontan, dass der Arzt gefragt hat, ob der Patient ... oder
19 er hat irgendwie mitgekriegt, dass der Patient meine Muttersprache spricht und dann
20 war es spontan. Ohne irgendwelche Vorbereitung oder Vorwarnung, einfach spontan.

**21 Das heißt, wenn Sie als Dolmetscherin benötigt werden, dann kommt jemand
22 und fragt ganz einfach oder ...**

1 (U) Ja.

2 ... wird das von irgendwem koordiniert?

3 Wir haben keinen Koordinator im Spital. Aber auf der Station, wenn irgendwer da
4 ist, der wo gebraucht wird, momentan im Dienst, dann holt man diese Person spon-
5 tan.

6 Das heißt, sie haben sich dafür freiwillig gemeldet?

7 Ja, wir haben eigentlich ...Ich meine, freiwillig habe ich mich fürs Dolmetschen nicht
8 gemeldet. Aber wir haben einmal eine Liste bekommen, mit den Namen, wer im Spi-
9 tal welche Sprache spricht. Und ich nehme an, dass alle diese Personen jetzt einmal
10 so als inoffizielle, sage ich einmal, Dolmetscher kann man nicht sagen ... aber inoffi-
11 ziell als Personen, welche man sich holen kann, wenn irgendwo was gebraucht wird.

12 Dolmetschen Sie auf Ihrer eigenen Station oder auch anderswo?

13 Für meine eigene Station. Einmal wurde ich in den ersten Stock geholt und ein paar
14 Kolleginnen zum Beispiel woanders.

**15 Und dolmetschen Sie nur innerhalb Ihrer Dienstzeiten oder auch wenn Sie kei-
16 nen Dienst haben, werden Sie da extra geholt?**

17 Nein, das nicht.

**18 Was passiert prinzipiell, wenn ein Patient aufgenommen wird, bei dem man
19 feststellt, der kann sich nicht auf Deutsch verständigen? Können Sie mir da er-
20 zählen, wie gehen Sie da vor?**

21 Wenn dieser Patient auch nicht meine Muttersprache spricht, meinst du?

22 Ja, genau.

23 Wenn er auch nicht meine Muttersprache spricht, dokumentieren wir zuerst einmal,
24 dass dieses erste Aufnahmegespräch nicht möglich ist. Dann schauen wir einmal, ob
25 momentan irgendwer im Dienst ist, der uns da helfen kann. Wenn das auch nicht ...
26 dann sind die Hände und Füße im Spiel, sage ich jetzt einmal so, ja. Offiziell wurde
27 uns gesagt, dass wenn ein Patient oder Angehöriger – auch jederzeit, das bedeutet in

1 der Nacht, irgendwann – einen Dolmetscher verlangt, muss ihm einer zur Verfügung
2 gestellt werden.

3 Und wie machen Sie das dann?

4 Seit ich da bin – ich bin [...] Jahre da – habe ich noch nie einen Patienten erlebt, der
5 gesagt hat, er will offiziell einen Übersetzer. Wenn das momentan ist und die Situati-
6 on ist auch nicht jetzt lebensbedrohlich, sage ich jetzt einmal, dann warten wir auf
7 die Angehörigen. Weil die auch oft Übersetzer sind. Das bedeutet, irgendjemand aus
8 der Familie, welcher die Sprache spricht, übersetzt. Und dann schauen wir einmal,
9 dass wir diesen Leute auch sagen, dass sie immer bei der Visite dabei sind. Weil das
10 die wichtigsten Momente sind. Und wir als Schwestern versuchen dann sozusagen
11 wirklich mit den Füßen und Händen irgendwie das weiter

**12 Und außer den Krankenschwestern, kommt sonst noch jemand in Frage als
13 Dolmetscher im Krankenhaus, außer den Angehörigen?**

14 Oh ja, oh ja. Ärzte dolmetschen, weil wir viele ausländische Ärzte haben, welche
15 auch verschiedene Sprachen sprechen. Und dann kommen auch die Abteilungshelfe-
16 rinnen, sogar Bedienerinnen, wenn es notwendig ist und ja, eigentlich alle, alle, die
17 im Spital, sage ich jetzt einmal, arbeiten.

**18 Können Sie sich noch an einen Dolmetscheinsatz erinnern, der Ihnen in Erinne-
19 rung geblieben ist aus irgendeinem Grund? Könnten Sie da was dazu erzählen?**

20 Kann ich nicht, kann ich jetzt nicht auf irgendwas, was ganz ganz was besonders

21 Also was vielleicht besonders positiv war oder besonders negativ vielleicht?

22 Ich meine, die sind meistens wirklich dankbar, das muss man schon sagen. Das merkt
23 man beim Patienten. Und dieses Sicherheitsgefühl und diese ... wenn die wissen. Die
24 warten eigentlich auf jemanden, der ihre Sprache spricht, um zu fragen. Auch wenn
25 sie sich bei der Visite nicht trauen, dann nachher, was war und wie war es und so.

**26 Wie läuft das normalerweise ab, so ein Gespräch? Angenommen, es ist ein Arzt
27 dabei und Sie dolmetschen für den Arzt und den Patienten, wie verläuft das
28 normalerweise?**

29 Meistens fragt der Arzt auf Deutsch, ich übersetze, dann warte ich auf eine Antwort.
30 Dann sage ich das wieder auf Deutsch, was der Patient gesagt hat und so, erkläre ihm
31 die Untersuchungen. Kommt darauf an, um was es geht.

1 Und gibt es vielleicht irgendeine Vorbereitung auf diesen Einsatz?

2 Nein, nein auch das nicht.

**3 Und eine Nachbesprechung mit dem Arzt, falls noch irgendwas unklar ist, gibt
4 es das?**

5 Das schon, das schon.

**6 Wird der Patient dabei gefragt, ob er einverstanden ist, dass Sie jetzt dolmet-
7 schen oder wird das einfach ... ?**

8 (U) Nein, ich muss sagen, dass Patienten das selten ... nie, fast nie eigentlich. Und
9 ich finde, die sind einfach so zufrieden, die Leute, welche keine Sprache können,
10 dass jemand da ist.

11 Und wie verhalten sich Ärzte Ihnen gegenüber, wenn Sie für sie dolmetschen?

12 Dankbar.

13 Nehmen sie auf Sie Rücksicht?

14 Dankbar ... und Rücksicht und volles Vertrauen eigentlich.

**15 Haben Sie manchmal das Gefühl, dass die Ärzte mehr von Ihnen verlangen, als
16 dass Sie bloß dolmetschen?**

17 Ich kann nicht sagen, sie verlangen mehr sondern ... Ich muss das sozusagen auch
18 für nicht deutschsprachige Leute oft einfacher, sage ich einmal, wenn es zu kompli-
19 ziert ist, einfacher sagen, damit sie verstehen. Und wenn jemand, er muss auch nicht
20 überhaupt kein Deutsch sprechen, also auch ein bisschen was, kann das für ihn – also
21 diese medizinischen Ausdrücke – sehr kompliziert sein.

22 Und was machen Sie dann, wenn es zu kompliziert ist?

23 Dann, das merken wir, auch der Arzt und ich, dass der Patient nicht verstanden hat
24 oder er stellt irgendwelche Fragen. Das merkt man, aha da, das ist jetzt einfach nicht
25 durchgekommen und dann übersetze ich das wieder.

**1 Wenn Sie ein Arzt-Patient-Gespräch dolmetschen, greifen Sie manchmal auch
2 ins Gespräch ein?**

3 Ja, ja, das schon, das schon, auch, ja. Das tue ich, aber das ist meine Persönlichkeit,
4 dass ich mich einfach einmische, wenn ich merke, ja, da ist jetzt absolute Unver-
5 ständlichkeit. Da mische ich mich schon ein.

6 Und dann?

7 Ich meine, ich mische mich ein, ich übersetze dann.

8 Sie versuchen das aufzuklären?

9 Aufzuklären und zu übersetzen.

**10 Und wie würden Sie jetzt generell Ihre Aufgabe als Dolmetscherin beschreiben,
11 was ist Ihre Aufgabe?**

12 Ja, meine Aufgabe wäre, genau das, was der Arzt sagt, zu übersetzen und genau um-
13 gekehrt, genau zuzuhören, was der Patient dazu sagt und genauso weiterzuleiten.
14 Übersetzen und weiterleiten.

15 Und worauf konzentrieren Sie sich ganz besonders beim Dolmetschen?

16 Na, ich konzentriere mich auf den Inhalt zuerst einmal, wirklich auf den Inhalt, dass
17 das rüber kommt. Und wenn ich merke, dass das zu kompliziert ist, da versuche ich
18 das auch vielleicht ein bisschen einfacher Mir ist das Verständnis wichtig. Dass
19 verstanden wird.

**20 Sagen Ihnen die Ärzte im Vorhinein, was Sie von Ihnen erwarten oder wissen
21 Sie, was die Ärzte von Ihnen erwarten?**

22 Über so viele Jahre weiß ich schon. Ich weiß schon, welche Fragen kommen, was
23 wichtig ist. Das schon, das schon, das besprechen wir auch vorher und nachher und
24 ... das schon.

**25 Haben Sie manchmal bei den Patienten das Gefühl, dass Sie vielleicht etwas
26 mehr von Ihnen verlangen, als bloßes Übersetzen?**

1 In dem Moment nein, in dem Moment wirklich nein, bei der Visite zum Beispiel,
2 nein.

**3 Also dass Patienten zum Beispiel Solidarität von Ihnen verlangen, weil Sie aus
4 demselben Herkunftsland sind?**

5 Nein, nein, das kann ich nicht sagen.

**6 War es Ihnen vielleicht schon einmal unangenehm, für jemanden zu dolmet-
7 schen?**

8 Bis jetzt nicht, eigentlich nein. Keine unangenehme Situation, keine glaube ich, nein.

9 Bedeutet für Sie dolmetschen eine zusätzliche Verantwortung?

10 Schon, schon finde ich, das sehr, sehr.

11 Was genau macht diese zusätzliche Verantwortung aus?

12 Das genau so rüber zu bringen. Diese Wichtigkeit auch, sage ich jetzt einmal, in der
13 Muttersprache. Ja, betonen dort, wo es zu betonen ist oder nicht sagen, das was man
14 nicht sagen sollte. Oder einfach, ja kommt drauf an, um was es geht. Genauso, wenn
15 die Ärzte nicht alles auf einmal sagen wollen, sondern da wirklich richtig ordentlich
16 zu übersetzen. Nicht zu interpretieren, sondern versuchen zu übersetzen, ja.

17 Und wie ist es, versuchen Sie wörtlich zu übersetzen oder sinngemäß?

18 Ich versuche wörtlich zu übersetzen, das ist mein Erstes Und wenn es nicht geht
19 – weil oft geht es einfach nicht, ja für ein Wort auf Deutsch gibt es drei Wörter in
20 meiner Muttersprache – dann einfach ja, versuche ich es sinngemäß, sagen wir mal.

21 Und müssen sie manchmal auch Kulturelles erklären?

22 Ja, das schon, das schon.

**23 Kommt es vor, dass Sie manchmal auch was zusammenfassen müssen, weil je-
24 mand ...**

25 (U) Ja, das auch.

**1 Und welche Vorteile glauben Sie gibt es, wenn Krankenschwestern dol-
2 metschen?**

3 Ich glaube schon, dass es Vorteile gibt. Ich kann nicht sagen, dass das jetzt, ich ein ...
4 Zuerst ist ein Fach da. Dann ist eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Schwester
5 vorhanden, denke ich jetzt einmal, von der Persönlichkeit her, wo wir wissen, was
6 diesem Arzt in dem Moment wichtig ist, dass er erfährt, genau erfährt. Und ja und
7 Fach, auf jeden Fall Fach.

**8 Gibt es vielleicht etwas, das dagegen spricht, dass Krankenschwestern im Kran-
9 kenhaus dolmetschen?**

10 Ich glaube nicht. Ich finde, dass dolmetschen sage ich jetzt einmal Sicher gibt es
11 Ausnahmesituationen, wo ich nicht dolmetschen möchte, ja das gibt es sicher, die Si-
12 tuationen Gott sei Dank, waren wir nicht in solchen Situationen. Aber ich kann
13 mir sehr gut vorstellen, dass es die, sage ich jetzt einmal, unangenehmen Angehöri-
14 gen gibt, unangenehme Patienten. Weil das immer über Dritte geht, das ist sozusagen
15 nie eins zu eins und die können interpretieren.

16 Was kann schwierig sein oder erschwerend, wenn Sie dolmetschen?

17 Zeitdruck, Inhalt, das kann sehr sehr oft kompliziert sein, bis man Man braucht
18 einfach Zeit, weil das oft Begriffe sind, welche ja für die Leute, die nicht aus der
19 Branche sind, nicht einfach sind. Und es geht um Gesundheit und die wollen sehr
20 viel wissen und haben immer sehr viele Fragen. Auch zurück, nicht nur das, was ich,
21 was der Arzt sagt, sondern sonst was diese ... was vom Patient kommt, dass ... da ist
22 Zeit auch

**23 Ist es gut vereinbar, das Dolmetschen mit Ihrer normalen Tätigkeit? Haben Ihre
24 Kolleginnen Verständnis dafür, wenn Sie mal weg müssen?**

25 Ja, ja.

**26 Gibt es irgendwas, das Sie besonders belastet, wenn Sie dolmetschen müssen
27 oder?**

28 Nein, mich belastet das nicht.

**29 Wie ist das jetzt vom Krankenhaus her, gibt es irgendwelche Richtlinien, wie Sie
30 dolmetschen sollen?**

1 Die haben jetzt sogar Zuerst waren wir, fast jeder von uns, auf einer Liste mit der
2 Muttersprache, welche man spricht. Und dann haben sie wirklich so eine Liste er-
3 stellt, sage ich jetzt einmal, ich glaube mindestens ein paar Leute von jeder Station,
4 welche jetzt einmal offiziell ja, als Dolmetscher Und nicht jetzt alle, welche Ser-
5 bokroatisch sprechen, dass die alle jetzt dort stehen als ... sondern wirklich zwei für
6 jede Sprache, sage ich jetzt einmal. Und so eine Liste ist vorhanden. Nur, man muss
7 an die Situation denken, im Spital. In dem Moment liegt da ein Patient, welcher Tür-
8 kisch spricht und in dem Moment ist nur die im Dienst, welche Und das nutzen
9 wir einfach, ja.

**10 Und hat man Ihnen auch gesagt, was genau Ihre Rechte, ihre Pflichten sind, ih-
11 re Aufgaben, wenn Sie dolmetschen?**

12 Nein, das nicht.

**13 Kommt es manchmal vor, dass Sie sich nach dem Dolmetschen vielleicht Gedan-
14 ken darüber machen, weil Sie sich denken, womöglich hätte ich es anders ma-
15 chen können, oder?**

16 Nein.

**17 Haben Sie das Bedürfnis oder die Möglichkeit gehabt, mit jemand anderem
18 über das Dolmetschen zu sprechen, mit jemandem vom Krankenhaus? Also gibt
19 es vielleicht einen Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen, die auch dolmetschen?**

20 Nein, auch das nicht jetzt als Thema. Außer, dass es wirklich gut wäre, dass da auch
21 alle Sprachen vorhanden sind, dass das jemand wirklich sozusagen ... dass es die
22 Möglichkeit gibt, sich jederzeit jemanden zu holen, finde ich.

**23 Sie haben gesagt, man bedankt sich immer, wenn Sie dolmetschen, wird das
24 auch anerkannt von Ihren Kolleginnen, bekommen Sie manchmal Lob dafür?**

25 Ja, ja.

**26 Was, denken Sie, könnte getan werden, um die Kommunikation mit den nicht
27 Deutsch sprechenden Patienten zu verbessern?**

28 Zu verbessern. Zu verbessern wäre nur möglich ... Ich meine, das ist sehr schwer.
29 Zuerst weiß ich nicht, ob es für dich relevant ist, aber wir arbeiten im [...] Bezirk.
30 Wenn ich dir jetzt sage, dass 50 Prozent, wenn nicht mehr, Leute sind, welche nicht
31 Deutsch als Muttersprache haben, das ist schon sehr sehr viel. Zu verbessern wäre

1 einfach, diese Familie – wenn es die gibt – voll zu involvieren, dass wir versuchen,
2 dass immer jemand von der Familie auch während dieser ... Es muss nicht die Fami-
3 lie übersetzen. Und ich finde, es ist oft besser, dass wir übersetzen, das ist keine Fra-
4 ge. Aber dass jemand von der Familie, dass noch jemand dort ist, dabei ist.

**5 Würde Sie eine Fortbildung zum Thema Dolmetschen oder Übersetzen interes-
6 sieren?**

7 Ja, ja, sehr.

8 Was würden Sie da erfahren wollen?

9 Ja, so da wollte ich zuerst eine rechtliche Situation, wie das gesetzlich ist. Und weil
10 ja, ich, Gott sei Dank, sage ich jetzt einmal, nach so vielen Jahren, waren wir nie in
11 Situationen, wo das für uns irgendwie gesetzlich, dass irgendwas, ja ein Problem war.
12 Aber es konnte sein und dann, dann steht man wirklich ganz alleine da, sozusagen.

**13 Gibt es vielleicht noch irgendwas, das Ihnen jetzt zum Thema Dolmetschen im
14 Krankenhaus einfällt, das wir jetzt nicht angesprochen haben, das Sie vielleicht
15 noch ansprechen möchten?**

16 Ja, zum Beispiel ein Türkisch-Kurs.

17 Für?

18 Für das Personal, Ärzte, meine ich jetzt mal allgemein. Das wäre wirklich nicht
19 schlecht, wenn man im [...] Bezirk arbeitet, dass man nicht jetzt Japanisch lernt, wie
20 die alle, und Spanisch, sondern, dass man sagt, okay gut, da schaue ich mir meine
21 Patienten an und so. Und vielleicht, sage ich jetzt einmal, muss man nicht fließend
22 sprechen, aber zu einem einmal auch „Guten Tag“ zu sagen ist schon ein Gewinn,
23 weil die Leute sonst auch nur die Muttersprache verstehen.

24 Gut, dann bedanke ich mich für das Gespräch, vielen Dank.

25 Bitte.

Interview Nr. 3

(Dauer ca. 21 Min.)

1 Wie oft würden Sie sagen, dass Sie dolmetschen im Krankenhaus?

2 Also sehr oft, sehr oft und wenn man es so sagen soll, es ist fast täglich.

3 Fast täglich okay. Und das ist dann für Bosnisch?

4 Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, weil jetzt ist das quasi getrennt. Und ich habe Glück
5 gehabt, dass ich serbokroatisch aufgewachsen bin und dass man das wirklich schrift-
6 lich und grammatisch ganz richtig gesprochen und gelernt hat.

7 Und in welchen Situationen werden Sie dann als Dolmetscherin gebraucht?

8 Meistens geht es um die Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Die sind hier alt
9 geworden und haben nie wirklich Deutsch gelernt. Und das ist auch sehr notwendig,
10 dass man mit ihnen spricht und überhaupt.

11 Auch wenn sie ein bisschen Deutsch sprechen?

12 Ja, auch wenn sie ein bisschen Deutsch sprechen, die vertrauen besser, wenn man es
13 denen noch einmal übersetzt.

14 Und welche Situationen sind das dann meistens, ist da ein Arzt dabei?

15 Es muss immer ein Arzt dabei sein. Und es geht meistens um die Visiten, um Krank-
16 heiten, ja.

17 Wie ist es dazu gekommen, dass Sie im Krankenhaus dolmetschen?

18 Ganz spontan und selbstverständlich.

19 Das heißt, jemand hat Sie einfach gebeten zu dolmetschen?

20 Es wird täglich gebeten, eben weil die meisten von denen sehr schlecht sprechen.

1 Und wird das von irgendwem koordiniert?

2 Nein, überhaupt nicht. Und auch nicht bezahlt.

3 Das heißt, Sie haben sich freiwillig gemeldet?

4 Ja.

5 Dolmetschen Sie sonst auch auf anderen Stationen oder nur bei Ihnen?

6 Eigentlich nur hier, ab und zu in der Ambulanz. Aber sehr selten.

7 Sie dolmetschen nur zu Ihrer Dienstzeit?

8 Ja, natürlich.

9 Was passiert normalerweise, wenn ein Patient aufgenommen wird und man stellt fest, dass er kein oder zu wenig Deutsch spricht?

11 Na ja, wir im Krankenhaus sind auch, wie soll ich sagen, anders, ja. Wir versuchen –
12 es ist egal, was für eine Sprache der Patient spricht – wir bemühen uns immer, ihm
13 das verständlich zu machen. Das, was zu tun ist und um was es geht. Hände, Füße
14 und Sonstiges. Also es ist auch so, dass wir wirklich viele verschiedene Patienten aus
15 verschiedenen Ländern haben und so. Das ist Und Glück haben wir auch, dass
16 hier Multikulti ist. Und das Personal, wir schauen eigentlich zuerst, dass man sich
17 menschlich benehmen soll und dann eigentlich auf die Sprache. Und das ist bei unse-
18 rer Klientel, bei unseren Kunden, bei unseren Patienten das Allerwichtigste. Dann
19 funktioniert das.

**20 Und können Sie sich vielleicht an irgendeinen Dolmetscheinsatz erinnern, weil
21 er irgendwie ...**

22 (U) Ja.

23 ... besonders war? Könnten Sie das kurz schildern?

24 Ja, ich kann mich gut erinnern. Als der Krieg im ehemaligen Jugoslawien angefangen
25 hat, da sind viele verschiedene Menschen gekommen, alte, junge Und natürlich
26 mit psychischer Belastung und dann erst mit den Erkrankungen, weil Da war ei-
27 ne ältere Patientin, zwischen 70 und 80 und die Der Chefarzt fragt mich, ob ich
28 übersetzen kann. Ich sage ja. „Fragen Sie sie, was sie für Beschwerden hat“. Ich sa-

1 ge: „Und was haben Sie für Beschwerden?“ Und sie fängt an: „Wissen Sie, ich lebe
2 mit der Familie, mit vielen Schwiegertöchtern“ (lacht). Sie hat angefangen, mir ...
3 Ihre eigentlichen Beschwerden, das war ihre gesamte Situation und nicht jetzt ihre
4 Krankheit und ihre Schmerzen oder was immer das war, für sie war. Und ich habe ei-
5 gentlich, es war für mich unangenehm. Es war irgendwie Sie hat mir Leid getan,
6 weil sie wollte sich das einfach von der Seele geben, ja, wie es ihr wirklich geht. Und
7 der Chef fragt: „Und was sagt sie?“ Ich sage: „Na ja, ich weiß nicht, ob Sie das inter-
8 essiert, aber sie hat mir gesagt (lacht), dass sie viele Schwiegertöchter hat und mit
9 denen versteht sie sich nicht so gut“ (lacht). Und das war für mich Ich habe mir
10 gesagt, na ja, es ist wichtig, dass man spricht, sonst Alles andere ist, das kommt
11 eigentlich. Ja aber das von sich zu sagen und geben war für sie alle irgendwie das
12 Wichtigste Ich war fremd, ich war im Spital, ich war von Vertrauen, also mir
13 konnte sie das alles erzählen.

**14 Und wie haben Sie da dann reagiert, damit Sie das rüber bringen können für
15 den Arzt? Hat der Arzt Verständnis gezeigt?**

16 Der Arzt hat Verständnis gezeigt. Dann haben wir sie in Ruhe gelassen und am Nach-
17 mittag bin ich zu ihr gegangen, habe mit ihr ganz einfach und spontan in unserer
18 Sprache gesprochen und bin dann drauf gekommen, was für Beschwerden sie hat.
19 Wie hoch der Blutdruck war und diese Sachen. Ich habe mir Zeit genommen und das
20 war dann für sie eigentlich beruhigend. Und für uns auch, natürlich. Dann haben wir
21 auch gewusst, wie sie sich fühlt, wenn der Blutdruck hoch ist und was das wirklich
22 für Beschwerden sind.

**23 Das heißt, das haben Sie erst im Nachhinein festgestellt und nicht, als der Arzt
24 dabei war?**

25 Ja, ja.

**26 Wie verläuft normalerweise das Gespräch, wenn Sie dolmetschen müssen, wenn
27 ein Arzt dabei ist?**

28 Ja, es verläuft meistens angenehm, muss man schon sagen, und verständnisvoll von
29 beiden Seiten. Es werden die Fragen gestellt und übersetzt. Und es wird erklärt, wo
30 die Untersuchungen stattfinden, wie die Untersuchungen ausschauen und Ange-
31 nehme eigentlich und auch ganz korrekt.

32 Wie genau dolmetschen Sie, also machen Sie das wörtlich oder sinngemäß?

33 Sinngemäß eigentlich. Wörtlich ... das ist, ich kann es, ja, aber es ist nicht so, dass
34 man das für unsere Klientel Verständlich machen muss ich, den Sinn. Und dem

1 Patienten ganz ... noch breiter erzählen, was das wirklich heißt, Computertomogra-
2 phie oder Ultraschall, Oberbauch. Das muss ich viel breiter erklären in unserer Spra-
3 che.

**4 Und haben Sie auch die Möglichkeit, sich vorzubereiten, wenn es darum geht,
5 zu dolmetschen?**

6 Nein, eigentlich nicht, es geht spontan.

**7 Wie verhalten sich normalerweise Ärzte Ihnen gegenüber, wenn Sie dolmet-
8 schen?**

9 Sind dankbar, sind wirklich sehr dankbar, ja. Wir haben ein gutes Verhältnis.

10 Haben sie Geduld?

11 Ja, sie haben Geduld.

12 Und wie reagieren die Patienten darauf, wenn Sie als Dolmetscherin da sind?

13 Sie sind auch sehr dankbar, sind ruhiger. Sie stellen noch mehr Fragen als sie sich ei-
14 gentlich trauen. Und natürlich motiviere ich auch die Patienten, alles, was sie nicht
15 verstanden haben, was sie nicht wissen, dass sie fragen und ich kann es übersetzen.

**16 Wie würden Sie ganz generell Ihre Aufgabe beschreiben, wenn Sie dolmetschen
17 müssen? Was ist da Ihre Aufgabe?**

18 Na ja, meine Aufgabe ist, vor allem ist das dem Patienten zugute, muss ich schon sa-
19 gen. Und erleichtern, motivieren beim Krankenhausaufenthalt, beruhigen. Also vie-
20 les.

**21 Ist Ihnen immer klar, was von Ihnen erwartet wird seitens der Ärzte und seitens
22 der Patienten?**

23 Ja, ja.

24 Und was wird von Ihnen erwartet?

25 Ja, von mir wird erwartet: Menschlichkeit, Übersetzen, Krankenschwester, (lacht)
26 vieles, also. Und es ist mir auch klar und ich mache das auch sehr gerne. Also auch

1 fördernd eigentlich, dass man dem Patienten sagt, was er essen darf, was nicht. Auch
2 gesundheitlich fördernd, ja. Das wird auch, das ist auch eine Aufgabe. Es ist auch so
3 meine Aufgabe und auch aufklären, erzählen, sprechen, sagen, wissen, was die
4 Es ist natürlich auch die Küche anders, Balkanküche und österreichische Küche. Da
5 habe ich natürlich mehr Erfahrung, wie das aussieht, was die kochen und Also
6 der Aufgabenbereich ist riesig. Ja, das stimmt und es ist mir klar und das mache ich
7 eigentlich gern.

**8 Wenn Sie dann übersetzen und es ist der Arzt dabei, verlangt er dann auch von
9 Ihnen, dass Sie mehr tun als nur übersetzen, dass Sie was erklären?**

10 Wie soll ich sagen, der Arzt ist auch nur, der ist nur für den Patienten da. Er verlangt
11 nicht mehr von mir als ich erstens anbieten kann und zweitens, was eigentlich in mei-
12 nem Aufgabenbereich ist. Es wird nicht mehr verlangt.

**13 Und verlangen die Patienten von Ihnen manchmal Solidarität, da Sie ja aus dem
14 selben Herkunftsland sind?**

15 Ja, sehr oft eigentlich verlangen sie Gespräche, suchen mich auf. Und es ist eigent-
16 lich auch manchmal belastend. Ja, muss man schon sagen, weil die gehen mir nach:
17 „Schwester, was ist das, Schwester können Sie mir das erklären und Schwester“ und
18 es gibt kein (Ende?).

**19 Während des Gesprächs mit dem Arzt, also während Sie übersetzen, ist es da
20 auch manchmal schwieriger?**

21 Das akzeptieren alle, dass das kurze Gespräche sind. Und die dienen eigentlich nur
22 der Aufklärung und dem Übersetzen, also das ist dieses kurze Gespräch, was vom
23 Arzt verlangt wird, dass ich übersetze. Und was ich über die Untersuchung oder
24 sonstwas übersetze, das ist eigentlich immer kurz und angenehm.

**25 Bedeutet das für Sie, wenn Sie dolmetschen, dass es eine zusätzliche Verantwor-
26 tung ist?**

27 Schon, es ist eine große Verantwortung. Es ist eine große Verantwortung und es ist
28 auch, es ist mir eigentlich klar. Weil es auch schwierige Phasen und schwere Erkrän-
29 kungen gibt, wo man sich Gedanken macht, wenn ich übersetze: Versteht er, wird er
30 mich verstehen? Er versteht natürlich die Sprache. Aber ob er auch kognitiv packt,
31 um was es geht, das ist eine große Verantwortung.

**1 Haben Sie manchmal das Gefühl, dass der Patient etwas nicht verstanden hat
2 und was tun sie dann in so einem Fall?**

3 In diesen Fällen werden wir dann auch die Angehörigen informieren. Und dann geht
4 das wieder anders, wenn man die Angehörigen involviert in die schwierigen Wo
5 das eine schwierige Erkrankung ist, ein schwieriger Patient, dann involvieren wir die
6 Angehörigen und dann gibt es wieder einen anderen Weg, einen leichteren Weg.

7 Was gibt es für Vorteile, wenn Krankenschwestern dolmetschen?

8 Es gibt viele Vorteile. Sie ist Schwester des Vertrauens, sie ist beruflich da, also sie
9 weiß alles über den Patienten und ... Schweigepflicht hat sie auch. Und das sind die
10 Vorteile.

11 Und gibt es vielleicht auch Nachteile?

12 Ja, es gibt Nachteile. Man ist da als Dolmetscher gar nicht versichert in dieser Sache.
13 Und natürlich kann der Patient auch sagen, die Schwester hat mir das nicht übersetzt.
14 Es gibt ... ich habe noch keine Erfahrung gemacht. In all diesen [...] Jahren habe ich
15 keine solche Erfahrung gemacht. Nur es ist sehr delikat, muss man schon sagen.

16 Gibt es etwas, das Ihnen ganz besonders gefällt am Dolmetschen oder weniger?

17 Wie soll ich sagen. Es macht mir Freude, jemandem etwas erklären zu können. Und
18 dass ich die Sprache beherrsche ist nur von Vorteil. Nachteile sehe ich keine.

**19 Und gibt es etwas, das besonders schwierig oder belastend ist beim Dolmet-
20 schen?**

21 Ja, eben diese schweren Erkrankungen.

22 Also in diesen Situationen dolmetschen zu müssen?

23 Ja.

24 Was ist da ganz genau schwierig?

25 Es ist sehr schwierig, jemandem zu sagen, dass er eine unheilbare Krankheit hat. Es
26 ist sehr belastend, weil da brauchen wir eben Psychologen, die Angehörigen und eine
27 ganz interdisziplinäre Gruppe von Leuten.

1 Und da dolmetschen Sie auch für Psychologinnen zum Beispiel?

2 Ja, mache ich auch.

**3 Vom Krankenhaus her, gibt es da irgendwelche Vorgaben oder Richtlinien da-
4 für, wie Sie zu übersetzen haben?**

5 Ja, wir haben die Liste, wer welche Sprache spricht. Und das ist eigentlich bekannt
6 im Haus, diese Richtlinien. Und wir wissen nach dieser Liste, wo sich welche
7 Schwester befindet, die eine bestimmte Sprache spricht, auf welcher Station.

**8 Und hat das Krankenhaus, also die Leitung oder Ihre Vorgesetzten Ihnen ir-
9 gendwann einmal erklärt, welche Rechte und Pflichten Sie haben, wenn Sie dol-
10 metschen?**

11 Nein, eigentlich nicht.

**12 Machen Sie sich manchmal nach einem Dolmetscheinsatz darüber Gedanken,
13 was vielleicht anders hätte gemacht werden können?**

14 Nein, eigentlich nicht.

**15 Haben Sie die Möglichkeit mit anderen darüber zu sprechen, über das Überset-
16 zen, mit Kolleginnen vielleicht?**

17 Ja ... ja.

**18 Wird Ihre Leistung auch von den anderen anerkannt, von den Kolleginnen, den
19 Ärzten?**

20 Ja, ja.

**21 Und wie könnte man die Kommunikation mit den Patienten verbessern, damit
22 sie besser verstehen? Was könnte man anders, vielleicht besser machen in Zu-
23 kunft?**

24 (lacht) Zukunft ist, dass die Kinder gut in der Schule sind (lacht). Dass sie gut lernen,
25 dass sie Förderung, alle Förderungen bekommen, was jetzt notwendig ist. Und bei
26 der älteren Generation wird man hier eigentlich ... ich sehe hier nichts zum Verbes-
27 sern.

**1 Würde Sie eine Fortbildung interessieren zum Thema Übersetzen und Dolmet-
2 schen vielleicht?**

3 Nein.

**4 Gibt es vielleicht noch etwas, das ich jetzt nicht angesprochen habe zu dem The-
5 ma, was Ihnen noch dazu einfällt?**

6 Nein, eigentlich nicht.

7 Gut, dann bedanke ich mich für das Gespräch.

8 Danke dir auch.

Interview Nr. 4

(Dauer ca. 32 Min.)

1 Wie oft dolmetschen Sie im Krankenhaus?

2 Na, vielleicht ... bis jetzt vier Mal.

3 Also bis jetzt vier Mal insgesamt?

4 Vier Mal insgesamt, ja.

5 War das für Polnisch oder auch Russisch?

6 Das war für Polnisch, manchmal auch für Russisch, ja. Und Slowakisch.

7 Und was waren das für Situationen? War das bei der Visite?

8 Na, das war auch bei der Visite oder bei einer neuen Aufnahme. Ja und sonst nicht.

**9 Wie ist es dazu gekommen beim ersten Mal, dass man Sie zum Dolmetschen ge-
10 rufen hat?**

11 Problemlos.

12 Hat da irgendwer angerufen oder hat man gewusst ... ?

13 Also, du meinst, na okay. Ja angerufen und gefragt, ob jemand Polnisch sprechen
14 kann oder Slowakisch versteht, ja oder Russisch. Oder ich bin einfach ins Zimmer
15 gegangen, habe zufällig gehört, dass die Probleme haben und ich habe einfach gleich
16 entdeckt, der kommt aus Polen oder aus der Slowakei und dann habe ich natürlich
17 gleich

18 Und da haben Sie gesagt, ich kann da helfen?

19 Ja.

20 Und war das nur auf dieser Station oder auch woanders?

1 Unten auf [...] habe ich auch übersetzt, ja. Sonst nur hier.

2 Das war immer nur während der Dienstzeit?

3 Ja, genau.

**4 Was passiert normalerweise – das kennen Sie vielleicht von anderen Patienten
5 mit einer anderen Sprache – wenn ein Patient ankommt und man stellt fest, er
6 versteht kein Deutsch oder nur wenig, was macht man da?**

7 Zuerst weiß man, dass Wenn der Patient von der Aufnahme kommt, dann weiß
8 man schon aus welchem Land, aber wenn Manchmal passiert es auch, dass es
9 überhaupt ein Unbekannter ist, weil er bewusstlos ist usw. Und dann weiß man das
10 nicht. Und wir warten bis er bei uns aufwacht und dann erkundigt man sich, aus wel-
11 chem Land er kommt, von wo er kommt. Ja und oft ... aus Polen (lacht).

**12 Wie funktioniert das dann, wie verständigt man sich in den ersten Momenten
13 mit dem Patienten, damit man herausfindet woher er kommt?**

14 Ich grüße immer auf Polnisch, ja (lacht).

15 Und das hilft (lacht)?

16 Und das hilft (lacht) und dann sofort „Oh, super!“

**17 Okay, passt, und können Sie sich an eine ganz besondere Situation erinnern, wo
18 Sie gedolmetscht haben? Was Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist?**

19 Na ja, als Erinnerungen Das denke ich oft, dass wenn man in einem Land ist und
20 wenn man z.B. sich überhaupt nicht ausdrücken kann, was tut mir weh und welche
21 Schmerzen man hat und welche Beschwerden und ja, wenn man einfach eine zweite
22 Person dazu braucht, dann finde ich das total schwierig für die Patienten, die betref-
23 fende Person. Nicht für uns, sondern die betreffende Person, weil ich kann, ich oder
24 jemand anders kann nicht 24 Stunden nonstop bei den Patienten sein, ja.

25 Das heißt, wenn sie selbst dann was brauchen ...

26 Genau, das ist ganz schwierig, finde ich, das ist schwierig, ja.

**1 Ja und wenn Sie z.B. nicht da sind, die Dolmetschen kann, kommen noch andere
2 Personen in Frage als Dolmetscher?**

3 Na ja, die Ärzte suchen schon in unserem Gebäude oder auf anderen Abteilungen die
4 Personen, welche das übersetzen können. Also es kann auch passieren, dass jemand
5 anderer zu uns kommt von einer anderen Abteilung oder wir kommen auf eine andere
6 Abteilung als Dolmetscher.

**7 Und ist Ihnen schon einmal passiert, dass einfach niemand da war, der eine
8 Sprache gesprochen hat?**

9 Ja, auch.

10 Und was macht man da?

11 Wir haben Hände, ja (lacht), wir haben Hände und man zeigt einfach, der Patient
12 zeigt, wir zeigen und dann muss er uns zeigen, wo es weh tut, aber das ist nicht wirk-
13 lich relevant.

**14 Normalerweise, wenn Sie zum Dolmetschen gerufen werden, wie läuft das ab,
15 können Sie das kurz beschreiben?**

16 Das ist immer so, wie bei der Visite, ja. Die Ärzte fragen, welche Beschwerden der
17 Patient hat, wo genau er Schmerzen hat, was für Beschwerden es sind, ja.

**18 Und ist es dann so, dass Ihnen der Arzt vor dem Gespräch erklärt, wie Sie zu
19 Dolmetschen haben oder sagt er einfach ...?**

20 Nein, er fragt mich und ich frage die Patienten.

21 Und wie reagieren die Patienten darauf, wenn Sie dabei sind als Dolmetscherin?

22 Ganz normal, weil ... oft sieht man z.B. Patienten von anderen Ländern, die bei uns
23 sind und man braucht da einfach oft einen Dolmetscher auf der Station, besonders
24 auf Jugoslawisch oder andere auch, Türkisch braucht man oft oder ja.

25 Also die sind dann besonders dankbar oder freuen sie sich normalerweise?

26 Na ja, schon dankbar, natürlich dankbar, wenn die sich selber (lacht) nicht aus-
27 drücken können. Die sind schon dankbar.

1 Und die Ärzte, verlangen sie von Ihnen wenn Sie dolmetschen auch etwas anderes, als dass Sie nur dolmetschen?

3 Nein, die sind ganz normal.

4 Also es ist für Sie nicht irgendwie anders als bei einem normalen Gespräch?

5 Genau.

6 Wie würden Sie Ihre Aufgabe beschreiben, wenn es darum geht zu dolmetschen? Was ist Ihre Aufgabe?

8 Na meine Aufgabe, ja ich übersetze einfach das, was der Arzt über die Patienten zu wissen braucht, also und sonst gar nichts.

10 Wenn Sie den Eindruck haben, dass jemand etwas nicht verstanden hat, was tun Sie dann?

12 Wenn ich schon in meine Sprache, z.B. wenn ich Polnisch übersetze, dann verstehen sie schon. Oder wenn sie mich noch fragen, noch Fragen haben, dann frage ich natürlich noch den Arzt, ja.

15 Das heißt auch im Nachhinein?

16 Ja.

17 Und worauf konzentrieren Sie sich beim Dolmetschen, gibt es da was Bestimmtes?

19 Also ja, ich will, dass der Patient auch weiß, was auf ihn zukommt. Also wenn er schon da ist, dann sage ich ihm auch nachher, was wir mit ihm machen werden, also was soll er bei uns ... ich kann mich jetzt einfach nicht so ausdrücken.

22 Ja, das können Sie auch auf Polnisch sagen.

23 Tak, może?

24 *Ja, kann ich?*

25 Nie ma sprawy.

26 Kein Problem.

1 Dobrze. Oczekują pacjenci n. p. ode mnie, żebym im powiedziała w tym momencie,
2 co z nimi będzie robione tutaj u nas. I najczęściej jest to tak, że trzeba też pacjentom
3 wytłumaczyć, jakie będą te badania, po co są te badania. I trzeba ich też uspokoić
4 często, nie. I np. jak to są ludzie, którzy mówią powiedzmy tylko w języku polskim,
5 no to szukają już sióstr tylko Polek. I przychodzą zawsze do nas z pytaniami. Jeżeli
6 mają sami jakieś pytania do lekarzy, no to jest to wszystko przez nas robione. Nie, że
7 oni bezpośrednio idą do lekarza – bo nie mają szans, żeby się czegoś dowiedzieć –
8 jest to robione zwykle przez nas. I my im w tym pomagamy.

9 *Gut. Die Patienten erwarten z.B. von mir, dass ich ihnen in dem Moment sage, was*
10 *mit ihnen hier bei uns gemacht wird. Und meistens ist es so, dass man den Patienten*
11 *auch erklären muss, welche Untersuchungen das sein werden, wozu diese Untersu-*
12 *chungen dienen. Und man muss sie auch oft beruhigen, nicht. Und wenn das bei-*
13 *spielsweise Leute sind, die, sagen wir, nur die polnische Sprache sprechen, na dann*
14 *suchen sie nur mehr die polnischen Schwestern. Und sie kommen mit den Fragen im-*
15 *mer zu uns. Wenn sie selbst irgendwelche Fragen an den Arzt haben, na dann wird*
16 *das alles von uns gemacht. Nicht, dass sie direkt zum Arzt gehen – weil sie keine*
17 *Chance haben, etwas zu erfahren – das wird üblicherweise von uns gemacht. Und*
18 *wir helfen ihnen dabei.*

19 **Ich fange jetzt wieder auf Deutsch an, aber Sie können auch auf Polnisch ant-**
20 **worten. Haben Sie vielleicht manchmal das Gefühl, dass der Patient in dem Mo-**
21 **ment, wo Sie dolmetschen, vielleicht etwas mehr von Ihnen erwartet?**

22 Nein.

23 **Also in dem Sinn: Solidarität, dass Sie ihm eine besondere Stütze sind?**

24 Eigentlich ja, schon. Und ich fühle mich auch so verantwortlich und ich möchte auch
25 von mir aus eine Stütze für den Patienten sein. Weil ich denke immer so, wenn mir so
26 was passiert und ich bin z.B. irgendwo in einem anderem Land, da werde ich mich
27 sehr freuen und sicher werde ich mich an die Person so hängen, ja, dass die mir hilft,
28 wenigstens bei der Sprache.

29 **War es Ihnen schon einmal unangenehm, für einen Patienten zu dolmetschen?**

30 Nein (lacht). (Flüstert hinter vorgehaltener Hand) Alkoholiker.

31 **Bedeutet das Dolmetschen für Sie eine zusätzliche Verantwortung?**

32 Nein, auch nicht.

1 Jetzt nur eine kurze Frage zu dem Dolmetschen selbst. Ist es, wenn Sie dolmet-
2 schen, ist es wörtlich oder Satz für Satz? Können Sie das kurz beschreiben?

3 Na, z.B. wenn der Arzt den Patienten direkt fragt, dann übersetze ich genau. Und ich
4 übersetze auch genau, was der Patient wie sagt.

5 Kommt es vor, dass die Patienten sehr lange reden oder nicht wirklich die Frage
6 vom Arzt richtig beantworten?

7 Nein, kommt drauf an, das ist nicht immer gleich. Manche möchten sofort alles er-
8 zählen und natürlich reden die länger, länger, länger und ich muss zuhören und der
9 Arzt steht daneben und weiß nicht, um was es geht, ja. Also dann muss ich unterbre-
10 chen und ich sage einfach, dass der Arzt die Frage stellt und ich immer wieder zu-
11 rück ... ich muss einfach ...

12 Das heißt sie greifen ein?

13 Ja, genau.

14 Okay und müssen Sie manchmal auch die medizinischen Fachausdrücke den
15 Patienten anders erklären, weil sie die nicht verstehen, so wie das der Arzt ge-
16 sagt hat?

17 Na, manchmal auch, ja.

18 Und vielleicht was anderes auch noch, kulturelle Unterschiede, die sich
19 ergeben?

20 Ja, oft (lacht).

21 Zum Beispiel?

22 Zum Beispiel, wenn wir polnische Alkoholiker aufnehmen, ja, das Oft muss man
23 schon so sagen, wie sie sich entsprechend benehmen sollen, also ja. Aber ich glaube,
24 die werden ... die sind einfach so. Wieder andere Geschichte.

25 Kommt es vor, dass Sie, bevor Sie eingesetzt werden als Dolmetscherin, da Zeit
26 haben, sich darauf vorzubereiten oder ist das ... ?

1 (U) Nein, absolut nicht, wenn mich jemand braucht, dann muss ich sofort dort hinge-
2 hen oder einfach ja ... die sagen: „[...]“, es ist nicht so dringend, in 20 Minuten oder in
3 einer halben Stunde, das wäre ganz lieb.“ Und so ist das.

**4 Aber in diesen 20 Minuten, haben Sie da Zeit, sich darüber Gedanken zu ma-
5 chen oder arbeiten Sie normal weiter?**

6 Na ja, ich arbeite nie alleine, ja. Man arbeitet in vielen, da sage ich das und die wis-
7 sen, wenn ich gebraucht bin, dann gehe ich natürlich, ja.

8 Und die Kolleginnen haben Verständnis dafür?

9 Ja, weil viele von uns Dolmetscherinnen sind. Also, viele sind es. Ja.

10 Was, glauben Sie, sind die Vorteile, wenn die Krankenschwestern dolmetschen?

11 Vorteile? Vorteile, sicher sind das Vorteile, wenn man die Sprache kann, nicht eine
12 sondern mehrere, ja.

**13 Und vielleicht noch was anderes? Medizinisches Fachwissen, ist das gut, wenn
14 man das kann beim Dolmetschen?**

15 Ja, natürlich, aber wie kann ich sagen ...

16 Ja myślę, że po prostu, to co wiemy my jako polskie pielęgniarki z Polski, to się od
17 razu przekłada na ten niemiecki. Tylko potrzebne nam są słowa, słowa po prostu.

18 *Ich denke, dass einfach das, was wir als polnische Krankenschwestern aus Polen
19 wissen, das wird unmittelbar ins Deutsche übersetzt. Wir brauchen nur die Wörter,
20 einfach die Wörter.*

21 A więc wiedza jest?

22 Also das Wissen ist da?

23 Wiedza jest, ona po prostu była i jest, tylko po prostu są nam potrzebne słowa.

24 *Das Wissen ist da, es war und ist ganz einfach da, wir brauchen nur die Wörter.*

25 I to czasami jest problematyczne, potem wysławić się po prostu, czy?

26 Und das ist manchmal problematisch, sich dann eben zu artikulieren, oder?

1 Ale nie, raczej nie. Bo ja zauważyłam, że u nas się dzieje w ten sposób, że człowiek
2 już tyle lat tutaj pracuje w tym medycznym bereichu, że po prostu już operujemy ty-
3 mi medycznymi wyrażeniami stąd. I np. jak rozmawiam z moimi koleżankami, które
4 w Polsce pracują, to ja im opowiadam, wyrażenia przytaczam z deutsch, no.

5 *Aber nein, eher nicht. Ich habe nämlich bemerkt, dass das bei uns auf die Weise pas-*
6 *siert, dass man schon so viele Jahre hier arbeitet in diesem medizinischen Bereich,*
7 *dass wir uns einfach schon dieser medizinischen Ausdrücke von hier bedienen. Und*
8 *wenn ich z.B. mit meinen Freundinnen rede, die in Polen arbeiten, dann erzähle ich*
9 *ihnen etwas und die Ausdrücke übernehme ich aus dem Deutschen, ja.*

10 **A więc to jest już tak ... ?**

11 *Also, das ist schon so ... ?*

12 (U) To już automatycznie tak wynika, no. Tak tutaj już przyswoiliśmy sobie pewne
13 wyrażenia. I to tak automatycznie już wynika.

14 *Das ergibt sich schon automatisch so, nicht. Wir haben uns hier gewisse Ausdrücke*
15 *schon so angeeignet. Und das ergibt sich automatisch so.*

16 **Gibt es auch Nachteile, wenn Krankenschwestern dolmetschen?**

17 Nein, na ja, Verantwortung, ja das schon. Verantwortung. Ich denke immer nach, ob
18 ich gut übersetzt habe. Das sage ich immer, wenn mich jemand wieder braucht, dann
19 bitte sagen, ich sage schon usw. Und ich fühle mich verantwortlich. Das, was der Pa-
20 tient gesagt hat und was ich dem Arzt gesagt habe, das ist mir nicht egal, weil ich
21 mich verantwortlich fühle.

22 **Und gibt es etwas, das schwierig sein kann beim Dolmetschen?**

23 Ja, kommt drauf an, wie gut man diese Sprache spricht.

24 **Also Deutsch oder Polnisch?**

25 Nicht Polnisch, Polnisch nicht, aber Deutsch (lacht).

26 **Okay gibt es etwas, das vielleicht stört, wenn Sie dolmetschen?**

27 Nein, eigentlich nicht, Wir müssen so flexibel sein und deswegen (glaube ich nicht?)
28 (lacht).

1 Und haben Sie manchmal eben Zweifel oder Angst, dass vielleicht was schief gehen kann beim Dolmetschen?

3 Nein, eigentlich nicht. Na ja, wenn ich als Polin Polnisch übersetze, dann fühle ich mich sicher. Aber wenn man Russisch oder Slowakisch ja ... und in diesem Moment gibt es keine Slowakin auf der Station oder keine Russin auf der Station und ich kenne ein bisschen ... das sind ähnliche Sprachen, dann bin ich natürlich nicht sicher, ob ich gut übersetze, ja.

8 Gibt es etwas, das Ihnen am Dolmetschen gefällt?

9 Na ja, es gefällt mir schon. Das ist das, ja, dass man die Sprache so gut kann, dass man Wort für Wort in die andere Sprache übersetzen kann, das ist schon super.

11 Und wie schaut das aus, vom Krankenhaus her? Gibt es da Richtlinien, wie man sich zu verhalten hat, wenn man zum Dolmetschen gebraucht wird?

13 Nein, mir ist das nicht bekannt.

14 Haben Sie auch keine Informationen erhalten, welche Rechte, Pflichten, Aufgaben Sie haben, wenn Sie dolmetschen?

16 Nein, nie.

17 Machen Sie sich nach einem Dolmetscheinsatz manchmal Gedanken darüber aus irgendeinem Grund?

19 So wie ich schon früher gesagt habe, ob ich gut übersetzt habe, ja, sonst nicht.

20 Sonst nicht, okay. Und haben Sie die Möglichkeit, mit anderen Kolleginnen darüber zu sprechen über das Dolmetschen, passiert das manchmal, dass man sich darüber unterhält? Dass es vielleicht einen Erfahrungsaustausch gibt?

23 Eigentlich nicht. Weil, das ist so selten, für mich ist das so selten [...] es passiert mir nicht so oft, ja.

25 Wird das von den Kolleginnen, von den Ärzten, auch von den Patienten anerkannt, dass Sie dolmetschen?

1 Ja. Das, die wissen natürlich wen sie holen sollen. Und wenn, kommt drauf an, wer
2 im Dienst ist, ja und wenn wir mehrere Polinnen im Dienst sind, ja und man braucht
3 z.B. eine Polin zum Übersetzen, dann geht irgendwelche Schwester von uns, ja.

4 Und gibt es auch ein positives Feedback oder eine Kritik nachher vom Arzt?

5 Nein, nie gehört, habe ich nie gehört.

6 Bedankt man sich einfach bei Ihnen?

7 Ja, schon. Sehr dankbar.

**8 Und wie würden Sie allgemein jetzt die Situation, die Kommunikation mit den
9 Patienten, die kein oder wenig Deutsch sprechen hier im Krankenhaus beschrei-
10 ben? Wie würden Sie sie bewerten?**

11 Ja, die sind sehr sehr dankbar, dass wir das hier übersetzen können und ja. Oft muss
12 man auch, ich muss z.B., wenn ich als Dolmetscherin da bin, dann fühle ich mich na-
13 türlich auch verantwortlich in meinem Dienst, alle Informationen der Patientin...

14 ... jak to powiedzieć. No wszystkie te informacje, które by chciała ta pacjentka, o
15 których by chciała wiedzieć, to ja jej, ja po prostu czuje się taka odpowiedzialna za
16 to, żeby jej udzielić wszystkich tych informacji. I po prostu, jeżeli chodzi o ubezpiec-
17 zenie, jak to z tymi krajami połączyć. To jeżeli tego sama nie wiem, to się dowiaduję.

18 ... *wie soll ich sagen. Na ja, all diese Informationen, die die Patientin haben möchte,
19 die sie erfahren möchte, da fühle ich mich einfach verantwortlich dafür, dass ihr all
20 diese Informationen gegeben werden. Und wenn es um die Versicherung geht, wie
21 man das mit diesen Ländern vereinen kann. Wenn ich das selbst nicht weiß, dann er-
22 kundige ich mich.*

23 U kogo na przykład?

24 Bei wem z.B.?

25 U kogo? U stationsschwesty. Czy dzwonię do Aufnahme też się dowiaduję, jak to
26 wygląda, żeby konkretnie odpowiedzieć tej osobie, jak to wygląda. Bo często są to
27 właśnie tacy pacjenci, którzy tutaj na wycieczkę przyjeżdżają, i nie muszą znać nie-
28 mieckiego. A nagle się coś stanie i trafiają do szpitala. No i w tym momencie jest
29 problem, no powiedzmy, nie byli ubezpieczeni na tą wycieczkę, są ubezpieczani tyl-
30 ko w Polsce. To było lata temu powiedzmy. No i w tym momencie, jak to wszystko
31 zrobić, żeby to wszystko grało. Bo w sumie, jak się dowiadują ci pacjenci, że tu tą
32 pierwszą pomoc mogą uzyskać, no i to jest, okay, bezpłatne. Ale każdy następny
33 dzień, to już jest 600 euro, czy tam ponad 600 euro, u nas na oddziale. I w tym mo-

1 mencie, jeśli taki pacjent się dowie, ile go to kosztuje, a nie jest wstanie pojechać do
2 tej Polski, bo jego stan na to nie pozwala, to wtedy no staram się po prostu odpo-
3 wiedzieć w pełni takim ludziom, jak to wszystko zrobić, żeby to miało ręce i nogi.
4 Żeby oni na tym finansowo nie ucierpieli, żeby ta nasza powiedzmy Krankenkassa i
5 ta z Polski ... żeby to jakoś funkcjonowało, jak to zrobić itd. No takich powiedzmy,
6 takich odpowiedzi chciałabym zawsze w pełni dostarczyć tym ludziom. No i odnoś-
7 nie zdrowia wiadomo, co ich tu czeka itd, jak długo jest przewidywany okres pobytu
8 tutaj w szpitalu tych pacjentów itd. To dla nich też jest ważne, czy dla kogoś z rodzi-
9 ny. No takie się sytuacje, pamiętam, zdarzyły pewnego razu. To było 3-4 lata temu.
10 Właśnie z wycieczki przyjechała mama z córką tutaj do Wiednia na wycieczkę. Ma-
11 musia staruszka już była i wylewu dostała. No, i właśnie była taka sytuacja, że pani
12 w ogóle nie wiedziała, jak to wszystko ma wyglądać. Mamusia dostała wylewu, więc
13 wiadomo, że musi tu leżeć. Nie była w stanie być w tym okresie transportowana do
14 Polski, absolutnie. A tu pieniążki leciały. No i trzeba było, wiadomo, te informacje
15 wszystkie przekazać pani.

16 *Bei wem? Bei der Stationsschwester. Oder ich rufe bei der Aufnahme an und erkun-*
17 *dige mich, wie das ausschaut, damit ich dieser Person konkret antworten kann, wie*
18 *es ausschaut. Oft sind das eben solche Patienten, die auf eine Reise hierher kommen*
19 *und kein Deutsch können müssen. Und plötzlich passiert was und sie werden ins Spi-*
20 *tal eingeliefert. Ja und in dem Augenblick gibt es ein Problem, ja sagen wir, sie wa-*
21 *ren nicht versichert für diese Reise, sie sind nur in Polen versichert. Das war vor*
22 *Jahren, sagen wir. Ja und in dem Moment, wie macht man das alles, damit das alles*
23 *passt. Weil alles in allem, wenn diese Patienten erfahren, dass sie hier die erste Hilfe*
24 *erhalten, na okay, das ist kostenlos. Aber jeder weitere Tag, das sind bereits 600 Eu-*
25 *ro oder mehr als 600 Euro, bei uns auf der Station. Und wenn in dem Moment so ein*
26 *Patient erfährt, wie viel es ihn kostet, und er ist nicht in der Lage nach Polen zurück*
27 *zu fahren, weil sein Zustand es nicht erlaubt, dann bemühe ich mich, solchen Leuten*
28 *alle Fragen zu beantworten, wie man das machen kann, damit das Hand und Fuß*
29 *hat. Damit sie finanziell nicht darunter leiden müssen, damit unsere, sagen wir,*
30 *Krankenkassa und die aus Polen ... damit das irgendwie funktioniert, wie man das*
31 *machen kann usw. Eben solche Antworten möchte ich diesen Leuten immer umfas-*
32 *send geben. Und klar, was die Gesundheit anbelangt, was sie hier erwartet, wie lan-*
33 *ge der Aufenthalt dieser Patienten hier im Spital vorgesehen ist usw. Das ist für sie*
34 *oder für jemanden aus der Familie auch wichtig. Ja, ich kann mich erinnern, solche*
35 *Situationen sind vorgekommen. Das war vor 3-4 Jahren. Da ist eine Mutter mit ihrer*
36 *Tochter auf eine Wien-Rundfahrt hergekommen. Die Mama war schon alt und hat*
37 *einen Schlaganfall bekommen. Na ja und die Situation war eben, dass die Dame*
38 *überhaupt nicht gewusst hat, wie das alles aussehen soll. Die Mama hat einen*
39 *Schlaganfall bekommen, also war klar, dass sie hier bleiben muss. In ihrem Zustand*
40 *konnte sie in dem Zeitraum nicht nach Polen befördert werden, das war ausgeschlos-*
41 *sen. Aber hier ist das Geld geflossen. Ja und da mussten natürlich all diese Informa-*
42 *tionen der Dame übermittelt werden.*

1 **I w takich sytuacjach, jak jest też lekarz przy tym, to pani się też stara, jak na-**
2 **3 więcej tych informacji, które lekarz daje, przekazać pacjentce?**
3 *Und in solchen Situationen, wenn auch ein Arzt dabei ist, versuchen Sie dann*
4 *auch, so viele Informationen, die der Arzt gibt, wie möglich der Patientin zu über-*
5 *mitteln?*

6 Tak, no i wysyłamy zwykle kompetentne osoby do takiego człowieka. Żeby po pro-
7 stu jak najmniej ta rodzina ucierpiała i ten pacjent, nie. No czasami są to takie skom-
8 plikowane rzeczy.

9 *Ja und normalerweise schicken wir kompetente Personen zu so einem Menschen.*
10 *Damit die Familie und der Patient so wenig wie möglich darunter leiden, nicht. Ja,*
11 *manchmal sind das solche komplizierten Dinge.*

12 **Okay, was könnte getan werden, um die Kommunikation mit nicht deutsch**
13 **sprechenden Patienten hier im Krankenhaus zu verbessern, fällt Ihnen da was**
14 **ein?**

15 Zu verbessern (lacht). Ja, also von jeder Sprache eine Dolmetscherin im Kranken-
16 haus (lacht), aber das müsste 24 Stunden sein (lacht).

17 **Was soll das für eine Dolmetscherin sein?**

18 Nein, das ist Spaß, weil ich glaube, das ist nicht möglich, ja...

19 Nie, ja myślę, że po prostu fajnie jest, jak np. jest ktoś, kto w danym języku mówi i
20 jest pacjent, który potrzebuje tej pomocy. I to jest super, że coś takiego, że możemy
21 komunikować z taką osobą. Bo mieliśmy ostatnio też taką pacjentkę, tutaj na [...], że
22 po prostu, nie byliśmy się w stanie z nią porozumieć. Trzeba było dzwonić za
23 każdym razem właściwie do syna. I to było na zasadzie, że się podawało słuchawkę
24 synowi, mamusia coś mówiła do telefonu. Później braliśmy od mamusi ten telefon i
25 syn nam tłumaczył, co mamusi dolega. No uważam, że to jest coś strasznego. Tak nie
26 można leczyć. Tak nie można pomagać ludziom. A jest to często.

27 *Nein, ich denke, dass es toll ist, wenn z.B. jemand da ist, der die gegebene Sprache*
28 *spricht und ein Patient da ist, der diese Hilfe braucht. Und es ist super, dass wir mit*
29 *so einer Person kommunizieren können. Wir hatten nämlich letztes auch so eine Pa-*
30 *tientin, hier auf [...], da waren wir eben nicht imstande uns mit ihr zu verständigen.*
31 *Man hat eigentlich jedes mal den Sohn anrufen müssen. Und das war dann so, dass*
32 *man den Hörer dem Sohn gegeben hat, die Mama hat irgendwas ins Telefon gesagt.*
33 *Dann haben wir das Telefon von der Mama genommen und der Sohn hat uns erklärt,*
34 *was der Mama fehlt. Ja, ich finde, dass das furchtbar ist. So kann man ärztlich nicht*
35 *behandeln. So kann man Menschen nicht helfen. Aber es ist oft so.*

1 Często?

2 *Oft?*

3 Hindusi np., Turcy bardzo często. Dobrze, że mamy np. trochę lekarzy z Turcji, ale
4 hinduskich lekarzy nie mamy. I to jest tragedia, jak nie mamy nikogo akurat, kto
5 mógłby np. taką pacjentkę wysłuchać i powiedzieć co jest. My nie wiemy, my się do-
6 myślamy.

7 *Inder z.B., häufig Türken. Gut, dass wir z.B. ein paar Ärzte aus der Türkei haben,*
8 *aber indische Ärzte haben wir keine. Und das ist eine Tragödie, wenn wir gerade*
9 *niemanden haben, der z.B. so eine Patientin anhören könnte und sagen könnte, was*
10 *los ist. Wir wissen es nicht, wir vermuten es.*

11 **A nie ma możliwości zadzwonić do kogoś, do jakiegoś ...**

12 ***Aber gibt es nicht die Möglichkeit, jemanden anzurufen, irgendeinen ... ?***

13 (U) No to dzwoniemy do rodziny, tak.

14 *Ja, da rufen wir die Familie an, ja.*

15 **... do jakichś tłumaczy, skąd zorganizować, nie ma takiej możliwości?**

16 ***...irgendwelche Dolmetscher, kann man die irgendwo herbeiholen, gibt es so eine***
17 ***Möglichkeit?***

18 Nigdy o tym nie słyszeliśmy, ja nie słyszałam, nie wiem. Dzwoniemy do rodziny zwy-
19 kle. I rodzina, np. te dzieci, te ośmioletnie dzieci tłumaczą, co mamusi dolega. Czy
20 tam, co tatusiowi dolega. No albo przychodzą na wizyty te dzieci i tłumaczą, co rod-
21 zicom dolega. To jest czasami Uważam, że dla takiego dziecka, które tłumaczy
22 dolegliwości mamusi, to uważam, że jeszcze jest na to niedorosłe powiedzmy, żeby
23 tłumaczyć mamusi dolegliwości, czy tam tatusia.

24 *Davon haben wir nie gehört, ich habe nicht davon gehört, das weiß ich nicht. Nor-*
25 *malerweise rufen wir die Familie an. Und die Familie, z.B. die Kinder, diese achtjäh-*
26 *rigen Kinder, übersetzen, was der Mama fehlt. Oder eben was dem Papa fehlt. Oder*
27 *sie kommen zur Visite, diese Kinder, und übersetzen, was den Eltern fehlt. Das ist*
28 *manchmal Ich finde, dass es für so ein Kind, das die Beschwerden der Mama*
29 *übersetzt, da finde ich, dass es dafür noch nicht reif genug ist, sagen wir, um die Be-*
30 *schwerden von der Mama oder eben vom Papa zu übersetzen.*

31 **A wiec myśli pani, że przydaliby się w szpitalu generalnie wykształceni tłumac-**
32 **ze?**

33 ***Also denken Sie, dass man im Krankenhaus generell ausgebildete Dolmetscher***
34 ***brauchen könnte?***

1 Myślę, że ... powiedzmy, może nie w każdym szpitalu. No ale żeby był taki powiedz-
2 my tam punkt, na Wiedeń, że człowiek może sobie zawsze zadzwonić, i w każdym
3 języku powiedzmy.

4 *Ich denke, dass ... sagen wir, vielleicht nicht in jedem Spital. Es sollte aber sagen wir*
5 *irgendwo so eine Stelle sein, für ganz Wien, dass man dort jederzeit und in jeder*
6 *Sprache anrufen kann.*

7 **Czy interesowałaby panią taka Fortbildung na temat tłumaczenia?**

8 ***Würde Sie eine Fortbildung zum Thema Dolmetschen interessieren?***

9 Raczej nie (lacht).

10 *Eher nicht (lacht).*

11 **Jest jeszcze coś, co panią na ten temat interesuje, o czym jeszcze nie porozma-
12 wialiśmy?**

13 ***Gibt es noch etwas, dass Sie zu dem Thema interessiert, was wir noch nicht ange-
14 sprochen haben?***

15 No nie wiem

16 *Also ich weiß nicht*

17 **Na temat tłumaczenia w szpitalu?**

18 ***Zum Thema Dolmetschen im Krankenhaus?***

19 No to już żeśmy chyba znalazły: gdzieś jakieś centrum, w Wiedniu zrobić, z różnymi
20 językami. I fajnie by było, człowiek by miał taki telefon. I na dyżurze jestem i dzwo-
21 nie sobie, to są zaprzysiężeni tłumacze i wtedy ja się czuję sto procent pewna.

22 *Also, ich denke, das haben wir schon gefunden: Irgendwo ein Zentrum in Wien ma-
23 chen, mit verschiedenen Sprachen. Und es wäre toll, wenn man so ein Telefon hätte.*

24 *Und wenn ich im Dienst bin, rufe ich dort an, das sind beeidete Dolmetscher und
25 dann fühle ich mich hundertprozentig sicher.*

26 **A wiec czuje się pani bardziej pewna, jeśli ... ?**

27 ***Also Sie fühlen sich sicherer, wenn ... ?***

28 (U) Pewna, jeżeli jest to osoba powiedzmy kompetentna, prawda, do tłumaczenia.

29 No wiadomo syn – dorosły człowiek, ale to też nie wiemy na ile on tam ten nie-
30 miecki ... jak dzwoniemy do rodziny. No powiedzmy dzieci, które się tu urodziły,

31 często gęsto są to za małe dzieci, żeby tłumaczyć. Bo też nie znają wyrażeń medycz-

1 nych, bo to są jeszcze za małe dzieci. I w tym momencie, to jest takie na zasadzie do-
2 myśłów, no i mnie to przeraża, mnie to rzeczywiście przeraża.

3 *Sicher, wenn es eine, sagen wir, kompetente Person zum Übersetzen ist, nicht wahr.*
4 *Ja klar, der Sohn – ein erwachsener Mensch, aber wir wissen da auch nicht inwie-*
5 *fern er Deutsch ... wenn wir die Familie anrufen. Ja, sagen wir die Kinder, die hier*
6 *geboren sind, das sind häufig zu kleine Kinder zum Übersetzen. Sie kennen nämlich*
7 *die medizinischen Fachausdrücke nicht, weil das noch zu kleine Kinder sind. Und*
8 *momentan funktioniert das so auf Basis von Vermutungen und ich finde das entsetz-*
9 *lich, das ist wirklich entsetzlich.*

10 **Dobrze, no to chyba wszystko już mamy na ten temat. Dziękuję za wywiad.**

11 ***Okay, gut, na dann haben wir wohl alles zum Thema. Danke für das Interview.***

Interview Nr. 5

(Dauer ca. 55 Min.)

1 Jak często pani, jeśli sobie pani przypomni, tłumaczyła tak na około?

2 *Wie oft haben Sie ungefähr gedolmetscht, wenn Sie sich erinnern können?*

3 Na około?

4 *Ungefähr?*

5 Raz na miesiąc, na tydzień?

6 *Ein Mal im Monat, in der Woche?*

7 Odkąd się ta wojna w Czeczeni, to wtedy częściej, jak nie było to wtedy częściej. A

8 jak trzeba było trzy razy w tygodniu, dwa razy dziennie, a więcej, nawet między

9 piętrami, no to już miałam dość, no bo byłam aufgeregt. Bo wtedy moja praca stała.

10 *Seit dem Krieg in Tschetschenien war das öfter, das war dann öfter. Und wenn ich es*

11 *drei Mal die Woche, zwei Mal täglich tun musste, und sogar auf mehreren Stockwer-*

12 *ken, da hatte ich aber schon genug, weil ich da aufgeregt war. Weil dann meine Ar-*

13 *beit liegen geblieben ist.*

14 I to było czasami też częściej w ciągu dnia?

15 *Und das war manchmal auch öfter im Verlauf des Tages?*

16 To zależy. W ciągu dnia dwa razy czy trzy to już było okropnie, to nawet reszta była

17 na mnie zła.

18 *Das kommt drauf an. Wenn es zwei oder drei Mal am Tag war, das war schon furcht-*

19 *bar, da waren sogar die anderen böse auf mich.*

20 A więc koleżanki, ponieważ musiała pani opuścić miejsce pracy?

21 *Also die Kolleginnen, weil Sie ihren Arbeitsplatz verlassen mussten?*

22 Tak.

23 *Ja.*

24 W takim razie pani tłumaczyła nie tylko na polski ale też dla ... ?

25 *Sie haben also nicht nur auf Polnisch gedolmetscht, sondern auch für ... ?*

26 Z Rosji.

1 *Aus Russland.*

2 **I w jakich to było sytuacjach, czy to było przy wizycie?**

3 ***Und in welchen Situationen war das, war das bei der Visite?***

4 Różne to były i przyjęcia, do przyjęć też byłam wzywana. I na wizycie i przy wypi-
5 sywaniu i do ambulatorium. Jakoś dosyć często mnie do tego rosyjskiego też
6 <Bemerkungen zur eigenen Sprachauffassungsgabe> Z tym że z tego rosyjskiego to
7 na początku było bardzo ciężko, ponieważ, tak to można powiedzieć, martwa mowa,
8 taka, ja rozumiałam, ale

9 *Das war unterschiedlich, auch Aufnahmen, zu den Aufnahmen bin ich gerufen wor-*
10 *den. Und zur Visite und zur Entlassung und in die Ambulanz. Also man hat mich*
11 *ziemlich oft auch für Russisch <Bemerkungen zur eigenen Sprachauffassungsga-*
12 *be> Aber aus dem Russischen war das am Anfang sehr schwierig, weil das sozusa-*
13 *gen so eine tote Sprache war. Ich habe sie verstanden, aber*

14 **Pasywnie pani rozumiała, ale aktywnie ... ?**

15 ***Sie haben passiv verstanden, aber aktiv ... ?***

16 Aktywnie nie mogłam, ponieważ z niemieckim mieszałam strasznie.

17 *Aktiv konnte ich es nicht, weil ich es mit dem Deutschen ungeheuer durcheinander*
18 *gebracht habe.*

19 **A więc to chodziło tylko o ... ?**

20 ***Also es ging nur um ... ?***

21 (U) Tak, początki były ciężkie. A potem koleżanka z Moskwy była, i jak ona rozumi-
22 ała wszystko, tak pisali. Bo ja tak na zasadzie, tak łapałam troszeczkę te wszystkie ...
23 o, ani po polsku ani po niemiecku (lacht) ... te słowiańskie języki. Także i po sło-
24 wacku i po czesku, ja wiesz, tego, doszło się dogadać. I na przykład z Jugosławii, z
25 Bułgarii, z byłej Jugosławii, to zależy. Chorwaci, to szło, czy Słoweńcy, to szło, ja
26 rozumiałam. I nieraz też do nich szłam. Ja mówiłam tylko, że ja nie znam, że ja spró-
27 buję takich podstawowych jakichś tam, boli czy nie boli czy lewo czy prawo, czy
28 tam gdzieś coś tam troszkę po polsku takim jakimś kodem ... no.

29 *Ja, die Anfänge waren schwierig. Aber dann war eine Kollegin aus Moskau da, und*
30 *wie sie alles verstanden hat, so haben sie das dokumentiert. Ich habe nämlich die*
31 *ganzen ... na bitte, weder auf Polnisch noch auf Deutsch (lacht) ... slawischen Spra-*
32 *chen so ein bisschen aufgeschnappt. Auch auf Slowakisch und auf Tschechisch, weißt*
33 *du, da konnte ich mich verständigen. Und z.B. aus Jugoslawien, aus Bulgarien, aus*
34 *dem ehemaligen Jugoslawien, das kommt drauf an. Mit den Kroaten ist das gegang-*
35 *gen oder mit den Slowenen, das ist gegangen. Ich habe sie verstanden. Und manch-*
36 *mal bin ich auch zu ihnen gegangen. Ich habe nur immer gesagt, dass ich die Spra-*

1 *che nicht spreche, dass ich versuchen werde, irgendwelche grundlegenden Dinge, ob*
2 *es weh tut oder nicht, ob links oder rechts oder irgendwo, da irgendwie ein bisschen*
3 *etwas auf Polnisch mit irgendeinem Code ... ja.*

4 **I w takich sytuacjach był też przy tym lekarz?**

5 ***Und in solchen Situationen war auch ein Arzt dabei?***

6 No nieraz był. Jak nie było, to zawsze było lepiej cokolwiek wyciągnąć niż nic. Ale
7 to groźne może być, bo tu chodzi o życie. Ja to tak uważałam. Ale lepsze to było niż
8 nic. Jeżeli ma się rozebrać, czy ma oddychać czy co, gdzie boli, z której strony, cho-
9 ciał troszeczkę. Z tym że jak ktoś był, że tak powiem, może więcej wykształcony z
10 drugiej strony, to szło, więcej taka linia porozumienia, jak ktoś tak prosty, jak
11 dziecko czy coś, to było ciężiej. To bym się nie podjęła, po prostu to. A jak tam kie-
12 dyś chciano, że zanotować, że zatem, ja mówię, ja przepraszam bardzo, ja tu jakieś
13 wyniki, ja odpowiedzialności nie biorę. Mogę tylko powiedzieć, co pisze, ale to pros-
14 zę, to, z tego rezygnuję, ja nie podpisuję żadnych

15 *Also oft war er dabei. Wie auch immer, es war auf jeden Fall besser, irgendwas her-*
16 *auszubekommen als nichts. Aber das kann gefährlich sein, weil es hier ums Leben*
17 *geht. Das ist meine Meinung. Aber das war besser als nichts. Wenn es darum geht,*
18 *ob sie sich ausziehen sollen, ob sie atmen sollen oder so, wo es weh tut, auf welcher*
19 *Seite, wenigstens ein bisschen etwas. Aber wenn jemand auf der anderen Seite sozu-*
20 *sagen vielleicht gebildeter war; dann ist das besser gegangen, so eine Verständi-*
21 *gungslinie, als wenn es jemand einfacher war, ein Kind oder so. Dann war es*
22 *schwieriger. Das würde ich einfach nicht übernehmen. Und als man einmal wollte,*
23 *dass vermerkt wird, dass Da habe ich gesagt, entschuldige, ich werde da nicht*
24 *irgendwelche Befunde, ich übernehme keine Verantwortung. Ich kann nur sagen, was*
25 *da steht, aber bitte, das, da verzichte ich, ich unterschreibe keine*

26 **O co to chodziło, żeby podpisać?**

27 ***Worum ist es da gegangen, was war zu unterschreiben?***

28 Wynik, to było po polsku. Absolutnie, ja mówię do wyników tłumaczenia, to absolut-
29 nie, to ja jestem za słaba.

30 *Ein Befund, das war auf Polnisch. Kommt nicht in Frage, sage ich, zum Übersetzen*
31 *von Befunden, kommt nicht in Frage, dazu bin ich nicht gut genug.*

32 **Wynik jakiegoś ... ?**

33 ***Ein Befund von irgendeiner ... ?***

34 Badania, z Polski. Ja mówię, niestety.

35 *Untersuchung, aus Polen. Ich sage, es tut mir Leid*

1 **To chodziło w sumie, żeby to potwierdzić?**

2 ***Es ist also darum gegangen, das zu bestätigen?***

3 No, tam coś, że niby ten wynik był dobry, w porządku, ale ja mówię, ja nie mogę po-
4 djąc takiego ryzyka i na pewno nie podpiszę.

5 *Na ja, also irgendwie, dass der Befund angeblich gut war, in Ordnung, aber ich sa-
6 ge, ich kann nicht so ein Risiko eingehen und ich werde sicher nicht unterschreiben.*

7 **I w takich wypadkach, jeśli nie ma nikogo, kto może przetłumaczyć, to jak się
8 postępuje?**

9 ***Und in solchen Fällen, wenn niemand da ist, der übersetzen kann, wie geht man
10 dann vor?***

11 Nie wiem jak oni postępują. No bo jak mogą postąpić? Czy jak było brane do ambu-
12 latorium urologicznego ... ja musiałam tłumaczyć, było bardzo dla mnie takie nie
13 przyjemne. Facet Polak zestresowany, było widać ... nawet mu tam chyba jechali
14 magister. I rak prostaty. I operacja. Ja musiałam przetłumaczyć, okropne to było. Dla
15 mnie to było okropne, ja wtedy byłam taka wściekła, jakby mnie gdzieś jeszcze po-
16 prosili, żeby jeszcze raz coś tłumaczyć, to bym nie poszła.

17 *Ich weiß nicht, wie sie dann vorgehen. Ja weil wie können sie vorgehen? Oder als
18 man mich in die urologische Ambulanz geholt hat ... ich habe übersetzen müssen,
19 das war für mich irgendwie sehr unangenehm. Ein Pole, ein gestresster Typ, konnte
20 man sehen ... die haben ihn sogar, glaube ich, mit Magister angesprochen. Und Pro-
21 statakrebs. Und der Eingriff. Ich habe übersetzen müssen, das war schrecklich. Für
22 mich war das schrecklich, ich war da so wütend, wenn sie mich noch einmal gebeten
23 hätten, dass ich übersetze, dann wäre ich nicht gegangen.*

24 **Może pani powiedzieć, że nie chce pani iść po prostu, zaakceptują to?**

25 ***Können Sie sagen, dass Sie ganz einfach nicht gehen wollen, wird das akzeptiert?***

26 To znaczy z jednej strony, no tak głupio, ale ja mam na tyle odwagi, że nie każdy
27 może. Ja potrafię powiedzieć, że niestety, ale nie biorę odpowiedzialności, nie po-
28 wiem. Ja mogę nawet powiedzieć, że ja czegoś nie rozumiem, to ja nie mam z tym
29 problemu. Nie robię z siebie, że jestem alfa i omega, to jest na tyle może dobre w
30 tym wszystkim. Za bardzo sobie zdaję sprawę, że to Ale ja uważam że to nie jest
31 profesjonalnie.

32 *Das heißt, einerseits ist das, ja irgendwie peinlich, aber ich bin mutig genug, weil
33 nicht jeder kann das. Ich traue mich zu sagen, es tut mir Leid, aber ich übernehme
34 keine Verantwortung, ich sage nichts. Ich kann auch sagen, dass ich etwas nicht ver-
35 stehe, damit habe ich kein Problem. Ich behaupte nicht, dass ich allwissend bin, das*

1 *ist insofern vielleicht gut dabei. Mir ist viel zu sehr bewusst, dass das ... Aber ich*
2 *denke, dass das nicht professionell ist.*

3 **Dobrze, a więc pani, pamięta pani jak to było po raz pierwszy, jak panią zawoła-**
4 **no do tego tłumaczenia, jak to się stało, ktoś zadzwonił, czy ktoś się po prostu**
5 **zaczął dopytywać, czy ktoś może przetłumaczyć?**

6 *Gut, also können Sie sich erinnern, wie das beim ersten Mal war, als man Sie zum*
7 *Dolmetschen gerufen hat, wie ist das passiert, hat jemand angerufen, oder hat je-*
8 *mand einfach gefragt, ob jemand vielleicht dolmetschen kann?*

9 No pierwszy raz, to chyba było na oddziale. „O [...], ty mówisz po polsku, chodź,
10 chodź, bo mamy tam kogoś z Polski”. To było na tej zasadzie i to było tam na drugiej
11 stronie. A potem to nam z (kart?) wzięto, gdzie się pisało znajomości języka. I oni
12 mają nas w tym, listę, i na każdym oddziale jesteśmy chyba zanotowani wszędzie,
13 gdzie potrzebują, kto jest z jaką znajomością języka.

14 *Also das erste Mal, das war glaube ich auf der Station. „Du, [...], du sprichst Pol-*
15 *nisch, komm, komm, wir haben da jemanden aus Polen“. Das war so auf die Art und*
16 *das war dort auf der anderen Seite. Und nachher hat man das unserer (Personalkar-*
17 *tei?) entnommen, wo man die Sprachkenntnisse eingetragen hat. Und die haben uns*
18 *auf der Liste, und auf jeder Station sind wir, glaube ich, vermerkt, überall, wo wir*
19 *gebraucht werden, wer mit welchen Sprachkenntnissen da ist.*

20 **I potem używają rzeczywiście tej listy kiedy potrzebują kogoś do tłumaczenia?**
21 **Und dann wird tatsächlich diese Liste verwendet, wenn man irgendjemanden zum**
22 **Dolmetschen braucht?**

23 No ja nie wiem skąd mnie brali do tej urologii.

24 *Also ich weiß nicht, woher man meinen Namen genommen hat für die Urologie.*

25 **A więc dzwoniли już stamtąd docelowo?**

26 **Also die haben dann gezielt von dort angerufen?**

27 Tak, to muszą używać tej listy, przynajmniej w moim przypadku. Czy z tymi, z Czec-
28 zeni parę razy było po tym rosyjsku, to się szło.

29 *Ja, also die verwenden offensichtlich diese Liste, wenigstens in meinem Fall. Oder*
30 *wie mit den Tschetschenen, das war ein paar Mal auf Russisch, da bin ich hingegan-*
31 *gen.*

32 **Ale pani normalnie to tłumaczyła w czasie pracy, nie musiała pani ekstra do-**
33 **jeżdżać po pracy?**

1 *Sie haben aber normalerweise während der Dienstzeit gedolmetscht, Sie haben*
2 *nicht extra in die Arbeit fahren müssen?*

3 Nie.

4 *Nein.*

5 **Dobrze, czy pamięta może pani pewną sytuację oprócz tych, które już oma-**
6 **wiałyśmy, czy coś pani zostało w pamięci, ponieważ było jakoś pozytywne czy**
7 **negatywne, jakieś przeżycie związane z tłumaczeniem?**

8 *Gut, können Sie sich an eine bestimmte Situation erinnern, abgesehen von denen,*
9 *die wir schon besprochen haben, ist Ihnen etwas in Erinnerung geblieben, weil es*
10 *irgendwie positiv oder negativ war, irgendein Erlebnis in Bezug auf das Dolmet-*
11 *schen?*

12 Właśnie negatywny to był, jak tłumaczyła Rosjanka z Moskwy. Pacjent z Czeczeni i
13 ja uważam, że – ja byłam obecna przy tym – i na tyle, co ja rozumiałam, to na nie-
14 korzyść pacjenta.

15 *Eben negativ, das war, als eine Russin aus Moskau gedolmetscht hat. Ein Patient aus*
16 *Tschetschenien und ich denke – ich war dabei anwesend – dass das, so weit ich das*
17 *verstanden habe, zum Nachteil des Patienten war.*

18 **A więc to było jak, kto tłumaczył, to była ... ?**

19 **Also wie war das, wer hat gedolmetscht, war das ... ?**

20 Rosjanka z pochodzenia. Pielęgniarka.

21 *Eine gebürtige Russin. Eine Krankenschwester.*

22 **Dla lekarza?**

23 **Für den Arzt?**

24 Tak, a ja jako słuchacz, nie wypadało mi się wtrącać. Ale to już parę razy przyu-
25 ważyłam, właśnie z Czeczeni. I tu Rosjanka. Ona powiedziała, że ona nienawidzi, że
26 nienawidzi tych Czeczenów.

27 *Ja, aber ich als Zuhörer, da gehört es sich nicht, mich einzumischen. Aber das habe*
28 *ich schon mehrmals beobachtet, eben aus Tschetschenien. Und die Russin. Sie hat*
29 *gesagt, dass sie sie hasst, dass sie diese Tschetschenen hasst.*

30 **I w takich wypadkach ... ?**

31 **Und in solchen Fällen ... ?**

1 (U) Ale to było nie sprawiedliwe, bo ona żeby jak najszybciej usunąć, żeby po prostu
2 nie było, bo nie mają ubezpieczenia, że i tak nie zapłaci, to Austria płaci za to, bo oni
3 nie mają ubezpieczenia. A to byli, przecież to byli azylanci wtedy. <Kommentar zu
4 einem Fall ungerechter Behandlung eines Angehörigen einer fremdsprachigen Pati-
5 entin> I dlatego uważam, że tłumacz powinien być, bo fachowo trzeba przetłumac-
6 zyc, bo to jest tak ważne.

7 *Aber das war unfair, weil sie sie so schnell wie möglich loswerden wollte, damit sie
8 einfach weg sind, weil die keine Versicherung haben, weil sie sowieso nicht zahlen,
9 weil Österreich dafür zahlt, weil sie keine Versicherung haben. Aber das waren ja,
10 das waren damals Asylanten. <Kommentar zu einem Fall ungerechter Behandlung
11 eines Angehörigen einer fremdsprachigen Patientin> Und darum denke ich, dass ein
12 Dolmetscher da sein sollte, weil man professionell dolmetschen muss, weil das so
13 wichtig ist.*

14 **Fachowo, to znaczy jak?**

15 **Professionell, das heißt wie?**

16 No fachowo, no dosłownie. Bo jak ja, tak jak ja mówię, ja po tym rosyjsku to jakieś
17 proste, że chodzi tylko o przyjęcie, to takie nieraz sprawy. Ale potem, żeby pacjent
18 mówi o dolegliwościach, i ja mam mu przekazać w druga stronę, to ja jestem,
19 uważam, za słaba do takich rzeczy, bo ja nie miałam medycznego języka rosyjskiego.
20 A nawet ten rosyjski, to był pasywny język, bo przecież miałam [...] lat przerwy, nie
21 rozmawiałam w ogóle. To takie to. No, a przyjemne, jak np. komuś pomogę, jak po-
22 wiedziałam jak temu wtedy, że zrozumiałam, że dałam pić, że takie prostsze. O to, to
23 jest przyjemne, że rozumiem i w tym i w tamtym języku, to jest przyjemne, ale to
24 jest właśnie pomocne w pracy. Ale to takie jako Pflicht, to jest utrudniające pracę.

25 *Naja professionell, ja wörtlich. Weil wenn ich, wie gesagt, ich erledige auf Russisch
26 solche einfachen Sachen, wenn es nur um die Aufnahme geht, also meistens solche
27 Angelegenheiten. Aber wenn der Patient über Beschwerden spricht, und ich soll das
28 der anderen Seite vermitteln, dafür bin ich, finde ich, nicht gut genug, weil ich hatte
29 kein medizinisches Russisch. Und selbst dieses Russisch, das war eine passive Spra-
30 che, weil ich ja [...] Jahre Pause hatte, es überhaupt nicht gesprochen habe. So viel
31 dazu. Ja und positiv, wenn ich z.B. jemandem helfe, wie gesagt, wie damals als ich
32 verstehen konnte, als ich zu trinken gegeben habe, so etwas Einfacheres. Also das,
33 das ist angenehm, dass ich in der einen und in der anderen Sprache verstehe, das ist
34 angenehm, aber das ist eben hilfreich bei der Arbeit. Aber wenn es so als Pflicht ist,
35 dann ist das erschwerend beim Arbeiten.*

36 **Dlaczego utrudniające?**

37 **Warum erschwerend?**

1 Nie, utrudniające prace, np. jak mnie wołają na inny oddział i w ogóle. Bo ja nie ro-
2 bię, koleżanki nie zadowolone. Utrudniające, bo i dla mojej psychiki utrudniające,
3 ponieważ ja mogę zrobić błąd i w ogóle i jakoś, nawet strach nawet taki. Nie wiem
4 czy dobrze powiedziałam, czy on zrozumiał. Na prawdę, to jest takie bardzo odpo-
5 wiedzialne, to nie w mojej dziedzinie i dlatego uważam, że tu by powinien być fa-
6 chowiec, który jest sto procentowo pewny, tak jak tłumacz prawdziwy.

7 *Na ja, das erschwert die Arbeit, z.B. wenn ich auf eine andere Station gerufen werde*
8 *und überhaupt. Weil ich nicht arbeite, die Kolleginnen sind unzufrieden. Erschwe-*
9 *rend, weil das auch psychisch für mich belastend ist, weil ich einen Fehler machen*
10 *kann und überhaupt und irgendwie ist da sogar fast so eine Angst. Ich weiß nicht, ob*
11 *ich das richtig gesagt habe, ob er verstanden hat. Wirklich, das ist sehr verantwor-*
12 *tungsvoll, das ist nicht in meinem Fachbereich und darum finde ich, dass hier ein*
13 *Fachmann sein sollte, der sich hundertprozentig sicher ist, so wie ein richtiger Dol-*
14 *metscher.*

15 **I ten tłumacz powinien mieć jakąś specjalną kwalifikacje, czy po prostu ktoś,**
16 **kto urodził się powiedzmy w Chorwacji i dla Chorwatów tłumaczy?**
17 ***Und dieser Dolmetscher sollte eine bestimmte Qualifizierung haben, oder einfach***
18 ***jemand, der sagen wir in Kroatien geboren ist und für Kroaten dolmetscht?***

19 Nie, specjalista, a skąd może wiedzieć taki prosty? To wziąć prawniczy język, to
20 przecież ile Austriaków, czy ile Polaków, jest w stanie napisać czy przeczytać pismo
21 prawnicze? A fachowiec, no nie, da rady. To musi być człowiek, nie dość, że tłu-
22 macz, ale też coś robiący potem w tym kierunku. Tak jak się przyjmuje do pisania.
23 Schreibkraft jak robi medyczny, to w kierunku medycznym musi sobie trochę kursy
24 zrobić, jak w technicznym, to w technicznym, nie? No tak mi się wydaje.

25 *Nein, ein Experte, woher soll jemand einfacher so etwas wissen? Nehmen wir die*
26 *Rechtssprache, also wie viele Österreicher oder Polen sind imstande einen Rechts-*
27 *text zu schreiben oder zu lesen? Und ein Fachmann, nicht, der kann das. Das muss*
28 *ein Mensch sein, der nicht nur Dolmetscher ist, sondern der dann auch in dieser*
29 *Richtung etwas tut. Genauso wenn man jemanden zum Schreiben anstellt. Eine*
30 *Schreibkraft für den medizinischen Bereich, die muss dann in diesem Bereich ein*
31 *paar Kurse machen, wenn für den technischen, dann im technischen Bereich, nicht?*
32 *Na, mir kommt das so vor.*

33 **A tak, jak pani mówiła teraz, te trudności w tłumaczeniu, że pani się obawia czy**
34 **to jest prawidłowo przetłumaczone: takie obawy są tylko jak pani musi tłumac-**
35 **zyć tylko tam powiedzmy po rosyjsku czy też jak chodzi o polski język?**
36 ***Und wie Sie jetzt gesagt haben, diese Schwierigkeiten beim Dolmetschen, dass Sie***
37 ***darum fürchten, ob sie das richtig gedolmetscht haben: Haben Sie nur dann diese***
38 ***Befürchtungen, wenn Sie, sagen wir, ins Russische dolmetschen müssen oder***
39 ***auch wenn es um die polnische Sprache geht?***

1 O polski, to ja nie mam, że się boję. Tylko uważam, że to nie jest moja odpowiedzial-
2 ność. Bo tamta strona może źle zrozumieć. <Schilderungen eigener Erfahrungen als
3 Patientin> I chory niektóre rzeczy nie chce zrozumieć, to do niego nie dociera. Np.
4 Krebsspacjenci, to jest ... I mówią tak pielęgniarki, „no jak to, no przecież było po-
5 wiedziane” i w ogóle. Ale on nie wie i nie przyjął do siebie w tym momencie. Ja mi-
6 ałam takie przypadki też, że tłumaczyłam i on ... jakby nie dotarło. Bo nie chce przy-
7 jąć, nie chce zaakceptować, wyrzuca ze świadomości niektóre rzeczy. I dlaczego ja
8 mam być odpowiedzialna? I może być różnie zinterpretowane, tak? No, kto miał
9 wtedy rację? Było powiedziane tak. To jest bardzo, uważam <Bemerkungen zu
10 eigenen Deutschkenntnissen> Bo takie plaplaj, bo niektóre rzeczy, które tak jak
11 my mamy na początku jak pytamy, to już te pytania się tak powtarzają, że żadna z
12 nas nie robi żadnego błędu.

13 *Wegen Polnisch, da mache ich mir keine Sorgen. Ich finde nur, dass das nicht in mei-*
14 *ner Verantwortung liegt. Die andere Seite kann nämlich etwas missverstehen.*
15 *<Schilderungen eigener Erfahrungen als Patientin> Und der Kranke will gewisse*
16 *Dinge nicht verstehen, er will das nicht wahrhaben. Krebspatienten z.B., das ist*
17 *Die Krankenschwestern sagen, „Wie ist das jetzt, wir haben ja alles gesagt“ und*
18 *überhaupt. Aber er weiß nicht, er hat das einfach in dem Moment nicht begriffen. Ich*
19 *hatte solche Fälle auch, dass ich gedolmetscht habe und er ... als hätte er nicht be-*
20 *griffen. Weil er nicht begreifen will, er will nicht akzeptieren, er will gewisse Dinge*
21 *nicht wahrhaben. Und warum soll ich verantwortlich sein? Das kann ja unterschied-*
22 *lich interpretiert werden, nicht? Ja und wer hatte da Recht? Es ist ja so gesagt wor-*
23 *den. Das ist, finde ich, sehr... . <Bemerkungen zu eigenen Deutschkenntnissen> Weil*
24 *so ein Blabla, weil einige Dinge, die wir am Anfang haben, wenn wir fragen, diese*
25 *Fragen wiederholen sich dermaßen, dass keine von uns irgendeine Fehler macht.*

26 **A generalnie, jak pani tłumaczy, w takiej typowej sytuacji powiedzmy jest**
27 **lekarz i pani tłumaczy dla pacjenta czy dla lekarzy, to jak to dokładnie przebie-**
28 **ga?**

29 ***Und generell, wenn Sie dolmetschen, in einer typischen Situation, sagen wir, da ist***
30 ***ein Arzt und Sie dolmetschen für den Patienten oder für die Ärzte, wie verläuft das***
31 ***genau?***

32 Nie to przebiega częściami mówione, na żywo.

33 *Na ja, das verläuft in Teilen gesprochen, in Echtzeit.*

34 **Częściami, a więc ... ?**

35 ***In Teilen, also ... ?***

36 Tak od razu.

37 *Also sofort.*

38 **Jest zdanie, pani tłumaczy zdanie, jak ktoś mówi, czy też dłuższe sekwencje?**

1 Ist das ein Satz, dolmetschen Sie einen Satz, wenn jemand spricht oder auch längere Abschnitte?

3 Nie, ja nie chce tego, ja się staram, ja staram się dosłownie, słowo w słowo tłumaczyć to, co lekarz mówi. To właśnie między polskim i niemieckim, bo tu sobie na tyle dam rady. Nie zawsze, jak nie dam rady, to właśnie problem wtedy mogę powiść. Ale często było, jak znam pacjenta i w ogóle, to szło jakoś tak. No bo, na moim oddziale, na internie, no to mi szło dobrze, bo to się ciągle powtarza, to mi szło tak normalnie gładko. Czasami mi się zdarzyło, że nie wiedziałam po polsku, ale rzadko kiedy. Ale to po prostu taki

10 *Nein, ich will das nicht, ich bemühe mich, ich bemühe mich das, was der Arzt sagt wörtlich, Wort für Wort zu dolmetschen. Das ist eben bei Polnisch und Deutsch, weil ich damit zurechtkomme. Nicht immer; wenn ich das nicht schaffe, dann kann es ein Problem geben. Aber oft war das so, dass wenn ich den Patienten gekannt habe und überhaupt, dann ist das irgendwie gegangen. Ja, weil auf meiner Station, auf der Internen, also da bin ich damit gut zurecht gekommen, weil sich das immer wiederholt, da ist das normalerweise reibungslos gegangen. Manchmal ist es mir passiert, dass ich etwas auf Polnisch nicht gewusst habe, aber das war selten. Aber das war einfach so ein*

19 I co wtedy, pani próbuje to jakoś ... ?

20 Und was dann, versuchen Sie das irgendwie ... ?

21 (U) Mówię, że moment, zacięłam się, że nie wiem jak po polsku, że sekundę, ale to słowa mi zabrakło po Polsku.

23 *Ich sage, einen Moment, ich komme nicht weiter; ich weiß nicht, wie das auf Polnisch ist, einen Augenblick, mir fehlt da ein Wort auf Polnisch.*

25 Pani mówiła przed chwilą, że czasami jest tak, że pacjent nie rozumie albo nie chce zrozumieć. Jeśli pani ma uczucie, że pacjent czegoś nie zrozumiał, to próbuje to pani jakoś wyjaśnić?

28 *Sie haben gerade gesagt, dass es manchmal so ist, dass der Patient etwas nicht versteht oder nicht verstehen will. Wenn Sie den Eindruck haben, dass der Patient etwas nicht verstanden hat, versuchen Sie das irgendwie aufzuklären?*

31 Tak.

32 *Ja.*

33 Mówi pani też lekarzowi, że pacjent nie rozumiał?

34 Sagen Sie auch dem Arzt, dass der Patient nicht verstanden hat?

1 Tak, to znaczy, to z nami to jest bardzo ważne, bo są momenty nie raz, że pacjent nie
2 rozumie po polsku, to jest jako symptom chorobowy.

3 *Ja, das heißt, das ist bei uns sehr wichtig, weil es manchmal Momente gibt, dass der*
4 *Patient etwas auf Polnisch nicht versteht und das ein Krankheitssymptom sein kann.*

5 **A więc że nie dociera po prostu?**

6 *Also, dass er etwas einfach nicht begreift?*

7 A więc on powtarza, ale ja widzę, że on nie kontaktuje po polsku. Zdarza się, są his-
8 torie różne.

9 *Also er wiederholt das, aber ich sehe, dass er das auf Polnisch nicht kapiert. Das*
10 *kommt vor; da gibt es unterschiedliche Geschichten.*

11 **I wtedy?**

12 **Und dann?**

13 I wtedy nadmieniam, mówię że te odpowiedzi nie są adekwatne jakoś, albo np.
14 mówię, że sekundę, i wtedy zależy, nie. Jak znam pacjenta to jest łatwiej, ale tak jak
15 gdzieś tam mnie zawloką, to I mówię, że moment, moment, ja mówię, pacjent
16 nie odpowiada, bo ja nie znałam pacjenta. To jest najgorzej, jak tak postawią mnie
17 gdzieś (???) ani się do tego przygotować, nic nie. A potem mówię, że chwileczkę, to
18 nie jest tak. Że pacjent nie kontaktuje po polsku. Tak, to też jest, no, to jest ważne, mi
19 się wydaje, że tych tłumaczy takich medycznych do szpitala to oni troszkę jeszcze
20 powinni doszkolić. No tak jak mówiłam, pod tym kątem, na co jeszcze zwracać
21 uwagę, i jak co jest. Nie tylko, że tak, jak robot tłumaczy, że nie widzi żadnej, żeby
22 widzieć także człowieka. Tak mi się wydaje, że trzeba. Że jest w ogóle inne tłumac-
23 zenie niż przez telefon nawet, to tak jak widzisz człowieka, nie.

24 *Und dann merke ich das an, ich sage, dass diese Antworten irgendwie nicht adäquat*
25 *sind, oder ich sage z.B. einen Moment und dann kommt es drauf an, nicht. Wenn ich*
26 *den Patienten kenne, dann ist das einfacher, aber wenn sie mich da irgendwo hin-*
27 *schleppen, dann Und ich sage, einen Moment, ich sage, der Patient antwortet*
28 *nicht, weil ich den Patienten nicht gekannt habe. Das ist das Schlimmste, wenn sie*
29 *mich so irgendwo hinstellen (???), da kann man sich nicht darauf vorbereiten, gar*
30 *nicht. Und dann sage ich, Augenblick, das ist nicht so. Der Patient kapiert das nicht*
31 *auf Polnisch. Ja, also das ist auch wichtig, finde ich, dass man diese Dolmetscher,*
32 *diese medizinischen, noch nachschult. Ja, wie gesagt, in dieser Hinsicht, auf was*
33 *man achten sollte und wie das läuft. Nicht, dass er nur so wie ein Roboter dol-*
34 *metscht, dass er sonst nichts sieht, sondern dass er auch den Menschen sieht. So fin-*
35 *de ich, muss das sein. Da dolmetscht es sich ganz anders, auch anders als übers Te-*
36 *lefon, eben wenn du den Menschen siehst, nicht.*

1 **A generalnie pani ma czas, żeby przygotować się na takie tłumaczenie przeważ-**
2 **nie czy nie?**

3 ***Und haben Sie generell Zeit, sich auf so einen Dolmetscheinsatz vorzubereiten,***
4 ***normalerweise, oder nicht?***

5 To znaczy, tylko jak to jest pacjent z mojego oddziału. Jak jest, to ja pacjenta znam,
6 bo mam Dienstübergabe i w ogóle. To jest w ogóle inaczej ale nie tu rzucona z pędu i
7 w ogóle nie mam pojęcia, „chodź, chodź”, tu wizyta i do łózka. To jest koszmar dla
8 mnie. Ja mogę, to mi nie gra roli, tylko ja zawsze myślę, Boże, czy to wyjdzie dobr-
9 ze?

10 *Das heißt, nur wenn es ein Patient von meiner Station ist. Ist er das, dann kenne ich*
11 *den Patienten, weil ich die Dienstübergabe habe und überhaupt. Das ist überhaupt*
12 *anders, als wenn ich da in der Eile hingeschickt werde und überhaupt keine Ahnung*
13 *habe, „komm, komm“, hier eine Visite und ab ans Krankenbett. Das ist ein Albtraum*
14 *für mich. Ich mache das, das spielt für mich keine Rolle, nur denke ich immer, Gott,*
15 *wird das gutgehen?*

16 **I w takich wypadkach, jak np. pani na innym oddziale musi tłumaczyć, czy**
17 **lekarz próbuje wtedy wytłumaczyć pani przedtem, jaka jest sytuacja?**

18 ***Und in solchen Fällen, wenn sie z.B. auf einer anderen Station dolmetschen müs-***
19 ***sen, versucht der Arzt dann, Ihnen im Vorhinein zu erklären, wie die Situation***
20 ***aussieht?***

21 To zależy ile ma czasu. Bardzo dobrze, jeśli powie jakieś zdanie, czy to alkoholik,
22 czy pijany czy coś tam. Jak mi chociaż powie jedno zdanie, coś o człowieku, to jest
23 na pewno inaczej, ja wiem nawet jak się zachować. Np. było tłumaczenie dla pijaka,
24 ja coś tam pytałam. On mówi do mnie tak, no powtórzę tutaj identycznie te słowa.
25 On mi mówi: „co się k*** wpie***?” I do mnie z tym. A ja mówię, a ja tu tłumaczyć
26 to nie będę, o przepraszam bardzo.

27 *Das kommt drauf an wie viel Zeit er hat. Es ist sehr gut, wenn er irgendeinen Satz*
28 *sagt, ob das ein Alkoholiker ist, ob er betrunken ist oder sonst was. Wenn er mir we-*
29 *nigstens einen Satz sagt, irgend etwas über den Menschen, dann ist das sicher an-*
30 *ders, da weiß ich auch, wie ich mich verhalten soll. Da war z.B. eine Dolmetschung*
31 *für einen Trinker, ich habe da irgend etwas gefragt. Er sagt zu mir, na, ich werde hier*
32 *die Worte genauso wiederholen. Er sagt zu mir: „Was mischt du dich ein, du ***?“*
33 *Das sagt er zu mir. Und ich sage, also ich werde hier nicht dolmetschen, also Ent-*
34 *schuldigung.*

35 **I w takich wypadkach ... ?**

36 ***Und in solchen Fällen ... ?***

1 I to jest takich jeszcze trochę lepszych. Wszyscy do mnie grzeczniej, a on „ty k*** co
2 cię to obchodzi wszystko, sp***”. To one już widza, że coś to nie tak.

3 *Und davon gibt es noch bessere. Alle sind mir gegenüber höflich, und der „was geht
4 dich das alles an, du ***, hau ab“. Da sehen die Kolleginnen schon, dass irgendwas
5 nicht stimmt.*

6 I w takich wypadkach jak pani reaguje, jak właśnie taki jest pacjent?

7 *Und in solchen Fällen, wie reagieren Sie dann, wenn das eben so ein Patient ist?*

8 Ja mówię w takich wypadkach, ja mówię Raz mi się zdarzyło, że straciłam fak-
9 tycznie cierpliwość i nie chciałam potem iść do niego. I jak przyszedł i przeproszał
10 mnie, bo już trochę wytrzeźwiał, bo leżał dłużej I mówię, że nie chcę, że to jest
11 dla mnie nieprzyjemne, ja na prawdę nie chcę, żeby ktoś mi ubliżał i jak on jest pija-
12 ny, po co to wszystko. No i może jak przecież wiecie, to ktoś inny przyjdzie, może
13 przyjdzie jak u was na dyżurze będzie polka.

14 *Ich sage in solchen Fällen, ich sage Einmal ist es mir passiert, dass ich tatsäch-
15 lich die Geduld verloren habe und ich wollte dann nicht mehr zu ihm hingehen. Und
16 als er dann gekommen ist und sich bei mir entschuldigt hat, weil er schon ein biss-
17 chen nüchterner war, weil er länger gelegen hat Und ich sage, dass ich nicht
18 will, dass das für mich unangenehm ist, ich will wirklich nicht beleidigt werden und
19 wenn er betrunken ist, wozu das Ganze. Und vielleicht kann jemand anderer kom-
20 men, wenn ihr doch wisst, vielleicht kommt dann eine Polin, wenn sie bei euch im
21 Dienst ist.*

22 A dlaczego to jest nieprzyjemne dla pani, ponieważ bezpośrednio panią ... ?

23 *Und warum ist das unangenehm für Sie, weil das direkt Sie ... ?*

24 (U) Nie dotyczy to bezpośrednio mnie, ale np. tych pod wpływem alkoholu To
25 mi było przykro, że ja jestem Polką i przy takim jakoś mi było przykro, że taki
26 Nawet i przykre dla mnie, bo nie wiem dlaczego. Nie powinno mi być, ale bo jestem
27 Polką i myślą, że może to było A z drugiej strony wiem, że nie powinnam, bo mi
28 nic do tego, ale to w którymś tam momencie było głupio. Ale mi się wydaje, że to
29 wszystko robiło (???). Że nieraz czasu, że biegiem, że do innego..., że twoja robota
30 leży, że to wszystko Bo gdybym ja miała tylko swoje, to byłoby chyba inaczej,
31 bo inaczej by wyglądało, gdybym ja była tylko od tych spraw. Bo każdy, kto idzie,
32 czy lekarz, czy do wizyty, to ma Dienstübergabe czy coś. Czy biorą, jak biorą tłu-
33 maczy czy coś, to przychodzi, mówi, to dają, to może przyjść, to tłumacz przychodzi.
34 Bo było, jak tłumacz przychodził

35 *Das betrifft nicht direkt mich, aber z.B. diese Leute unter Alkoholeinfluss Da war
36 es mir unangenehm, dass ich Polin bin und bei so einem war es mir unangenehm,
37 dass er so Das war mir sogar unangenehm, ich weiß nicht warum. Das sollte es*

1 nicht, aber weil ich Polin bin, und die denken, dass das vielleicht Aber anderer-
2 seits weiß ich, dass es das nicht sollte, weil mich das nichts angeht, aber das war ir-
3 gendwann einmal peinlich. Aber ich denke, dass das alles dazu beigetragen hat
4 (???). Dass manchmal die Zeit, dass ich gehetzt war, dass ich zu einem anderen ...,
5 dass deine Arbeit liegen bleibt, dass das alles Hätte ich nur meines, das wäre
6 dann wahrscheinlich anders, weil es anders aussehen würde, wenn ich nur für diese
7 Sachen zuständig wäre. Weil jeder, der geht, sei es der Arzt, sei es bei der Visite, der
8 hat dann die Dienstübergabe oder so. Oder sie nehmen, wenn sie Dolmetscher holen
9 oder so, dann kommt er und sagt, dann geben sie ihm das, dann kann er kommen,
10 der Dolmetscher kommt dann. Das war so, als ein Dolmetscher gekommen ist.

11 Jaki to tłumacz przychodził?

12 Was für ein Dolmetscher ist da gekommen?

13 Nie pamiętam kto to, ktoś przyszedł.

14 Ich weiß nicht, wer das war, irgendwer ist da gekommen.

15 A więc ktoś z zewnątrz, nie ze szpitala?

16 Also jemand von außen, nicht vom Krankenhaus?

17 Z zewnątrz ktoś przyszedł, nie ze szpitala. Coś to było. To poprosił o historię choro-
18 by, z kimś tam byli. Ale to chyba chodziło z kolei o Pflegegeld czy o coś. Czy o coś
19 tam chodziło. Nie pamiętam, o co chodziło. To już zobaczył w centrum, przeczytał
20 coś tam z historii choroby i lekarz coś tam powiedział krótko i dopiero potem posze-
21 dł do pacjenta. To jest też co innego. Ale ze względu na brak czasu, to nikt nie ma
22 nas tak... . Ja nie wiem, nas to traktują tak o (pfeift) przeskakane o dalej jedzcie, jak
23 roboty. A dla mnie – to jest moje osobiste zdanie – to jest straszna odpowiedzialność.

24 Von außen ist jemand gekommen, nicht vom Spital. Da war irgendwas. Er hat dann
25 um die Krankengeschichte gebeten, die waren da mit irgendwem dort. Aber da ist es
26 glaube ich wiederum um Pflegegeld gegangen oder so etwas in der Art. Ich kann
27 mich nicht erinnern, um was es gegangen ist. Da hat er schon im Zentrum gesehen,
28 irgendwas in der Krankengeschichte gelesen und der Arzt hat kurz was dazu gesagt
29 und erst dann ist er zum Patienten gegangen. Das ist auch was anderes. Aber wegen
30 des Zeitmangels hat niemand für uns so Ich weiß nicht, uns behandelt man hier
31 so (pfeift) hopp, hopp und weiter geht's, wie Roboter. Aber für mich – das ist meine
32 persönliche Meinung – ist das eine enorme Verantwortung.

**33 A właśnie, jak pani przychodzi do pacjenta i ma pani tłumaczyć, to jak pacjent
34 reaguje zazwyczaj?**

**35 Und eben, wenn Sie zum Patienten kommen und dolmetschen sollen, wie reagiert
36 da normalerweise der Patient?**

1 Bardzo miło, że wreszcie rozumie coś. Jak normalni chorzy, tacy w miarę normalni,
2 jak jest jakiś (stary?) pacjent, to jest bardzo wdzięczny, ale to też nie jest sposób.
3 <Eigene Erfahrungen als Patientin> I w ogóle, to jeszcze zależy od choroby, jak po-
4 ważna jest choroba. Bo co innego, jak przy jakiejś tam grypie czy jakimś bardzo po-
5 ważnym zagrożeniu, gdzie chodzi o życie, to jest jeszcze inaczej. Ja może podchodzę
6 zbyt emocjonalnie, to też nie jest dobrze. <Bemerkung zu Krankheitserfahrungen im
7 eigenen Umfeld> I uważam to za bardzo, bardzo ważne, żeby tu jeszcze błędu nie
8 zrobić. Za bardzo ważne są różne ... gdzie ja mogę przeoczyć. Po prostu za odpo-
9 wiedzialne w moim Ja jestem za słaba jednak do medycznego tłumaczenia.

10 *Sehr freundlich, weil er endlich etwas versteht. Wenn das normale Kranke sind, so*
11 *mehr oder weniger normale, wenn das ein (alter?) Patient ist, dann ist er sehr dank-*
12 *bar, aber das ist auch keine Lösung. <Eigene Erfahrungen als Patientin> Und über-*
13 *haupt, das hängt auch von der Krankheit ab, wie ernst die Krankheit ist. Weil es*
14 *ganz was anderes ist, ob es irgendeine Grippe ist oder eine sehr ernste Gefährdung,*
15 *wo es ums Leben geht, dann ist das ganz anders. Ich gehe da vielleicht zu emotional*
16 *heran, das ist auch nicht gut. <Bemerkung zu Krankheitserfahrungen im eigenen*
17 *Umfeld> Und ich halte es für sehr, sehr wichtig, dass man hier keinen Fehler macht.*
18 *Da gibt es allzu wichtige verschiedene ... die ich übersehen kann. Das ist einfach zu*
19 *verantwortungsvoll in meinem Ich bin da nicht gut genug fürs medizinische Dol-*
20 *metschen.*

21 **Lekarze w takich sytuacjach, jak pani tłumaczy też dla nich, jak się zachowują**
22 **względem pani, czy są ... ?**

23 ***Die Ärzte, wenn Sie auch für sie dolmetschen, wie verhalten sie sich in solchen Si-***
24 ***tuationen Ihnen gegenüber, sind sie ... ?***

25

26 (U) Bardzo mili i wdzięczni, że w ogóle ktoś Bo zawsze to jest, wydaje mi się,
27 że chociaż troszeczkę jest potem, no wiesz Z tym że wydaje mi się, że ci połud-
28 niowcy właśnie oni są więcej tacy Bo ja wtedy jestem spięta, staram się skupić
29 na swoim. A i Polacy też i odpowiadają krótko, pytanie na pytanie.

30 *Sehr freundlich und dankbar, dass überhaupt jemand Weil das ist dann immer-*
31 *hin, glaube ich, wenigstens ein bisschen, weißt du... . Aber ich glaube, dass eben*
32 *diese Südländer, die sind da eher so Weil ich bin da angespannt, ich versuche*
33 *mich auf meine Aufgabe zu konzentrieren. Und auch die Polen antworten kurz, Fra-*
34 *ge für Frage.*

35 **Pacjenci?**

36 ***Die Patienten?***

37 Pacjenci. A np. Ja jako personel idę do mojego pacjenta i proste pytanie. Robię po
38 południu taka rundę i pytamy o stuhl. I Turcy, tureckiego nie znam, także tu nie mo-
39 gę nic kompletnie No i pytanie. Ktoś tam siedzi, mówi. I, „Haben Sie Stuhl ge-

1 habt oder nicht?" Nic nie rozumie, a więc pyta ten ktoś pyta, to mówię, żeby zapytał.
2 I tyle oni ze sobą rozmawiają i do mnie. I że wszystko tylko ma być pytanie, tak czy
3 nie. To zależy też od mentalności. Także jak jest taki tłumacz danego języka, to tłu-
4 macz danego języka nie studiuje mowy, mowy, tylko mowy, tylko on i historie i geo-
5 grafie i kulturę i podłoże i socjologie może troszkę, ma taki całościowy bild człowie-
6 ka, że to jest normalne, a ja mogę to wziąć za co innego. Ja wiedziałam, że to już tak
7 jest też, że u nich taka mentalność, że zanim ci odpowiedzą tak czy nie, to muszą ja
8 nie wiem ileś tematów Ale np. jak z pierwszej wersji, no to jest dziwne dla ta-
9 kich z mojego kraju. Bo ja znam z Polski. Dlaczego jest dobrze: Bo ja jestem Polką, i
10 znam mentalność, znam ten kraj, znam to podłoże.

11 *Die Patienten. Und z.B.: Ich als Personal gehe zu meinem Patienten und stelle eine*
12 *einfache Frage. Ich mache nachmittags so einen Rundgang und wir fragen nach dem*
13 *Stuhl. Und die Türken, ich verstehe kein Türkisch, also da kann ich überhaupt nichts*
14 *... . Ja und die Frage. Irgendjemand sitzt da und spricht. Und „Haben Sie Stuhl ge-*
15 *habt oder nicht?“. Er versteht nichts, also fragt derjenige, und ich sage, er soll fra-*
16 *gen. Und die reden dann so viel miteinander und wenden sich an mich. Dabei soll es*
17 *ja eine einfache Frage sein, ja oder nein. Das hängt auch von der Mentalität ab. Al-*
18 *so wenn es so einen Dolmetscher für eine gegebene Sprache gibt, dann studiert der*
19 *Dolmetscher der gegebenen Sprache nicht nur die Sprache, Sprache, nur die Spra-*
20 *che, sondern auch Geschichte und Geografie und Kultur und den Hintergrund und*
21 *vielleicht ein wenig Soziologie, er hat also ein ganzheitliches Menschenbild, dass*
22 *das normal ist. Ich kann das aber als etwas anderes deuten. Ich wusste, dass das*
23 *schon so ist, bei ihnen, so eine Mentalität, bevor sie dir ja oder nein antworten, müs-*
24 *sen sie was weiß ich wie viele Themen Aber z.B. so auf den ersten Blick ist das,*
25 *also für Leute aus meinem Land, seltsam. Weil ich kenne die Leute aus Polen.*
26 *Warum ist das gut: Weil ich Polin bin, ich kenne die Mentalität, ich kenne das Land,*
27 *ich kenne den Hintergrund.*

28 **To jest wtedy prościej?**

29 ***Das ist dann einfacher?***

30 Tak tak, Mentalität. tak jak teraz ja znam np. Austriaków, nie. Tak jak już Turków
31 poznaję trochę z zachowania z czasem. <Kommentar zur eigenen Enkulturation in
32 Österreich und dahingehenden Verhaltensänderungen, die bei Familienbesuchen in
33 Polen wahrgenommen werden>

34 *Ja, ja, die Mentalität. So wie ich jetzt z.B. die Österreicher kenne, nicht. So wie ich*
35 *jetzt mit der Zeit ein wenig die Türken kennen lerne, vom Verhalten her.*

36 **Powracając do lekarza. Czasami może się zdarzyć, że ... ?**

37 ***Nun zurück zum Arzt. Kommt es manchmal vor, dass ... ?***

38 Przepraszam. Jak się rozgaduję, to mi możesz powiedzieć.

1 *Entschuldige. Wenn ich zu viel rede, kannst du mir das sagen.*

2 **Ale nie ma sprawy, mnie to wszystko interesuje. Jeśli ...**

3 ***Kein Problem, mich interessiert das alles. Wenn ...***

4 (U) To może nie na temat.

5 *Das gehört vielleicht nicht zum Thema.*

6 **Nie ma rzeczy nie na temat (lacht). Jeśli lekarz albo pacjent za długo coś opo-**

7 **wiada czy mówi, to wtedy pani przystępuje go czy jakoś?**

8 ***Es gibt nichts, was nicht zum Thema gehört (lacht). Wenn der Arzt oder Patient et-***

9 ***was zu lange erzählt oder spricht, stoppen Sie ihn oder?***

10 Oni nie mówią długo.

11 *Sie reden nicht lange.*

12 **Nie?**

13 ***Nicht?***

14 Ja nie odebrałam tego.

15 *Das finde ich nicht.*

16 **A generalnie jakby pani opisała swoje zadanie, jeśli chodzi o tłumaczenie, co**

17 **wtedy jest pani zadaniem, o co tu chodzi dokładnie?**

18 ***Und wie würden Sie generell Ihre Aufgabe beschreiben, wenn es ums Dolmet-***

19 ***schen geht, was ist da Ihre Aufgabe, worum geht es dabei genau?***

20 No, żeby te wiadomości dla nich jak najbardziej, jak najwięcej powiedzieć. Z tym że

21 to nie zawsze się udaje. Ja mówię, jak tych mieszanych słowiańskich narodach ja coś

22 tam mogę pomóc, zależy w czym i do czego i zależy w jakich przypadkach. No w

23 polskim to najbardziej, no bo to w polskim idzie, nie, po polsku. Ale po tym rosyjsku

24 to też nie wszystko Ale nawet i po polsku Bo też jest co innego, jak przy-

25 chodzi ktoś i przedstawiają tłumacz, to nawet to inaczej działa na wszystkich.

26 *Ja, dass man ihnen diese Informationen möglichst gut, möglichst umfassend mitteilt.*

27 *Aber das gelingt nicht immer. Wie gesagt, bei diesen verschiedenen slawischen Völ-*

28 *kern kann ich ein bisschen behilflich sein, kommt drauf an um was es geht und*

29 *kommt drauf an in welchen Fällen. Ja, auf Polnisch geht das am besten, ja weil das*

30 *auf Polnisch geht, nicht, auf Polnisch. Aber auf Russisch geht auch nicht alles*

31 *Aber sogar auf Polnisch Es ist nämlich auch anders, wenn jemand kommt und er*

32 *wird als Dolmetscher vorgestellt, das wirkt sogar anders auf alle.*

1 Jeśli jest tłumacz?

2 *Wenn es ein Dolmetscher ist?*

3 Bo to jest ... zawód. Przychodzi ktoś, kto musi. A tak to on nie wie, no jakaś Polka
4 przyszła i coś mu .. tak jak z tymi pijakami.

*5 Weil das ... ein Beruf ist. Es kommt jemand, der kommen muss. Sonst weiß er nicht,
6 ja, irgendeine Polin ist gekommen, ihm irgendwas... so wie mit diesen Trinkern.*

7 Pani przedstawia się?

8 *Sie stellen sich vor?*

9 Ja się przedstawiam, z imienia. <Bemerkung zu Begegnung mit einem Patienten au-
10 ßerhalb des Spitals>

11 *Ich stelle mich mit meinem Vornamen vor.*

**12 A generalnie, teraz chodzi o pacjentów z Polski, czy oni próbują jakoś od pani
13 uzyskać może więcej solidarności, jakiegoś wsparcia, ponieważ są z Polski, czy
14 nie ma pani takiego odczucia?**

15 *Und generell, jetzt geht es um Patienten aus Polen, versuchen sie irgendwie von*

16 *Ihnen vielleicht mehr Solidarität, irgendeine Unterstützung zu erreichen, weil sie*

17 *aus Polen sind, oder haben sie diesen Eindruck nicht?*

18 Nieraz mam.

19 *Manchmal schon.*

20 Jak to się wtedy manifestuje powiedzmy, jak się wtedy odnoszą do pani?

**21 *Wie manifestiert sich das dann, sagen wir, wie verhalten sie sich dann Ihnen ge-
22 genüber?***

23 No nieraz to wręcz wprost ...

24 Also manchmal ist das geradezu ...

25 Na przykład?

26 *Zum Beispiel?*

27 Na przykład ... no chyba nie będę rozmawiała na ten temat.

28 *Zum Beispiel ... ja, ich glaube dazu sage ich nichts.*

29 Powiedzmy względem lekarzy, jeśli jest w tej sytuacji ... ?

30 *Sagen wir gegenüber den Ärzten, wenn in dieser Situation ... ?*

1 To już jest poza rozmową, przeważnie, to już nie dotyczy, to prywatnie. To jak tak
2 wyczują, że troszkę litości masz, to nie dobrze.

3 *Das ist schon außerhalb des Gesprächs, meistens, das hat nicht mehr damit zu tun,*
4 *das ist privat. Wenn sie da merken, dass du ein bisschen Mitleid hast, ist das nicht*
5 *gut.*

6 **Tak?**

7 **Ja?**

8 Nieraz się odezwie o, może taki przykład: Młody chłopak, to było przed Wielkanocą
9 czy przed Bożym Narodzeniem, przed samymi świętami. Taki pokorny. I ponoć było,
10 przywieźli go, no i że tam za coś siedział w więzieniu i nie wiem coś. No i wyszedł i
11 się napił, przywieźli. Ale taki pokorny był i poczciwy, taki że tylko patrzył i słuchał,
12 grzeczny, troszkę tam mówił, taki naprawdę... To tak mi trochę aż też (???), że jak te
13 Pflegeanamnezy z nim robiłam i tak mi mówił i taki był wdzięczny i dziękował po
14 polsku i taki ... że z tym, że to też psychologicznie tacy kłamią, to tak jak narkoma-
15 ni, że kłamią. Oni siebie bronią, z tym że ten mówił, że był w więzieniu, że ma
16 córkę, że no już pojedzie, że córkę i żonę ma w Polsce, że ... Tam go, nie pytałam go
17 nawet aż tak za bardzo czemu do tego więzienia. I sobie myślę, ja go bym tak spytała
18 a co u niego na święta, co tak lubi zjeść i w ogóle, myślę, tak byłam trochę jakiś tam
19 obiad, większą porcję dałam, myślę chyba mu coś przyniosę z domu, jak tak miałam
20 zapakować i myślę, jak będziemy to robić to przyniosę mu coś na święta, bo miałam
21 mieć dyżur w tę niedzielę, czy tam w poniedziałek świąteczny (???). A on pobył, tro-
22 chę doszedł do siebie, potem uciekł i się okazało, że tyle naopowiadał następnym,
23 którzy tam byli też pijacy, naopowiadał takich historii, że on tu kradł i w ogóle wsad-
24 zili go do więzienia, że wcale nie ma dzieci, że tutaj dopiero, ... bo coś mu w nogi
25 poszło i on w ogóle nie mógł chodzić. To też jestem tylko człowiekiem, że dałam się
26 ... Czy jakieś gazety przyniosę nieraz czy książki, zależy. Nieraz dla normalnych
27 ludzi. Ale to też traktuje jako chorobę i tego mi było żal wyjątkowo, tego młodego.
28 No ale to się okazało na nic, no bo był uzależniony i to jako choroba, nie? Ale to
29 myślę, ale to trzeba więcej tak jednak Abstand, służbowo, bo to też jest dobre, że nie
30 z oddziału przychodzisz, jesteś i tłumaczysz przykładowo. Że cię ciągle widzą. Tylko
31 lepiej, jak ktoś bez żadnych tych, myślę, tak służbowo A ja, że jestem, że znam,
32 to Vorteil, bo mogę tak no w codziennym normalnym ... to ułatwia sprawę. Dobrze
33 jest znać język, to jest bardzo dla wszystkich dobrze. Momentalnie się przestawić.
34 Ale jeżeli idzie o ważne takie sprawy, to uważam, że

35 *Häufig melden sie sich, ja, vielleicht so ein Beispiel: Ein junger Bursche, das war*
36 *vor Ostern oder vor Weihnachten, unmittelbar vor den Feiertagen. Der war so de-*
37 *mütig. Ja und angeblich war das, sie haben ihn hergebracht, ja er soll aus irgendei-*
38 *nem Grund gesessen haben im Gefängnis, ich weiß nicht warum. Ja und er ist frei*
39 *gekommen, hat getrunken, ist eingeliefert worden. Aber der war so demütig und so*
40 *gutmütig, der hat nur so geschaut und zugehört, freundlich, ein bisschen hat er ge-*
41 *sprochen, also wirklich so ein... Da war es mir fast schon (???), als ich die Pfl-*

1 geanamnese mit ihm gemacht habe, da hat er mir gesagt, er war so dankbar und hat
2 sich auf Polnisch bedankt und so ... weil das, auch psychologisch, solche Typen lü-
3 gen, so wie die Drogensüchtigen, die lügen. Die verteidigen sich. Nur dass der ge-
4 sagt hat, dass er im Gefängnis war, dass er eine Tochter hat, dass er hinfahren wird,
5 dass er eine Tochter und eine Ehefrau in Polen hat, dass ... Ich habe nicht einmal
6 genauer nachgefragt, warum er ins Gefängnis musste. Und ich denke mir, ich könnte
7 ihn so fragen, was er an den Feiertagen, was er denn gerne isst und überhaupt, ich
8 habe mir gedacht, ich war da, ich habe ihm eine größere Portion Mittagessen gege-
9 ben. Ich dachte mir, vielleicht werde ich ihm etwas von zu Hause mitbringen, als ich
10 das eingepackt habe und ich dachte mir, wenn wir etwas machen werden, dann wer-
11 de ich ihm etwas mitbringen für die Feiertage, weil ich Dienst haben sollte an die-
12 sem Sonntag oder Ostermontag (???). Und er ist ein bisschen geblieben, ist zu sich
13 gekommen, dann ist er weggelaufen und dann hat sich herausgestellt, dass er den
14 anderen Trinkern, die auch dort waren, solche Geschichten erzählt hat, dass er hier
15 gestohlen hatte und überhaupt, dass sie ihn ins Gefängnis gesteckt haben, dass er
16 gar keine Kinder hat, dass er erst hier ...weil er irgendwas mit den Beinen hatte und
17 er konnte überhaupt nicht mehr gehen. Ich bin auch nur ein Mensch, dass ich mich
18 da ... Oder ich bringe Zeitungen oder Bücher mit, kommt drauf an. Oft für normale
19 Leute. Aber damit gehe ich auch um, wie mit einer Krankheit und der junge Bursche,
20 der hat mir besonders Leid getan. Ja, aber das war alles umsonst, na ja weil er ab-
21 hängig war und das ist eine Krankheit, nicht? Aber ich denke, da braucht man schon
22 mehr Abstand, beruflich, weil es auch gut ist, dass du nicht von der Station kommst.
23 Du bist da und dolmetscht beispielsweise. Sie sehen dich immer. Es ist aber besser,
24 wenn jemand ohne diese, denke ich, so beruflich Aber dass ich da bin, dass ich
25 verstehe, das ist ein Vorteil, weil ich kann so in alltäglichen normalen Dingen ...das
26 macht die Sache einfacher. Es ist gut, wenn man eine Sprache versteht, das ist für al-
27 le sehr gut. Sich augenblicklich umstellen zu können. Aber wenn es um wichtige Din-
28 ge geht, da denke ich, dass ...

29 **Więc generalnie pani powiedzialaby, że to jest pozytywne, że pielęgniarki czy też**
30 **inny personel może się porozumieć w innym języku z pacjentem i lepiej żeby**
31 **one tłumaczyły?**

32 **Würden Sie also generell sagen, dass es positiv ist, dass Krankenschwestern oder**
33 **auch anderes Personal sich mit den Patienten in einer anderen Sprache verständi-**
34 **gen kann und dass sie lieber dolmetschen sollten?**

35 Nie, ja to uważam za bardzo negatywne.

36 Nein, ich halte das für sehr negativ.

37 **Z jakiego powodu?**

38 **Aus welchem Grund?**

39 Z różnych powodów. Że i pielęgniarka ma problem, i w ogóle, bo jest co innego,
40 jeżeli lekarz zna angielski, bezpośrednio, bez osoby trzeciej, to jest w ogóle co inne-

1 go. Ale ja, gdzie, uważam to za negatywne. Bo i stoi wizyta, moja praca stoi, obojęt-
2 ne, jak przychodzę na inny oddział też, a potem jak jestem ... nie, nie uważam. Jest
3 co innego, jeżeli ja mogę, to ja sobie mogę pokierować. Że jak jest Polak, ja go
4 znam. Jak on mi nie odpowiada czy coś, to ja nie muszę z nim rozmawiać nawet, tyl-
5 ko służbowo. A tak jak już tłumaczę, no to tak troszkę jakoś no spada na mnie, a nie
6 jestem tłumaczem, nie? Ja uważam, że powinni być tłumacze.

7 *Aus verschiedenen Gründen. Weil die Krankenschwester ein Problem hat und über-*
8 *haupt, weil es anders ist, wenn der Arzt Englisch spricht, direkt, ohne eine dritte Per-*
9 *son, das ist überhaupt anders. Aber ich, wo denn, ich halte das für negativ. Weil die*
10 *Visite liegen bleibt, meine Arbeit bleibt liegen, egal, auch wenn ich auf eine andere*
11 *Station gehe, und nachher, wenn ich ... nein, nein finde ich nicht. Es ist anders, wenn*
12 *ich mir das selbst einrichten kann. Dass wenn ein Pole da ist, ich ihn kenne. Wenn er*
13 *mir nicht passt oder so, dann muss ich nicht einmal mit ihm reden, nur rein beruf-*
14 *lich. Aber so, wenn ich schon Dolmetsche, na dann fällt das irgendwie auf mich, da-*
15 *bei bin ich kein Dolmetscher, nicht? Ich finde, es sollten Dolmetscher da sein.*

16 **A czy czasami lekarze wymagają od pani czegoś więcej, niż tylko przetłumaczyć**
17 **coś szczególnego, co teraz oni mówią, np. żeby wytłumaczyć im też co innego,**
18 **np. jakiego przebiegi?**

19 *Verlangen Ärzte manchmal etwas mehr von Ihnen als nur etwas Bestimmtes zu*
20 *dolmetschen, was sie gerade sagen, z.B. dass Sie ihnen auch etwas anderes erklä-*
21 *ren, z.B. irgendwelche Untersuchungen?*

22 No oczywiście. To jest bardzo przykre, jak ja nie wiem, czy pacjent dobrze zrozumi-
23 ał, nawet operacja na czym przebiegała. Czy jak było z tymi wynikami. Ja mówię, ja
24 tego, to ja nie będę, ja mówię, mogę powiedzieć tylko, że Ale to proszę tłumac-
25 zy, bo ja nie mogę wziąć takiej odpowiedzialności. Ja za wyniki nie biorę odpowiedzial-
26 ności, co w nich pisze, to jest za poważna sprawa. Ja mogę tyle na bieżąco, żeby
27 pomogło, żeby pomoc dla pacjenta, bo to jest dringend. Ale, że takie potem ważniejs-
28 ze, to nie.

29 *Ja selbstverständlich. Das ist sehr unangenehm, wenn ich nicht weiß, ob der Patient*
30 *das richtig verstanden hat, nicht einmal worum es bei dem Eingriff gegangen ist.*
31 *Oder wie damals mit den Befunden. Da sage ich, das, das werde ich nicht tun, ich*
32 *kann nur sagen, dass Aber da gehören Dolmetscher her, weil ich so eine Verant-*
33 *wortung nicht übernehmen kann. Ich übernehme keine Verantwortung für Befunde,*
34 *was drin steht, das ist eine zu ernste Angelegenheit. Ich kann nur laufend etwas hel-*
35 *fen, dem Patienten helfen, weil es dringend ist. Aber so etwas Wichtigeres, das nicht.*

36 **Okay. Czy jest coś, co się pani podoba, kiedy pani tłumaczy?**

37 **Okay. Gibt es etwas, das Ihnen gefällt, wenn sie dolmetschen?**

1 No podoba mi się. No bo jak widzę, że komuś pomogę, to wdzięczność, mimo
2 wszystko widzę. Bo nigdy nie zapomnę swoich początków, jak było. Jak usłyszałam,
3 jakby ktośkolwiek się odezwał. To w ogóle jest co innego. I że coś zrozumie więcej,
4 bo to na pewno jest ulga.

5 *Ja, es gefällt mir. Ja, wenn ich sehe, dass ich jemandem geholfen habe, da sehe ich
6 trotz allem die Dankbarkeit. Denn ich werde meine Anfänge nie vergessen, wie das
7 war. Wenn ich gehört habe, dass irgendjemand etwas gesagt hat. Das ist überhaupt
8 anders. Und dass sie etwas mehr verstehen, das ist sicherlich eine Erleichterung.*

9 **A czy ze strony szpitala pani uzyskała jakieś informacje na temat tłumaczenia i
10 jak pani ma się zachować?**

11 ***Haben Sie vonseiten des Spitals irgendwelche Informationen erhalten zum Thema
12 Dolmetschen und wie sie sich verhalten sollen?***

13 Zero, null. Ja osobiście null. Właśnie to też takie troszkę No jak mogę tłumac-
14 zyc? Myśmy nawet potem między sobą ... no jak to mogli wyniki tłumaczyć czy coś
15 takiego. To takiej odpowiedzialności, to nie będę się Czy coś gdzieś podpiszę ja,
16 i potem co. Dobrze, jak dobrze, ale jak coś, to zaczną

17 *Nichts, null. Ich persönlich nichts. Das ist auch so ein bisschen Ja, wie soll ich
18 dolmetschen? Wir haben sogar nachher untereinander ... ja wie konnten die nur die
19 Befunde übersetzen oder so was. Also so eine Verantwortung werde ich nicht
20 Oder ich unterschreibe irgendwo etwas, und was dann. Solange es gut geht, ist es
21 gut, aber falls etwas ist, dann fangen sie an*

22 **A więc czasami między sobą rozmawiacie o takich sprawach?**

23 ***Also sie sprechen manchmal untereinander über diese Angelegenheiten?***

24 No to było tak, ale to rzadko. Ale to chyba przy tych wynikach, to była rozmowa, nie
25 pamiętam już z kimś tam była ta rozmowa.

26 *Ja, haben wir, aber selten. Das war glaube ich nur bei diesen Befunden, das war ein
27 Gespräch, ich weiß nicht mehr mit wem dieses Gespräch war.*

28 **A tak generalnie, to lekarze, to mówiła pani, że wdzięczni. Czy ze strony innych
29 czy też pani dostaje jakiś pozytywny feedback? A więc czy są zadowoleni z tego,
30 że pani tłumaczy?**

31 ***Und generell, Sie sagten, dass Ärzte dankbar sind. Bekommen Sie auch von ande-
32 ren irgendein positives Feedback? Also, sind sie zufrieden, wenn Sie dolmetschen?***

33 Mi się wydaje, że chyba tak. Ja to odebrałam pozytywnie. Bo ja wiem. Jak np. było,
34 do tych Turków, nie mamy, tu gdzie w ogóle nic, czy Węgier np. jak się nie rozumie,

1 czy Turek czy nawet tak jak w tym języku z Indii są, to przecież jest okropne. Jak
2 żeśmy czekali nawet, czy nieraz żeby ktoś przyszedł z skądkolwiek, bo jak ktoś nam
3 się wydierał ...to była wtedy jakaś matka jakiejś pielęgniarki z Indii. I się wyd-
4 zierała i w ogóle, no przecież nie wiesz, co zrobić, no aż naprawdę żal, i nie wiesz,
5 co z nią. A ona wyje, piszczy, to normalnie jest strach. Widać, że kompletnie ... No
6 nie wiesz, ja myślę, Boże, żeby z nią kontakt, nie masz w ogóle nie wiesz co. No, jak
7 ja dotknąć, co z nią zrobić, no. To jest okropna, dla mnie. Bo jak np. wiem, znajdem
8 dojdzie, wiem, że to jest tam coś jej, bo ...O było np. przychodziła, mieliśmy taka ...
9 ona cyganka jugosłowiańska, to nie wiem z jakiego narodu. No i babka trochę i
10 skleroza i cukierkrank i to i nogę do amputacji miała i straszny ból i potem miała
11 Durchfall, bo to było ten ten. No ona wyła, nie dała, drapała i w ogóle takie cuda, cu-
12 dawianki, ale ona też się bała i miała ból straszny i nie rozumiała. Piękna musiała
13 być kiedyś kobieta. I jak ta przychodziła potem, ci co z nią, ta schwiegertochter Aus-
14 triaczka, to się nauczyła tak pięknie. To jak ona z nią rozmawiała, mama, mama w
15 ogóle, to ona tam normalnie. Zdarzyło się tak, że jak małe dziecko nie chciała tam,
16 czy wypluwać, ale w miarę normalnie. A tak to na tym łóżko, zamknięta z drugiej
17 strony, co ona robi. Drabinki z dwóch stron, pielucha z tego, tam gdzieś ja tego, no
18 to co miała zrobić? Ja, ja to nie mogę, ja to wtedy nie mogę, no.

19 *Ich glaube schon. Ich habe das positiv aufgefasst. Was weiß ich. Z.B. für die Türken,*
20 *da haben wir überhaupt niemanden, oder Ungarn z.B., wenn man sie nicht versteht*
21 *oder ein Türke, wir haben niemanden ... oder sogar wenn Leute mit der indischen*
22 *Sprache, das ist ja furchtbar. Wir haben da manchmal sogar darauf gewartet, dass*
23 *irgendwer egal woher kommt, weil wenn jemand bei uns herum geschrien hat ... das*
24 *war damals eine Mutter von irgendeiner Krankenschwester aus Indien. Und die hat*
25 *so geschrien und überhaupt. Ja und du weißt nicht, was du tun sollst, also das tut dir*
26 *wirklich Leid, und du weißt nicht, was mit ihr los ist. Und sie brüllt, jammert, das ist*
27 *fürchterlich. Man sieht, dass das total ... ja du weißt nicht, ich denke, Gott, wenn nur*
28 *irgendein Kontakt, du hast überhaupt keinen, du weißt nicht, was, ja, wie du sie an-*
29 *fassen sollst, was du mit ihr machen sollst. Das ist für mich schrecklich. Weil wenn*
30 *ich z.B. weiß, einen Zugang finde, wenn ich weiß, sie hat da was, weil ... Da war z.B.*
31 *es kam eine, wir hatten eine jugoslawische Zigeunerin, ich weiß nicht welcher Natio-*
32 *nalität, ja und die Frau hatte ein bisschen Sklerose und war zuckerkrank und hatte*
33 *ein Bein zum Amputieren, sie hatte schreckliche Schmerzen und dann Durchfall, weil*
34 *das war ... Ja und sie hat gebrüllt, sie hat sich nicht anfassen lassen, hat gekratzt*
35 *und hat sich aufgeführt, aber sie hat auch Angst gehabt und hatte schreckliche*
36 *Schmerzen und hat nicht verstanden. Das musste früher eine wunderschöne Frau ge-*
37 *wesen sein. Und als dann nachher die Schwiegertochter, die Österreicherin gekom-*
38 *men ist, da hat sie dann wunderbar gelernt. Wenn sie dann mit ihr gesprochen hat,*
39 *Mama, Mama, und überhaupt, da war sie normal. Es ist vorgekommen, dass sie wie*
40 *ein kleines Kind irgendwas nicht wollte, es ausgespuckt hat, aber das war dann mehr*
41 *oder weniger normal. Und sonst, in diesem Bett, von der anderen Seite eingesperrt,*
42 *auf beiden Seiten die Gitter, da die Windel, da komme ich daher, ja was hätte sie da*
43 *tun sollen? Ich, ich kann das nicht, ich kann da nicht, ja.*

1 W takich wypadkach to tylko rodzina, przez rodzinę można mieć kontakt do
2 tych pacjentów?

3 *In solchen Fällen kann nur die Familie, kann man den Kontakt zu den Patienten
4 nur durch die Familie haben?*

5 Ale nie żeby tak no żeby rozumiała nas, np. to ja mówię, żeby nie ruszała tak tej rany
6 nie wydzierała, bo to było z Vakuumsystem i w ogóle, żeby zostawić, to jak szło jej
7 tam powiedziec, ona miała klare Moment, to już było inaczej. Jak choć troszeczkę
8 boli, boli, to mówiła gdzie boli, mama ta, jak troszeczkę chociaż był ten kontakt, to
9 już w ogóle było inaczej do pracy. A jak z ta, co w ogóle nie było z ta, to była Indyj-
10 ka wtedy, Boże myślę, no zal mi tej kobiety, bo wyje, no ale nie wiesz, no nic nie
11 zrobisz, nic nie wiesz, a nie pasuje tak, bo ani jedzenie. Teraz już Essen auf Rädern
12 zamawiać i w ogóle, nic, nie masz dojścia w żadną stronę, no.

13 *Also nein, damit sie uns versteht, da sage ich, dass sie die Wunde nicht anfassen,
14 nicht aufreißen soll, das war mit dem Vakuumsystem, dass sie das in Ruhe lassen
15 soll, das konnte man ihr in klaren Momenten sagen, das war dann schon anders.
16 Auch wenn sie die geringsten Schmerzen hatte, da hat sie gesagt wo es weh tut, diese
17 Mutter, wenn zumindest ein bisschen ein Kontakt da war, das konnte man ganz an-
18 ders arbeiten. Aber die Inderin, zu der überhaupt kein ... Gott, denke ich, na die
19 Frau tut mir Leid, weil sie brüllt, ja aber du weißt nicht, ja du kannst nichts tun, du
20 weißt nichts, und das passt nicht, weil nicht einmal das Essen, jetzt wird das Essen
21 auf Rädern bestellt und überhaupt, nichts, du hast keinen Zugang, in keine Richtung.*

22 W takiej sytuacji nie ma możliwości zadzwonić do kogoś jak się trzeba dogadać
23 z takim pacjentem?

24 *In so einer Situation, gibt es da keine Möglichkeit, jemanden anzurufen, wenn
25 man sich mit so einem Patienten verständigen muss?*

26 No to ja mówię, no to tak czekamy nieraz, ale to jest takie przykre, żeby było jednak,
27 żeby no jakiś, dzień i noc, żeby był w jakiś tych językach, żeby był ten tłumacz, mi
28 się wydaje. Jak nie, to chociaż na zmianę. To z każdego języka takiego bloku jest, tak
29 jak ja mówię, że ja chociaż troszkę, nie? To na dyżurze powinien być jeden, czyli pa-
30 ru. Ja mowie już o takich większych szpitalach, jak te duże kliniki czy coś, to żeby
31 ściągnąć. Bo tak jak ja, wtedy, ja mogę przynajmniej w spokoju coś tam na początku
32 się zorientować w tych, w pokrewnej grupie językowej, nie? No

33 *Na wie gesagt, ja wir warten manchmal, aber das ist so traurig, wenn es wenigstens
34 etwas gäbe, ja rund um die Uhr; wenn es in irgendwelchen Sprachen, wenn es einen
35 Dolmetscher gäbe, finde ich, andernfalls wenigstens im Schichtdienst. Da ist aus je-
36 der Sprache einer Sprachfamilie einer da, so wie ich, ich spreche wenigsten ein biss-
37 chen, nicht? Da sollte im Dienst einer oder mehrere da sein. Ich spreche da schon
38 von größeren Spitälern, wie die großen Kliniken oder so, da sollte man sie von dort
39 holen können. Weil so wie ich da, ich kann wenigstens in Ruhe irgendwas am Anfang
40 in Erfahrung bringen, in einer verwandten Sprachfamilie, nicht. Ja.*

1 **A czy byłaby pani zainteresowana, jeśli by była możliwość takiej Fortbildung**
2 **dla tłumaczy w szpitalu? Czy interesowałoby to panią?**
3 *Und wären Sie interessiert, wenn es die Möglichkeit einer Fortbildung für Dolmet-*
4 *scher im Krankenhaus gäbe? Würde Sie das interessieren?*

5 Na pewno, bo to ułatwia pracę.
6 *Sicher, weil das die Arbeit erleichtert.*

7 **Czego by się chciała pani nauczyć na takiej Fortbildung?**
8 **Was würden Sie bei so einer Fortbildung lernen wollen?**

9 Na takim Fortbildung? No to więcej fachowych takich określeń, w danym języku,
10 jak np. z Rosyjskiego, co mi brakuje.

11 *Bei so einer Fortbildung? Also mehr so fachliche Bezeichnungen in der gegebenen*
12 *Sprache, wie z.B. auf Russisch, was mir abgeht.*

13 **A więc tylko ... ?**
14 **Also nur ... ?**

15 (U) Troszkę mentalności też trochę, w ogóle też kultury z danych krajów. Do tego ję-
16 zyka też troszkę i tło, troszkę psychologii takiej, takich rzeczy.

17 *Auch ein wenig Mentalität, überhaupt auch die Kultur aus den gegebenen Ländern.*
18 *Zusätzlich zur Sprache auch ein bisschen die Hintergründe, ein bisschen so eine Psy-*
19 *chologie, solche Dinge.*

20 **Psychologi w sensie ... ?**
21 **Psychologie im Sinn von ... ?**

22 Człowieka, ale potem psychologi, socjologii troszkę takiego, no środowiska, no men-
23 talności troszkę, no kultury. Bo jak miałam np. o, bo to też są różne. Robiłam Fortbil-
24 dung, to było Sterbeseminar i jak się zachowują różnie w tych narodach, Grecy, Tur-
25 cy i w ogóle. To był wspaniały Fortbildung.

26 *Des Menschen, dann Psychologie, Soziologie, ein bisschen von dem Umfeld, ja Men-*
27 *talität, Kultur. Ich hatte nämlich eine - da gibt es z.B. verschiedene Fortbildungen,*
28 *das war ein Sterbeseminar. Wie unterschiedlich sich diese Völker verhalten, Grie-*
29 *chen, Türken und überhaupt. Das war eine großartige Fortbildung.*

30 **Jaka to była Fortbildung?**
31 **Was war das für eine Fortbildung?**

1 Geburt und Sterben.

2 I to też były takie różne tematy kulturalne?

3 Und das waren auch so verschiedene kulturelle Themen?

4 Jak ważna jest kultura. Jak im łatwiej, jak te wszystkie Trauerarbeit i wszystko i
5 wszystko i tak jak potem było Geburt. Jak się dziecko martwe urodzi czy jak się po-
6 roni, jak to wygląda. Opowiesci dziewczyn były. Niesamowite było, raz byłam na ta-
7 kim seminarium, ze prowadziła ta babka tak, że naprawdę dużo to pomogło.

8 *Wie wichtig die Kultur ist. Wie es ihnen leichter fällt, die ganze Trauerarbeit und al-*
9 *les. Und so wie das dann mir der Geburt war. Wie schaut das aus, wenn es eine Tot-*
10 *geburt oder eine Fehlgeburt ist. Die Kolleginnen haben erzählt. Das war unglaub-*
11 *lich, ein Mal war ich in so einem Seminar, das hat die Frau so geleitet, dass es sehr*
12 *hilfreich war.*

13 To było raz coś takiego czy częściej?

14 Das war einmalig so etwas oder häufiger?

15 Nie ja to była tak akurat więcej, ja bardzo lubiłam chodzić, ja lubiłam na takie psy-
16 chologiczne więcej chodzić, bo to dużo pomaga.

17 *Nein, also ich habe das öfter gemacht, ich bin da sehr gerne in solche eher psycholo-*
18 *gischen gegangen, weil das sehr hilfreich ist.*

**19 Czy może jeszcze coś by pani chciała powiedzieć na ten temat? Bo w sumie moje
20 pytania już mam.**

**21 Möchten Sie vielleicht noch etwas zu diesem Thema sagen? Mit meinen Fragen
22 wäre ich schon fertig.**

23 Ja tylko uważam, że tłumacze są potrzebni, bo jednak troszeczkę Bo nawet jak
24 widzę, jak my jesteśmy schwesty na oddziale ... to od schwesty, to wszystko
25 można ... (???) i w ogóle. A jak już przychodzi fizykoterapeutka, to już jest trochę in-
26 aczej. I jest troszeczkę inaczej.

27 *Ich finde nur, dass Dolmetscher notwendig sind, weil es immerhin ein bisschen*
28 *Weil auch wenn ich sehe, wie wir Schwestern auf der Station ... also von der Schwes-*
29 *ter kann man alles ... (???) und überhaupt. Aber wenn die Physiotherapeutin kommt,*
30 *dann ist das schon ein bisschen anders. Und es ist ein bisschen anders.*

31 Pacjent, podejście do ... ?

32 Der Patient, der Umgang mit ... ?

1 (U) Tak. Nawet pacjent inaczej ... Że nie można z pacjentem tez się spoufalać, nie
2 można. Ja nienawidzę, jak tam mówią „Mama” „Oma”, czy tam na ty jąda, a pacjent-
3 ka do siostry na ty. Mnie się to nie podoba. Powinien być troszeczkę jednak musi być
4 tego dystansu. Dlatego mówię, że jak do szpitala np. to dobrze jak są dwie osoby. Że
5 rodzina jest potrzebna, jak dziecko czy coś. To matka, która kocha, która przytula.
6 Ale wtedy trzeba wywalić, jak trzeba zrobić opatrunki, jak trzeba coś zrobić. Dlacze-
7 go ojciec syna nie operuje, czy syn ojca? No, bo emocje, nie?

8 *Ja. Sogar der Patient ist anders Man kann nämlich auch nicht mit dem Patienten*
9 *vertraulich werden, das kann man nicht. Ich hasse es, wenn sie dort „Mama“,*
10 *„Oma“ sagen oder sonst duzen, und die Patientin die Schwester duzt. Mir gefällt das*
11 *nicht. Es sollte trotzdem ein bisschen dieser Abstand da sein. Darum sage ich, dass*
12 *es im Spital z.B gut ist, wenn es zwei Personen gibt. Dass die Familie notwendig ist,*
13 *wenn es um ein Kind geht oder so. Eine Mutter, die es lieb hat und umarmt. Aber*
14 *wenn es so weit ist, dann muss man sie hinauswerfen, wenn man den Verband wech-*
15 *seln muss, wenn etwas getan werden muss. Warum operiert der Vater nicht den Sohn*
16 *oder der Sohn den Vater? Na, wegen der Emotionen, nicht?*

17 **No to dziękuję bardzo za wywiad.**

18 ***Na dann danke ich vielmals für das Interview.***

Interview Nr. 6

(Dauer ca. 34 Min.)

1 **Czy często się zdarza, że musi pani dla kogoś tłumaczyć w szpitalu?**

2 **Kommt es oft vor, dass sie für jemanden im Spital dolmetschen müssen?**

3 To znaczy, czy często, może nie często. Jednak Polacy, którzy tu do nas przychodzą,
4 to troszeczkę tam gdzieś liźnęli tego języka. A po drugie do nas przychodzi często
5 dużo pijaków. Także w sumie, ci pijacy wiedzą swoje przepisy, co im się należy, jak
6 im się należy. No i nieraz np. taka ciekawa sytuacja miesiąc temu czy dwa miesiące
7 temu. W nocy przyjęliśmy Polaka, znaczy nazwisko, imię polskie, ale coś tam podał.
8 A więc ja podchodzę do niego i pytam się, czy on mówi po polsku. A on do mnie
9 mówi po angielsku. Ja mówię, o kurcze, ja nie umiem angielskiego. Przysyłam ko-
10 leżankę, która troszeczkę lepiej się w angielskim Oczywiście ja się nie uczyłam.
11 Ale zachodzę później do niego, a on mi po polsku coś odpowiada. Ja mówię: „Chwi-
12 leczkę, mówi pan po polsku, czy nie mówi pan?” „Tak”. „To dlaczego pan z samego
13 początku ze mną nie rozmawia?”, pytam się go. Bo, on mi mówi, on był osiem lat w
14 Anglii. Ja odpowiadam: „Mnie to nie interesuje”. I znowu po angielsku zaczyna coś
15 do mnie mówić. Ja mówię: „Albo mówi pan naszą ojczystą mową, po polsku, albo
16 proszę po niemiecku”. A on po angielsku. Ja mówię: „Nie rozumiem.” To są w ogóle
17 tacy wiesz, troszeczkę, pijacy to są takie przemądrzałe typy. Więc dałam mu dwa zet-
18 telki do podpisania, które muszą pacjenci podpisać, albo powinni podpisać. A on mi
19 pisze taki elaborat, list, ja mówię, że „Pan tylko ma podpisać.” Ja mówię, „To jest po
20 prostu, że nie oddaje tam pan do depozytu rzeczy, bo nie ma pan”. A to te przy przy-
21 jęciu co lekarz potrzebuje. A on pisze, że pielęgniarki pracujące na dyżurze nie umie-
22 ją po angielsku. Ja mówię: „Wie pan co ...” Dlatego mówię, to są osoby, którym wy-
23 daje się Ale tak typowo, to tylko właśnie pijacy przychodzą, którym trzeba było
24 tłumaczyć.

25 *Also, wie oft, vielleicht nicht so oft. Weil die Polen, die zu uns kommen, die haben die*
26 *Sprache schon irgendwo ein bisschen aufgeschnappt. Und zweitens kommen zu uns*
27 *oft viele Trinker. Also alles in allem kennen diese Trinker ihre Rechte, auf was sie in-*
28 *wiefern Anspruch haben. Ja und manchmal, z.B. eine interessante Situation vor ei-*
29 *nem oder zwei Monaten. In der Nacht haben wir einen Polen aufgenommen, das*
30 *heißt polnischer Nachname, Vorname, aber irgendwas hat er dort angegeben. Also*
31 *gehe ich zu ihm und frage, ob er Polnisch spricht. Aber er spricht mit mir auf Eng-*
32 *lisch. Ich sage, verflüxt, ich kann kein Englisch. Ich schicke eine Kollegin hin, die ein*
33 *bisschen besser Englisch ... ich habe natürlich kein Englisch gelernt. Aber später*
34 *schaue ich bei ihm vorbei und er antwortet mir irgendwas auf Polnisch. Ich sage:*
35 *„Moment! Sprechen Sie jetzt Polnisch oder nicht?“ „Ja.“ „Warum haben Sie dann*
36 *nicht gleich von Anfang an mit mir gesprochen?“ frage ich ihn. Weil er, sagt er, er*
37 *war acht Jahre in England. Ich antworte: „Mich interessiert das nicht“. Und wieder*
38 *fängt er an, mir irgendwas auf Englisch zu erzählen. Ich sage: „Entweder Sie spre-*
39 *chen in unserer Muttersprache, auf Polnisch, oder auf Deutsch, bitte“. Er aber auf*
40 *Englisch. Ich sage: „Ich verstehe nicht“. Das sind überhaupt solche, weißt du, ein*

1 *bisschen, die Trinker, das sind solche Besserwisser. Also habe ich ihm zwei Zettel*
2 *zum Unterschreiben gegeben, die die Patienten unterschreiben müssen oder sollten.*
3 *Und er schreibt mir so einen Aufsatz, einen Brief. Ich sage: „Sie sollen bloß unter-*
4 *schreiben“.* Ich sage: „Das ist einfach, dass Sie da keine Sachen zur Aufbewahrung
5 abgeben, weil Sie nichts haben.“ Das ist eben das, was der Arzt bei der Aufnahme
6 benötigt. Und er schreibt, dass die diensthabenden Krankenschwestern kein Englisch
7 können. Ich sage: „Wissen Sie was ...“ Darum sage ich, das sind Personen, die bil-
8 den sich ein Aber so typischerweise musste man nur für die Trinker, die kommen,
9 dolmetschen.

10 **A zdążyło się pani dla innych języków, na rosyjski coś tam ...?**

11 ***Und ist es vorgekommen, dass Sie in andere Sprachen, auf Russisch irgendwas...?***

12 (U) Tak, była kilka razy, to znaczy były osoby z byłego związku radzieckiego, w tej
13 chwili tam z Rosji, nie. Ale ja, trudno mi jest odpowiedzieć, ja rozumiem, co pacjent
14 chce, ale po rosyjsku tak troszeczkę później, to człowiekowi wpada. Ja już [...] lat nie
15 rozmawiałam po rosyjsku. Także rozumieć rozumiem, ale odpowiedzieć to mi jest
16 trudno.

17 *Ja, ein paar mal, das heißt es waren Personen aus der ehemaligen Sowjetunion, jetzt*
18 *aus Russland, nicht. Aber ich, mir fällt es schwer zu antworten, ich verstehe, was der*
19 *Patient will, aber auf Russisch fällt es einem erst ein bisschen später ein. Ich habe*
20 *schon seit [...] Jahren kein Russisch gesprochen. Also verstehen kann ich sie schon,*
21 *aber antworten, das fällt mir schwer.*

22 **Pamięta pani, jak to w ogóle do tego doszło, że panią zawołali po raz pierwszy**
23 **tam do tłumaczenia? Jak to było?**

24 ***Können Sie sich erinnern, wie es dazu gekommen ist, dass man Sie erstmals zum***
25 ***Dolmetschen gerufen hat? Wie war das?***

26 To znaczy, czy pamiętam, znaczy w ogóle przy przyjęciu wiem, że w personalstelle
27 mają nasz kraj, skąd pochodzimy. I kiedyś, kilka czy kilkanaście lat temu, na każdy
28 oddział przyszły listy. I tam właśnie byłam ja jako dolmetscher polsko-niemiecki
29 (lacht). Śmiałam się, bo ja mówię, to jako drugi zawód, no to (lacht). No, ale w su-
30 mie, tak jako takiego to nie. Tylko że jednak się pracuje, więc tu się operuje tym ję-
31 zykiem niemieckim. A polski, wiadomo, że też mogę.

32 *Also, ob ich mich erinnern kann, also generell bei einer Aufnahme weiß ich, dass sie*
33 *in der Personalstelle unser Herkunftsland haben. Und irgendwann einmal vor ein*
34 *paar Jahren oder vor mehr als zehn Jahren kamen auf jede Station Listen. Und dort*
35 *war eben ich als Polnisch-Dolmetscherin (lacht). Ich habe gelacht, weil ich sage,*
36 *das ist wie ein zweiter Beruf, so was (lacht). Ja, aber im Großen und Ganzen, so et-*
37 *was in der Art war es nicht. Nur man arbeitet eben hier, also man verwendet hier die*
38 *deutsche Sprache. Und Polnisch, kann ich klarerweise auch.*

1 **To jak pani była na tej liście, to jakoś ktoś się pani pytał, czy pani jest do dyspo-**
2 **zycji, żeby tam tłumaczyć czy po prostu wpisali imię?**
3 *Als Sie dann auf der Liste waren, hat Sie da jemand gefragt, ob Sie zur Verfügung*
4 *stehen, um zu dolmetschen oder haben sie einfach den Namen eingetragen?*

5 To znaczy, myśmy dostały automatycznie listę chyba na każdy oddział, wiesz. Także
6 byłyśmy trochę, w sumie, czy trochę zdziwione, nie zdziwione, no doszłyśmy do
7 wniosku, no ha. Z każdego kraju np. z byłego związku radzieckiego też były np., tam
8 z Bułgarii np. też znam taką pielęgniarkę, która tu pracuje, ona też była na tej liście
9 jako bułgarsko-niemiecki tłumacz. Także nikt osobiście się Personal z nami się
10 nie kontaktował czy chcemy czy nie, tylko ze względu chyba na kraj urodzenia oni w
11 personalstelle jednak

12 *Also wir haben automatisch die Liste bekommen, für die ganze Station glaube ich,*
13 *weißt du. Also wir waren insgesamt ein bisschen verwundert oder auch nicht, wir*
14 *sind jedenfalls zu dem Schluss gekommen, na ja, was soll's. Aus jedem Land, z.B. aus*
15 *der ehemaligen Sowjetunion waren auch beispielsweise, aus Bulgarien z. B., kenne*
16 *ich auch eine Krankenschwester, die hier arbeitet, sie war auch auf der Liste als Bul-*
17 *garisch-Dolmetscher. Also niemand hat sich persönlich Die Personalstelle hat*
18 *uns nicht kontaktiert und gefragt ob wir wollen oder nicht, sondern vielleicht auf-*
19 *grund des Geburtslandes, haben die in der Personalstelle also ...*

20 **I w takim razie, te kilka razy, co pani tłumaczyła, to tłumaczy pani zazwyczaj**
21 **dla lekarzy czy też np. jak są inne koleżanki z dyżuru?**
22 *Und die paar Male, die Sie dolmetschen mussten, haben Sie da meistens für Ärzte*
23 *oder auch z.B. für andere Kolleginnen vom Dienst gedolmetscht?*

24 I dla lekarzy i dla koleżanek. Jak np. przychodzi pacjent nie na moją stronę akurat,
25 jak mamy ten ... no to też koleżanki potrzebują. Czy dajmy na to, jestem na dole,
26 góra potrzebuje, czy odwrotnie. Jak do nas ktoś przychodzi z innego kraju, ktoś jest
27 na górze, także to w ten sposób. No ale często właśnie dla lekarzy, jeżeli pacjent nie
28 rozumie, a więc dla lekarzy.

29 *Sowohl für Ärzte als auch für Kolleginnen. Wenn z.B. ein Patient nicht gerade auf*
30 *meine Station kommt, wenn wir da ... also dann benötigen mich auch die Kollegin-*
31 *nen. Oder wenn ich beispielsweise unten bin, und oben braucht man jemanden oder*
32 *umgekehrt. Wenn jemand aus einem anderen Land zu uns kommt, und es ist jemand*
33 *oben, also auf diese Weise. Na ja, aber oft eben für Ärzte, wenn der Patient nicht*
34 *versteht, also für Ärzte.*

35 **To jest z jakiej okazji, przy wizycie?**
36 *Das ist bei welchem Anlass, bei der Visite?*

1 Przy przyjęciu. Tak, przy przyjęciu, bo jednak lekarz chce te wszystkie dane od
2 pacjenta wiedzieć, co i jak, no także przy przyjęciu są to

3 *Bei der Aufnahme. Ja, bei der Aufnahme, weil doch der Arzt die ganzen Daten vom
4 Patienten wissen will, wie und was, also bei der Aufnahme sind das*

5 **I w takim wypadku to lekarz pani mówi jak to dokładnie pani ma tłumaczyć,
6 czy czego oczekuje?**

7 ***Und in so einem Fall, sagt der Arzt Ihnen, wie Sie das genau zu dolmetschen ha-
8 ben oder was er erwartet?***

9 No to cóż, zadaje pytania i chce odpowiedz od pacjenta, no czy tak.

10 *Also na ja, er stellt Fragen und will eine Antwort vom Patienten, so auf die Art.*

11 **A generalnie, jak się lekarze zachowują względem pani, kiedy pani tłumaczy?**

12 ***Und wie verhalten sich generell Ärzte Ihnen gegenüber, wenn sie dolmetschen?***

13 No są bardzo wdzięczni, no bo jednak mogą się porozumieć z pacjentem.

14 *Na die sind sehr dankbar, weil sie sich doch mit dem Patienten verständigen können.*

15 **Okay, a czy czasami lekarz też wymaga, żeby pani coś tam wytłumaczyła
16 pacjentowi, co on sam już nie mówi?**

17 ***Okay, verlangt der Arzt auch manchmal, dass Sie dem Patienten etwas erklären,
18 was er selbst nicht mehr sagt?***

19 Tak, tak to też, jeżeli chodzi że pacjent nie rozumie, więc to są te współprace lekarz-
20 pielęgniarka.

21 *Ja, ja, das auch, wenn es so ist, dass der Patient nicht versteht, also das ist die Ko-
22 operation Arzt-Krankenschwester.*

23 **Okay, a czy pamięta pani może właśnie jedną sytuację – oprócz teraz tej sy-
24 tuacji z alkoholikiem – jakąś inną sytuację, kiedy pani tłumaczyła?**

25 ***Okay, und können Sie sich vielleicht noch an eine Situation erinnern – abgesehen
26 jetzt von dieser Situation mit dem Alkoholiker – eine andere Situation, in der Sie
27 gedolmetscht haben?***

28 Tak, to też było kilka lat temu. Była u nas pacjentka Polka, tam z lumbago, Lumbal-
29 gie, nie? Jej mąż tutaj pracuje, ona jest z [...]. A ona jako z mężem mieszkająca nie
30 umiała słowa po niemiecku. No to tak samo, no bo w sumie, no biedna kobieta, bo
31 nie wie co, nie wie jak. Także w sumie była tylko na naszą łaskę można powiedzieć.

1 *Ja, das war auch vor ein paar Jahren. Wir hatten eine Patientin, eine Polin, mit*
2 *Lumbago, Lumbalgie, nicht? Ihr Mann arbeitet hier, sie ist aus [...]. Und da sie mit*
3 *Ihrem Mann wohnt, konnte sie kein Wort Deutsch. Na ja das war genauso, weil alles*
4 *in allem, na, eine arme Frau, weil sie sich nicht auskennt. Also im Großen und Gan-*
5 *zen war sie uns völlig ausgeliefert, kann man sagen.*

6 **I wtedy oprócz tego żeby tłumaczyć, to pacjentka się zwracała też z innymi py-**
7 **taniami do pani?**
8 ***Und außer zum Dolmetschen, hat die Patientin sich auch mit anderen Fragen an***
9 ***Sie gewandt?***

10 No tak, ona jednak wszystkie informacje, które ewentualnie przed i po, później
11 chciała, no to jednak człowiek...

12 *Na schon, sie hat ja alle Informationen, die sie unter Umständen vorher und nachher*
13 *wollte, na ja, da hat man doch ...*

14 **I zazwyczaj, jak pacjenci reagują, jeśli nie mogą się porozumieć i potem przy-**
15 **chodzi pani do tłumaczenia, jak oni wtedy...?**
16 ***Und normalerweise, wie reagieren Patienten, wenn sie sich nicht verständigen***
17 ***können und Sie dann zum Dolmetschen kommen, wie...?***

18 (U) Oj, no to widzę, że jednak są zadowoleni, że jednak mogą faktycznie porozma-
19 wiać. Bo to jest dla nich jednak duży plus. Bo widzę, np. jak nieraz są no to z Turcji,
20 a nie ma żadnego tłumacza, więc ten kontakt z pacjentem i lekarza i nasz, no to jest
21 ciężki. No ale jednak jak tak jest ktoś, tak jak np z Polski, czy ktoś z Turcji, no to
22 jednak dla pacjenta jest duży plus. No to są zadowoleni. Mogą wszystko się dowied-
23 zieć, nie. I uważam, że np. tak jak tutaj, z tych krajów jest pacjentów, no bo przy-
24 jeżdżą i są jednak u nas prawie z całej Europy, można powiedzieć, to jest dobrze
25 dla pacjentów. Bo inaczej to trudno im jest.

26 *Oh, na dann sehe ich, dass sie doch zufrieden sind, dass sie tatsächlich kommunizie-*
27 *ren können. Weil das für sie ein großes Plus ist. Ich sehe nämlich z.B., wenn das*
28 *manchmal Leute aus der Türkei sind, aber es ist kein Dolmetscher da, dann ist der*
29 *Kontakt zum Patienten, vom Arzt und von uns, na ja der ist dann schwierig. Ja, aber*
30 *wenn doch jemand da ist, wie z. B. aus Polen oder jemand aus der Türkei, na dann*
31 *ist das für den Patienten doch ein großes Plus. Dann sind sie zufrieden. Sie können*
32 *dann alles erfahren, nicht. Und ich finde, dass z. B. so viele Patienten aus diesen*
33 *Ländern wie hier, na weil die kommen hierher und sind bei uns doch fast aus ganz*
34 *Europa, kann man sagen, das ist gut für die Patienten. Sonst ist es schwierig für sie.*

35 **W takich sytuacjach, jak pani właśnie powiedzmy że tam tłumaczy dla pacjent-**
36 **ki z Polski, czy zdarza się czasami, że ci pacjenci mają jakieś inne wymagania,**
37 **ponieważ jest pani z Polski?**

1 *In solchen Situationen, wenn Sie eben, sagen wir, für eine Patientin aus Polen*
2 *dolmetschen, kommt es manchmal vor, dass diese Patienten dabei etwas mehr von*
3 *Ihnen verlangen, weil Sie aus Polen sind?*

4 To znaczy raczej nie, są zadowoleni. To znaczy oczywiście, zdarza się, że czasami
5 ktoś tam coś, ale to tak ogólnie, w sumie

6 *Na ja eher nicht, sie sind zufrieden. Das heißt selbstverständlich kommt es vor, dass*
7 *manchmal jemand irgendwas da, aber generell, im Großen und Ganzen*

8 **I czasami zdarza się, że np. lekarz czy pacjent mówi po prostu za szybko, albo**
9 **za długo i pani nie może nadążyć z tym, czy ... ?**

10 *Und kommt es manchmal vor, dass z.B. der Arzt oder der Patient zu schnell oder*
11 *zu lange spricht und Sie da nicht mitkommen oder ... ?*

12 (U) No raczej nie. Mnie się wydaje też, że lekarze są już przyzwyczajeni do
13 pacjentów, którzy nie rozumieją czy coś. Także w sumie nie, tak to można powied-
14 zieć, że wszystko jest

15 *Na, eher nicht. Ich glaube auch, dass die Ärzte sich mittlerweile an die Patienten ge-*
16 *wöhnt haben, die nicht verstehen oder so. Also alles in allem, nicht, das kann man so*
17 *sagen, dass das alles*

18 **Okay, a jakby pani musiała komuś wytłumaczyć, na czym polega tłumaczenie w**
19 **szpitalu, to co by pani powiedziała? Jakie ma pani zadanie, jeśli tłumaczy przy**
20 **pacjencie?**

21 *Okay, und wenn Sie jemanden erklären müssten, worin die Aufgabe eines Dolmet-*
22 *schers im Spital besteht, was würden Sie sagen? Was ist Ihre Aufgabe, wenn Sie*
23 *bei einem Patienten dolmetschen?*

24 Jeżeli ja muszę komuś ... ?

25 *Wenn ich für jemanden ... ?*

26 **Jakby to pani wytłumaczyła, na czym polega?**

27 *Wie würden Sie das erklären, worum geht es?*

28 No chyba na tym, że jeżeli chodzi o znajomość języka i że jak ktoś nie zna, to ja, ja-
29 ko osoba, która może udzielić informacji – a jestem w stanie – ... a więc to dla
30 pacjenta też.

31 *Na ja, ich glaube darum, dass wenn es um die Kenntnis der Sprache geht und wenn*
32 *jemand diese nicht kann, dass ich, als Person, die Informationen erteilen kann – und*
33 *ich bin dazu imstande – ... also das ist auch für den Patienten.*

1 **Musi się pani na czymś koncentrować czy jakoś zastanawiać się nad czymś, jak**
2 **pani tłumaczy?**
3 *Müssen Sie sich auf irgendetwas konzentrieren oder sich irgendwie etwas überle-*
4 *gen, wenn Sie dolmetschen?*

5 No właściwie nie. Bo tak trzeba przyznać, że jeśli chodzi o diagnozy czy coś, to w
6 sumie tutaj jest tak samo bardzo dużo łacińskich nazw i w Polsce też tak było, nie?
7 Także nam w sumie o jakiś ... to chyba raczej idzie automatycznie, to nie ma proble-
8 mu.

9 *Na ja, eigentlich nicht. Weil das muss man gestehen, dass wenn es um Diagnosen*
10 *geht oder so, da gibt es hier insgesamt genauso viele lateinische Bezeichnungen und*
11 *in Polen war das auch so, nicht? Also uns ... das geht eher automatisch, da gibt es*
12 *kein Problem.*

13 **Nie musi pani czasami wytłumaczyć coś pacjentce czy pacjentowi z Polski?**
14 *Müssen Sie nicht manchmal dem Patienten oder der Patientin aus Polen etwas er-*
15 *klären?*

16 *No, na pewno trzeba wytłumaczyć co i jak, są różne sytuacje.*

17 *Na ja, sicher muss man erklären, was Sache ist, es gibt unterschiedliche Situationen.*

18 **Tam może jakieś wyrazy, właśnie może nie wszyscy zrozumieją po łacinie?**
19 *Vielleicht irgendwelche Wörter eben, vielleicht verstehen nicht alle Latein?*

20 No to na pewno, jeżeli są jakieś kłopotliwe wyrazy czy coś, no to człowiek mówi po
21 polsku do pacjenta. Bo jednak ktoś, kto nie ma styczności z jakimiś tam konkretnie
22 diagnozami, nie? No bo tam inne, to oni są ładnie poinformowani co i jak.

23 *Na ja, das sicher, wenn es irgendwelche problematischen Wörter gibt oder so, na*
24 *dann sagt man das dem Patienten auf Polnisch. Weil ja jemand, der nicht konkret mit*
25 *irgendwelchen Diagnosen vertraut ist, nicht? Ja, weil sonst sind die sehr wohl infor-*
26 *miert, was wie läuft.*

27 **Inne, to znaczy?**

28 *Sonst, das heißt?*

29 O, to znaczy co, wiesz co, akurat co im się należy Bo ja nieraz pytam pacjentów,
30 którzy trafiają, ja mówię: „Boże!” „No, bo ja wypilem tylko litr.” A ja mówię: „Boże,
31 no to czemu pan nie śpi w domu, tylko gdzieś po ulicy się płacze i gdzieś tam.” No
32 bo najbardziej właśnie przychodzą takie osoby, takie z ulicy, które gdzieś tam piją.
33 Takich typowo chorych, naszych pacjentów, to było bardzo mało do tej pory. No, ale

1 oni dokładnie wiedzą, że zadzwonią po karetkę i przychodzi do szpitala i te wszyst-
2 kie. To potrzebuje, tamto potrzebuje, oni dokładnie

3 *Ja, das heißt was, weißt du, gerade eben was ihnen zusteht. Ich frage nämlich öfters*
4 *die Patienten, die kommen, ich sage: „Mein Gott!“ „Na, ich habe ja nur einen Liter*
5 *getrunken.“ Und ich sage: „Mein Gott, warum schlafen Sie dann nicht zuhause, son-*
6 *dern streichen irgendwo auf der Straße und irgendwo herum.“ Na weil meistens*
7 *eben solche Personen kommen, solche von der Straße, die dort irgendwo trinken. So*
8 *typisch kranke, unsere Patienten, hatten wir sehr wenige bis jetzt. Ja, aber die wissen*
9 *genau, dass sie die Rettung rufen und dann kommt er ins Spital und das alles. Das*
10 *braucht er, jenes braucht er, die [wissen] genau*

11 **W takich wypadkach jest dla pani nieprzyjemne tłumaczyć ?**
12 ***In solchen Fällen ist es für Sie unangenehm zu dolmetschen?***

13 Na pewno, bo ja nieraz mówię, ja rozumiem wszystko. Ale po prostu człowiek, no
14 można powiedzieć, się wstydzi swoich rodaków, którzy tak przychodzą od góry do
15 dołu obfajdani, i tylko proszą to, to tam tamo. A na drugi dzień idą do domu, to tak
16 jakoś... Bo ja mówię, jak już tutaj Austriacy, no oni są u siebie. Nie raz, nie dwa py-
17 tam Polaków: „Co by pan zrobił w Polsce?” No, w Polsce by nie zadzwonił po karet-
18 kę, bo by nie przyjechała. I taka jest odpowiedź (lacht).

19 *Sicher, weil ich sage oft, ich verstehe alles. Aber der Mensch, wenn man so will,*
20 *schämt sich ganz einfach für seine Landsleute, die so von oben bis unten verdreckt*
21 *herkommen und nur um dies und jenes bitten. Und am nächsten Tag gehen sie nach*
22 *Hause, das ist irgendwie Weil ich sage, wie das die Österreicher hier ... na sie*
23 *sind hier daheim. Ich frage öfters die Polen: „Was hätten Sie in Polen getan?“ Ja, in*
24 *Polen hätte er nicht die Rettung gerufen, weil keine gekommen wäre. Und das ist die*
25 *Antwort (lacht).*

26 **Powiedziałaby pani, że czasami, jak musi pani tłumaczyć, to jest jakaś dodatko-**
27 **wa odpowiedzialność dla pani?**
28 ***Würden Sie sagen, dass manchmal, wenn Sie dolmetschen müssen, das irgendwie***
29 ***eine zusätzliche Verantwortung für Sie ist?***

30 Nie wiem. No jeżeli jestem w pracy, to raczej nie. No bo w sumie to i tak nie trwa
31 godzinami, nie. Tylko te najważniejsze sprawy, które trzeba przetłumaczyć.
32 *Ich weiß nicht. Na, wenn ich bei der Arbeit bin, dann eher nicht. Na weil das insge-*
33 *samt sowieso nicht Stunden dauert, nicht. Nur die wichtigsten Dinge, die man dol-*
34 *metschen muss.*

35 **Pani stara się tłumaczyć dosłownie, czy tam zdanie za zdaniem?**
36 ***Versuchen Sie wortwörtlich zu dolmetschen oder Satz für Satz?***

1 No czy dosłownie, to może nieraz nawet się nie da przetłumaczyć. Bo lekarz sam też
2 w sumie nie na każdy jeden wyraz stawia tam, tylko dokładnie chce się dowiedzieć,
3 dajmy na to, na co chorował, co zażywa, co się stało. No więc to człowiek po prostu
4 tłumaczy tak jak jest, te pytania dla lekarzy.

5 *Na ja, wortwörtlich, das geht vielleicht manchmal gar nicht. Weil selbst der Arzt jetzt*
6 *auch nicht auf jedes einzelne Wort setzt, sondern er will genau wissen, nehmen wir*
7 *an, welche Krankheiten er hatte, was er einnimmt, was passiert ist. Also dolmetscht*
8 *man das einfach so wie es ist, die Fragen für die Ärzte.*

9 **I czasami zdarza się, że pani się wydaje, że pacjent coś nie zrozumiał czy zawsze**
10 **wszystko rozumieją?**

11 *Und kommt es manchmal vor, dass Sie den Eindruck haben, dass ein Patient etwas*
12 *nicht verstanden hat oder verstehen sie immer alles?*

13 O raczej tak, raczej rozumieją.

14 *Also eher schon, sie verstehen schon.*

15 **Ma pani czas przygotować się na takie tłumaczenie czy to jest ... ?**

16 *Haben Sie Zeit, sich auf das Dolmetschen vorzubereiten oder ist das ... ?*

17 (U) Czy mam czas, to jest różnie. Np. na dyżurze dzwonią z góry, że potrzebują ko-
18 goś. Czy np. z innego oddziału akurat nie ma z Polski nikogo. Także to nie jest jakieś
19 przygotowanie, tylko nieraz jest sytuacja, która zdarza się od razu.

20 (U) *Ob ich Zeit habe, das ist unterschiedlich. Sie rufen z.B. während des Dienstes*
21 *von oben an, dass sie jemanden brauchen. Oder z.B. auf einer anderen Station ist ge-*
22 *rade niemand aus Polen da. Also das ist nicht wirklich eine Vorbereitung, sondern*
23 *oft ist das eine Situation, die sich ad hoc ergibt.*

24 **Czy myśli pani, że jest to lepiej, że jest to plus, jeżeli tłumaczy pielęgniarka w sz-**
25 **pitalu?**

26 *Denken Sie, dass es besser ist, dass es ein Vorteil ist, wenn eine Krankenschwester*
27 *im Spital dolmetscht?*

28 No, na pewno byłoby lepiej, gdyby lekarz dał rady tłumaczyć, no ale to nie jest w
29 stanie, bo przecież nie ma tylu lekarzy z tych krajów. Ale wydaje mi się, że jeśli np.
30 pielęgniarka dostaje pytania od lekarza, które trzeba do pacjenta przekazać, no to
31 chyba nie ma jakiegoś problemu. No na pewno byłoby lepiej, gdyby tylko jedna oso-
32 ba rozmawiała z pacjentem, nie trzecia, no bo to zawsze jest inaczej, nie. Ale w su-
33 mie uważam, że to jest

1 *Na ja, es wäre sicher besser, wenn ein Arzt dolmetschen könnte, ja aber das ist nicht*
2 *machbar, weil es ja nicht so viele Ärzte aus diesen Ländern gibt. Aber ich glaube,*
3 *dass wenn z.B. eine Krankenschwester Fragen vom Arzt bekommt, die sie dem Pati-*
4 *enten übermitteln muss, na dann gibt es wohl kein Problem. Na ja es wäre sicher*
5 *besser, wenn nur eine Person mit dem Patienten sprechen würde, nicht eine dritte, na*
6 *weil das immer anders ist, nicht. Aber im Großen und Ganzen denke ich, dass das*

7 **Okay, czy jest coś, co pani się podoba kiedy pani tłumaczy? Kiedy pani tłumac-**
8 **zy, to podoba się pani?**

9 *Okay, gibt es etwas, das Ihnen gefällt, wenn Sie dolmetschen? Wenn Sie dolmet-*
10 *schen, gefällt das Ihnen?*

11 *No wiesz co, no jestem zadowolona, że mogę komuś pomóc (lacht). Bo to w sumie*
12 *dla jednej osoby i dla drugiej, i dla lekarza i dla pacjenta jest dobrze, jeśli pacjent*
13 *wie, co lekarz potrzebuje i lekarz odwrotnie wie, co pacjentowi dolega, to chyba jest*
14 *tak.*

15 *Na, weißt du, ich bin zufrieden, dass ich jemandem helfen kann (lacht). Weil das ins-*
16 *gesamt für die eine und für die andere Person, für den Arzt und für den Patient gut*
17 *ist, wenn der Patient weiß, was der Arzt braucht und umgekehrt der Arzt weiß, was*
18 *dem Patienten fehlt, das ist wohl so.*

19 **A czy jest coś, co zadaje trudności przy tłumaczeniu?**

20 *Und gibt es etwas, das Schwierigkeiten bereitet beim Dolmetschen?*

21 *Raczej nie.*

22 *Eher nicht.*

23 **Czy zachowanie kogoś, czy tam?**

24 *Jemandes Verhalten oder so?*

25 *Nie.*

26 *Nein*

27 **Czy czasami zastanawia się pani po tym, jak pani coś przetłumaczyła, czy dobr-**
28 **ze pani przetłumaczyła czy ma pani jakieś wątpliwości?**

29 *Denken Sie manchmal darüber nach, wie Sie etwas gedolmetscht haben, ob Sie es*
30 *gut gedolmetscht haben oder haben Sie irgendwelche Zweifel?*

31 *Właściwie nie.*

32 *Eigentlich nicht.*

1 Czy czasami to pani przeszkadza albo jest to dla pani uciążliwe, to że musi pani
2 iść gdzieś tłumaczyć?
3 *Stört es Sie manchmal oder ist es für Sie belastend, wenn Sie irgendwo dolmet-*
4 *schen gehen müssen?*

5 Nie, no nie jest uciążliwe, nie przeszkadza. Bo nigdy lekarz nie wyrwie np. dajmy na
6 to od pacjenta, u którego akurat coś robię, nie? Tylko ewentualnie, jak masz czas
7 przyjść czy na górę czy na dół, czy do nas do pacjenta, to wszystko nie jest

8 *Nein, also das ist nicht belastend, das stört nicht. Der Arzt ruft mich nämlich nicht*
9 *weg, wenn ich z.B. sagen wir gerade mit einem Patienten beschäftigt bin, nicht? Nur*
10 *eventuell, wenn du Zeit hast und hinauf oder hinunter kommen kannst, oder zu uns*
11 *zu einem Patienten, das ist alles nicht*

12 A wiec pani tłumaczyła też gdzie indziej, też na innych Abteilungen?
13 *Sie haben also auch anderswo, auch in anderen Abteilungen gedolmetscht?*

14 No tak, tak, piętro wyżej, raz byłam na chirurgii no ale to kilka dobrych lat temu, a
15 więc wiesz.

16 *Ja, ja, im oberen Stock, ein Mal war ich auf der Chirurgie, na ja, aber das war vor*
17 *einigen Jahren, also weißt du.*

18 A czy ze strony szpitala ktoś kiedyś pani powiedział dokładnie jak to, jak pani
19 ma tłumaczyć, jak pani ma się zachować, jakie pani ma w ogóle obowiązki, jakie
20 ma prawa kiedy tłumaczy?

21 *Und seitens des Krankenhauses, hat Ihnen jemand irgendwann einmal genau ge-*
22 *sagt, wie das ist, wie Sie dolmetschen sollen, wie Sie sich verhalten sollen, welche*
23 *Pflichten Sie überhaupt haben, welche Rechte, wenn Sie dolmetschen?*

24 To nie było żadnej informacji, nie. Po prostu myśmy dostali, tak jak mówię, kilka do-
25 brych lat temu, listę. I każdą z danego kraju Także w sumie jakiejs informacji nie
26 było w ogóle ze strony dyrekcji, ze strony przełożonej, kompletnie.

27 *Da gab es keine Information, nein. Wir haben einfach, wie gesagt, vor einigen Jah-*
28 *ren eine Liste bekommen, und jede aus dem jeweiligen Land Also alles in allem*
29 *gab es überhaupt keine Information seitens der Direktion, seitens der Oberschwester,*
30 *überhaupt nicht.*

31 A czy koleżanki pani to akceptują generalnie, że musi pani iść tłumaczyć?
32 *Akzeptieren das generell Ihre Kolleginnen, dass Sie dolmetschen gehen müssen?*

33 O tak. Nie ma z tym żadnego problemu.

1 *Oh ja. Das ist überhaupt kein Problem.*

2 **A czy czasami rozmawiacie z koleżankami z dyżuru o tym tłumaczeniu, o tym co**
3 **jest problematyczne, co nie?**

4 *Und reden Sie manchmal mit Ihren Kolleginnen vom Dienst über das Dolmet-*
5 *schen, darüber was dabei problematisch ist, was nicht?*

6 No są zadowolone, że w ogóle jest ktoś, kto może mieć kontakt z pacjentem.

7 *Na sie sind froh, dass überhaupt jemand da ist, der einen Kontakt zum Patienten ha-*
8 *ben kann.*

9 **A z innymi koleżankami, które tłumaczą, wymieniacie jakieś opinie na ten te-**
10 **mat?**

11 *Und mit anderen Kolleginnen, die dolmetschen, tauschen Sie Meinungen aus zu*
12 *diesem Thema?*

13 Nie.

14 Nein.

15 **A myśli pani, że można by coś zmienić generalnie, jeśli chodzi o komunikacje z**
16 **pacjentami z innych krajów, czy którzy nie rozumieją tak naprawdę niemieckie-**
17 **go? Czy tak jak jest aktualnie jest w porządku?**

18 *Und denken Sie, dass man generell etwas ändern könnte, wenn es um die Kommu-*
19 *nikation mit Patienten aus anderen Ländern, bzw. die Deutsch nicht so richtig ver-*
20 *stehen, geht? Oder ist es so, wie es derzeit ist, in Ordnung?*

21 Mnie osobiście się wydaje, że tak, bo zmienić, to nie bardzo. Bo musiałby być ktoś,
22 można powiedzieć 24 godziny na dobę, albo pod telefonem. Chyba że byłoby jakieś
23 inne wyjście ale mnie się wydaje, że to nie jest kłopotliwe i to w sumie jeżeli jest ta-
24 ka możliwość, to mi się wydaje że jest.

25 *Ich persönlich glaube schon, weil ändern, das geht nicht wirklich. Es müsste nämlich*
26 *jemand sozusagen rund um die Uhr da oder telefonisch erreichbar sein. Es sei denn,*
27 *es gäbe eine andere Lösung, aber ich glaube, dass das nicht problematisch ist und*
28 *im Großen und Ganzen, wenn es eine Möglichkeit gibt, dann denke ich, gibt es sie.*

29 **A czyby interesował panią kurs na temat tłumaczenia w szpitalu, gdyby to była**
30 **Fortbildung?**

31 *Und würde Sie ein Kurs zum Thema Dolmetschen interessieren, wenn es eine*
32 *Fortbildung wäre?*

1 Tak, no jeżeli, tak jak słyszałaś, gdybym była młodsza czy coś, to na pewno. Ale w
2 tej chwili, ja osobiście nie [...] Ale dla tych młodszych, to nie wiem, czy nie byłoby
3 dobrze takie coś.

4 *Ja, also wenn ich, wie du gehört hast, jünger wäre oder so, dann sicher. Aber im Au-*
5 *genblick, ich persönlich nicht [...] Aber für die jüngeren, ich weiß nicht, ob so was*
6 *nicht gut wäre.*

7 **Czego powinny się nauczyć takie osoby, które od czasu do czasu czy często tłu-**
8 **maczą?**

9 ***Was sollten solche Personen lernen, die hin und wieder oder oft dolmetschen?***

10 No mnie się wydaje, że konkretnie medyczne sprawy. No bo to w sumie medycyna a
11 jakieś inne zawody to są niebo i ziemia. Ja widzę sama po sobie. Tak jak mówiłam,
12 ja np. w szpitalu nie martwię się, jeżeli czegoś nie zrozumie jak lekarz coś powie,
13 to zapytam konkretnie. Ale jeżeli dajmy na to prywatnie idę z mężem do przeglądu
14 samochodu, to mam pietra, bo nie wiem, o co się zapytają. Także w sumie, na pewno
15 byłaby osoba, która musiałaby znać medyczne jakieś takie podejście czy medyczne
16 zwroty i w ogóle. Także nie wiem, czy to w ogóle ... to musiałby być pod telefonem
17 i faktycznie mieć do czynienia tylko z medycyną. Bo cóż z tego, jeżeli przyjdzie ja-
18 kiś tam tłumacz. Tak jak myśmy w Polsce tłumaczyli parę spraw u tłumacza przy-
19 sięgłego, który po prostu nie wiedział dokładnie, że jeżeli chodzi o sprawy samocho-
20 dowe jakieś tam części. Mówi: „Bo ja tego nigdy ...”. No i tak samo tutaj wiesz, to
21 jest jednak szpital i te diagnozy nie diagnozy i te wszystkie różne przypadki tak są ...
22 Także nie wiem czy to byłoby lepiej, ale

23 *Na, ich glaube, konkret medizinische Dinge. Na, weil alles in allem, die Medizin und*
24 *irgendwelche anderen Berufe, das ist wie Tag und Nacht. Ich sehe das an mir selbst.*
25 *Wie gesagt, ich mache mir z.B. im Spital keine Sorgen, wenn ich etwas nicht verste-*
26 *he, was der Arzt sagt, dann frage ich konkret nach. Aber angenommen ich gehe pri-*
27 *vat mit meinem Mann zur Pickerl-Überprüfung, dann habe ich Bammel, weil ich*
28 *nicht weiß, was sie fragen werden. Also alles in allem, sicher, das müsste eine Person*
29 *sein, die irgendwie die medizinische Herangehensweise kennt oder die medizinischen*
30 *Begriffe und überhaupt. Also ich weiß nicht, ob das überhaupt ... das müsste jemand*
31 *sein, der telefonisch erreichbar ist und tatsächlich nur mit der Medizin zu tun hat.*
32 *Weil was bringt es, wenn irgendein Dolmetscher kommt. Genauso wie damals, als*
33 *wir in Polen ein paar Dinge von einem beeideten Übersetzer übersetzen haben las-*
34 *sen, der hat, wenn es ums Auto und irgendwelche Teile gegangen ist, einfach nicht*
35 *genau Bescheid gewusst. Er sagt: „Weil ich habe das nie...“ Ja und hier ist das ge-*
36 *nauso, weißt du, das ist doch ein Spital und die Diagnosen usw. und die ganzen Fäl-*
37 *le, die sind so Also ich weiß nicht, ob das besser wäre aber*

38 **A wiec w takim kursie chodzi przede wszystkim o język?**

39 ***Also in so einem Kurs geht es vor allem um die Sprache?***

1 No.

2 *Ja.*

3 **Czy też może coś innego, co jest potrzebne właśnie, jeśli się komunikuje z lekar-**
4 **zem i z pacjentem?**

5 *Oder vielleicht auch um etwas anderes, was man eben braucht, wenn man mit dem*
6 *Arzt und mit dem Patienten kommuniziert?*

7 No wiesz co, trudno mi jest powiedzieć. Mnie się wydaje, po tylu latach pracy, że w
8 sumie tak jak funkcjonowało do tej pory, no to chyba nie było źle. Ale, jeżeliby ktoś
9 faktycznie miał jakieś tam plany, że gdzieś będzie lepiej

10 *Na ja, weißt du, schwer zu sagen. Ich glaube, nach so vielen Jahren Arbeit, dass das*
11 *im Großen und Ganzen so, wie es bis jetzt funktioniert hat, na das war glaube ich*
12 *nicht schlecht. Aber, falls jemand tatsächlich irgendwelche Pläne haben sollte, dass*
13 *es irgendwo besser wird*

14 **A wiec dotąd nie było też problemów z pacjentami, nikt się nie domagał, żeby**
15 **był ktoś do tłumaczenia?**

16 *Also gab es bis jetzt auch keine Probleme mit den Patienten, keiner hat verlangt,*
17 *dass jemand zum Dolmetschen da ist?*

18 Nie, nie do tej pory ja osobiście nie spotkałam się z niczym takim.

19 *Nein, nein bis jetzt ist mir persönlich so etwas nicht untergekommen.*

20 **Jest jeszcze coś na ten temat, o czym jeszcze nie porozmawialiśmy?**

21 *Gibt es noch etwas zu diesem Thema, worüber wir noch nicht gesprochen haben?*

22 A ja wiem o czym jeszcze

23 *Ja, was weiß ich, worüber noch*

24 **Może jakieś przeczyście z pacjentami z innych krajów?**

25 *Vielleicht irgendein Erlebnis mit Patienten aus anderen Ländern?*

26 Wiesz co, no w szpitalu to są przeróżne sytuacje, różne przeżycia, różni ludzie trafia-
27 ją. I wiesz, nieraz my jako personel denerwujemy się, bo wiadomo, wiesz, wszystko
28 można, ale ileż można, nie? Np. mnie osobiście się wydaje, że tutaj praca w szpitalu
29 to tak ... jeżeli chodzi o nasz szpital, bo nie wiem w innych, jeżeli chodzi o naszą
30 pracę powiedzmy. Parę dni temu też koleżanka przyszła z sali i mówi tak, że pacjent
31 się jej pyta, czy ona jest do wszystkiego. To znaczy, jak do wszystkiego? No, że biur-
32 ko sprzątać, to sprzątać, wiesz co. No my musimy wszystko robić. W sumie pew-
33 no, że jesteśmy po to, ale... . U nas w Polsce mnie się wydaje, że jest o tyle lepiej, że

1 nie trafiają ludzie tacy jak tu do szpitala, np. ci alkoholicy. Bo my na prawdę z alko-
2 holicami to mamy strasznie dużo do roboty. No można powiedzieć codziennie przy-
3 chodzi ktoś z wymaganiami strasznymi i w sumie po kilku godzinach odchodzi. A ty,
4 zamiast chodzić, siedzieć przy łóżku chorego, czy pomóc choremu, który potrzebuje,
5 to musisz czas dla tego alkoholika Bo także jako pacjent. No także w sumie,
6 wiesz no Ale tu nie ma innego rozwiązania, bo tu ci alkoholicy trafiają do szpita-
7 la.

8 *Weißt du, im Spital gibt es die unterschiedlichsten Situationen, verschiedene Erleb-*
9 *nisse, verschiedene Leute werden eingeliefert. Und weißt du, manchmal sind wir als*
10 *Personal genervt, weil klar, weißt du, alles geht, aber irgendwann einmal reicht es,*
11 *nicht? Ich persönlich glaube z.B., dass die Arbeit hier im Spital so ... wenn es um*
12 *unser Spital geht, weil ich weiß nicht, wie es in den anderen ist, wenn es um unsere*
13 *Arbeit geht, sagen wir einmal. Vor ein paar Tagen ist auch eine Kollegin vom Kran-*
14 *kenzimmer gekommen und sagt, dass ein Patient sie fragt, ob sie Mädchen für alles*
15 *ist. Wie, Mädchen für alles? Na, den Schreibtisch aufräumen, das wegräumen, du*
16 *weißt schon. Na ja, wir müssen alles machen. Alles in allem sind wir ja dafür da,*
17 *aber Bei uns in Polen glaube ich ist es insofern besser, als nicht solche Leute wie*
18 *hier ins Spital eingeliefert werden, wie z.B. diese Alkoholiker. Wir haben nämlich*
19 *wirklich ungeheuer viel Arbeit mit den Alkoholikern. Na, jeden Tag, kann man sagen,*
20 *kommt jemand mit Sonderwünschen und dann geht er wieder nach ein paar Stunden.*
21 *Und du, anstatt, dass du zum Kranken gehst und bei seinem Bett bleibst oder dem*
22 *Kranken hilfst, der deine Hilfe braucht, musst du die Zeit für so einen Alkoholiker*
23 *... . Weil er ja auch ein Patient ist. Also, alles in allem, weißt du Aber hier gibt es*
24 *keine andere Lösung, weil hier die Alkoholiker ins Krankenhaus eingeliefert werden.*

25 **No, a jak mają właśnie takie wymagania, to jak pani reaguje?**

26 ***Und wenn sie eben solche Ansprüche haben, wie reagieren Sie da?***

27 To znaczy wiesz co, no człowiek przewraca oczami, ale i tak pomaga. Jeżeli zażyczy
28 sobie jedzenie i picie o pierwszej, drugiej w nocy, to i tak wiesz co, idziesz, no i dasz,
29 bo to przecież dlaczego nie. No bo jest pacjentem nie. No kilka, może półtora tygod-
30 nia temu przyjęli też Polaka. Który przyszedł i najpierw wymachał ręką, że on chce
31 świeżą bułkę z salami i gorącą herbatkę. Ja mówię: „Dostanie pan chleb z masłem,
32 marmoladę, albo jak będę miała ser, to też ser.” „Zamówiłem salami.” Ja mówię: „Na
33 drugi raz, to pan przyniesie sobie z domu salami”. No, więc, wiesz co, to są ludzie,
34 którzy To są chorzy ludzie. Ale mnie się wydaje, to są chorzy, po prostu sami do-
35 prowadzili się do czegoś takiego. I trzeba im pomoc, dlaczego nie. Ale w sumie. On
36 jest chory. I to, że ktoś dzwoni, potrzebuje na prawdę naszej pomocy, bo nie da rady,
37 to jego nie interesuje, bo on jest chory. Ale to w sumie wiesz. Nie wiem, bo ja już po-
38 nad [...] lat nie pracuję w Polsce. I z tego, co rozmawiałam z koleżankami, wiesz np.
39 w Polsce alkoholicy też, którzy przychodzą do szpitala dostają pomoc od lekarza.
40 Ale idzie do domu. Jeżeli jest w stanie, no np. wypił alkohol, idzie do domu. Tutaj
41 nie. Tutaj przychodzi, śpi, nie dostaje nic, żadnych leków, bo w sumie, coś popije a
42 co mu dać. No, ale wymagania dokładne. Także w sumie, wiesz, jest inna praca, jak

1 w Polsce. I mnie się wydaje, że w Polsce ci pacjenci są bardziej dla personelu mili i
2 w ogóle. Tutaj to jest każdy taki nie, bo ja jestem chory.

3 *Na ja weißt du, ja man verdreht die Augen, aber man hilft trotzdem. Wenn er sich et-*
4 *was zu Essen oder zu Trinken um ein, zwei Uhr nachts wünscht, dann weißt du, dann*
5 *gehst du sowieso hin und gibst es ihm, warum nicht. Na, weil er ja ein Patient ist,*
6 *nicht. Ja vor ein paar, vielleicht eineinhalb Wochen haben sie auch einen Polen auf-*
7 *genommen. Der ist gekommen und hat zuerst mit der Hand herumgefuchelt, dass er*
8 *eine frische Semmel mit Salami will und einen heißen Tee. Ich sage: „Sie bekommen*
9 *Brot mit Butter, Marmelade oder, wenn es Käse gibt, dann auch Käse.“ „Ich habe*
10 *Salami bestellt.“ Ich sage: „Das nächste Mal nehmen Sie die Salami von zuhause*
11 *mit.“ Ja, also weißt du, das sind Menschen, die Das sind kranke Menschen. Aber*
12 *ich glaube, dass das Kranke sind, die sich selbst in diesen Zustand gebracht haben.*
13 *Und man muss ihnen helfen, warum nicht. Aber im Großen und Ganzen. Er ist krank.*
14 *Und dass jemand läutet, wirklich unsere Hilfe braucht, weil er es nicht schafft, das*
15 *interessiert ihn nicht, weil er krank ist. Aber du weißt schon. Ich weiß nicht, ich ar-*
16 *beite schon seit über [...] Jahren nicht mehr in Polen. Und das, was ich von Kolle-*
17 *ginnen erfahren habe, weißt du, z.B. in Polen, die Alkoholiker, die ins Spital kom-*
18 *men, bekommen auch Hilfe vom Arzt. Aber dann geht er nach Hause. Wenn er im-*
19 *stande ist, na wenn er z.B. getrunken hat, geht er nach Hause. Hier nicht. Hier*
20 *kommt er, schläft, bekommt nichts, keine Medikamente, schließlich hat er getrunken,*
21 *was soll man ihm geben. Ja, aber Sonderwünsche hat er. Also im Großen und Gan-*
22 *zen, weißt du, ist die Arbeit anders als in Polen. Und ich glaube, dass die Patienten*
23 *in Polen dem Personal gegenüber freundlicher sind und überhaupt. Hier ist jeder so,*
24 *nicht, ich bin krank.*

25 **Chodzi o szacunek może?**

26 **Geht es vielleicht um Respekt?**

27 O szacunek, tak. <Schilderung eines Zwischenfalls, bei dem ein Patient einem ge-
28 stürzten und stark blutenden Bettnachbarn weder half noch Hilfe holte und gereizt
29 auf Vorhaltungen reagierte> Taka jest znieczulica, wiadomo, że nie wszyscy, ale takie
30 sytuacje się zdarzają. Mnie osobiście w Polsce, ja pracowałam w Polsce, z pacjenta-
31 mi lepiej się pracowało. Bo tutaj są po prostu strasznie wymagający, każda jedna
32 drobna rzecz. I ty musisz uważać na każde jedno słówko, żeby broń Boże Dzi-
33 siaj np. na wizycie, nie my ale Oberärztin, mówi do pacjentki: „Jak pani się czuje, w
34 poniedziałek pani idzie do domu”. Bo jest planowany już wypis. A ona nie pójdzie
35 do domu, bo ja wszystko boli. A ta Oberärztin mówi: „No ale no bardzo mi przykro,
36 no ale pani z takimi bólami, no niestety nie możemy pani pomóc”. Wszystkie bada-
37 nia, cokolwiek zrobili, cokolwiek chciała zrobione jest więc i wszystko właściwie,
38 no. I mówi do niej tak: „Jutro będzie ta pani doktor, która jest odpowiedzialna za tą
39 salę”. „Ale pani też wie, że ja jestem chora, a wypisujecie mnie”. Oberärztin nic nie
40 powiedziała, tylko wyszła. Bo mówi tak, woli nie, bo każdy jeden wyraz, który po-
41 wiesz, to oni później tak pięknie ci wyolbrzymią, że lepiej się nawet nie odzywać,
42 tylko pójść i wiesz no. Pacjent jednak jest tutaj

1 *Um Respekt, ja. Es ist so eine Gefühllosigkeit. Klar, nicht alle, aber solche Situatio-*
2 *nen kommen vor. Ich persönlich – ich habe in Polen gearbeitet – habe in Polen die*
3 *Arbeit mit den Patienten besser gefunden. Hier sind sie einfach ungeheuer an-*
4 *spruchsvoll, wegen jedem kleinsten Detail. Und du musst auf jedes Wörtchen aufpas-*
5 *sen, damit Gott behüte ... Heute z.B. bei der Visite. Nicht wir, sondern die Oberärztin*
6 *sagt zur Patientin: „Wie geht es Ihnen? Am Montag gehen Sie nach Hause.“ Weil die*
7 *Entlassung schon geplant ist. Und sie sagt, sie wird nicht nach Hause gehen, weil sie*
8 *überall Schmerzen hat. Und die Oberärztin sagt: „Na ja, das tut mir aber Leid, aber*
9 *mit solchen Schmerzen, ja leider können wir Ihnen nicht helfen“. Sämtliche Untersu-*
10 *chungen, egal welche, haben sie gemacht, was auch immer sie wollte, ist gemacht*
11 *worden, also alles eigentlich, ja. Und sie sagt zu ihr noch: „Morgen kommt die zu-*
12 *ständige Frau Doktor. „Aber Sie wissen doch auch, dass ich krank bin und entlassen*
13 *mich.“ Die Oberärztin hat nichts gesagt und ist hinausgegangen. Weil sie sagt, sie*
14 *will es lieber vermeiden. Weil jedes einzelne Wort, das du sagst, das bauschen sie*
15 *dann so hübsch auf, dass es besser ist, wenn man nichts sagt und geht, weißt du. Der*
16 *Patient hier ist schon*

17 **No to niestety.**

18 ***Na ja, leider.***

19 *Napaplałam trochę, co? (lacht)*

20 *Ich habe viel geplaudert, was? (lacht)*

21 **Nie, no niestety mówię ze względu na tych pacjentów. To wszystko chyba mamy.**

22 ***Nein, ich meine leider wegen der Patienten. Das wäre dann alles.***

23 **No to dobrze.**

24 ***Gut.***

25 **No to dziękuję za pani czas.**

26 ***Danke für Ihre Zeit.***

A 4. Kodierleitfaden

Kategorie (K 1): Dolmetscheinsatz			
Code/Ausprägung	Definition	Ankerbeispiele (Fundstelle)	Kodierregel
K 1.1 Häufigkeit	Geschätzte Einsatzfrequenz der IP als Dolmetscherinnen	„...das ist ganz verschieden, manchmal oft, manchmal selten“ (IP1, A4, Z3). „Öfter, öfter als ein Mal pro Woche, und das zwei Mal oder drei Mal pro Woche, sicher“ (IP2, A14, Z4).	
K 1.2 Anlass	Angaben darüber, in welchen Situationen die IP als Dolmetscherinnen benötigt werden	„...oft bei der Visite. Wenn der Patient aufgeklärt werden muss über seine Untersuchung oder Eingriffe oder wenn man die Anamnese sammeln muss. Ja. Oder einfach nur während des Dienstes, nur um etwas aufzuklären. Wenn der Patient überhaupt (...) keine deutsche Sprache beherrscht und man ihm etwas Neues erklären muss“ (IP1, A4, Z11-15). „... zu den Aufnahmen bin ich gerufen worden. Und zur Visite und zur Entlassung ...“ (IP5, A47, Z9-10).	
K 1.3 Drittsprachen	Angaben zu den „Arbeitssprachen“, die neben Deutsch und der Muttersprache beim Dolmetschen zum Einsatz kommen	Russisch (IP1, A10, Z16; IP4, A31, Z6; IP 5, A47, Z10; IP6, A74, Z19) „slawische[n] Sprachen“ (IP5, A47, Z31) Slowakisch (IP4, A31, Z6)	
K 1.4 Einsatzort	Etwaiger auswärtiger Einsatz als Dolmetschende: Wo wird außerhalb der eigenen Station/ Abteilung gedolmetscht	Ambulanz (IP3, A24, Z6; IP5, A47, Z10) Chirurgie (IP6, A83, Z16)	
K 1.5 Einsatzzeitpunkt	Antworten auf die Frage, ob nur während der Dienstzeit gedolmetscht wird	„Während der Dienstzeit“ (IP1, A5, Z15)	
K 1.6 Zustadkommen/ Rekrutierung	Angaben zu der Art und Weise,	„...es ist ganz normal. Entweder hat da jemand angerufen, ob eine Polin im	

rung	wie die Pflegepersonen zum Dolmetschen herangezogen werden	Dienst ist (...) da hat man gesucht, wo da jemand ist, der die polnische Sprache beherrscht“ (IP1, A5, Z3-9). „Das war total spontan, ganz spontan, dass der Arzt gefragt hat, ob der Patient ... oder er hat irgendwie mitgekriegt, dass der Patient meine Muttersprache spricht und dann war es spontan. Ohne irgendwelche Vorbereitung oder Vorwarnung, einfach spontan“ (IP2, A14, Z18-20). „... also generell bei einer Aufnahme weiß ich, dass sie in der Personalstelle unser Herkunftsland haben. Und irgendwann einmal (...) kamen auf jede Station Listen. Und dort war eben ich als Polnisch-Dolmetscherin (IP6, A74, Z32-35).	
K 1.7 sonstige Bedarfsträgerinnen	Angaben zu Nutzerinnen von Dolmetschleistungen, die nicht zu Patientinnen, Ärztinnen u. Angehörigen zählen	Polizei (IP1, A9, Z14) Psychologinnen (IP3, A29, Z2)	
K 1.8 Verhaltensrichtlinien	Vorhandensein von Richtlinien, die Aufgaben und Pflichten beim Dolmetschen festlegen	„Nein, gibt es nicht“ (IP1, A11, Z21). „Da gab es keine Information, nein. (...) Also alles in allem gab es überhaupt keine Information seitens der Direktion, seitens der Oberschwester, überhaupt nicht“ (IP6, A83, Z27-30).	Nennungen der Dolmetscherliste in diesem Kontext werden unter 1.6 kodiert.

Kategorie (K 2): Dolmetschen			
Code/Ausprägung	Definition	Ankerbeispiele (Fundstelle)	Kodierregel
K 2.1 Definition/ Aufgaben	Bezeichnung der eigenen Dolmetschtätigkeit und der damit verbundenen Aufgaben	<p>„...ich muss dann die Fragen dem Patienten stellen und dann die Antworten wieder auf Deutsch übersetzen“ (IP1, A7, Z25-26).</p> <p>„Ich versuche wörtlich zu übersetzen (...) Und wenn es nicht geht (...) dann (...) versuche ich es sinngemäß“ (IP2, A19, Z18-20).</p> <p>„Ja, meine Aufgabe wäre, genau das, was der Arzt sagt, zu übersetzen und genau umgekehrt, genau zuzuhören, was der Patient dazu sagt und genauso weiterzuleiten. Übersetzen und weiterleiten“ (IP2, A18, Z12-14).</p> <p>„...meine Aufgabe ist, vor allem ist das dem Patienten zugute (...) erleichtern, motivieren beim Krankenhausaufenthalt, beruhigen“ (IP3, A26, Z18-20).</p> <p>„Von mir wird erwartet: Menschlichkeit, Übersetzen, Krankenschwester (...) auch fördernd eigentlich, dass man dem Patienten sagt, was er essen darf, was nicht. Auch gesundheitlich fördernd (...) auch aufklären, erzählen, sprechen, sagen, wissen (...) Es ist natürlich auch die Küche anders (...) Da habe ich natürlich mehr Erfahrung (...) was die kochen (...) Also der Aufgabenbereich ist riesig (IP3, A26f., Z25-6).</p> <p>„...ich übersetze einfach das, was der Arzt über die Patienten zu wissen braucht, also und sonst gar nichts“ (IP4, A34, Z8-9).</p>	
K 2.2 Handlungsspielräume und Ziele	Angaben zu den Zielen und Handlungsspielräumen beim Dolmetschen	<p>„...manche Patienten kennen auch die polnischen Begriffe, die medizinischen nicht (...) Da kann ich nicht auf Latein fragen, ich muss das in einfacher Sprache sagen“ (IP1, A8, Z2-6).</p> <p>„Also eigentlich kann ich auch von mir aus etwas fragen, wenn ich etwas mehr erfahren will. Und da muss ich auch nicht alles zurück übersetzen (...) die wichtigen Sachen schon, aber bezüglich Schwarzarbeit oder Familienstand, das ... Ab und zu sa-</p>	

		<p>ge ich nicht alles, ja. Aber das hat keinen Einfluss auf die Diagnose, die Therapie (IP1, A9, Z3-7).</p> <p>„Ich muss das (...), wenn es zu kompliziert ist, einfacher sagen, damit sie verstehen“ (IP2, A17, Z17-19).</p> <p>„...aber das ist meine Persönlichkeit, dass ich mich einfach einmische, wenn ich merke, ja, da ist jetzt absolute Unverständlichkeit (...) ich meine, ich mische mich ein, ich übersetze dann“ (IP2, A18, Z4-7).</p> <p>„ich konzentriere mich auf den Inhalt (...) dass das rüber kommt. Und wenn ich merke, dass das zu kompliziert ist, da versuche ich das auch vielleicht ein bisschen einfacher ... Mir ist das Verständnis wichtig. Dass verstanden wird“ (IP2, A18, Z16-19).</p> <p>„Verständlich machen muss ich, den Sinn. Und dem Patienten ganz ... noch breiter erzählen, was das wirklich heißt, Computertomographie oder Ultraschall, Oberbauch. Das muss ich viel breiter erklären in unserer Sprache“ (IP3, A25f., Z34-3).</p> <p>„Und natürlich motiviere ich auch die Patienten, alles, was sie nicht verstanden haben, was sie nicht wissen, dass sie fragen und ich kann es übersetzen“ (IP3, A26, Z14-15).</p> <p>„Manche möchten sofort alles erzählen und natürlich reden die länger (...) dann muss ich unterbrechen und ich sage einfach, dass der Arzt die Frage stellt und ich immer wieder zurück...“ (IP4, A36, Z7-11).</p>	
--	--	--	--

Kategorie (K 3): Haltung der Dolmetschenden			
Code/Ausprägung	Definition	Ankerbeispiele (Fundstelle)	Kodierregel
K 3.1 Bereitschaft	Angaben dazu, inwiefern das Dolmetschen auf freiwilliger Basis geleistet bzw. als Pflichterfüllung betrachtet wird	<p>„Na ja, das wird niemand gefragt. Es heißt, ich muss gehen und dolmetschen und aus“ (IP1, A5, Z12)</p> <p>„Ich meine, freiwillig habe ich mich fürs Dolmetschen nicht gemeldet. Aber wir haben einmal eine Liste bekommen, mit den Namen, wer im Spital welche Sprache spricht. Und ich nehme an, dass alle diese Personen jetzt einmal so als inoffizielle (...) Dolmetscher kann man nicht sagen ... aber inoffiziell als Personen, welche man sich holen kann, wenn irgendwo was gebraucht wird...“ (IP2, A15, Z6-10).</p> <p>„das mache ich eigentlich gern“ (IP3, A27, Z7).</p> <p>„Also wir haben automatisch die Liste bekommen, für die ganze Station glaube ich (...) wir waren insgesamt ein bisschen verwundert oder auch nicht, wir sind jedenfalls zu dem Schluss gekommen, na ja, was soll's“ (IP6, A75, Z12-14).</p> <p>„Also niemand hat sich persönlich ... Die Personalstelle hat uns nicht kontaktiert und gefragt, ob wir wollen oder nicht, sondern vielleicht aufgrund des Geburtslandes, haben die in der Personalstelle also ...“ (IP6, A75, Z17-19).</p>	
K 3.2 Verantwortung	Einschätzung der eigenen Verantwortung als Dolmetscherin	<p>„...ich muss nur ein reines Gewissen haben. Ja, dass ich alles gut übersetzt habe. Wenn nicht, kann etwas schief gehen“ (IP1, A9, Z9-10).</p> <p>„Das genauso rüber zu bringen. Diese Wichtigkeit (...) in der Muttersprache. Ja, betonen dort, wo es zu betonen ist oder nicht sagen, das was man nicht sagen sollte (...) Genauso, wenn die Ärzte nicht alles auf einmal sagen wollen, sondern da wirklich richtig ordentlich zu übersetzen. Nicht zu interpretieren, sondern versuchen zu übersetzen“ (IP2, A19, Z12-16).</p> <p>„Weil es auch schwierige Phasen und schwere Erkrankungen gibt, wo man</p>	In dieser Kategorie werden sämtliche Aussagen zusammengefasst, die Aufschluss darüber geben, wofür sich IP verantwortlich fühlen, wenn sie dolmetschen.

		<p>sich Gedanken macht, wenn ich übersetze: Versteht er, wird er mich verstehen? Er versteht natürlich die Sprache. Aber ob er auch kognitiv packt, um was es geht, das ist eine große Verantwortung“ (IP3, A27, Z27-31).</p> <p>„... all diese Informationen, die die Patientin haben möchte (...) da fühle ich mich einfach verantwortlich dafür, dass ihr all diese Informationen gegeben werden“ (IP4, A40, Z18-22).</p>	
K 3.3 Selbsteinschätzung	Selbsteinschätzung hinsichtlich der eigenen Dolmetschkompetenz; inwiefern ist der Pflegeberuf vorteilhaft beim Dolmetschen	<p>„Für mich ist das nicht so schwer, weil ich auch studiert habe, also ich habe das Wissen schon, ja (...) Und ich habe schon jahrelang Erfahrung“ (IP1, A8, Z9-12).</p> <p>„Es ist schon besser, wenn ich dolmetsche als eine Putzfrau oder eine Abteilungshelferin, die medizinisch nicht so vorbereitet ist (...) wir machen auch Anamnesen mit Patienten, also schon in unserem Bereich. Aber das ist auch oft zusammen mit dem Arzt. Und ich weiß schon, was ich fragen soll, wie ich fragen soll, was ich vom Patienten erfahren soll“ (IP1, A10f., Z25-2).</p> <p>„Ich glaube schon, dass es Vorteile gibt (...) Zuerst ist ein Fach[wissen] da. Dann ist eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Schwester vorhanden (...) von der Persönlichkeit her, wo wir wissen, was diesem Arzt in dem Moment wichtig ist, dass er erfährt, genau erfährt“ (IP2, A20, Z3-7).</p> <p>„Es gibt viele Vorteile. Sie ist Schwester des Vertrauens, sie ist beruflich da, also sie weiß alles über den Patienten und ... Schweigepflicht hat sie auch“ (IP3, A28, Z8-10).</p> <p>„so ein Blabla, weil einige Dinge, die wir am Anfang haben, wenn wir fragen, diese Fragen wiederholen sich dermaßen, dass keine von uns irgendwelche Fehler macht“ (IP5, A54, Z23-25).</p> <p>„...wenn ich den Patienten gekannt habe (...) dann ist das irgendwie gegangen. Ja, weil auf meiner Station, auf der Internen, also da bin ich damit</p>	

		<p>gut zurecht gekommen, weil sich das immer wiederholt, da ist das normalerweise reibungslos gegangen“ (IP5, A55, Z14-17).</p> <p>„...wenn es um Diagnosen geht oder so, da gibt es hier insgesamt genauso viele lateinische Bezeichnungen und in Polen war das auch so (...) das geht eher automatisch, da gibt es kein Problem“ (IP6, A79, Z9-12).</p>	
K 3.4 Schwierigkeiten	Welche Schwierigkeiten ergeben sich beim Dolmetschen	<p>„Da war ich auf (...) einer fremden Station (...) Und ich habe fast niemanden dort gekannt. Das war für mich auch nicht so einfach. Weil den Patienten habe ich auch nicht gekannt (...) Es ist um ein Herzkatheter gegangen, also doch eine schwierige Operation, ja. Das war schon anstrengend für mich“ (IP1, A6, Z5-10).</p> <p>„Es ist schon schwierig, wenn ich das auf Russisch wiederholen muss (...) da fehlen mir dann die Wörter, ja, weil das macht man nicht so oft“ (IP1, A10, Z15-18).</p> <p>„Zeitdruck, Inhalt, das kann sehr sehr oft kompliziert sein, bis man ... Man braucht einfach Zeit, weil das oft Begriffe sind, welche ja für Leute, die nicht aus der Branche sind, nicht einfach sind. Und es geht um Gesundheit und die wollen sehr viel wissen und haben immer sehr viele Fragen“ (IP2, A20, Z18-21).</p> <p>„...wenn jemand (...) gebildeter war, dann ist das besser gegangen, so eine Verständigungslinie, als wenn es jemand einfacher war“ (IP5, A48, Z19-21).</p>	
K 3.5 Zufriedenheitsfaktoren	Aussagen zu den Aspekten der Dolmetschtätigkeit, die positiv bewertet werden	<p>„...die Freude vom Patienten, dass er jemanden aus dem eigenen Land sieht, mit dem er dann reden kann. (...) wenn man dann helfen kann“ (IP1, A11, Z4-5).</p> <p>„...wenn ich z.B. jemandem helfe (...) das ist angenehm, dass ich in der einen und in der anderen Sprache verstehe (...) das ist hilfreich bei der Arbeit“ (IP5, A52, Z31-35).</p>	
K 3.6 Belastungs-/	Aussagen zu jenen	„...wenn ich bei alkoholkranken Leu-	In diese Ka-

Unzufriedenheitsfaktoren	Aspekten der Dolmetschtätigkeit, die als negativ (belastend oder unangenehm) eingestuft werden	<p>ten übersetzen oder dolmetschen muss (...) weil das (...) sind die einfachen Leute. Sind ungepflegt und die können kein Wort Deutsch“ (IP1, A8, Z24-28).</p> <p>„...weil die gehen mir nach: „Schwester, was ist das, Schwester können Sie mir das erklären und Schwester““ (IP3, A28, Z16-18).</p> <p>„Man ist da als Dolmetscher gar nicht versichert in dieser Sache. Und natürlich kann der Patient auch sagen, die Schwester hat mir das nicht übersetzt (...) es ist sehr delikat“ (IP3, A28, Z12-15).</p> <p>„...jemandem zu sagen, dass er eine unheilbare Krankheit hat“ (IP3, A28, Z25).</p> <p>„Verantwortung. Ich denke immer nach, ob ich gut übersetzt habe“ (IP4, A38, Z23-24).</p> <p>„...wenn ich auf eine andere Station gerufen werde (...) Weil ich nicht arbeite, die Kolleginnen sind unzufrieden (...) weil das auch psychisch belastend ist, weil ich einen Fehler machen kann“ (IP5, A53, Z7-10).</p> <p>„Na weil meistens eben solche Personen kommen, solche von der Straße, die dort irgendwo trinken (...) der Mensch (...) schämt sich ganz einfach für seine Landsleute, die so von oben bis unten verdreckt herkommen und nur um dies und jenes bitten“ (IP6, A80, Z6-8, 19-21).</p>	tegorie fallen auch Aussagen zu den Nachteilen des Pflegeberufes beim Dolmetschen.
K 3.7 Fortbildungsinteresse/ Informationsbedarf	Interesse an Fortbildung und Erwartungen und Wünsche betreffend Fortbildungsinhalte	<p>„... wie soll man dann umgehen mit dem Patienten (...) wie soll man zu ihm kommen und sein Vertrauen gewinnen (...) etwas Psychologie“ (IP1, A13, Z4-6).</p> <p>„...rechtliche Situation, wie das gesetzlich ist“ (IP2, A22, Z9).</p> <p>„...mehr so fachliche Bezeichnungen in der gegebenen Sprache (...) Auch ein wenig Mentalität, überhaupt auch die Kultur (...) Zusätzlich zur Sprache auch ein bisschen den Hintergrund, ein bisschen so eine Psychologie“ (IP5, A70, Z21, 27-29).</p>	

Kategorie (K 4): Beziehung zu Handlungspartnerinnen			
Code/Ausprägung	Definition	Ankerbeispiele (Fundstelle)	Kodierregel
K 4.1 Ärztinnen	Angaben zur Beziehung zwischen IP und Ärztinnen	<p>„...die sind eigentlich dankbar. Weil sie dann Auskunft und Informationen haben, die sie brauchen“ (IP1, A7, 9-10).</p> <p>„Ja, der Arzt sagt, wir haben einen Patienten mit solcher Diagnose und wir wollen wissen das, das, das, das“ (IP1, A7, Z24-25).</p> <p>„...der Arzt ist auch nur (...) für den Patienten da. Er verlangt nicht mehr von mir als ich erstens anbieten kann und zweitens, was eigentlich in meinem Aufgabenbereich ist. Es wird nicht mehr verlangt“ (IP3, A27, Z10-12).</p> <p>„Dankbar ... und Rücksicht und volles Vertrauen eigentlich“ (IP2, A17, Z14).</p> <p>„Über so viele Jahre weiß ich schon (...) welche Fragen kommen, was wichtig ist (...) das besprechen wir auch vorher und nachher“ (IP2, A18, Z22-23).</p>	Es werden sämtliche Aussagen zu Erwartungen und Verhalten der Ärztinnen kodiert.
K 4.2 Patientinnen	Angaben zur Beziehung zwischen IP und Patientinnen, für die gedolmetscht wird	<p>„Der Patient hat schon Stress, weil er im Spital ist (...) Er sieht, dass ich auch vom Personal bin und ich begrüße ihn auf Polnisch. Da ist er dann erleichtert“ (IP1, A7, Z5-7).</p> <p>„...wenn sie wissen, dass ich Polin bin, dann kommen sie, wenn sie nur Fragen haben, dann kommen sie immer zu mir“ (IP1, A8, Z16-17).</p> <p>„...die sind einfach so zufrieden, die Leute, welche keine Sprache können, dass jemand da ist“ (IP2, A17, Z9-10).</p> <p>„...dieses Sicherheitsgefühl (...) wenn die wissen. Die warten eigentlich auf jemanden, der ihre Sprache spricht, um zu fragen, Auch wenn sie sich bei der Visite nicht trauen, dann nachher, was war und wie war es und so“ (IP2, A16, Z22-24).</p> <p>„...die Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Die sind hier alt geworden und haben nie wirklich Deutsch gelernt. Und das ist auch sehr notwendig, dass man mit ihnen spricht und überhaupt (...) auch wenn sie ein biss-</p>	Es werden sämtliche Aussagen zu Erwartungen und Verhalten der Patientinnen zusammengefasst, auch wenn sie sich nicht direkt auf die Dolmetschsituation beziehen.

		<p>chen Deutsch sprechen, die vertrauen besser, wenn man es noch einmal übersetzt“ (IP3, A23, Z8-13).</p> <p>„Sie sind auch sehr dankbar, sind ruhiger. Sie stellen noch mehr Fragen als sie sich eigentlich trauen“ (IP3, A26, Z13-14).</p> <p>„...sehr oft eigentlich verlangen sie Gespräche, suchen mich auf“ (IP3, A27, Z15).</p> <p>„...das Personal, wir schauen eigentlich zuerst, dass man sich menschlich benehmen soll und dann eigentlich auf die Sprache. Und das ist bei unserer Klientel, bei unseren Kunden, bei unseren Patienten das Allerwichtigste. Dann funktioniert das“ (IP3, A24, Z15-18).</p> <p>„Ich war fremd, ich war im Spital, ich war von Vertrauen, also mir konnte sie das alles erzählen“ (IP3, A25, Z12-13).</p> <p>„...wenn man z.B. sich überhaupt nicht ausdrücken kann (...) welche Beschwerden man hat (...) wenn man einfach eine zweite Person dazu braucht, dann finde ich das total schwierig für die Patienten (...) Nicht für uns, sondern die betreffende Person, weil ich (...) oder jemand anders kann nicht 24 Stunden nonstop bei den Patienten sein“ (IP4, A32, Z20-24).</p>	
K. 4.3 Kolleginnen	Angaben zur Beziehung zwischen IP und Arbeitskolleginnen	<p>„Ja, in dem Fall müssen sie Verständnis haben“ (IP1, A7, Z1).</p> <p>„Na ja, die bedanken sich dann, ja. Und man sieht, dass sie zufrieden sind, ja. Weil sie haben das Problem gelöst. Weil sonst, was sollen sie dann machen, wenn sie niemanden haben, mit dem sie das besprechen können?“ (IP1, A12, Z7-9).</p> <p>„Na sie sind froh, dass überhaupt jemand da ist, der einen Kontakt zum Patienten haben kann“ (IP6, A84, Z14-15).</p>	Aussagen, die Aufschluss über Akzeptanz und Zufriedenheit der Kolleginnen bezüglich der Dolmetschtätigkeit der IP geben.

Kategorie (K 5): Kommunikationspraxis			
Code/Ausprägung	Definition	Ankerbeispiele (Fundstelle)	Kodierregel
K 5.1 Darstellung	Angaben zur allgemeinen Handhabung der Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen	<p>„Türkisch, das sind meistens die Putzfrauen, weil die kommen aus der Türkei. Oder wir haben ab und zu, aber selten, einen Arzt, der Turnus macht und die Sprache kann“ (IP1, A5, Z21-23).</p> <p>„Wenn er auch nicht meine Muttersprache spricht, dokumentieren wir zuerst einmal, dass dieses erste Aufnahmegespräch nicht möglich ist. Dann schauen wir einmal, ob momentan irgendwer im Dienst ist, der uns da helfen kann. Wenn das auch nicht ... dann sind die Hände und Füße im Spiel (...) Offiziell wurde uns gesagt, dass wenn ein Patient oder Angehöriger – auch jederzeit, das bedeutet in der Nacht, irgendwann – einen Dolmetscher verlangt, muss ihm einer zur Verfügung gestellt werden (...) Seit ich da bin (...) habe ich noch nie einen Patienten erlebt, der gesagt hat, er will offiziell einen Übersetzer. Wenn das momentan ist und die Situation ist auch nicht jetzt lebensbedrohlich (...) dann warten wir auf die Angehörigen. Weil die auch oft Übersetzer sind“ (IP3, A15f., Z23-5).</p> <p>„Na ja, wir im Krankenhaus sind auch, wie soll ich sagen, anders, ja. Wir versuchen – es ist egal, was für eine Sprache der Patient spricht – wir bemühen uns immer, ihm das verständlich zu machen. Das, was zu tun ist und um was es geht. Hände, Füße und Sonstiges“ (IP3, A24, Z11-14).</p>	
K 5.2 Bewertung	Beurteilung der derzeitigen Kommunikationspraxis	<p>„Na ja, es geht nicht so einfach, aber ...es funktioniert“ (IP1, A12, Z12).</p> <p>„Es muss nicht die Familie übersetzen. Und ich finde, es ist oft besser, dass wir übersetzen, das ist keine Frage“ (IP2, A22, Z6-8).</p> <p>„...Glück haben wir auch, dass hier Multikulti ist“ (IP3, A24, Z16)</p> <p>„...ich sehe hier nichts zum Verbessern“ (IP3, A29, Z25).</p> <p>„Gut, dass wir z.B. ein paar Ärzte aus der Türkei haben, aber indische Ärzte</p>	

		haben wir keine. Und das ist eine Tragödie, wenn wir gerade niemanden haben, der z.B. so eine Patientin anhören könnte und sagen könnte, was los ist. Wir wissen es nicht, wir vermuten es“ (IP4, A43, Z16-19).	
K 5.3 Verbesserungsvorschläge		<p>„...eine Bereitschaft organisieren, dass man dann anrufen kann und da kommt schnell jemand und hilft uns. Aber der muss wirklich schnell sein, weil ab und zu ist das wirklich knapp und man muss schon sofort reagieren“ (IP1, A12, Z23-25).</p> <p>„Ja, zum Beispiel ein Türkisch-Kurs (...) für das Personal (...) muss man nicht fließend sprechen, aber zu einem auch „Guten Tag“ zu sagen ist schon ein Gewinn“ (IP2, A22, Z20-26).</p> <p>„Irgendwo ein Zentrum in Wien machen, mit verschiedenen Sprachen. Und es wäre toll, wenn man so ein Telefon hätte. Und wenn ich im Dienst bin, rufe ich dort an, das sind beeidete Dolmetscher und dann fühle ich mich hundertprozentig sicher“ (IP4, A44f., Z30-2).</p>	

A 5. Abstract

In Wiens Krankenhäusern dolmetschen nachweislich häufig Pflegekräfte ohne spezifische Zusatzausbildung, es ist aber wenig über ihr Rollenverständnis als Dolmetschende bekannt. Dieser Frage geht die vorliegende Arbeit ausgehend vom derzeitigen Erkenntnisstand zur Rollenproblematik beim Krankenhausdolmetschen und zum Einsatz ad hoc dolmetschender Pflegepersonen nach. Im Rahmen der qualitativen Interview-Studie wurden sechs Pflegekräfte eines Wiener Krankenhauses zu ihrer Rollenauffassung befragt. Mit der Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sich Pflegepersonen bei der Gestaltung ihrer Dolmetscherrolle nach ihrer Erfahrung und ihrem beruflichen Selbstverständnis als kompetente Mitglieder im Fachteam richten und sich beim Dolmetschen als eigenständige, aktive Interaktionspartnerinnen auffassen. Darüber hinaus konnten interessante Einblicke in den Berufsalltag der dolmetschenden Pflegekräfte und die Problematiken, die mit der Doppelrolle einhergehen, gewonnen und Empfehlungen für die Praxis und Forschung im Bereich des Krankenhausdolmetschens abgegeben werden.

A 6. Lebenslauf

Zur Person

Vor- u. Nachname	Danuta Kanicka
Geburtsjahr	1986
Staatsbürgerschaft	österreichisch

Bildungsweg

Seit Nov. 2008	Masterstudium Dolmetschen (Italienisch, Französisch), ZTW, Universität Wien
Juli 2010	Praxiskurs Konferenzdolmetschen, Europäische Akademie Otzenhausen
Sept. 2009 - Feb. 2010	Auslandssemester an der École de traduction et d'Interprétation, Universität Genf
Sept. 2005 - Nov. 2008	Bakkalaureatsstudium Interkulturelle Kommunikation (Italienisch, Französisch), ZTW, Universität Wien