



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Das Rollenprofil von DolmetscherInnen im Rahmen der
Kinderpsychiatrie- und psychotherapie

Interviewstudie in einer Einrichtung für Entwicklungsneurologie
und Sozialpädiatrie“

verfasst von / submitted by

Daniela Reghinuța Rodilă, BA

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

Wien, 2020 / Vienna 2020

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

A 070 354 331

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

Masterstudium Translation Rumänisch Deutsch

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Zuerst gebührt mein Dank Frau Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer, die meine Masterarbeit betreut und begutachtet hat. Für die konstruktive Kritik und ständige Erreichbarkeit bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Ein besonderer Dank gilt allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen meiner Interviewstudie, ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können. Mein Dank gilt Ihnen für ihre Informationsbereitschaft und ihre interessanten Beiträgen und Antworten auf meine Fragen.

Ebenfalls möchte ich mich bei Edidia Petrut, BA, und Mag. Helga Kahofer für das Korrekturlesen meiner Masterarbeit danken.

Abschließend möchte ich mich bei meinem Ehemann bedanken, der mir mein Studium durch seine Unterstützung ermöglicht hat und stets ein offenes Ohr für mich hatte.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	- 3 -
Inhaltsverzeichnis	- 5 -
Einleitung.....	- 8 -
1. Definitionen.....	- 11 -
2. Medizin und Translation aus geschichtlicher Perspektive.....	- 13 -
2.1. Medizin und Translation.....	- 13 -
2.2. Kinderheilkunde und Dolmetschen im Wandel der Zeit.....	- 14 -
3. Beziehungsstrukturen zwischen den GesprächspartnerInnen	- 15 -
4. Abdeckung des Dolmetschbedarfs	- 17 -
5. Professionalisierung	- 18 -
6. Anforderungs- und Rollenprofil in der Fachliteratur	- 19 -
6.1. Anforderungen beim Dolmetschen im Krankenhaus.....	- 19 -
6.2. Erwartungen und Vorstellungen in Bezug auf die Rollenbilder	- 21 -
7. Das Dolmetschen in therapeutischen Settings	- 23 -
8. Das Dolmetschen in der Kinderpsychiatrie- und psychotherapie	- 29 -
8.1. Anforderungen in der Kinderheilkunde.....	- 31 -
8.1.1. Krankheitsverständnis von schwerkranken Kindern.....	- 31 -
8.1.2. Die Zuverlässigkeit von Elternangaben.....	- 33 -
8.2. Anforderungen bei spezifischen Störungen	- 34 -
8.2.1. Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen	- 34 -
8.2.2. Schwerhörige Kinder	- 37 -
8.2.3. Kinder und Jugendliche mit posttraumatischer Belastungsstörung.....	- 38 -
8.3. Studie über das Dolmetschen für Kinder.....	- 42 -
8.3.1. Studie anhand von Fallbeispielen.....	- 42 -
8.3.2. Strategien beim Dolmetschen für Kinder.....	- 52 -
8.3.3. Pilotstudie zum Dolmetschen für Kleinkinder	- 56 -
8.3.4. Dolmetschstrategien als mögliche negative Beeinflussungsfaktoren.....	- 59 -
9. Interviewstudie.....	- 60 -
9.1. Beschreibung der Methode.....	- 60 -
9.2. Sozialprofil der InterviewpartnerInnen.....	- 63 -
9.3. Auswertung der Forschungsergebnisse.....	- 63 -
9.3.1. Dolmetschen vs. Übersetzen.....	- 63 -
9.3.2. Dolmetschen als Hilfe	- 64 -
9.3.3. Dolmetschen als Beeinträchtigungsfaktor.....	- 64 -
9.3.4. Zweisprachigkeit.....	- 65 -
9.3.5. Fachsprachlichkeit	- 66 -

9.3.6.	Erklärende Fähigkeiten.....	- 68 -
9.3.7.	Kulturelle Bindungsglieder vs. Teil der Familie	- 69 -
9.3.8.	Neutralität vs. Freundlichkeit.....	- 70 -
9.3.9.	Worttreue vs. Interpretation.....	- 72 -
9.3.10.	Gesprächsmittlung vs. Gesprächsführung	- 73 -
9.3.11.	Handlungsfreiheit	- 74 -
9.3.12.	Teamarbeit aus zwei verschiedenen Perspektiven.....	- 75 -
9.3.13.	Loyalitätskonflikte.....	- 77 -
9.3.14.	Professionalisierung und ethische Fragestellungen	- 79 -
9.3.15.	Kinderinteraktion mit DolmetscherInnen	- 80 -
9.3.16.	Die Gefahr der emotionalen Nähe.....	- 82 -
9.3.17.	Die fehlende Supervision	- 83 -
10.	Schlussfolgerungen.....	- 84 -
	Bibliografie	- 92 -
	Anhänge.....	- 97 -
	Abstracts.....	- 120 -
	Abstract (Deutsch).....	- 120 -
	Abstract (Englisch).....	- 121 -

Einleitung

Im Kontext einer immer stärker globalisierten Welt und der zunehmenden Einwanderung steigt der Bedarf an Dolmetschdiensten immer mehr. Dieser Bedarf wird aber je nach Institution unterschiedlich abgedeckt, wovon der Erfolg der Kommunikation zwischen GesprächspartnerInnen abhängt. Ein sensibler Bereich, im Rahmen dessen die Tätigkeit der DolmetscherInnen und ihre Mitwirkung eine zentrale Rolle spielt, ist der Bereich der Medizin. Sowohl Wedam (2009) als auch Kadrić (2011) weisen auf die Beachtung der medizinischen Institutionen hinsichtlich der Notwendigkeit von entsprechenden Dolmetschdiensten, sowie auf höhere Erwartungen an DolmetscherInnen und ihre Leistungen hin. In diesem Bereich sind bei den beteiligten AkteurInnen oft große Unterschiede hinsichtlich der Rolle und Zuständigkeitsbereiche von DolmetscherInnen und den damit verbundenen Erwartungen und Vorstellungen zu erkennen, was zu Missverständnissen oder misslungener Kommunikation führen kann (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:215; Pöchlhammer 2000:56; Prunč 2002:193; Allaoui 2005:58-83).

Angesichts der Tatsache, dass der Bereich der Medizin sehr umfassend ist und unterschiedliche Teilbereiche der Medizin eigene Settings und Besonderheiten aufweisen, wird die vorliegende Masterarbeit den Schwerpunkt auf die Teilbereiche der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie legen. Außerdem wird die in der Bachelorarbeit der Autorin bereits thematisierte Perspektive der GesprächspartnerInnen erweitert, indem auch die Perspektive der PatientInnen berücksichtigt wird. Die Auswahl dieses bestimmten Teilbereiches beruht auf der Tatsache, dass er im Zusammenhang mit der Tätigkeit des Dolmetschens relativ wenig erforscht wurde, obwohl der Bedarf kontinuierlich steigt (vgl. Brown & Schick 2011; Nilsen 2013; Siefen et.al. 2015). Einer der Gründe für die mangelnde Forschung ist der beschränkte Zugang zu Daten und zum zuständigen Fachpersonal und den im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen DolmetscherInnen.

Die vorliegende Masterarbeit wird sich in diesem Sinne mit dem Rollenprofil von DolmetscherInnen im Rahmen der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie aus der Perspektive von FachärztInnen und PatientInnen befassen, und sowohl den Forschungsstand in diesem Bereich dokumentieren, als auch eine Interviewstudie in einer Einrichtung für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie durchführen. Folgende Forschungsfrage soll beantwortet werden: *Wie wird das Rollenprofil von DolmetscherInnen im Rahmen der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie aus Perspektive von FachärztInnen und PatientInnen beschrieben und wie*

können die erhobenen Rollenbilder zu den in der Literatur referierten in Bezug gesetzt werden?

Folgende Hypothesen liegen der Untersuchung zugrunde: Die Tätigkeit des Dolmetschens in der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie wird, sowohl in der Fachliteratur, als auch in den durchgeführten und wissenschaftlich dokumentierten Studien, vonseiten der GesprächspartnerInnen unterschiedlich betrachtet und gehandhabt. Mithilfe der Interviewstudie im Rahmen des o.g. Institutes wird erwartet, ein besseres Verständnis über die Erwartungen und Vorstellungen hinsichtlich der Rolle von DolmetscherInnen seitens der Fachkräfte und Familienangehörigen von Kleinkindern, die einer therapeutischen Behandlung unterzogen wurden, zu erlangen.

Um diese Hypothesen zu testen, wird methodisch folgendermaßen vorgegangen: Im ersten Teil der Masterarbeit wird der Forschungsstand hinsichtlich der Tätigkeit des Dolmetschens im Bereich der Medizin mit Fokus auf therapeutische Settings bzw. die Kinderpsychiatrie und -psychotherapie dokumentiert. Vorerst werden Medizin und Translation bzw. Kinderheilkunde und Dolmetschen aus geschichtlicher Perspektive betrachtet und die Beziehungsstrukturen zwischen den GesprächspartnerInnen eines DolmetscherInnen-vermittelten Arztgespräches dargelegt. Weiters werden die Abdeckung des Dolmetschbedarfs und der Stand der Professionalisierung des Dolmetschens im medizinischen Bereich sowie Anforderungen und Rollenbilder von professionellen DolmetscherInnen sowohl im Allgemeinen als auch im Rahmen therapeutischer Settings aus verschiedenen Perspektiven beschrieben. Der Schwerpunkt wird dann auf das Dolmetschen in der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie gelegt, wobei der Fokus auf den Dolmetschbedarf, die Anforderungen in der Kinderheilkunde bzw. konkret bei Kindern mit spezifischen Störungen, sowie auf unterschiedliche Fallbeispiele und Dolmetschstrategien gelegt. Für den empirischen Teil der Arbeit werden qualitative Interviews über das Rollenprofil von DolmetscherInnen im Rahmen der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie mit Fachpersonal und Familienangehörigen der Patienten des Institutes geführt. Nachdem die empirische Methode und das Sozialprofil der InterviewpartnerInnen dargestellt werden, werden die Forschungsergebnisse ausgewertet und der Bezug zu den in der Literatur referierten Ergebnissen hergestellt. Der Zugang zu Daten wird freundlicherweise gestattet, da die Autorin in der o.g. Einrichtung als Dolmetscherin tätig ist.

1. Definitionen

In der vorliegenden Arbeit wird keine Klassifikation des „Dolmetschens“ in Kategorien oder Methoden vorgenommen, da das Untersuchungsobjekt dieser Arbeit grundsätzlich auf die Rollenbilder der DolmetscherInnen im Rahmen medizinischer Gespräche mit Fokus auf die Psychotherapie eingeschränkt ist.

Dolmetschen bedeutet, wie auch Pöchhacker (2000:5) definiert, „etwas, oder jemanden für jemanden verständlich zu machen“. Wenn wir diese Definition des Dolmetschens im Kontext des medizinischen Bereiches betrachten, ergibt sich daraus, dass DolmetscherInnen, durch ihre Dolmetschleistungen, medizinische Sachverhalte für Menschen mit gesundheitlichen Problemen verständlich machen. Da medizinische Sachverhalte zwecks Behandlung der PatientInnen vermittelt werden, tragen DolmetscherInnen durch ihre Vermittlung zu einer erfolgreichen oder wenig erfolgreichen Behandlung bei (vgl. Angelelli 2004:7). Pena-Díaz (2018:95) definiert die Dolmetschtätigkeit und spricht ebenso von einer Erleichterung der Kommunikation zwischen zwei PartnerInnen, geht aber über eine alleinige Übertragung von sprachlichen Äußerungen hinaus:

Interpreting is the task of facilitating communication as accurately as possible between two parties who do not share a common language; it is much more than merely transferring linguistic utterances from one language to another, and the fact of knowing two languages does not make a translator or interpreter any more than having two hands makes a pianist. (Pena-Díaz 2018:95)

Bot (2005:11) verweist auf den Begriff „*Dialogue interpreting*“, welcher schon 1992 von Wadensjö gebraucht und durch die internationalen *Critical Link Conferences*, insbesondere die Konferenz in Kanada aus dem Jahr 1995, weit verbreitet wurde. Dialogdolmetschen wird hier wie folgt definiert:

(...) refers to the situation in which a limited number of people speaking different languages are helped to communicate by an interpreter. Dialogue interpreting is usually done in the consecutive mode. (Bot 2005:11)

Während die o.a. Definition von Bot (2005) lediglich die Anzahl der AkteurInnen und den Modus umfasst, gehen Montalt et.al. (2018:98) darüber hinaus und beschreiben auch Funktionen und Bereiche, welche *Community Interpreting* zugeschrieben werden sollen, nämlich hauptsächlich die Ermöglichung der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und

ImmigrantInnen oder Angehörige ethnischer Minderheiten im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Angelelli (2012) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Dolmetschen im Gesundheitswesen nicht mit medizinischer Übersetzung verwechselt werden sollte. Während die medizinische Übersetzung die Übermittlung einer schriftlichen Nachricht in eine andere Sprache in schriftlicher Form umfasst und ein bestimmter Zeitraum für die Aufgabe vorgesehen ist, umfasst das Dolmetschen im Gesundheitswesen die Übermittlung mündlicher Nachrichten in Echtzeit. Neben dem Unterschied zwischen schriftlicher und mündlicher Form und den zeitlichen Einschränkungen ist das Dolmetschen im Gesundheitswesen als Kommunikation konzeptualisiert, die das Ergebnis menschlicher Interaktion darstellt. Als solches bedeutet sie die Vermittlung von Nachrichten, die nicht nur aus Wörtern, sondern auch aus Körpersprache, Gesichtsausdrücken und Gesten während eines gedolmetschten Kommunikationsereignisses besteht (vgl. Angelelli 2012).

Obwohl in der vorliegenden Arbeit auch allgemeine Aspekte hinsichtlich des Dolmetschens im medizinischen Bereich behandelt werden, wird der Fokus auf die klinische Kinderpsychotherapie und Kinderpsychiatrie gelegt, die als interdisziplinäre Bereiche zu betrachten sind, wie sie auch von Helmsen et.al. (2009) beschrieben werden. Laut den letztgenannten AutorInnen beschäftigen sich diese Disziplinen mit den folgenden Bereichen: Klinische Kinderneuropsychologie, frühe Kindheit, Intelligenzdiagnostik und Psychotherapieforschung. Die Arbeit in diesen Bereichen reicht von psychischen Störungen, insbesondere Zwangs-, Ess-/Gewichts- und Persönlichkeitsstörungen, bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen. Bestimmte Störungen, die früher primär bei Erwachsenen zu beobachten waren, lassen sich immer häufiger auch im Kindesalter feststellen und stellen dementsprechend wichtige Untersuchungsobjekte im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar (vgl. Helmsen et.al. 2009:291).

2. Medizin und Translation aus geschichtlicher Perspektive

2.1. Medizin und Translation

Laut Montalt et.al. (2018:27) existiert medizinische Translation schon seit der Zeit der ältesten Keilschriften, die im alten Mesopotamien auf Tontafeln abgebildet wurden. Sie führen weiterhin aus, dass Archäologen ein Wörterbuch in sumerischer, ugaritischer, akkadischer und hurritischer Sprache aus der Zeit um 1300 v. u. Z. fanden, welches medizinische Informationen in vorwissenschaftlicher Form enthält. Viel später, im fünften Jahrhundert u. Z., wurde in Griechenland der Corpus Hippocraticum gefunden, eine Sammlung von Texten, die zu weiteren Studien inspirierten und sich in den folgenden Jahrhunderten auf andere Sprachen und Kulturen ausbreiteten, wie etwa zum Werk von Galen ca. 400 Jahre später, dessen Werk im Haus der Weisheit in Bagdad im neunten Jahrhundert u. Z. ins Arabische übersetzt wurde (vgl. Montalt et.al. 2018:27f.).

In Hinblick auf die mittelalterliche islamische Kultur war Medizin ein zentraler Bestandteil (vgl. Savage-Smith 2004). Savage-Smith (2004) führt in ihren Online-Veröffentlichungen zur mittelalterlichen Wissenschaft und Medizin aus, dass islamische Gelehrte umfangreiche Schriften aus dem Griechischen ins Arabische übersetzten und auf der Grundlage dieser Texte neues medizinisches Wissen hervorbrachten. Laut der Autorin stützten sich auch mittelalterliche und frühneuzeitliche Gelehrte in Europa auf islamische Traditionen und Übersetzungen als Grundlage für ihre medizinische Leistung.

In den folgenden Jahrhunderten entwickelte sich die Medizin allmählich zu einer wissenschaftlichen Disziplin und machte enorme Fortschritte. Laut Montalt (2013) erzeugte sie eine immer größere Menge an Informationen und damit einen zwingenden Bedarf an Wissenstransfer, sowie internationaler Kommunikation und Translation, was die medizinische Translation für ÜbersetzerInnen und DolmetscherInnen immer wichtiger machte.

Im 21. Jahrhundert entwickelte sich ein globales Phänomen, welches das Gesundheitswesen und die Nachfrage nach Sprachdiensten wesentlich beeinflusste, nämlich die weltweiten Migrationsströme. Demzufolge entstanden unterschiedliche internationale Projekte, darunter beispielsweise das des Institute for Healthcare Improvement gestartete Projekt Quadruple Aim, eine globale Bewegung, die sich in mehr als 50 Ländern entwickelte und ursprünglich die Verbesserung der Qualität, Kosten und Erlebnisse der Menschen mit medizinischem Bedarf intendierte, später aber auch eine erfolgreiche Implementierung von Sprachdiensten im Gesundheitssystem als eines ihrer Ziele definierte (vgl. Squires 2017:2-11).

2.2. Kinderheilkunde und Dolmetschen im Wandel der Zeit

Wie Wiesbauer (1982:ff.) feststellt, existiert die Pädiatrie als eigenes Fach in Österreich erst seit 1851 und als Prüfungsfach seit 1899. Laut Krepler (1988:13) wurde durch Ludwig Wilhelm Mauthner das erste österreichische – gleichzeitig auch das vierte europäische – Kinderspital namens St. Anna Kinderspital erst 1837 gegründet, eine selbstständige „Gesellschaft für Kinderheilkunde in Wien“ existiert Swoboda (1998:13) zufolge erst seit 1927.

Topf (2014) führt außerdem aus, dass obwohl Migration beispielsweise in Österreich schon seit jeher verbreitet war, die kulturellen Aspekte im Rahmen der Kinderheilkunde bis in die letzten Jahrzehnte unerforscht blieben, zum großen Teil aufgrund der Tatsache, dass das Kind in der Medizin erst um den Beginn des 19. Jahrhunderts als PatientIn betrachtet wurde (vgl. Topf 2014:164f.).

Als weiteren Grund gibt Topf (2014) die Tatsache an, dass die Beteiligung der Eltern in Kinderspitälern bis auf einen eventuellen wöchentlichen Besuch bis 1980 so gut wie inexistent war, weshalb die verschiedenen kulturellen Hintergründe der Familien im Rahmen der Diagnose- und Behandlungsprozesse bis zu diesem Zeitpunkt nicht relevant waren. Erst mit der Integration der Eltern in die medizinischen Abläufe stellte sich die Notwendigkeit einer entsprechenden medizinischen Aufklärung heraus und führte über die Jahre zur Aufklärungspflicht gegenüber PatientInnen und deren Familienangehörigen (vgl. Topf 2014:165f.).

1980 wurde von der Europäischen Vereinigung für Kinder im Krankenhaus die Europäische Charta für die Rechte des Kindes im Alter von null bis 18 Jahren im Krankenhaus herausgegeben. Die 10 Prinzipien der Charta umfassen grundsätzlich das Recht von Kindern auf die Teilnahme ihrer Eltern im Krankenhaus, das Recht auf eine altersentsprechende Information der Kinder und Eltern sowie auf gerechte Behandlung des körperlichen und seelischen Stresses, das Recht auf ihre Einbeziehung in gesundheitsbezogene Entscheidungen, das Recht von Kindern auf eine altersgemäß geplante Umgebung und auf ihre Bedürfnissen entsprechend ausgebildetes Personal, das sowohl mit den Kindern als auch mit deren Familienangehörigen einfühlsam, taktvoll, verständnis- und respektvoll umgehen kann und in der Kommunikation zwischen den Fachkräften auch Teamfähigkeit besitzt (vgl. EACH European Association for Children in Hospital 2016).

Die Ärzteschaft wurde demzufolge auf die herausfordernde Aufgabe aufmerksam, komplexe medizinische Sachverhalte sowohl für Kinder als auch für Eltern verständlich zu machen, was den Einsatz von PsychologInnen und DolmetscherInnen mit sich brachte. Sie werden jedoch in vielen Spitälern eher in Abteilungen für schwerkranke Kinder eingesetzt,

während in allgemeinen pädiatrischen Bereichen vielmehr die sprachlichen Ressourcen der Patientenfamilien genutzt werden (vgl. Topf 2014:166f.). Im folgenden Kapitel wird die facettenreiche Konstellation von GesprächspartnerInnen bei einem medizinischen Gespräch behandelt, im Rahmen dessen sprachkundige Personen hinzugezogen werden müssen.

3. Beziehungsstrukturen zwischen den GesprächspartnerInnen

An einem medizinischen Gespräch, im Rahmen dessen DolmetscherInnen hinzugezogen werden, nehmen normalerweise drei HauptakteurInnen teil: ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen. Da DolmetscherInnen dafür sorgen, dass die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ohne Zwischenfälle funktioniert, tritt die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung in den Vordergrund. Allaoui (2005:3) betont hier die Wichtigkeit des Dialogs zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zur Erfüllung der Informationsbedürfnisse beider Seiten. Laut Allaoui vertreten diese zwei AkteurInnen jedoch unterschiedliche Machtpositionen im Rahmen dieser Konstellation – ÄrztInnen agieren als ExpertInnen, und PatientInnen als Laien. Auf Basis dieser Positionen gibt es Unterschiede, was die Wissensniveaus und die Weltanschauung betrifft (vgl. Allaoui 2005:14). Je nach sozialer Schicht bzw. je nach Kultur können PatientInnen die Krankheit unterschiedlich einordnen und verstehen, andere medizinische Traditionen für gültig halten, und daher auch eine für die ÄrztInnen unübliche Darstellung einer Gegebenheit liefern. Diese Unterschiede sind nicht nur von diesen Machtpositionen bedingt, sondern sehr stark auch von unterschiedlichen Faktoren auf sozialer und kultureller Ebene abhängig, wie Angelelli (2004:30) erläutert: „*age, ethnicity, gender, nationality, race, SES (socio-economic status) und solidarity*“. Daraus folgt, dass diese zwei AkteurInnen eine dritte Person benötigen, die die Kommunikation zwischen ihnen steuert und möglich macht.

Allaoui (2005:14) macht darüber hinaus deutlich, wie ausschlaggebend die Einbeziehung von DolmetscherInnen sein kann, angesichts der Tatsache, dass sprachliche, kulturelle und soziale Unterschiede zu gravierenden Fehldeutungen führen können. Fehldeutungen führen im medizinischen Kontext wiederum zu fehlerhaften und unkontrollierbaren Diagnosen, und im schlimmsten Fall zu unpassenden Behandlungen. Leanza (2007:168) fügt zu dieser Liste von negativen Konsequenzen auch eine geringere Quote von Wahrnehmungen der vereinbarten Termine, mangelhafte Überweisungen und unzweckmäßige Weiterempfehlungen hinzu.

Es gibt außerdem medizinische Settings, bei welchen mehr als drei AkteurInnen teilnehmen und in welchen dementsprechend zusätzliche Herausforderungen bestehen. Im Rahmen der Kinderpsychiatrie sind neben Fachkräften, DolmetscherInnen und Kindern als PatientInnen noch Bezugspersonen anwesend, in den meisten Fällen Eltern, die laut Topf (2014) über das kranke Kind vom Krankenhaussystem abhängig sind und je nach Alter des Kindes durch ihre Sorgen und Ängste einen relativ großen Einfluss auf das Kind haben. Wie der Autor aus österreichischer juristischer Sichtweise angibt, müssen PatientInnen erst ab dem Alter von 14 Jahren ihre Einwilligung oder Ablehnung für eine Behandlung geben und können sich ab diesem Alter im direkten Dialog mit dem Arzt befinden. Im Kontext medizinischer Settings mit Kindern als PatientInnen, die die Adoleszenz noch nicht erreicht haben, entstehen also zwei Seiten des Kommunikationsprozesses, die von Fachkräften zu berücksichtigen sind und herausfordernd sein können (vgl. Topf 2014:162).

Die Schwierigkeit dieses zweiseitigen Kommunikationsprozesses besteht laut Topf (2014) vor allem darin, dass die medizinischen Fachkräfte ihre Sprache sowohl für die Eltern als auch für die Kinder anpassen müssen. Sie müssen bei Kindern mit Migrationshintergrund oder Flüchtlingskindern außerdem die bereits bestehende psychosoziale Vulnerabilität aufgrund der drastischen Lebensveränderung und der eventuell belastenden Erfahrungen der ganzen Familie berücksichtigen, die zusammen mit einem Krankheitsfall zu Traumatisierung führen kann (vgl. Topf 2014:163). In diesem Kontext können auch mehrere GesprächspartnerInnen anwesend sein, unter anderen auch Krankenpflegepersonen und PsychologInnen, was die Dolmetschtätigkeit noch herausfordernder macht (vgl. Topf 2014:174).

Wie Hsieh (2017:52) zu Bedenken gibt, hängt aber der Erfolg der Kommunikation bei einem medizinischen Gespräch nicht nur von DolmetscherInnen ab, sondern von einer koordinierten Ausführung zwischen allen involvierten GesprächspartnerInnen. Es gibt laut der Autorin keine allgemein gültige Formel, die für alle Settings funktioniert, es sollen aber alle TeilnehmerInnen ihre kommunikativen Ziele identifizieren und sich auf ein gemeinsames Verständnis des Qualitätskonzeptes in ihrem bestimmten Setting einigen können. Dieser Kommunikationsbedarf wird unterschiedlich abgedeckt, wie im folgenden Kapitel beschrieben wird.

4. Abdeckung des Dolmetschbedarfs

Es lässt sich also feststellen, dass es im Rahmen medizinischer Gespräche Kommunikationsbedarf gibt, der mit Bezug auf Österreich schon im Jahr 2000 von Pöchhacker unter die Lupe genommen wurde. Die Abdeckung dieses Kommunikationsbedarfes variiert aber von Land zum Land und von einer medizinischen Institution zur anderen. Entscheidende Faktoren in diesem Zusammenhang sind unter anderen die Migrations- und Integrationspolitik sowie die wohlfahrtsstaatliche Gesundheits- und Sozialpolitik eines Staates, wie Allaoui (2005:17) feststellt. Bevor Institutionen DolmetscherInnen hinzuziehen, wird versucht, diesen Kommunikationsbedarf mithilfe unterschiedlicher Kommunikationsstrategien abzudecken, nämlich mit schriftlichen Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen, wie zum Beispiel Fragebögen, bildhaften Symptomdarstellungen, oder einer Liste von Fragen und Anweisungen in verschiedenen Sprachen, die fremdsprachigen PatientInnen mithilfe eines computergesteuerten Sprachprogrammes vorgespielt werden (vgl. Allaoui 2005:17f.). Bei ärztlichen Gesprächen erweisen sich diese Strategien aber als ungenügend, was die Inanspruchnahme von Dolmetschdiensten unabdingbar macht. Dolmetschdienste werden von unterschiedlichen Personen geleistet, von nicht qualifizierten bis qualifizierten DolmetscherInnen. Allaoui (2008:17f.) erwähnt hier die Beschäftigung von zweisprachigem Fachpersonal zwecks einer Behandlung in der Muttersprache der PatientInnen, den Einsatz von geschultem Beratungspersonal und die Beteiligung von Begleitpersonen der PatientInnen (z.B. Kinder, Verwandte, Bekannte), aber auch von zweisprachigem nicht klinischem Krankenhauspersonal (z.B. Reinigungspersonal, TransportfahrerInnen, HandwerkerInnen). Angestellte oder freiberufliche DolmetscherInnen werden als letzte Kommunikationstrategie wahrgenommen.

Die erhebliche Beteiligung nicht qualifizierter DolmetscherInnen kann aber schwerwiegende Konsequenzen mit sich bringen, was von mehreren AutorInnen kritisiert wird, wie zum Beispiel Jacobs et.al. (1995:474), die über den Fall eines Mädchens berichten, die nach langfristigen Dolmetschtätigkeiten für ihren schwer erkrankten Bruder schwerwiegende psychologische Störungen aufwies.

Die erwähnten Strategien zur Abdeckung des Dolmetschbedarfs in medizinischen Einrichtungen zeigen, dass sich die Professionalisierung des Dolmetschens im medizinischen Bereich noch in der Entwicklungsphase befindet. Im folgenden Kapitel werden die Etappen und die aktuelle Situation hinsichtlich der Professionalisierung des Dolmetschens kurz skizziert.

5. Professionalisierung

Bot (2005) definiert Professionalisierung in Hinblick auf Dialogdolmetschen als ein Streben nach Anerkennung dieser Profession unter Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte:

Among other things, professionalizing means that an attempt is being made at having the profession of dialogue interpreter recognized, with quality norms, training courses, professional registration and a professional code of ethics. All of which would serve to guarantee the quality and independence of these interpreters. (Bot 2005:11f.)

Sie verweist in diesem Zusammenhang auch auf die Notwendigkeit der Bewusstseinsbildung seitens der AnbieterInnen von Dolmetschdiensten hinsichtlich der Tatsache, dass Dolmetschen eine Profession ist und Zweisprachigkeit bei der Ausübung dieser Profession nicht genug ist (vgl. Bot 2005:12). Fant, einer der Biografen des *Registry of Interpreters for the Deaf (RID)*, schilderte die Lage des Dolmetscherberufes für GebärdensprachdolmetscherInnen vor dem 21. Jahrhundert folgendermaßen:

The interpreter scene prior to 1964 was so vastly different from that which exists today that it is a strain on the imagination to contemplate it ... We did not work as interpreters, but rather volunteered our services as our schedules permitted. If we received any compensation it was freely given and happily accepted, but not expected. (Fant: 2020)

Raval (2003) beschreibt, wie herausfordernd die Suche nach Anerkennung professioneller DolmetscherInnen insbesondere im medizinischen Bereich ist (vgl. Raval 2003:8). An erster Stelle verweist er darauf, dass Fachliteratur zu therapeutischen Settings nur begrenzt vorhanden ist und es wenig empirische Studien in diesem Bereich gibt. Außerdem gibt es laut dem Autor Bedarf an theoretischen Grundlagen, welche den klinischen Einsatz unter Miteinbeziehung professioneller DolmetscherInnen in Betracht ziehen. Er führt weiterhin aus, dass es entsprechende Ausbildungen für angehende DolmetscherInnen, Ethik-Schulungen und womöglich situationsabhängige Leitlinien für eine gute klinische Praxis geben sollte, was beispielsweise die Bereitstellung von psychischer Gesundheitsversorgung für Angehörige ethnischer Minderheiten sicherstellen würde – ein Bereich, in dem ein offensichtlicher Mangel an professionellen DolmetscherInnen besteht (vgl. Raval 2003:8).

Fast zwei Jahrzehnte später stellt Pena-Díaz (2018:95) ebenso fest, dass Dolmetschen eine Profession ist, die seit Jahrzehnten Anerkennung sucht. Während sich die Situation in Kanada, Australien und Nordeuropa verbesserte, gibt es beispielsweise in Spanien keine definierten Qualifikationen für DolmetscherInnen bzw. kein Diplom als Voraussetzung für ein

professionelles Ausüben der Tätigkeit (vgl. Pena-Díaz 2018:95). Ähnlich wie Raval (2003) argumentiert die Autorin, dass Professionalisierung und ethische Fragestellungen eine große Rolle im medizinischen Kontext spielen, insbesondere während heikler Interaktionen (Pena-Díaz 2018:95). Sie führt weiterhin aus, dass es mittlerweile mehr Curricula, Fachliteratur über die Tätigkeit des Dolmetschens im Rahmen des Gesundheitswesens, sowie theoretische Auffassungen zu verschiedenen Ethikkodizes gibt.

Auch Karliner (2017) sieht die Wahrnehmung der Bedeutung von ausgebildeten professionellen DolmetscherInnen und die Implementierung einer Infrastruktur, die den Zugang zu professionellen DolmetscherInnen ermöglicht, als entscheidende Faktoren für qualitative medizinische Dienstleistungen (vgl. Karliner 2017:28).

Während die Notwendigkeit einer weiteren Entwicklung der Professionalisierung klar ist, stellt sich die Frage, welche Anforderungen, Voraussetzungen und Kompetenzen für professionelle DolmetscherInnen im Rahmen der Medizin in Frage kommen.

6. Anforderungs- und Rollenprofil in der Fachliteratur

6.1. Anforderungen beim Dolmetschen im Krankenhaus

Pöchlhammer (2000) betrachtet die „Qualifikation“ oder die „Voraussetzung für eine Dolmetschertätigkeit“ im medizinischen Bereich als „translatorische Kompetenz“, welche auch im Kontext der Professionalisierung relevant ist, wie in vorangegangenen Kapiteln erwähnt wurde. Hier berücksichtigt er die Sprach- und Kulturkompetenzen von DolmetscherInnen, aber auch deren Fähigkeit, „sich in einer gegebenen Dolmetschsituation sowie auch davor und danach fachgerecht zu verhalten“ (Pöchlhammer 2000:44). Basierend auf diesen Überlegungen, erstellt er ein „Kompetenzanforderungsmodell“ für DolmetscherInnen, welches auf eine translatorische Kompetenz bestehend aus Sprach- und Kulturkompetenz basiert, aber auch das Rollenbewusstsein und die Berufsethik miteinbezieht. Das Modell zieht auch die graduelle Entwicklung von der Sprach- zur Kultur- bis hin zur Verhaltenskompetenz in Betracht (vgl. Pöchlhammer 2000:45). Kadrić (2011) spricht in diesem Zusammenhang ebenso von einer „translatorischen Gesamtkompetenz“ unter Berücksichtigung der Fach-, Methoden-, Sozial- und Individualkompetenz. Die Fach- und Methodenkompetenz verweist auf das Wissen und die Fertigkeiten und Fähigkeiten im Umgang mit dem Wissen, die Sozialkompetenz auf die Team- und Kooperationsfähigkeit. Die Individualkompetenz befürwortet die Behandlung von

Themen nicht nur auf einer inhaltlichen Ebene, sondern auch auf einer interaktiven und kommunikativen Ebene (vgl. Kadrić 2011:28). Sie erwähnt in diesem Kontext die sogenannten „metafachlichen Kompetenzen“, die DolmetscherInnen durch ethische Fragestellungen, persönlichkeitsorientierte Lernsituationen und kritisches Denken erwerben können (vgl. Kadrić 2011:50f.). Im Weiteren werden diese Kompetenzen ausführlicher beschrieben.

In der Auffassung mehrerer AutorInnen ist Zweisprachigkeit nur als Basis für professionelle Dolmetschertätigkeiten zu sehen. Sowohl Kadrić (2011:57) als auch Allaoui (2005:19) verweisen auf die Notwendigkeit der Aneignung fachlicher Kompetenzen seitens der DolmetscherInnen, darunter fallen beispielsweise Institutionswissen und Fachsprachlichkeit. In diesem Zusammenhang ist das Konzept der „Loyalität“ (Nord 1989:100) besonders zu berücksichtigen, denn es beschreibt die Verantwortung von TranslatorInnen, loyal gegenüber AuftraggeberInnen, der Translationstätigkeit und den EmpfängerInnen zu handeln. Wird dieses Prinzip der Loyalität auf den Bereich der Medizin bezogen, so ergibt sich für DolmetscherInnen, die in einer medizinischen Institution tätig sind, die Verpflichtung, gegenüber ÄrztInnen, der Dolmetschertätigkeit und PatientInnen loyal zu handeln. In diesem Zusammenhang fügt aber Prunč (2002:193) hinzu, dass die Intention der AuftraggeberInnen nicht immer einfach zu erkennen ist, was die Anstrengungen der DolmetscherInnen, loyal zu handeln, erschwert. Diese Verpflichtung erweist sich unter Berücksichtigung der bereits erläuterten hierarchisierten Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen als herausfordernd. Dieser Denkansatz wird auch von Pöchlhammer (2000) wiederaufgenommen, indem er feststellt, dass im Kontext einer Ungleichheit bei den GesprächspartnerInnen, manchmal eine erwünschte Loyalität auf einer bestimmten Seite entsteht (vgl. Pöchlhammer 2000:56).

Im Rahmen einer diskursanalytischen Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus stellt auch Meyer (2004) fest, dass neben der Zweisprachigkeit zusätzliche Voraussetzungen notwendig sind, wie das Wissen über medizinische Sachverhalte und institutionelle Abläufe, aber auch die Vertrautheit mit den kulturellen Sitten der PatientInnen (vgl. Meyer 2004:223). Laut Kadrić (2011:58) werden Dolmetschleistungen immer innerhalb sozialer und kultureller Kontexte geleistet. Aus dieser Feststellung lässt sich folgern, dass DolmetscherInnen neben der informationellen Rolle auch eine kulturelle Rolle übernehmen müssen, indem sie sich die unterschiedlichen Konventionen beider Kulturen aneignen, und eine entsprechende Kulturkompetenz entwickeln. Die Kulturen zu kennen bedeutet laut Pöchlhammer (2000) in diesem Zusammenhang „den physischen Lebensraum, die Gepflogenheiten, Denkweisen, Kenntnissen und Erwartungen“ zu kennen, um in der Lage zu

sein, kulturbedingte Sachverhalte erklären zu können und in weiterer Folge darüber auch beraten zu können (vgl. Pöchhacker 2000:52-57).

Unterschiedliche Rollen verlangen unterschiedliche Kompetenzen bzw. bringen unterschiedliche DolmetscherInnen unterschiedliche Kompetenzen mit, die bedingen, welche Rollen sie einnehmen (können). Im folgenden Absatz werden unterschiedliche Rollenbilder von DolmetscherInnen im Rahmen medizinischer Settings aus der Fachliteratur dargestellt.

6.2. Erwartungen und Vorstellungen in Bezug auf die Rollenbilder

Pöchhacker (2000) definiert die Rolle von DolmetscherInnen wie folgt: „das Aufgaben- und Rollenprofil, und die Anforderungen, die an die Handlungsweise und deren Ergebnis zu stellen sind“ (Pöchhacker 2000:51). Wie Angelelli (2019) erkennt, entwickelte sich die Rolle der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich. Von „invisible interpreter“ zu „interpreter as co-participant in the interaction“ erweist sich die Rolle als komplex und wird sowohl von sozialen Normen und kulturellen Gegebenheiten, als auch von der sozialen Stellung der DolmetscherInnen beeinflusst (Angelelli 2019:150f.). Die Komplexität der Rolle ist auch auf die unterschiedlichen Erwartungen und Vorstellungen vonseiten der Fachkräfte und der DolmetscherInnen zurückzuführen.

Aus unterschiedlichen empirischen Studien mittels Umfragen und Interviews kann festgestellt werden, dass die Rolle von DolmetscherInnen aus der Perspektive von DolmetscherInnen und Fachkräften im Laufe der Zeit unterschiedlich wahrgenommen wurde. Allaoui (2005) führte eine Studie mittels Interviews durch, die Rollenauffassungen von ÄrztInnen und DolmetscherInnen thematisierte. Laut Aussagen der befragten ÄrztInnen sollen DolmetscherInnen neben sprachlichen und fachsprachlichen Kompetenzen auch kulturelle, erklärende und empathische Fähigkeiten sowie Bewusstsein für mögliche Belastungssituationen aufweisen, wie u.a. die Assoziierung vom Dolmetschen mit Mehrarbeit, die fehlende Supervision, die möglichen Versuche von Gesprächsparteien, der/die DolmetscherIn auf deren Seiten zu ziehen oder die Gefahr einer emotionaler Nähe der DolmetscherInnen zu PatientInnen (vgl. Allaoui 2005:58-83). Die befragten DolmetscherInnen hoben die Komplexität ihrer Rolle mit Bezug auf ihre Zuständigkeitsbereiche hervor, die oft sehr unklar sind und zu Belastungssituationen führen können (vgl. Allaoui 2005:84-144). Auch in einer Studie mittels Interviews von Leanza (2007) gaben die befragten DolmetscherInnen an, dass sie ihr Verhalten manchmal trotz frustrierender Gefühle an die Erwartungen der ÄrztInnen anpassen (vgl. Leanza

2007:176ff.). Hsieh (2008) analysierte ebenso die Selbstwahrnehmungen der DolmetscherInnen mit Bezug auf ihre Rollen, die mit den Begriffen „*conduit*“, „*advocate*“, „*manager*“ und „*professional*“ beschrieben wurden (Hsieh 2008:1367-1370). Hinsichtlich ihrer Rolle als „*conduit*“ erwähnten die befragten DolmetscherInnen die Notwendigkeit der Vollständigkeit und Präzision sowohl auf sprachlicher Ebene, als auch was Tonhöhe, Lautstärke und Tonfall betrifft, damit auch Emotionen vermittelt werden können, und Strategien wie die Verdolmetschung in der ersten Person und das Vermeiden von Augenkontakt, um die Neutralität aufrechtzuerhalten (vgl. Hsieh 2008:1370ff.). Sie gaben jedoch an, dass sie im Fall einer Ungerechtigkeit bei PatientInnen aufgrund kultureller oder sozioökonomischer Unterschiede die Rolle als „*advocate*“ vertreten und den PatientInnen zusätzliche notwendige Informationen übermitteln würden (vgl. Hsieh 2008:1372-1375). Die Rolle als „*manager*“ wurde mit Strategien wie die Aufbewahrung patientenbezogener Daten zwecks Zeitersparnis oder das Vorschlagen bestimmter Verhaltensregel bei PatientInnen auch ohne das Wissen der ÄrztInnen, um die Kommunikation zu erleichtern (vgl. Hsieh 2008:1375-1379). Auch die Rolle als „*professional*“ verbanden sie mit einer gewissen Kontrolle über die Kommunikation, wenn Missverständnisse zwischen den Fachkräften und den PatientInnen festgestellt werden, und erwähnten als Beispiel die Unterbrechung des Gespräches, um Bemerkungen zu machen oder Klärungen zu bekommen (vgl. Hsieh 2008:1379ff.). Professionalität beim Dolmetschen wird von DolmetscherInnen jedoch auch mit einer gewissen Neutralität assoziiert.

Eine Studie von Hadziabdic & Hjelm (2016), die den Fokus auf die Auffassungen von DolmetscherInnen bezüglich Professionalität in ihrer Dolmetschleistungen legt, zeigt die Tatsache auf, dass die Mehrheit der befragten DolmetscherInnen die Aufrechterhaltung der Neutralität und die integrale Erfüllung der kommunikativen Ziele, die eher zum Verantwortungsbereich der ÄrztInnen gehören, als wichtige Rollen beschreiben. Sie weisen außerdem darauf hin, dass eine professionelle Haltung sowohl vor, als auch während und nach dem medizinischen Gespräch zu den Fähigkeiten professioneller DolmetscherInnen gehören soll. Darunter wird das Auseinandersetzen mit den zu erwarteten medizinischen Fachwörtern vor dem tatsächlichen Gespräch und die Vermeidung der Begegnung mit PatientInnen vor und nach dem Gespräch, um eine emotionale Bindung und Aufgaben zu vermeiden, die ihrer Rolle nicht entsprechen, beschrieben (vgl. Hadziabdic & Hjelm 2016:223ff.).

7. Das Dolmetschen in therapeutischen Settings

Eine Arbeit von Abdallah-Steinkopff (1999) behandelt die Zusammenarbeit von TherapeutInnen mit DolmetscherInnen bei Therapien traumatisierter PatientInnen. Anhand von Beobachtungen und Annahmen der Autorin, als Ergebnis einer fünfjährigen Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen, wird die Rolle von DolmetscherInnen als MittlerInnen in dieser Triade dargestellt, typische Konfliktsituationen an Fallbeispielen veranschaulicht und ein Leitfaden für den Ablauf einer therapeutischen Sitzung angeboten (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:211).

In der Studie wird erstens die zu der Zeit übliche Vorgehensweise hinsichtlich der Einführung von Dolmetschdiensten sachlich beschrieben. Um bei DolmetscherInnen eine zu hohe Betroffenheit durch die Problematik der PatientInnen zu vermeiden und eine entsprechende emotionelle Distanz zu behalten, nahmen die meisten medizinischen Institutionen keine DolmetscherInnen auf, deren Aufenthalt im Land noch ungewiss war. Sie beschäftigten außerdem aus Kostengründen keine ausgebildeten DolmetscherInnen, sondern zweisprachige Studierende oder Personen mit unterschiedlichen Berufen, die nur selten über Kenntnisse aus dem medizinischen oder psychosozialen Bereich verfügten und deren sprachlichen Kompetenzen variierten (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:215).

DolmetscherInnen wurden in dieser Arbeit innerhalb der Triade TherapeutIn-DolmetscherIn-KlientIn als „kulturelle Brücke“ bezeichnet und ihnen wurde die Fähigkeit zugewiesen, aufgrund der gemeinsamen Sprache PatientInnen hinsichtlich des Bildungsgrades, der sozialen und ethnischen Herkunft einzuschätzen und Empathie zu zeigen. Was das Einfühlungsvermögen betrifft, wird es als Grundvoraussetzung für eine gute TherapeutIn-PatientIn-Beziehung gesehen, dass DolmetscherInnen den Zugang zu PatientInnen leichter als TherapeutInnen ermöglichen. Eine vertrautere DolmetscherIn-PatientIn-Beziehung kann aber insofern problematisch werden, wenn sie von TherapeutInnen zumindest zu Beginn der Therapie als Konkurrenz und Beweis der eigenen Unzuständigkeit und nicht als Hilfsmittel für die Therapie empfunden wird. Diese Situation kann dadurch entstehen, dass am Anfang der Therapie die TherapeutIn-PatientIn-Beziehung eher neutraler, sachlicher und zurückhaltender als die DolmetscherIn-PatientIn-Beziehung sein kann. Diese Beobachtungen führen in der Arbeit auch zur Erkenntnis, dass an DolmetscherInnen andere Erwartungen vonseiten der TherapeutInnen als vonseiten der PatientInnen bestehen. Sie werden nämlich von PatientInnen als Landsleute wahrgenommen, die sie besser verstehen können und die sich ihnen gegenüber freundschaftlich verhalten. Von den TherapeutInnen hingegen wird erwartet, dass DolmetscherInnen im Umgang mit PatientInnen neutral bleiben und sprachliche und kulturel-

le Fähigkeiten beweisen. Auch vor Gericht oder bei einer Beratung werden sie den Beobachtungen dieser Arbeit zufolge nicht als tatsächliche TeilnehmerInnen des Gespräches, sondern als Sprachrohre betrachtet. Diese Wahrnehmungsunterschiede hinsichtlich der Rolle von DolmetscherInnen innerhalb einer therapeutischen Sitzung können schließlich zu Konflikten führen. Wenn DolmetscherInnen beispielsweise die Erwartungen von TherapeutInnen erfüllen und die Neutralität wahren, können sie von PatientInnen als unhöflich oder nicht hilfsbereit wahrgenommen werden, was bei DolmetscherInnen Schuldgefühle auslösen und zu Loyalitätskonflikten führen kann. DolmetscherInnen erfüllen also innerhalb dieser Triade bestimmte Rollen, die zur Effektivität der Behandlung beitragen (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:215).

Unter den Konfliktsituationen, die in der Arbeit anhand von Fallbeispielen dargestellt werden, ist der Loyalitätskonflikt für Dolmetschertätigkeiten in vielen medizinischen Bereichen besonders relevant. In diesem Sinne wurde die Geschichte eines Patienten geschildert, der aus Angst, dass bestimmte Äußerungen für sein Asylverfahren negative Konsequenzen haben könnten, die Dolmetscherin darum bat, einen Teil seiner Aussagen nicht zu dolmetschen. Die Dolmetscherin erwähnte den Zwischenfall jedoch in der Nachbesprechung, die mit der Therapeutin stattfand, was zu einem Loyalitätskonflikt führte, indem die Äußerungen des Patienten ohne sein Wissen an die Therapeutin weitergeleitet wurden. Sowohl PatientInnen als auch TherapeutInnen können nur wenig kontrollieren, was weitergeleitet und was geheimlich wird (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:216f.).

Ein weiterer typischer Störfaktor in der Psychotherapie sind die Formulierungen der TherapeutInnen, die in der deutschen Sprache oft abstrakte Begriffe beinhalten. Diese können in viele Sprachen nicht entsprechend übersetzt werden und müssen daher von DolmetscherInnen mit Hilfe eines Satzes umgeschrieben werden. Laut der Autorin soll dieser Aspekt im Rahmen der Vorbesprechungen diskutiert werden, um Lösungen dafür im Vorhinein zu finden (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:217).

Diese Konfliktsituationen werden von der Autorin analysiert, und daraus entstanden Regelungen und Maßnahmen, die sie in den Rahmen ihrer persönlichen Erfahrung in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen integrierte: DolmetscherInnen sollen über Sprachkenntnisse verfügen, für die Dolmetschtätigkeit motiviert sein, PatientInnen gegenüber neutral bleiben, eine eindeutige Loyalität beweisen können, die relevanten Dolmetschetechniken, therapeutische Methoden und die Symptomatik von PatientInnen kennen, und die relevanten kulturellen Aspekte vermitteln. Damit diese Erwartungen erfüllt werden können, schlägt die Autorin einige präventive Maßnahmen vor. Erstens wird vorgeschlagen, beim Einstellungsgepräch die Motivation, Neutralität und Loyalität der DolmetscherInnen abzuklären. Dabei

wird die Schweigepflicht, die Pflicht, alle Äußerungen von PatientInnen weiterzuleiten, und die Bereitschaft, gegenüber anderen religiösen, ethnischen oder politischen Zugehörigkeiten neutral zu bleiben, berücksichtigt. Es wird des Weiteren auch besonders hervorgehoben, dass DolmetscherInnen keine privaten Kontakte zu PatientInnen haben dürfen, weshalb familiäre oder freundschaftliche Verbindungen als Ausschlusskriterien bei der Einstellung gelten sollten. Zweitens werden Tätigkeitsbeschreibungen sowohl vor als auch während und nach der therapeutischen Sitzung empfohlen (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:217).

Die Arbeit schließt in diesem Sinne mit einem Leitfaden für den Ablauf einer therapeutischen Sitzung ab. Es wird empfohlen, dass es vor der Therapie einen Austausch zwischen TherapeutInnen und DolmetscherInnen hinsichtlich der Ziele des Gespräches bzw. der für den Inhalt relevanten kulturellen Aspekte gibt. Was die Zeit während der Sitzung betrifft, wird empfohlen, Therapeutinnen und DolmetscherInnen bestimmte Aufgaben und sprachliche Regelungen im Vorhinein zu vermitteln. So sollen TherapeutInnen kurze und prägnante Sätze formulieren, Nebensätze, abstrakte Nomen und typisch deutsche Redewendungen vermeiden, auf zwei bis drei Sätze als übersetzbare Einheiten achten, ausreden lassen, DolmetscherInnen erlauben, zu unterbrechen, und PatientInnen über die Pflichten von DolmetscherInnen aufklären (z.B. die Schweigepflicht, die Pflicht, alles zu übersetzen, was PatientInnen sagen, oder die Pflicht, keine privaten Kontakte mit PatientInnen aufrechtzuerhalten). DolmetscherInnen sollen ihrerseits möglichst wortgetreu, in der ersten Person und vollständig, auch wenn die Äußerungen unklar sind, dolmetschen, TherapeutInnen über eventuelle sprachliche oder inhaltliche Missdeutungen, aber auch über kulturelle Besonderheiten (Redewendungen, Metaphern) in Kenntnis setzen und nicht zuletzt den Redefluss beider GesprächspartnerInnen zwecks einer exakten Dolmetschung regulieren. Auch nach der therapeutischen Sitzung wird in der Arbeit ein Austausch zwischen TherapeutInnen und DolmetscherInnen vorgeschlagen, der ihre Impressionen betreffend die PatientInnen, sich gegebenenfalls im Laufe des Gespräches ergebende Hypothesen, die beabsichtigte Vorgehensweise und therapeutischen Methoden, kulturelle Hintergründe, gegenseitige positive und/oder negative Kritik und eine Besprechung einer eventuellen Begleitung der PatientInnen nach Hause seitens der DolmetscherInnen beinhalten soll. Diese Schritte würden zum Erfolg der Therapie beitragen und die Dyade DolmetscherIn-TherapeutIn konsolidieren (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:220).

Was die aktuelle Lage hinsichtlich der Abdeckung des Bedarfs von DolmetscherInnen im therapeutischen Bereich betrifft, werden Dolmetschdienste laut Schmid Mast et al. (2010) nur sehr selten in Betracht gezogen, aufgrund der Tatsache, dass DolmetscherInnen in diesem spezifischen Bereich als „Störfaktor“ in der Beziehung zwischen TherapeutInnen und Patien-

tInnen wahrgenommen werden und sie folglich den Ablauf der Therapie erschweren könnten (vgl. Schmid Mast et al. 2010:105). Eine solche Wahrnehmung führt zu Konfliktmöglichkeiten und Rollenkonfusionen für den therapeutischen Prozess. Pöllabauer (2012) kam nach einer szientometrischen Untersuchung zur Schlussfolgerung, dass die Dolmetschwissenschaft in therapeutischen Settings in Forschung und Lehre sowie unter PraktikerInnen trotz Bedarf nicht genug vertreten ist. Die Autorin verweist zudem auf eine mangelnde Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen, die für das Themenfeld vorteilhaft sein könnte, und die Notwendigkeit mehrerer empirischer Untersuchungen (vgl. Pöllabauer 2012:212). Auch Wolf & Özkan (2012) dokumentieren in ihrem Artikel die Ergebnisse einer in Niedersachsen durchgeführten Kurzumfrage von 63 Behandelnden zum Status quo des Dolmetschens in der Psychotherapie. Hinsichtlich der Abdeckung des Bedarfs an DolmetscherInnen zur Zeit der Umfrage wurde folgendes festgestellt: Obwohl die befragten behandelnden ÄrztInnen durchschnittlich 18,7 PatientInnen mit Migrationshintergrund haben, werden nur in 4,5% der Fälle DolmetscherInnen eingesetzt, während mit mehr als der Hälfte die Kommunikation auf Deutsch möglich ist, mit ungefähr 21% trotz mangelnder Sprachkenntnisse so gearbeitet wird, bei ungefähr 7% der PatientInnen eine zweite Sprache verwendet wird und in 5,4% der Fälle große Verständigungsschwierigkeiten aufgrund fehlender Optionen bestehen. In den Fällen, in denen sprachkundige Personen eingesetzt werden, handelt es sich meistens um Familienmitglieder, Bekannte oder Nachbarn, gefolgt von gerichtlich beeideten DolmetscherInnen sowie für das therapeutische Setting ausgebildeten DolmetscherInnen und bilingualen Ehrenamtlichen, manchmal auch KollegInnen der behandelnden ÄrztInnen (vgl. Wolf & Özkan 2012:325f.).

Die Bedeutung des Dolmetschens in therapeutischen Settings sowie Beschränkungen und Lösungsvorschläge werden allerdings von mehreren AutorInnen im Laufe der Jahre dargelegt. Wedam (2009) stellt fest, dass eine Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen besonders im Rahmen psychologischer Behandlungen von PatientInnen, die unter psychosomatischen Störungen, Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Suchtverhalten leiden, wichtig ist. Die Autorin spricht hier von der bereits erwähnten Triade KlientIn-TherapeutIn-DolmetscherIn, wobei die Beziehung zwischen TherapeutInnen und DolmetscherInnen und die Notwendigkeit gegenseitiger Verlässlichkeit in den Vordergrund gestellt wird (vgl. Wedam 2009:182-188). Die Autorin geht in diesem Zusammenhang davon aus, dass obwohl TherapeutInnen die gesamte Verantwortung für die Behandlung tragen, diese ohne DolmetscherInnen gar nicht möglich wäre.

Der Einsatz von DolmetscherInnen in der Psychotherapie ist laut Schmid Mast et al. (2010) auch insofern wichtig, da PatientInnen ihr Leiden in ihren Muttersprachen am besten ausdrücken können und dadurch das Gefühl haben, dass sie ernst genommen werden. Außerdem erkennen sie die Sprache, die an ihre kulturelle Einbettung gebunden ist, als entscheidendes therapeutisches Instrument, und aus diesem Grund erweisen sich Interpretationen sprachlicher Symbolik und kultureller Verhaltensweisen vonseiten der DolmetscherInnen als unabdingbar für die Therapie (vgl. Schmid Mast et al. 2010:105). Die AutorInnen beschreiben DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting ausschließlich als SprachmittlerInnen zwischen TherapeutInnen und PatientInnen, deren Hauptaufgabe es ist, zu ermöglichen, dass ein therapeutisches Gespräch überhaupt stattfinden kann:

Dabei verstehen wir Dolmetschen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext als mündliches, bidirektionales Sprachmitteln unter Berücksichtigung der soziokulturellen Hintergründe beider Gesprächspartner im Rahmen einer „face-to-face“ Situation. In Abgrenzung dazu steht die kulturelle Vermittlung, welche die Klärung von kulturellen Konnotationen beinhaltet. Obwohl dieser Teil auch zu einer Therapie gehören kann, sollte er nicht während einer Therapie Sitzung, sondern in der Nachbesprechung zur Sprache kommen. (Schmid Mast et al. 2010:105)

Als Anforderungen, welche die Rolle der SprachmittlerInnen umfassen soll, werden von Schmid Mast et al. (2010) folgende vorgegeben: sehr gute mündliche Kenntnisse der jeweils zu dolmetschenden Sprachen und professionelle Haltung, indem sie ethische Regeln wie das Einhalten der Schweigepflicht, Neutralität, Allparteilichkeit im Umgang mit PatientInnen und TherapeutInnen sowie Loyalität kennen und befolgen (vgl. Schmid Mast et al. 2010:106). Loyalität wird für die AutorInnen in diesem Zusammenhang u.a. dadurch definiert, dass DolmetscherInnen außerhalb der Behandlungssitzungen keine privaten Kontakte zu den PatientInnen haben. Laut Topf (2014) trägt die Empfehlung, außerhalb des Krankenhauses keinen Kontakt mit den betroffenen Familien zu haben, auch dazu bei, die Neutralität der DolmetscherInnen aufrechtzuerhalten (vgl. Topf 2014:174). Zusätzlich werden hier als Anforderungen auch Kenntnisse über beide Gesundheitssysteme, über therapeutische Methoden, psychische Störungen und über von PatientInnen berichteten Symptome, sowie Allgemeinwissen über die aktuelle Situation im Ursprungsland der PatientInnen vorausgesetzt (vgl. Schmid Mast et al. 2010:106). Topf (2014) ergänzt dieses Rollenprofil auch mit Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen und der Leistung fachlich guter Übersetzungsarbeiten (vgl. Topf 2014:174). Die Einfühlungsfähigkeit wird auch in der Studie von Hadziabdic & Hjelm (2016:224f.) erwähnt, im Rahmen derer DolmetscherInnen angaben, dass es in bestimmten

Situationen sehr schwierig sei, „sich emotional zu distanzieren, besonders, wenn Kinder oder verletzte PatientInnen involviert, oder die Situation bedrohlich wäre, wie etwa im Rahmen psychologischer Behandlungen“.

Wolf & Özkan (2012) thematisieren andererseits in ihrem oben erwähnten Artikel, welche Beschränkungen die behandelnden ÄrztInnen bei der Arbeit mit DolmetscherInnen wahrnehmen. Dabei wurden die Verwandtschaft der DolmetscherInnen mit den PatientInnen, der Verwaltungsaufwand und die begrenzten Vergütungsmodalitäten als Herausforderungen erwähnt. Was Dolmetschfähigkeiten betrifft, bewerteten behandelnde ÄrztInnen je nach Bildung, verwendeter Dolmetschmethode und Erfahrung in unterschiedlicher Reihenfolge folgende Kompetenzen als besonders wichtig für eine erfolgreiche Kommunikation:

(...) psychiatrische Fachwörter kennen, sich zurücknehmen, Therapiesituationen aushalten, den Patienten unterstützen (therapeutische Distanz überwinden), die Sitzung strukturieren, als Sprachrohr fungieren, dem Patienten selbstständig Fragen des Therapeuten erklären, kulturgebundene Ausdrücke einordnen und erklären, wörtlich übersetzen (...). (Wolf & Özkan 2012:326)

Die behandelnden ÄrztInnen, die häufiger mit DolmetscherInnen arbeiteten, empfanden die Fähigkeiten, Therapiesituationen auszuhalten, kulturgebundene Ausdrücke zu erklären und psychiatrische Fachwörter zu kennen, als besonders relevant verglichen mit der Fähigkeit, die Sitzung strukturieren zu können. Als Schlussfolgerung stellen die AutorInnen fest, dass ein Bedarf an DolmetscherInnen besteht, die behandelnden ÄrztInnen Schulungen und Informationen über DolmetscherInnen brauchen, DolmetscherInnen Schulungen über die Tätigkeit des Dolmetschens im Rahmen der Psychotherapie benötigen und die Herausforderungen hinsichtlich der Entlohnung und der organisatorischen Aspekte bei einem Einsatz von professionellen DolmetscherInnen überwunden werden müssen (vgl. Wolf & Özkan 2012:326f.).

Auch Schmid Mast et al. 2010 schlagen einige Lösungsansätze für einen erfolgreichen Ablauf der Therapie vor (vgl. Schmid Mast et al. 2010:108ff.). Sie führen an, dass Rollen und Zuständigkeiten vor dem Gespräch für alle definiert und klargemacht werden sollen, nämlich TherapeutInnen die Gesprächsführung und die inhaltliche Gestaltung des Gespräches und DolmetscherInnen die Gesprächsmittlung zuzuordnen (vgl. Schmid Mast et al. 2010:108). Es soll außerdem zwischen TherapeutInnen und DolmetscherInnen einen gegenseitigen partnerschaftlichen Austausch von Informationen vor- und nach dem Gespräch geben.

8. Das Dolmetschen in der Kinderpsychiatrie- und psychotherapie

Das Dolmetschen für Kleinkinder ist im Vergleich mit dem Dolmetschen für Erwachsene nur sehr selten Gegenstand von Forschungsarbeiten, wie Brown & Schick (2011:25) und Nilsen (2015:129) festhalten. Nilsen (2013:14) führt außerdem aus, dass das Dolmetschen für Kinder jedoch ein wichtiger Bereich ist, im Rahmen dessen bei vielen Settings ein Bedarf an DolmetscherInnen besteht – beispielsweise bei polizeilichen Befragungen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Anhörungen von Asylsuchenden oder Sozialhilfestellen. Einen Bedarf an ausreichender Versorgung mit professionellen DolmetscherInnen betonen auch Siefen et.al. (2015) in ihrer Studie über u.a. Behandlungsangebote für Kinder mit Migrationshintergrund in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Die AutorInnen befragten eine repräsentative Stichprobe von 155 ÄrztInnen Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken nach Bedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten in der Versorgung von Migrantenkindern und -jugendlichen und identifizierten einen zu geringen Einsatz von professionellen DolmetscherInnen. Nur 3 von 10 Kliniken wiesen zum Zeitpunkt der Befragung entsprechende Programme und Informationsmaterialien für MigrantInnen sowie interkulturell geschulte MitarbeiterInnen auf. Sogar im Fall vorhandener klinikinterner DolmetscherInnen oder geschulter MitarbeiterInnen erwies sich der Kommunikationsweg über Familienangehörige oder Bekannte als meistpraktizierteste Methode, was laut den AutorInnen ethische und therapeutische Probleme mit sich bringt und die Notwendigkeit gewisser Änderungen voraussetzt:

Zu Recht steht die Verfügbarkeit von Dolmetschern an der Spitze der Weiterentwicklungswünsche, vor Trainings- und Weiterbildungsangeboten in interkultureller Kompetenz und der Einstellung bilingualer Mitarbeiter. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften müssen sich deshalb weiterhin intensiv für die unbürokratische Übernahme von Dolmetscherkosten durch die Krankenkassen einsetzen. Die Frage einer möglichen Unterversorgung ist immer aktuell, denn grundsätzlich ist eine ähnliche Morbiditätsbelastung bei Migranten wie bei Einheimischen anzunehmen. (Siefen et.al. 2015:121)

Auch Topf (2014) thematisiert den Bedarf an sprachkundigen Personen in der Kinderheilkunde, wenn Kinder als PatientInnen fungieren und die Sprache der medizinischen Fachkräfte nicht verstehen, und führt als Beispiel die Abdeckung des Dolmetschbedarfs im St. Anna Kinderspital seit der Gründung des Krankenhauses an. Eine erste und zugleich die häufigste Methode, vor allem bei schwerkranken Kindern und Jugendlichen, war der Einsatz von sprachkundigen Familienangehörigen, die ebenso der Diagnostizierung und Behandlung des

Kindes zustimmen mussten. Topf (2014) erwähnt in diesem Kontext aber auch die Nachteile dieser Methode. Der erste Nachteil besteht darin, dass Familienangehörige persönlich involviert sind und daher dem Risiko ausgesetzt sind, die Informationen nicht vollständig und objektiv übermitteln zu können. Hier wird als Beispiel die Mitteilung eines möglichen Sterbens angeführt, wenn Familienangehörige dazu tendieren können, die Vermittlung dieser schmerzhaften Nachricht zu vermeiden, um den/die PatientIn und die Familie zu schützen, was aber schlussendlich kontraproduktiv ist. Als weiterer Nachteil wird die Schwierigkeit der Abschätzung der sprachlichen Dolmetschkompetenz bei Familienangehörigen angeführt (vgl. Topf 2014:172f.).

Die zweite Methode besteht laut Topf (2014) im Einsatz von Angestellten mit multikulturellem Hintergrund, da sie schnell erreichbar und mit der Terminologie des Krankenhauses vertraut sind. Ihre zeitliche Erreichbarkeit ist jedoch begrenzt und setzt somit die Dolmetschleistung unter Druck. Andere Nachteile sind die nicht sichergestellte Kompetenz der Angestellten in der Muttersprache und ihre mögliche Subjektivität und emotionale Aufladung hinsichtlich der Schicksale der Familien (vgl. Topf 2014:174).

Aufgrund all dieser Nachteile wird der Bedarf im St. Anna Kinderspital durch externe professionelle DolmetscherInnen abgedeckt. 2014 verfügte das Krankenhaus laut Topf (2014) über ungefähr 100 DolmetscherInnen für 35 Sprachen, die die Anweisung hatten, auf Abruf zwischen 6 und 12 Stunden erreichbar zu sein. Die eingesetzten DolmetscherInnen verfügen über einen freiberuflichen Honorarvertrag und werden nach Stunden gemessen bezahlt. Ihr Einsatz beschränkt sich aber auf Mitteilungen schwerwiegender Diagnosen, von Rezidiven oder anderen schweren Erkrankungen. Im Kontext des Dolmetschens bei schweren Erkrankungen bei Kindern wird vom Autor auch die durchaus mögliche psychologische Belastung der DolmetscherInnen und die daraus resultierende Notwendigkeit eines entsprechenden Coachings durch die PsychologInnen des Krankenhauses betont. Ein solches Coaching besteht beim St. Anna Kinderspital in einer Vorbereitung vor dem medizinischen Gespräch und einer Begleitung vonseiten der PsychologInnen auch während des Gespräches, um eventuelle Krisen zu bewältigen, sowie in einer Nachbesprechung des Falles, im Rahmen dessen DolmetscherInnen emotional unterstützt und von ihrer Seite eventuell relevante kulturelle Aspekte für das Behandlungsteam vermittelt werden. DolmetscherInnen werden außerdem zur Verschwiegenheit verpflichtet und zwecks Aufrechterhaltung der Neutralität dazu aufgefordert, keinen Kontakt mit den PatientInnen und Familienangehörigen außerhalb des Spitals aufrechtzuerhalten (vgl. Topf 2014:174f.). Dieses Mischsystem aus den drei oben beschriebenen Dolmetschmöglichkeiten erweist sich laut dem Autor als erfolgreich und wird durch medizi-

nische, altersgemäße Bilderbücher sowie nonverbale Methoden im Rahmen von Kunst- und Musiktherapien ergänzt. Nichtsdestotrotz nennt Topf eine größere Versorgung mit professionellen DolmetscherInnen als Idealszenario (vgl. Topf 2014:174f.).

8.1. Anforderungen in der Kinderheilkunde

Die Berücksichtigung spezifischer Anforderungen in der Kinderheilkunde und konkret bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), Schwerhörigkeit, und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) kann für die Tätigkeit des Dolmetschens im Rahmen von therapeutischen Settings insofern hilfreich sein, als dadurch mögliche zusätzliche Anforderungen für DolmetscherInnen herausgefunden werden können.

8.1.1. Krankheitsverständnis von schwerkranken Kindern

Auf der Homepage des Öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs (2018) wird in einem Artikel, der der Vorbereitung von Kindern auf einen eventuellen Aufenthalt im Krankenhaus dient, der Fokus daraufgelegt, wie schwierig und herausfordernd ein Krankenhausaufenthalt für Kinder aufgrund der neuen Umgebung, des ungewohnten Essens, der fremden Personen und nicht zuletzt wegen der eventuell unkomfortablen Untersuchungen und Therapien sein kann, und wie wichtig die andauernde elterliche Unterstützung in solchen Situationen ist. Zudem wird auch die adäquate Aufklärung der Kinder und die Notwendigkeit einer kindgerechten medizinischen Sprache nicht nur bei direkter Ansprache der Kinder, sondern auch in ihrer Anwesenheit, hervorgehoben:

Sie müssen darauf gefasst sein, dass Ihr Kind trotz allem mitunter aggressiv oder ängstlich reagiert, wenn es ins Krankenhaus kommt. Wichtig ist, das Kind ernst zu nehmen. Es sollte immer wissen, was mit ihm geschieht und dass die Zeit im Spital notwendig ist, um gesund zu werden. Ärztin/Arzt und Eltern sollten nie über den Kopf des Kindes hinweg mit Vokabeln „jonglieren“, die es nicht versteht. (Redaktion Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2018)

In diesem Zusammenhang beschreibt Topf (2014:167) außerdem, wie wichtig es ist, das Krankheitsverständnis von Kindern und ihre Vorstellungen von Gesundheit und Tod im klinischen Alltag zu berücksichtigen und die Kommunikation mit ihnen entsprechend zu gestalten. Aufgrund der Tatsache, dass Kinder – kulturunabhängig – eine starke Assoziation zwischen

Gesundheitsgefährdung und Tod machen, ist entwicklungspsychologisches Wissen zu den Themen Gesundheit, Körper, Krankheit und Tod laut dem Autor durchaus hilfreich.

Nichtsdestotrotz sind laut Topf (2014) das Alter und die Kultur relevante Faktoren, die die Auffassungen der Kinder hinsichtlich der Bedeutung von Leben, Sterben und Tod beeinflussen. So wird laut dem Autor im ersten Lebensjahr eines Kindes die Unterscheidung zwischen der eigenen Person und anderen Personen und Objekten bzw. zwischen lebendigen Wesen und leblosen Objekten gemacht, was zur Wahrnehmung des Todeskonzeptes führt. In diesem Kontext wird die Bemerkung gemacht, dass schlimme Ereignisse während dieser Entwicklungsphase die emotionale Ebene beeinträchtigen und zu einer panischen Reaktion auf eine schwere Krankheit führen können. Eine weitere Betrachtung des Todes passiert laut Topf (2014) in den ersten 18 Lebensmonaten, wenn die wichtigste Bezugsperson für einen bestimmten Zeitraum abwesend ist und die Trennung von dieser je nach Unabhängigkeitsgrad mehr oder weniger erträglich ist, was wiederum zu traumatischen Symptomen führen kann. Der Autor stellt außerdem fest, dass klare Trennungslinien zwischen Leben und Tod oder der Aspekt der Endgültigkeit des Todes für Kinder unter fünf Jahren schwer zu begreifen sind, was ihre Trauerfähigkeit im Fall eines Verlustes einschränkt. Laut Topf (2014) wird einem Kind erst zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr bewusst, dass jeder Mensch sterben kann, und ab dem 6. Lebensjahr wird von ihm zudem die biologische Ebene des Sterbens besser verstanden, wobei die in der Schule vermittelten Auffassungen über die Unsterblichkeit der Seele angstmindernd wirken können (vgl. Topf 2014:168ff.).

Was den Einfluss der Kultur auf das Krankheitsverständnis der Kinder betrifft, erwähnt Topf (2014:168) als einen der migrationsspezifischen Faktoren die veralteten Traditionen von gewissen Kulturen in Bezug auf Krankheitsursachen, die meistens ihren Ursprung in religiösen Anschauungen als Gegensatz zur Naturwissenschaft haben. Diese Vorstellungen und das Faktenwissen, die von Eltern und medizinischen Fachkräften unterschiedlich vertreten werden, können das Kind verunsichern. Auch Siefen et.al. (2015) erkennen in ihrer Studie, dass Behandlungsprobleme insbesondere aufgrund unterschiedlicher Auffassungen des Krankheitskonzeptes vonseiten der Eltern sowie der PatientInnen und aufgrund sprachlicher Verständnisschwierigkeiten auftauchen:

Behandlungsprobleme bei Migrantenkindern und -jugendlichen werden vor allem mit dem Krankheitsverständnis der Eltern, sprachlichen Verständigungsproblemen und dem Krankheitsverständnis des Patienten in Verbindung gebracht – weniger mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus oder mit diagnostischer Unsicherheit aufgrund kultureller Unterschiede. Eine lineare Diskrimi-

nanzanalyse zeigte keinen signifikanten Unterschied in den Antwortprofilen der Kinder- und Jugendpsychiater in Kliniken und in Praxen. (Siefen et.al. 2015:118)

Eine weitere Erkenntnis der AutorInnen dieser Studie ist die Tatsache, dass je nach institutionellen Rahmenbedingungen wie den Migrationshintergrund der ÄrztInnen die Bedürfnisse von Migrantenkindern und die damit verbundenen Herausforderungen unterschiedlich eingeschätzt werden (vgl. Siefen et.al. 2015:121).

Um unnötige Befürchtungen und eigene Fehlinterpretationen der Krankheit bei schwerkranken Kindern zu vermeiden, und damit sie eine realitätsentsprechende Auseinandersetzung mit der Krankheit haben, sollen Kinder laut Topf (2014:171) über „diagnostische Verfahren, behandlingstechnische Abläufe sowie Verschreibungen von Medikamenten“ gemäß ihrem Verständnis sowohl inhaltlich, als auch sprachlich aufgeklärt werden. Der Autor betont hier die Schwierigkeit der Vermittlung komplizierter medizinischer Inhalte in eine für das kranke Kind verständliche Sprache, insbesondere wenn es aus einem anderen Kulturkreis kommt, zählt aber einige Prinzipien auf, die für eine angemessene Aufklärung gelten sollen. So soll die Aufklärung altersgemäß und mithilfe von Zeichnungen, Sachbilderbücher und Videos über biologisches Wissen anschaulich sein, beim Kontakt mit dem Kind ständig stattfinden, nicht nur auf die Eltern gerichtet sein, und nicht zuletzt auf einem Dialog basieren, im Rahmen dessen das Kind – umso mehr, wenn DolmetscherInnen beteiligt werden – immer wieder gefragt wird, ob es die vermittelten Inhalte versteht (vgl. Topf 2014:171f.).

8.1.2. Die Zuverlässigkeit von Elternangaben

Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, spielen Eltern im Rahmen der diagnostischen Prozesse bei ihren Kindern als PatientInnen eine wichtige Rolle. Sie tragen aber gleichzeitig auch eine Verantwortung für die vermittelten Informationen, und die Kommunikation mit ihnen kann tatsächlich eine Herausforderung für die medizinischen Fachkräfte und den Erfolg des medizinischen Gespräches darstellen, wie sowohl Deater-Deckard (2004), als auch Irlbauer-Müller et.al. (2016) feststellen.

Nach einer vergleichenden Analyse mehrerer Studien kommt Deater-Deckard (2004) zur Feststellung, dass es Verbindungen und Beeinflussungen zwischen elterlichem Stress bzw. Verhalten und der gesundheitlichen Entwicklung ihrer Kinder bestehen, die einander jedoch nicht zwingend bedingen (vgl. Deater-Deckard 2004:97). Von einem medizinischen Ereignis sind Eltern in ihrer Elternrolle unterschiedlich belastet und reagieren als Einzelpersonen anders auf Probleme und Herausforderungen (vgl. Deater-Deckard 2004:113). Nichts-

destotrotz sollen diese Zusammenhänge bei einem medizinischen Gespräch berücksichtigt werden, wie etwa auch Irlbauer-Müller et.al. (2016) aus ihrer Studie schlussfolgern. Im Rahmen eines psychiatrischen/- und psychotherapeutischen Erstgesprächs mit 68 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 18 Jahren wurden 2016 (Irlbauer-Müller et.al.) je ein Eltern- und ein klinisches Urteil erhoben, um die Hypothese zu untersuchen, dass die in der Regel für die Diagnose verwendeten Elterninformationen bei diagnostischen Prozessen von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Symptomen aufgrund von elterlichem Stress unzuverlässig sein können. Dabei wurden zwei Fragebogen zur Erfassung der elterlichen Belastung bzw. des Elternurteils zur Symptomatik ihrer Kinder verwendet. Laut den Ergebnissen tendieren Eltern mit auffällig hoher elterlicher Belastung – bedingt durch die Krankheit ihrer Kinder oder andere Faktoren – im Vergleich mit Fachkräften zu einer verstärkten Einschätzung der Symptome ihrer Kinder. Als möglichen Grund für die verstärkte Beschreibung der Symptome vonseiten der Eltern wurde die Sicherstellung der Aufmerksamkeit der Fachkraft für das eigene Kind genannt. Die AutorInnen stellen als Schlussfolgerung fest, dass die elterliche Belastung und ihr Einfluss in der Kinder- und Jugendpsychiatrie-Diagnostik (KJP-Diagnostik) bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen mitberücksichtigt werden sollen (vgl. Irlbauer-Müller et.al. 2016:308f.).

8.2. Anforderungen bei spezifischen Störungen

8.2.1. Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen

Der medizinische Artikel von Schmitz et.al. (2019) beinhaltet Leitlinien, die wesentliche Ergebnisse und Empfehlungen zu aktuellen und evidenzbasierten Screenings und Diagnostik in Bezug auf ASS für professionelle Akteure im Gesundheits- und Sozialsystem umfassen. Die Autorinnen erwähnen in der Einleitung den Bedarf an spezialisiertem Fachpersonal in Deutschland, aufgrund der Tatsache, dass ASS in den verschiedenen Lehrgängen zu wenig berücksichtigt wird. Professionelle Fachkräfte sind in diesem Bereich unentbehrlich, da eine Nicht-Erkennung von Symptomen oder falsche Auslegung von Screeningverfahren zu fehlenden oder falschen Diagnosestellungen führen können. Eine andere Konsequenz ist die bestehende Ungewissheit, was den Einsatz von evidenzbasierter Diagnostik und Therapie betrifft (vgl. Schmitz et.al. 2019:360f.).

Die Diagnostik bei ASS soll außerdem laut Schmitz et.al. (2019) von zugelassenen ÄrztInnen ausführlich durchgeführt werden, um unterscheiden zu können, ob die bestehenden Symptome ASS oder anderen psychischen und Entwicklungsstörungen zuzuschreiben sind. In diesem Kontext werden folgende psychische Störungen berücksichtigt:

Sprachentwicklungsstörungen, globale Entwicklungsstörungen oder Intelligenzminderung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Emotionale Störungen und Angststörungen einschließlich selektiver Mutismus, Affektive Störungen, Oppositionelles Verhalten/Störungen des Sozialverhaltens, Zwangsstörungen, Bindungsstörungen, stereotype Bewegungsstörung, psychotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen. (Schmitz et.al. 2019:363)

Obwohl eine Früherkennung von Symptomen bei ASS wünschenswert ist, erfolgt eine Diagnosestellung in der Regel erst, wenn das Kind in den Kindergarten oder in die Schule eintritt, da erst dann die Schlüsselsymptome auch korrekt gedeutet werden. Ein anderes Hindernis für die Frühdiagnose ist die Tatsache, dass bisher keine verlässlichen biologischen Marker ausgemacht werden konnten. Es wurden stattdessen Warnzeichen im frühen Kindesalter identifiziert, deren Erscheinung auch nur vereinzelt ein geeignetes Screening und gegebenenfalls den Besuch einer auf ASS spezialisierten Stelle voraussetzt (vgl. Schmitz et.al. 2019:364). Folgende Warnzeichen für Kinder im Säuglingsalter bis zum Vorschulalter wurden in diesem Sinne erwähnt:

Entwicklungsauffälligkeiten, fehlendes oder verringertes Verfolgen der Blickrichtung einer anderen Person, mangelnder oder fehlender Blickkontakt, seltenes oder fehlendes Zeigen mit dem Finger, um eine andere Person auf etwas aufmerksam zu machen, abgeschwächte oder fehlende Reaktion auf das Gerufen-Werden mit dem eigenen Namen, Rückschritt oder Verlust bereits erworbener Fähigkeiten in der Sprache oder sozialen Interaktion, geringes oder fehlendes „Als-ob“-Spiel, fehlende mimische Reaktion oder fehlender Blickkontakt auf Schmerzäußerungen anderer Menschen. (Schmitz et.al. 2019:365)

Eine Screeninguntersuchung ist laut Schmitz et.al. (2019:364) nur bei Vorliegen eines dieser Warnzeichen und folgender Faktoren sinnvoll: relevante genetische Befunde, Behandlung mit Medikamenten während der Schwangerschaft, geringes Geburtsgewicht oder frühzeitige Geburt, neonatale Krampfanfälle oder das Vorhandensein eines Geschwisterkindes mit ASS. Im Fall notwendiger Screeninguntersuchungen wird ebenso ausdrücklich empfohlen, dass diese nur von entsprechend ausgebildeten Fachkräften des Gesundheitswesens vorgenommen werden, die für die Interpretation und Bewertung der Testergebnisse qualifiziert sind. Obwohl sich bestimmte Instrumente besser als andere eignen, werden nach Altersgruppen verschiede-

ne Screeninginstrumente verwendet, wobei bei Kleinkindern die zweistufige *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*, bei Vorschul- und Grundschulkinder der Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK) und die *Social Responsiveness Scale (SRS)* und bei Schulkindern und Jugendlichen die Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS) und die *SRS* (Schmitz et.al. 2019:365) zur Anwendung kommen.

Wenn ein klinischer Verdacht auf ASS besteht und ein positives Screeningsergebnis vorliegt, wird die Notwendigkeit einer Diagnostik bei einer auf ASS spezialisierten Stelle bestätigt. Unabhängig vom Alter beinhaltet die diagnostische Abklärung in diesem Kontext Komponenten wie eine Symptomerfassung, unterschiedliche Entwicklungsanamnesen, die Dokumentation möglicher Risikofaktoren, eine direkte Verhaltensbeobachtung, gegebenenfalls eine mehrdimensionale kognitive Testung oder standardisierte Erfassung der Sprachentwicklung, gegebenenfalls apparative Untersuchungen, eine Aufklärung über das Ergebnis der Diagnostik und Therapieempfehlungen (vgl. Schmitz et.al. 2019:366).

Das Ergebnis der Diagnostik, eine Aufklärung über Symptome, Ursachen, Prognosen und mögliche Therapien, aber auch Jugendhilfemaßnahmen, schulische, berufliche und rechtliche Aspekte zu ASS sowie Informationen über das Risiko für ASS bei Geschwistern und Nachkommen werden den Eltern/ Sorgeberechtigten/Angehörigen und wenn möglich auch den Kindern nach dem diagnostischen Prozess vermittelt (vgl. Schmitz et.al. 2019:367). In diesem Kontext wird auch die Wichtigkeit einer angemessenen Vermittlung hervorgehoben:

Es ist nicht nur wichtig, empathisch und kompetent auf die Fragen eingehen zu können, sondern auch die Möglichkeit zu geben, offen über Ängste und Schuldgefühle hinsichtlich der Ätiologie und den Konsequenzen der Störung zu sprechen. (...) Unterstützend wirken sich ein empathischer Umgang sowie eine hohe Fachlichkeit des Aufklärenden aus, damit die Fragen der Betroffenen und der Sorgeberechtigten sicher beantwortet werden können. (Schmitz et.al. 2019:367)

Aus den dargelegten Überlegungen in Bezug auf ASS ergeben sich gewisse Anforderungen, die für eine bestmögliche Vermittlung mittels eines/einer DolmetscherIn sorgen (können). Die Aneignung vom Fachwissen erweist sich als insbesondere wichtig, einerseits um die Symptome und die Auslegung von Screeningverfahren richtig zu vermitteln, andererseits wegen der bestehenden Ungewissheit hinsichtlich der für ASS eingesetzten Diagnostik und Therapie. Ebenso sensibel kann auch der Prozess der Interpretation und Bewertung der Testergebnisse, was für eine erfolgreiche Tätigkeit der eingesetzten DolmetscherInnen eine gewisse Erfahrung und Kenntnis der Terminologie – beispielsweise der verschiedenen Screeninginstrumen-

te nach Altersgruppen – voraussetzt. DolmetscherInnen sollen sich außerdem beim Dolmetschen für Kinder mit ASS der Tatsache bewusst sein, dass bei den Sorgeberechtigten Ängste und Schuldgefühle hinsichtlich der Entstehung und Folgen der Störung bestehen können, und aus diesem Grund auch den notwendigen empathischen Umgang durch ihre Vermittlung sicherstellen können.

8.2.2. Schwerhörige Kinder

Brown & Schick (2011) und Hintermair et.al. (2017) analysieren in ihren Artikeln sprachliche und kognitive Fähigkeiten aus der Perspektive von Fachkräften bzw. sozial-emotionale Kompetenzen aus der Perspektive von Eltern und die zu berücksichtigenden Herausforderungen im Fall von hörgeschädigten Kindern.

Obwohl Brown & Schick (2011) ihre Erkenntnisse mit Fokus auf den Bildungsbereich darstellen, können viele Aspekte auch bei therapeutischen Settings in Betracht gezogen werden. Die Autorinnen heben einerseits hervor, dass taube oder schwerhörige Kinder eine Verzögerung im Spracherwerb haben und daher die Sprache der Erwachsenen angepasst werden muss. In diesem Kontext wäre hilfreich, wenn DolmetscherInnen die Sprachentwicklung und das Sprachniveau der Kinder kennen und mit dem Team zusammenarbeiten würden, um den Sprachbedarf entsprechend decken zu können. Andererseits wird die Tatsache betont, dass hörgeschädigte Kinder mit hörenden Eltern eine Verzögerung von mindestens vier Jahren in der Annahme über Bewusstseinsvorgänge bei anderen Personen haben. Angesichts der Tatsache, dass die Kommunikation im großen Ausmaß aus Gedanken, Vermutungen, Schätzungen und Spekulationen besteht, können diese Kommunikationsaspekte tauben oder schwerhörigen Kindern beim Dolmetschen schwerfallen. Nichtsdestotrotz, wie Brown und Schick (2011) feststellen, sind diese für die Entwicklung des Kindes und eine zweckgerichtete Wiedergabe der Nachricht beim Dolmetschen unerlässlich. DolmetscherInnen sollen also trotz Verständnisschwierigkeiten der Kinder nicht nur den Inhalt, sondern auch Intentionen und Vermutungen dolmetschen (vgl. Brown & Schick 2011:23f.).

Die Bedeutung der Berücksichtigung der non verbalen Kommunikation bei hörgeschädigten Kindern wird auch von Hintermair et.al. (2017) hervorgehoben. Die Autoren beschreiben die Ergebnisse ihrer Studie hinsichtlich der sozial-emotionalen Entwicklung von hörgeschädigten Kindern im 2. und 3. Lebensjahr aus einer Kompetenzperspektive. Diese Studie erhob Daten von 128 Kindern und wurde mithilfe von Fragebögen durchgeführt, die die Elterneinschätzungen beinhalten. Obwohl die Ergebnisse im Gesamtwert nicht besonders auffäl-

lig waren und sogar Aufmerksamkeit, Begeisterung und eine gewisse Selbstständigkeit im Umgang mit Dingen als bemerkenswerte Merkmale angegeben wurden, stellten sich auch beeinträchtigungsspezifische Herausforderungen in einigen Teilkompetenzen heraus. Aus sozialer Perspektive konnte bei vielen Kindern sehr früh beobachtet werden, dass sie ein Problem bei der Gestaltung von Beziehungen in ihren Altersgruppen haben. Aus emotioneller Sichtweise erwies sich die Entwicklung empathischer Kompetenzen als besonders herausfordernd. Die Rolle der sprachlichen Kommunikation wird in diesem Kontext als besonders erforderlich für die Entwicklung von Empathie sowie eines positiven Selbstbilds betrachtet. In diesem Sinne werden Eltern in der Frühförderung zu einer rücksichtsvollen Interpretation der Signale ihrer Kinder und einer entsprechenden verbalen und nonverbalen Kommunikation aufgefordert, wobei die häufige Behandlung von emotionalen und sozialen Themen vonseiten der Eltern im Dialog mit ihren Kindern von großer Bedeutung wahrgenommen wird. Die Unterstützung der Eltern in ihrem Ansprechverhalten wird auch dann ausdrücklich empfohlen, wenn bei hörgeschädigten Kindern eine Zusatzbehinderung besteht (vgl. Hintermair et.al. 2017:137f.).

8.2.3. Kinder und Jugendliche mit posttraumatischer Belastungsstörung

Auf Grundlage einer umfassenden Metaanalyse stellen Alisic et.al. (2014) fest, dass PTBS sich bei einer bedeutenden Minderheit von 16% der Kinder und Jugendlichen durch traumatische Erlebnisse entwickelt. Als besonders gefährdete Gruppe erwähnen die AutorInnen diejenigen, die Traumen aus zwischenmenschlichen Interaktionen ausgesetzt waren, und aus einem Gender-Gesichtspunkt Mädchen. Alisic et.al. betonen außerdem, wie wichtig die Früherkennung der Exposition und der eventuellen psychischen Gesundheitsprobleme ist (vgl. Alisic et.al. 2014:338).

In diesem Kontext fügen Sachser et.al. (2016) hinzu, dass, auch wenn traumatische Ereignisse bei anderen Personen wahrgenommen werden, eine traumatische Belastung entstehen kann, und legen viel Wert darauf, den betroffenen Kindern und Jugendlichen ein offenes Ohr zu schenken und ihre belastenden Erfahrungen aktiv durchzuleuchten (vgl. Sachser et.al. 2016:479f.). Steil & Schwartzkopff (2019:285f.) stellen jedoch in ihrem Themenheft über die psychischen Folgen und die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen fest, dass spezielle Anforderungen an eine exakte Diagnostik und Belastungsanamnese im Kindes- und Jugendalter bestehen, und heben die Notwendigkeit der Anwendung neuer erprobter und wirksamer Interventionen her-

vor. Sachser et.al. (2016:487) verweisen in diesem Sinne auf die in vielen Studien und in der klinischen Praxis erprobte traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT):

Die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) ist eine evidenzbasierte Traumatherapie für Kinder und Jugendliche mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) im Alter zwischen 3 und 17 Jahren. Eine erwachsene Bezugsperson wird regelmäßig an der Therapie beteiligt. Die Tf-KVT besteht aus den acht Komponenten Psychoedukation und Erziehungsfähigkeiten, Entspannungstraining, Affektive Modulation, Kognitive Verarbeitung, Traumanarrativ, In-vivo-Bewältigung traumatischer Schlüsselreize, gemeinsame Eltern-Kind-Sitzung sowie Erleichtern künftiger Sicherheit und Entwicklung. (Sachser et.al. 2016:479)

Die Tf-KVT, die aus 8 bis 20 doppelstündigen Therapiesitzungen besteht, wird laut Sachser et.al. (2016) an die Besonderheiten jedes Falles angepasst und erkennt die individuellen, familiären, religiösen und kulturellen Werte der PatientInnen als wichtige Faktoren für einen erfolgreichen Therapieeinsatz an. Im Rahmen der acht Interventionskomponenten werden hauptsächlich Stressbewältigungsstrategien vermittelt, traumatisch bedingte Gedanken überarbeitet und Sicherheitsstrategien für eine Rückfallprävention eingeübt (vgl. Sachser et.al. 2016:480f.).

Im Zuge der ersten Interventionskomponente, nämlich der Psychoedukation, wird das Kind über den traumatischen Ereignistyp, das Störungsbild und das therapeutische Vorgehen ausführlich aufgeklärt und die ersten traumabezogenen Gedanken werden verdeutlicht. In dieser Phase wird auch gemeinsam mit der Patientenfamilie darüber entschieden, wie das traumatische Ereignis benannt wird und welcher Sprachgebrauch in den kommenden Stunden darüber verwendet wird. Sachser et.al. (2016:481) führen für diese Phase das Beispiel des 8-jährigen M. an, der in der Schule über einen langen Zeitraum belästigt und körperlich angegriffen und eines Tages von mehreren Schülern festgehalten, geschlagen und getreten wurde, was zu PTBS „mit Wiedererleben in Form von Albträumen, Vermeidungsverhalten, Schulverweigerung sowie Übererregung mit Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und erhöhter Schreckhaftigkeit“ führte (Sachser et.al. 2016:481). Im Rahmen der Therapie wurde M. mithilfe von Strichmännchen-Zeichnungen über die Symptome der PTBS und anhand einer Metapher über den Therapieverlauf aufgeklärt. So wurde die Notwendigkeit der Reinigung einer Wunde trotz Schmerzen mit der Erzählung einer traumatischen Geschichte verglichen, damit man Heilung bekommen kann. Was den Sprachgebrauch betrifft, wurde ein kindgerechter Comic verwendet, um die Begriffe „körperliche Gewalt“, „Mobbing“ und „schikanieren“ einzuführen (Sachser et.al. 2016:481).

Im Rahmen der zweiten Interventionskomponente, des Entspannungstrainings, werden laut Sachser et.al. (2016:481) Selbsthilfestrategien mit PatientIn und Bezugsperson vermittelt und eingeübt, unter anderen Methoden wie Bauchatmung, Meditation oder Muskelrelaxation.

Die dritte Komponente, die bei Sachser et.al. (2016:482) Affektive Modulation genannt wird, beinhaltet Methoden und Strategien zur Selbstwahrnehmung eigener Gefühle, beispielsweise mithilfe eines skalierten Angstthermometers, und Techniken zur Regulierung eigener Stimmung, Emotion und Motivation, die auch als Hausaufgaben gegeben werden. Als Beispiel für diese Phase wird von den AutorInnen der Fall der 11-jährigen C. beschrieben, die über einen langen Zeitraum der körperlichen und emotionalen Misshandlung durch ihre Eltern ausgesetzt war und demzufolge PTBS in Form von gewalttätigen Wutanfällen entwickelte. Nachdem sie in eine Jugendhilfeeinrichtung gebracht wurde, begann sie in Begleitung ihrer Bezugsbetreuerin die Therapie. Um ihre Gefühle erkennen zu können, wurde sie aufgefordert, ein Mindmap mit allen ihr bekannten Gefühlen und den damit verbundenen Situationen zu machen, Gefühlspantomime zu spielen, in einen Menschenumriss die für sie relevanten Gefühle einzuzeichnen, und schließlich als Hausaufgabe zusammen mit der Bezugsbetreuerin ihre Emotionen auf einem Gefühlsthermometer täglich zu dokumentieren. Dabei wurde der Fokus auf Wut, Angst und Traurigkeit gelegt, die mit den Farben Grün, Orange und Rot zu kennzeichnen waren, wobei für den orangen und roten Bereich Strategien für den Umgang mit diesen Emotionen zusammen mit der Bezugsbetreuerin besprochen wurden (vgl. Sachser et.al. 2016:482).

Nachdem Gefühle wahrgenommen und reguliert werden können, wird laut Sachser et.al. (2016) im Rahmen der vierten Interventionskomponente, nämlich der Kognitiven Umstrukturierung, dem/der PatientIn geholfen, zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten zu differenzieren und die Verbindung dazwischen zu verstehen, um sie im Alltag erkennen und beobachten zu können. Zunächst lernen Kinder zusammen mit den Bezugspersonen, Gedanken zu hinterfragen, und wenn sie nicht hilfreich sind, zu ersetzen, was ein wichtiger Schritt für die darauffolgende Umstrukturierung traumatisch bedingter bzw. dysfunktionaler Gedanken ist. Im Fall der 14-jährigen A., die nach einem sexuellen Übergriff durch ihren ehemals besten Freund PTBS entwickelte und gleichzeitig auch unter sozialer Phobie litt, wurde ein kognitives Dreieck mit den Variablen Gefühle, Gedanken und Verhalten verwendet. Der Zusammenhang wurde anhand einer Beispielgeschichte, gefolgt von einer eigenen Beispielsituation verdeutlicht. Sie lernte dabei, zwischen negativen und positiven Gedanken zu differenzieren, die mit den Begriffen „rote Runterziehergedanken“ und „grüne Aufmunterungsgedanken“ gekennzeichnet wurden. Sie konnte erkennen, dass für sie der Gedanke, dass alle ande-

ren sich über ihr besonderes Aussehen lustig machen, als roter Gedanke galt, der sich auf ihre Gefühle der Verunsicherung und auf ihr Vermeidungsverhalten, wenig aus dem Haus zu gehen, auswirkte. Außerdem wurde ihr geholfen, zu realisieren, dass auch sie bestimmte Vorlieben hatte, was das Aussehen anderer Leute betrifft, und dass die Meinung der anderen ihrem Erscheinungsbild gegenüber unwichtig ist. Das Verständnis dieser Zusammenhänge und der Perspektivenwechsel brachten sie dazu, in den Folgewochen öfter nach draußen zu gehen (vgl. Sachser et.al. 2016:482).

Der Kognitive Umstrukturierung folgt laut Sachser et.al. (2016) dazu, das sogenannte Traumanarrativ, das auf einer wiederholten schriftlichen Darlegung der traumatischen Erlebnisse mit Fokus auf das schlimmste Ereignis besteht, mit dem Ziel, durch kohärentes Verständnis des Erlebten und Korrigieren der nicht gerechtfertigten Selbst- oder Fremdbeschuldigungen, Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten bei Erinnerungen abzubauen. Das Traumanarrativ wird in vier Kapitel aufgeteilt: eine Personenbeschreibung vor dem Trauma, der kontextuelle Rahmen des traumatischen Ereignisses, die Darstellung des tatsächlichen Ereignisses und Schlussfolgerungen. Dabei wird berücksichtigt, dass die Annäherung an das schlimme Ereignis stufenweise und für eine begrenzte Dauer stattfindet. Nach der Erstellung der Geschichte wird diese gemeinsam mit der Bezugsperson und dem Kind vorgelesen, was zu einem besseren Verstehen von traumabezogenen Reaktionen des Kindes vonseiten der Eltern und Erleichterung beim Kind führt (vgl. Sachser et.al. 2016:482f.).

Weiters wird von den AutorInnen die darauffolgende Phase der In Vivo-Bewältigung beschrieben, eine imaginäre und dann reale Konfrontierung mit gefahrlosen Auslösereizen von Stresssymptomen, die einen Stufenplan und therapeutische Hausaufgaben voraussetzt. Für diese Interventionskomponente wird ebenso ein Beispiel angeführt, nämlich der Fall der 15-jährigen H., die nach dem Suizid ihres besten Freundes PTBS und eine komplexe Trauer aufwies. Obwohl sie schon vor der Therapie versuchte, ihre Erlebnisse schriftlich darzulegen, gelang es ihr nicht, das traumatische Ereignis tiefgehend zu beschreiben. Nach der Anwendung der oben beschriebenen Interventionskomponenten konnte H. auch den schwierigsten Teil der Geschichte schildern und den damit verbundenen Schmerz tolerieren. Sie machte beispielsweise Gebrauch von Bauchatmungen, um die Belastung schrittweise zu senken und weiterschreiben zu können. Nach Angaben in ihrem Narrativ wies H. außerdem nicht gerechtfertigte Selbstbeschuldigung auf, indem sie davon überzeugt war, dass sie den Suizid ihres Freundes hätte verhindern können, Gedanken, die mit der Unterstützung der Therapeutin korrigiert werden konnten. Mithilfe von wiederholten Schilderungen des Erlebten und des Vorlesens in der Anwesenheit ihres Vaters, der demzufolge die Perspektive seiner Tochter besser

verstand und sie auch besser unterstützen konnte, konnten auch ihre stressbedingten Symptome im Alltag langsam abgebaut werden (vgl. Sachser et.al. 2016:483).

In den abschließenden Sitzungen im Rahmen der Tf-KVT wird gemeinsam mit der Bezugsperson und dem Kind ein Sicherheitsplan erstellt, der die eingeübten Sicherheitsstrategien und weitere selbstständige Schritte in der Konsolidierung der Traumabewältigung beinhaltet und als Vorbereitung für zukünftige schwierige Situationen dienen soll (vgl. Sachser et.al. 2016:483f.).

Die geschilderten Komponenten der Tf-KVT sowie die Fallbeispiele geben eine Einsicht in die Anforderungen, die beim Dolmetschen solcher Therapiesitzungen vorkommen können. Aufgrund der Tatsache, dass die PatientInnen traumatisiert sind bzw. psychische Gesundheitsprobleme aufweisen und folglich ein offenes Ohr brauchen, sollen DolmetscherInnen einerseits die notwendige Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens schaffen können, andererseits eine emotionale Reife haben, um emotionale Belastungen zu vermeiden. DolmetscherInnen sollen sich außerdem der Tatsache bewusst sein, dass im Rahmen der Therapie besondere Anforderungen an eine exakte Diagnostik und Behandlungsanamnese bestehen, daher eine Vertrautheit mit den Komponenten der bevorstehenden Therapiesitzungen von großer Bedeutung ist. Die Verwendung von Metaphern und abstrakten Konzepten – wie beispielsweise die Differenzierung und Verbindung zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten – setzt für die DolmetscherInnen außerdem eine Beherrschung der Stilmittel in beiden Sprachen sowie eine sorgfältige Vermittlung der Intentionen voraus. Nicht zuletzt werden DolmetscherInnen bei solchen Therapiesitzungen für mehrere GesprächspartnerInnen dolmetschen müssen, da auch eine Bezugsperson an der Therapie regelmäßig teilnimmt, was einen multidirektionalen Charakter des Dialogs mit sich bringt bzw. herausfordernd sein kann.

8.3. Studie über das Dolmetschen für Kinder

8.3.1. Studie anhand von Fallbeispielen

Eine Studie von Loshak aus dem Jahr 2003 beschreibt die Hintergründe und Herausforderungen der Dolmetschtätigkeit in der Kinderpsychiatrie, und schildert verschiedene Fallbeispiele in diesem Sinne. Schon 1980 stieg die Bevölkerungszahl von Personen aus Bangladesh im Osten von London aufgrund der Immigration, was wesentliche Konsequenzen für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen, aber auch Herausforderungen

aufgrund sprachlicher und kultureller Unterschiede mit sich brachte. Mehr als 60% der Bevölkerung im Schulalter stammte im Jahr 2002 aus Bangladesch. Für die Eltern und die aus Bangladesch neu zuziehenden Kinder war die erste Sprache Sylheti, für die zweite Generation jedoch Englisch. Für eine effektive und sensible Gesundheitsversorgung war es notwendig, die Praktiken zu analysieren und sie an veränderte Bedürfnisse anzupassen. Nach der Analyse einer kleinen Stichprobe von Familien, kamen die StudienautorInnen zu dem Ergebnis, dass eine gute Kommunikation und ein gemeinsames Verständnis der Probleme zur Zufriedenstellung der Eltern und zu positiven Ergebnissen führen, die schließlich für die Kinder nutzbringend sind (vgl. Loshak 2003:151).

Laut der Studie soll berücksichtigt werden, dass ImmigrantInnen unterschiedliche Erfahrungen und Erwartungen mitbringen sowie verschiedene religiöse Ansichten und vorgefasste Meinungen über die Kultur des Landes, in das sie zuwandern, haben. Hinzu kommt unter Umständen eine mangelnde Vertrautheit mit Kliniken für psychische Gesundheit im Kindesalter. All diese Faktoren beeinflussen den Austausch zwischen TherapeutInnen und Familien. DolmetscherInnen sollen also nicht nur Sprachkenntnisse vorweisen, sondern auch ein Bewusstsein für diese komplexen Prozesse. Die Studie erforschte die Dynamik dieser Interaktion anhand etlicher Fallbeispiele und beschreibt den Prozess der Einstellung und Integration von DolmetscherInnen in das medizinische Team (vgl. Loshak 2003:152).

Diese Einbindung von DolmetscherInnen in das medizinische Team war jedoch aus vielen Gründen herausfordernd. Damit verbundene Hindernisse waren vor allem finanzieller Art, weswegen die sprachliche Unterstützung auf der Liste der Prioritäten eher unten stand. Soziale Einrichtungen und Ausbildungsabteilungen nutzten durch den *Race Relations Act* finanzielle Mittel, um MitarbeiterInnen aus ethnischen Minderheiten zu rekrutieren und in zunehmendem Maße multikulturelle Arbeitskräfte einzustellen. Das war im Gesundheitswesen jedoch nicht möglich. Ein kinderpsychiatrisches Team hatte demzufolge in der Regel ein eingeschränktes Bewusstsein für Sprach- und Kulturunterschiede (vgl. Loshak 2003:154f.).

Die Rekrutierung zweisprachiger Mitarbeiterinnen aus ethnischen Minderheiten erwies sich aber auch im Gesundheitswesen als dringend notwendig. ImmigrantInnen können hohe Erwartungen an gesundheitliche Dienstleistungen haben, jedoch ein eingeschränktes Verständnis westlicher Behandlungsansätze. Es gibt laut dieser Studie bei ImmigrantInnen aus dem Osten zum Beispiel eine Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, etwa die Meinung, dass psychisch erkrankte Menschen Schande über die Familie bringen und die Erfolgchancen der Leben der Familienmitglieder verringern. Solche Einstellungen können eine Familie beim ersten Termin verängstigen, da die Familienmitglieder nicht wissen, was sie er-

warten sollen. Nur wenige MitarbeiterInnen aus dem psychiatrischen Team wissen, wie sie sich in so einer Situation verhalten sollen, um die Familie schon bei der ersten Begegnung beruhigen zu können. Ein kinderpsychiatrisches Team muss laut Loshak (2003) für all diese Aspekte offen sein. Es soll seine Integrität und professionellen Werte behalten, aber gleichzeitig auch Sensibilität für die Vielfalt seiner PatientInnen beweisen. Ein erster Schritt wäre also in diesem Sinne das Rekrutieren von zweisprachigem Personal (vgl. Loshak 2003:156f.).

Erst 1990 wurden aber Mittel bereitgestellt, um ArbeitnehmerInnen aus Bangladesch in Teilzeitbeschäftigung als zweisprachige KommunikationsassistentInnen einzustellen, um an drei verschiedenen Orten zu dolmetschen. Es fanden Teamvorbereitungen vor dem Termin statt, denn damals waren keine Ausbildungsstrukturen für DolmetscherInnen vorhanden. Für sie war es daher wichtig, klar herauszustellen, welche Eigenschaften und Erfahrung die ArbeitnehmerInnen haben sollten. Sie befanden es für unangemessen, jemanden mit professionellen Qualifizierungen in Medizin einzustellen, denn das würde dann zu Missverständnissen über die Rollenverteilung und zu Verbitterung führen. Im Rahmen des Bewerbungsprozesses waren stattdessen Faktoren wie Interesse an Psychiatrie, Erfahrung mit Kindern und Familien und persönliche Eigenschaften von großer Bedeutung. Es wurde außerdem eine Rollensimulation mit einem Sylheti-Sprechenden miteinbezogen, um das Niveau in der Sylheti-Sprache zu prüfen (vgl. Loshak 2003:157).

Hinsichtlich der Einstellung wurde in der Studie darauf hingewiesen, dass die in Anspruch genommene Teilzeitbeschäftigung einige Nachteile mit sich brachte. Die Stellen würden nämlich von hochqualifiziertem Personal übernommen, die Arbeitszufriedenheit und Karriereentwicklung erwarten, diese aber langfristig gesehen nur bei einer Vollzeitbeschäftigung in Frage kommen. Eine Teilzeitbeschäftigung ermöglichte außerdem keinen vollen Zugang für die Familien. Nach der Teilzeitbeschäftigung von zwei ArbeitnehmerInnen stellte das Team fest, dass folgende zwei Faktoren zu berücksichtigen sind: Die relativ große Wahrscheinlichkeit, dass sie Mitglieder der örtlichen Gemeinschaft und daher anfällig für direkt gestellte persönliche Fragen oder Kontaktversuche vonseiten der Familie außerhalb der Klinik sind, und die eventuelle Unzufriedenheit der eingestellten DolmetscherInnen hinsichtlich der schlechten Entlohnung im Vergleich mit den anderen Teammitgliedern (vgl. Loshak 2003:157f.).

Das Team hatte bestimmte Rollenvorstellungen für die neuen zweisprachigen ArbeitnehmerInnen. Einerseits stellte sich das Team vor, dass die zweisprachigen Arbeitnehmer neben dem Dolmetschen Funktionen wie KulturberaterIn für das Team, AusbilderIn für PraktikantInnen und Consultant für geeignete Therapiemethoden übernehmen. Andererseits stellte

sich das Team die Frage, inwieweit sie selbstständig oder als Co-TherapeutInnen arbeiten sollten. Mangels professioneller Struktur für DolmetscherInnen sorgte das Team für Unterstützung und Beaufsichtigung. Sie gingen davon aus, dass Teammitglieder, die isoliert arbeiten, unter dem Risiko emotioneller Auswirkungen stehen. Das Zeitmanagement war in diesem Zusammenhang auch erwähnenswert. Die Diskussionen im Rahmen der Teamvorbereitungen ermöglichten Mitgliedern, sich in den Prozess einbeziehen zu lassen und Verantwortung für den erfolgreichen Ablauf der Therapie zu übernehmen. Das würde den ArbeitnehmerInnen mit der Zeit Selbstvertrauen und Erfahrung gewähren, was die Chancen für zukünftiges Training und weiteren Fortschritt maximieren würde. Hinsichtlich der Rolle der zweisprachigen ArbeitnehmerInnen wurde das Team davon überzeugt, dass sie durch die Einbeziehung einer transkulturellen Perspektive eine besondere Rolle im Rahmen der Therapie spielen. Wie Loshak (2003) feststellte, besteht ein kinderpsychiatrisches Team nicht nur aus verschiedenen Professionen, sondern auch aus MitarbeiterInnen mit unterschiedlichen Erfahrungsniveaus, die verschiedene theoretische Modelle in ihrer Arbeit verwenden. In diesem Kontext sollen zweisprachige ArbeitnehmerInnen sowohl selbstsicher als auch für verschiedene Arbeitsweisen offen sein (vgl. Loshak 2003:158f.).

Nachdem das Team die Arbeit mit den zweisprachigen ArbeitnehmerInnen evaluierte, stellten sich zwei Perspektiven heraus: Die zweisprachigen ArbeitnehmerInnen empfanden mehr Arbeitszufriedenheit, wenn ihnen eine gewisse Flexibilität erlaubt wurde, um der Familie bestimmte Sachen zu verdeutlichen, einzugreifen, wenn Lücken oder Missverständnisse in der Kommunikation vorkamen, und die Stimmung des Treffens interpretieren zu dürfen. Die Fachleute empfanden selbst ein Gefühl der Distanz zum Prozess und bemerkten eine stärkere therapeutische Beziehung zwischen der Familie und den DolmetscherInnen (vgl. Loshak 2003:159).

Das erste Fallbeispiel der Studie beschreibt die Geschichte eines 15-jährigen namens Mujid, der ein psychiatrisches Gutachten vor dem Auftreten vor Gericht wegen Verdacht auf Gewalttätigkeit in der Familie brauchte. Zum Termin wurde die ganze Familie eingeladen und ein Sylheti Dolmetscher wurde von der Beratungsstelle eines Krankenhauses gebucht. Die Familie verspätete sich, der Dolmetscher verspätet sich auch. Die TherapeutInnen fragten die Familie, ob sie verstünden, warum sie hier wären. Der Vater, Herr Ali, unterhielt sich sehr angeregt mit der Therapeutin, vermied aber den Augenkontakt mit ihr. Er erklärte, dass sein Sohn ein braver Junge sei und keine Straftat begangen hätte. Sie konnten die Mutter nicht ins Gespräch einbeziehen, obwohl sie mehr darüber hätte wissen können, da der Vater kürzlich aus Bangladesch zurückgekehrt war, und er erweckte den Eindruck, nichts über das Verhalten

des Jungen zu wissen. Die TherapeutInnen konnten keinen Kommunikationsweg öffnen und fühlten sich sehr frustriert darüber. Fragen, die normalerweise an die ganze Familie gerichtet wurden, um Überlegungen zu ermöglichen, wurden vonseiten des Dolmetschers dem Vater gestellt. Diese Fragen wurden in beschuldigende und verfolgende Fragen umgewandelt, was seinen Rückzug verfestigte. Der Dolmetscher konnte die Unbequemlichkeit des Schweigens nicht tolerieren, und bedrängte den Vater, zu beantworten. Die TherapeutInnen fühlten sich wegen Frustration und Machtlosigkeit zunehmend wie gelähmt. Alle GesprächspartnerInnen waren mit dem Ergebnis des Interviews nicht zufrieden. Mujid und seine Familie fühlten sich nicht verstanden, der Dolmetscher hatte den Frust, dass niemand mit seiner Leistung zufrieden war, und die TherapeutInnen fühlten sich unglücklich, dass sie nicht helfen konnten, wie von Anfang an erwünscht (vgl. Loshak 2003:153).

Die Studie erfasste zu diesem Fall Überlegungen und Verbesserungsvorschläge. Den TherapeutInnen und dem Dolmetscher war in dieser Situation nicht klar, welche Rollen und Funktionen sie erfüllen, was zur Verwirrung und schließlich zu einem negativen Ergebnis führte. ImmigrantInnen brauchen mehr als präzise sprachliche Unterstützung, sie sollen über die Dienstleistungen informiert und zur Teilnahme ermutigt werden. Ihnen müssten außerdem ein freundschaftlicher Empfang und telefonische Erreichbarkeit in ihrer Sprache gewährleistet werden. Darüber hinaus sind eine dem Gespräch vorausgehende Zusicherung der Vertraulichkeit und eine Erläuterung der Rollen und Funktionen aller GesprächspartnerInnen unerlässlich. Was die therapeutische Besprechung betrifft, soll das Fachpersonal dazu fähig sein, über die kulturellen Barrieren hinweg zu gehen und schmerzliche Erfahrungen hören zu können. DolmetscherInnen sollen ihrerseits nicht nur über fachliche Kenntnisse, sondern auch über Einfühlungsvermögen verfügen, Kompetenzen, die für effektive Ergebnisse wesentlich sind. Diesen Überlegungen zufolge sollen Tätigkeitsbeschreibungen für DolmetscherInnen in diesem Bereich die Komplexität der Tätigkeit und den Umfang, in dem die Verantwortung für die Begegnung zwischen TherapeutInnen und DolmetscherInnen aufgeteilt ist, umfassen (vgl. Loshak (2003:154).

Der zweite Fall berichtet über den 5-jährigen Lipi, der aus Bangladesch kommt und zum ersten Mal in die Kinderpsychiatrie mit seiner Mutter, die Englisch flüssig spricht, geht. Er ist partiell stumm, spricht nur mit unmittelbaren Familienangehörigen. Beim ersten Interview, bei dem die zweisprachige Assistentin anwesend ist, spricht er nicht und ignoriert den Therapeuten, versucht jedoch mehrmals mit der Sprachassistentin durch Berühren, Anschauen und Lächeln zu kommunizieren. In nachfolgenden Therapiesitzungen ist er immer entspannter und spricht schließlich sogar direkt mit dem Therapeuten. Die zweisprachige Assistentin wur-

de vom Kind als eine Mutterfigur wahrgenommen. Der Therapeut konnte seinerseits den Fokus auf die Ängste der Mutter legen. Beide, Mutter und Kind, erweckten den Anschein, sich wohl und sicher in der Anwesenheit einer vertrauten Person aus derselben Kultur zu fühlen (vgl. Loshak 2003:159).

Beim dritten Fall wird in der Studie die Wichtigkeit der Beziehung zwischen TherapeutInnen und DolmetscherInnen thematisiert. Es passiert oft, dass Kinder DolmetscherInnen für sich selbst sein müssen, und dadurch ihre Bedürfnisse übersehen werden können. Zweisprachige AssistentInnen sollen in diesem Fall am besten kontrollieren, ob und wieviel das Kind versteht, und ihm eine Stimme in seiner eigenen Sprache zu gewähren. Das Kind verspürt auf diese Weise eine Zusammenarbeit zwischen Erwachsenen unterschiedlicher Herkunft und Kulturen, die gleichzeitig auch seine Ängste berücksichtigen und eine für alle verständliche Ausdrucksform finden. Für den 8-jährigen Shipu erwies sich diese Vorgehensweise als heilsam. Als der Therapeut Shipu in Englisch ansprach, denn er wusste, dass sein Englisch gut ist, lächelte Shipu ihn an und sprach in Bengali. Die zweisprachige Assistentin erklärte dem Therapeuten, dass Shipu ihn und seine Mutter gerade beschimpfte, und das verärgerte Shipu. Das öffnete aber den Weg zu einer wirklichen Diskussion über die Schwierigkeiten von Shipu. DolmetscherInnen, die mit dieser Tätigkeit nicht vertraut sind und mit den TherapeutInnen keine sichere Beziehung haben, hätten wahrscheinlich so eine Ausdrucksweise nicht dolmetschen wollen, oder hätten das Kind einfach zurechtgewiesen, was der Therapie nicht geholfen hätte (vgl. Loshak 2003:160).

Obwohl sie aus einem anderen Land kommen, wie in diesem Fall aus Bangladesch, können Kinder sehr schnell Sprachfähigkeiten entwickeln. Das kann die Kommunikation im Rahmen der Therapie aber eher verhindern als unterstützen, denn Fachleute erwarten ein gewisses Verständnisniveau, während das Kind immer noch in Bengali denkt und eigentlich ganz wenig versteht. Das war auch im Fall der 11-jährigen Rumena, die nach zwei Jahren in Großbritannien mit dem Eintritt ins Gymnasium nicht zurechtkam. Die LehrerInnen beklagten sich über zu wenig Konzentration und fragten sich, ob Rumena vielleicht eine Lernschwierigkeit hatte. Die Versuche des Therapeuten, mit ihr zu sprechen, paralyisierten sie. Das Dolmetschen ins Sylheti half auch nicht besonders viel, sie blieb weiterhin wortkarg und zurückgezogen. Was die Familie von Rumena betrifft, war die Mutter zurückhaltend, der Vater sprach dagegen für sie. Die 15-jährige Schwester übernahm dann die Verantwortung, die Probleme von Rumena zu erläutern und für den Vater zu dolmetschen. Erst als die zweisprachige Assistentin darauf bestand, dass sie für alle dolmetscht, stellte sich heraus, dass die Mutter eine psychische Krankheit hatte, dass die Großeltern, die auf Rumena aufgepasst hatten, zurück in

Bangladesch geblieben sind, und dass die ältere Schwester seitdem eine elterliche Rolle übernahm. Die Intervention der zweisprachigen Mitarbeiterin und ihre Kenntnisse über das Leben in Syhlet lösten die Ängste und die Verwirrungsgefühle des Therapeuten. Dieser konnte dann verstehen, welche Auswirkungen der Verlust der Großeltern und der Umzug vom Land in die Stadt auf Rumena hatten. Darüber hinaus konnte auch den Eltern geholfen werden, die Gefühle von Rumena zu verstehen und sie emotional zu unterstützen (vgl. Loshak 2003:160).

Wenn ein Kind eher älter ist, erfordert es vonseiten der zweisprachigen Assistentin, dass sie nicht nur Wörter, sondern auch Gepflogenheiten und Verhaltensregeln in der Familie dolmetscht. Im Fall des 12-jährigen Shahel schlug der Therapeut vor, dass er direkt mit seinem Vater über seine Schulaufgaben, Ziele und Interesse sprechen solle und dann seinen Vater über seine eigene Kindheit in Bangladesch fragen solle. Die zweisprachige Mitarbeiterin teilte sofort dem Therapeuten mit, dass es für Shahel inakzeptabel ist, solche Fragen zu stellen, es sei denn, der Vater würde zuerst diese Frage aufwerfen. Die zweisprachige Assistentin wies auf wichtige kulturelle Unterschiede im Familienverhalten hin und führte die Perspektive der Eltern ein, was die Frustration des Therapeuten vermied und die Missverständnisse löste (vgl. Loshak 2003:161).

Obwohl im Rahmen therapeutischer Sitzungen Kinder diejenigen sind, die behandelt werden, ist auch die Erfahrung der Eltern zu berücksichtigen, deren Perspektive in diese Studie miteinbezogen wurde. Die meisten Eltern erleben beim ersten Termin Angst und zeigen viel Besorgnis um das Wohlergehen des Kindes, haben ein Gefühl des Scheiterns in der elterlichen Rolle und äußern Schamgefühl aufgrund der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienstleistungen. Diese Gefühle werden für Familien mit Migrationshintergrund durch mangelnde Vertrautheit mit den Gesundheitsdiensten, Rassismus, Armut und Erwerbslosigkeit verstärkt. Diesen Tatsachen und Gefühlen gegenüber wachsam zu bleiben, kann eine Herausforderung für Fachleute sein. In diesen Situationen erweist sich als hilfreich, dass die zweisprachige Assistentin für die Familie am Anfang das Setting erklärt und ihnen versichert, dass ihre Daten vertraulich behandelt werden, damit die Familie ihre Ängste überwinden und sich öffnen kann. Wenn die zweisprachige Assistentin ihre Rolle selbstbewusst vertritt, dann vermittelt sie den Eltern und Kindern das Gefühl, dass sie respektvoll behandelt werden und dass auch sie, in ihrem eigenen Rhythmus, Fragen stellen können. Die persönlichen Eigenschaften und der Dolmetsch-Stil von zweisprachigen MitarbeiterInnen und ihr Vertrauensverhältnis zu den TherapeutInnen sind von herausragender Bedeutung (vgl. Loshak 2003:162).

In diesem Sinne wurde in der Studie auch ein Fall geschildert, der die Erfahrung der Eltern in den Vordergrund stellt. Ein 15-jähriges Mädchen wurde von ihren Eltern wegen

Hysterie als Notfall zum psychiatrischen Team gebracht. Die Eltern waren sowohl wegen der Sorgen um die Gesundheit ihrer Tochter, als auch wegen der Folgen dieser stigmatisierten Geisteskrankheit sehr besorgt und angsterfüllt. Johura, die Mutter, war anfangs unansprechbar. Einem Dolmetscher aus dem Krankenhaus gelang es nicht, diese Ängste zu lösen. Später stellte sich heraus, dass der Dolmetscher den Eltern eigentlich bekannt war, was ihre Ängste, dass die Krankheit ihrer Tochter auch in ihrer Gemeinschaft publik werden könne, nur vergrößerte. Sie mussten vier DolmetscherInnen treffen, bevor eine zweisprachige Mitarbeiterin zum Team dazu genommen werden konnte. Beim dritten Besuch war der Dolmetscher ein ruhiger und höflicher alter Mann, der Johura an ihren Vater erinnerte und dadurch ihr Vertrauen gewann. Als aber beim nächsten Besuch ein anderer Dolmetscher kam, ging diese Verbindung verloren. Daraufhin erwies es sich für die Eltern als schwierig, ihre Ängste zu überwinden und ihre Tochter dem Expertenteam für regelmäßige Besuche zu überlassen. Die unabdingbare Rolle von DolmetscherInnen in der Eindämmung von Spannungszuständen ist für Fachleute nicht so einfach zu verstehen und zu akzeptieren (vgl. Loshak 2003:162f.).

Der nächste Fall, welcher in der Studie beschrieben wurde, ist hingegen ein positives Beispiel hinsichtlich dieses Rollenverständnisses. Shahels Mutter kam zur Therapie schwanger und fühlte sich andauernd unwohl. Die zweisprachige Teammitarbeiterin wurde dazu ermutigt, sich um die Befindlichkeit der Mutter zu kümmern. Die Mutter war froh, jemandem erzählen zu können, wie wenig Unterstützung in der Erziehung sie von ihrem Mann bekommt, konnte darüber reflektieren und dann feststellen, dass ihr Verhalten während der Therapie trotz der Ängste unangemessen war. Sie begann folglich selbstbewusster zu sein und sogar auf Englisch mit dem Therapeuten zu sprechen. In diesem Fall erwies sich das Vertrauen des Therapeuten in die zweisprachige Mitarbeiterin und seine Nicht-Involvierung am Anfang der Therapie als wirksam (vgl. Loshak 2003:163).

Laut dieser Studie liegt der Vorteil der absichtlichen Unbeteiligtheit des Therapeuten in der ersten Phase der Beruhigung der Familie vonseiten der zweisprachigen Mitarbeiterin darin, dass dem Therapeuten die Gelegenheiten gegeben wird, die ganze Situation einfach zu beobachten und nach Anzeichen von Problemstellungen zu suchen. Ein anderer wichtiger Vorteil ist das Gefühl der Selbstsicherheit, welches dadurch bei den Eltern hervorgerufen wird, damit sie Fragen stellen können und ein Gedankenaustausch entstehen kann. Diese Herangehensweise kann aber nur dann funktionieren, wenn TherapeutInnen und zweisprachige MitarbeiterInnen im Laufe der Zeit ein Vertrauensverhältnis entwickeln. Andernfalls können Gefühle der Ausgrenzung vorkommen, die sich als überwältigend erweisen und die Therapie beeinträchtigen können. Um Vertrauensverhältnisse mit dem therapeutischen Team entwi-

ckeln zu können, sollen sich zweisprachige MitarbeiterInnen ihrer eigenen Mitwirkung beim Erfolg der Therapie und der Verantwortung, die auch sie tragen, bewusst sein. Darüber hinaus sollen sie nicht nur erkennen können, wenn die Durchführung des Interviews zu Versagensgefühlen führt, sondern auch dementsprechend handeln, was im folgenden Fall veranschaulicht wird (vgl. Loshak 2003:164).

Bei einem Treffen mit zwei Elternteilen und einem Familientherapeuten entwickelte die zweisprachige Mitarbeiterin Gefühle von Ausgrenzung und Nutzlosigkeit, als sie merkte, dass der Therapeut eine interessante Diskussion ausschließlich mit Herrn Hussein, dem Vater des Kindes, führte, wobei er die Mutter völlig ignorierte. Die Tatsache, dass sich die zweisprachige Teilnehmerin ihrer Rolle und des Vertrauensverhältnisses zwischen ihr und dem älteren Therapeuten bewusst war, veranlasste sie, den Therapeuten zu unterbrechen und ihn auf die Situation aufmerksam zu machen (vgl. Loshak 2003:164).

Eine andere Situation, in der die Rolle von zweisprachigen MitarbeiterInnen besonders berücksichtigt werden soll, ist, wenn das Team über zwei TherapeutInnen verfügt, die gelegentlich Pausen machen, um zu überlegen und Lösungsansätze zu formulieren. Wenn zweisprachige MitarbeiterInnen in diese Diskussion nicht miteinbezogen, sondern mit der Familie gelassen werden, können Gefühle von Unterlegenheit und Unsicherheit entstehen. Auch die Familie kann dadurch das Gefühl bekommen, dass MitarbeiterInnen aus Bangladesch nicht geschätzt werden, was ihr eigenes Selbstvertrauen beeinträchtigen kann (vgl. Loshak 2003:164, 165).

Aus solchen Fallbeispielen entwickelte die Studie mehrere Fragestellungen und Lösungsansätze. So wird zum Beispiel vorgeschlagen, dass Aufgaben, die beim ersten therapeutischen Treffen zu vervollständigen sind, wie etwa die Aufklärung der Agenturrolle, die Sicherung der Vertraulichkeit und die Beruhigung der Familie, entweder von Therapeuten teilweise übernommen oder den zweisprachigen MitarbeiterInnen überlassen werden sollen. Diese können dann mit ihrer Erfahrung und Kenntnisse über einleitende Worte die Aufgaben übernehmen und den Austausch auch für die TherapeutInnen zusammenfassend wiedergeben. Zweisprachige MitarbeiterInnen sollen für diese zwei unterschiedlichen Vorgehensweisen flexibel bleiben, gleichzeitig aber auch einen gewissen Freiraum beanspruchen, was den Umgang in der ersten Phase des Treffens betrifft (vgl. Loshak 2003:165).

Es wird ebenso angeführt, dass zweisprachige MitarbeiterInnen eine gewisse Handlungsfreiheit brauchen, wenn die Familie eine Wiederholung des bereits Gesagten braucht, damit sie entscheiden können, ob sie diese Aufgabe in der gegebenen Situation übernehmen sollen oder nicht. Gleichzeitig sollen sie aber immerwährend sensibel für die Ziele der Thera-

peutInnen bleiben. So eine Verantwortung kann nur dann gewährleistet bzw. übernommen werden, wenn es gegenseitigen Respekt gibt und zweisprachige MitarbeiterInnen als voll integrierte Teammitglieder mit eigener Funktion in der Therapie anerkannt werden (vgl. Loshak 2003:165).

Vertrauensverhältnisse zwischen zweisprachigen MitarbeiterInnen und dem Team werden laut der Studie auch dadurch aufgebaut, indem sie als einzige nicht-weiße, einer ethnischen Minderheit angehörige Teammitglieder ihre Minderheitskultur für das Team zum Leben erwecken, und zwar durch täglichen Austausch über ihre Familien, die Sitten, die religiösen Werte und die Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten zwischen den zwei verschiedenen Kulturen. Das Team kann dadurch eine umfassendere Perspektive über die Minderheitskultur erhalten, die sonst oft nur durch benachteiligte dysfunktionale Familien repräsentiert wird. Zweisprachige MitarbeiterInnen können durch ihre Erfahrungen ein alternatives Bild über diese Kultur aufzeigen und dadurch ein Gleichgewicht in der Gesamtperspektive des Teams herstellen (vgl. Loshak 2003:165).

Was die zukünftige Entwicklung der Rolle betrifft, fungieren zweisprachige Teammitglieder in dieser Studie als Brücken, um Familien aus ethnischen Minderheiten Zugang zu Dienstleistungen zu erleichtern. Ihre Anwesenheit bei der Rezeption und im Büro und ihre telefonische Erreichbarkeit für die Familien verbessern wesentlich die Zugänglichkeit. Es besteht sogar die Möglichkeit, dass zweisprachige MitarbeiterInnen erste AnsprechpartnerInnen für die Familien sind, in ihrem eigenen Haus, in der Schule oder innerhalb anderer Gemeinschaften. Einige Angestellte, Teams oder ManagerInnen bevorzugen es, eine begrenzte Rolle für DolmetscherInnen aufrechtzuerhalten, andere werden hingegen diese Position als eine Gelegenheit sehen, um kompetente und engagierte Menschen für eine komplexere Tätigkeit zu trainieren. DolmetscherInnen haben unterschiedliche Ziele und Arbeitsweisen, die sie dazu motivieren und befähigen könnten, sich weiter als BeraterInnen, FamilientherapeutInnen, oder für eine organisatorische oder erzieherische Rolle ausbilden zu lassen. Die Rolle, die DolmetscherInnen in der Kinderpsychiatrie spielen, unterscheidet sich wesentlich von der in anderen medizinischen Settings, da hier die subjektiven Erfahrungen, Empfindungen und Werte von gleicher Bedeutung für den therapeutischen Prozess sind wie das Sammeln von Informationen. Die Komplexität der Dynamik innerhalb der Familie und zwischen der Familie und dem Team sind ebenso Aspekte, die wahrgenommen und in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden sollen. Mithilfe solcher Settings werden Dienstleistungen in der Kinderpsychiatrie an die veränderten Bedürfnisse der Gemeinschaft besser angepasst (vgl. Loshak 2003:166).

8.3.2. Strategien beim Dolmetschen für Kinder

2008 wurde die dritte Auflage eines Leitfadens für medizinisches Dolmetschen (Rayes) veröffentlicht, der eine Einleitung in die Tätigkeit des Dolmetschens für Kinder bietet. Die Arbeit beginnt mit einigen für das Dolmetschen relevante Bemerkungen über die Besonderheiten bei der Arbeit mit Kindern und deren Recht auf Aufklärung. Kinder verarbeiten Information anders als Erwachsene, haben unterschiedliche Prioritäten und Bedürfnisse und nehmen Erfahrungen unterschiedlich wahr. Im Rahmen eines medizinischen Settings sollen sich alle Beteiligten der Tatsache bewusst sein, dass Kinder die Dinge in einem buchstäblichen Sinne verstehen. Medizinische Auskünfte sind jedoch meistens abstrakt, weshalb Erwachsene mit Erwachsenen anders als mit Kindern sprechen. Kinder haben das Recht, zu verstehen, was ihnen gesagt wird, und Erwachsenen wird wiederum die Verantwortung übertragen, zu versuchen, Kinder zu verstehen (vgl. Rayes 2008:3).

Des Weiteren werden in der Arbeit die von KinderärztInnen angewandten Strategien beim Sprechen mit Kindern erläutert, die für DolmetscherInnen ebenso hilfreich sein können. Fachärzte in der Pädiatrie werden geschult, so zu kommunizieren, dass sie verstanden werden und dass man ihnen vertraut. Um das Vertrauen und Verständnis von Kindern zu gewinnen, sind aber Ehrlichkeit und Klarheit unerlässlich und werden von FachärztInnen nur durch bestimmte Strategien erzielt: Sie sprechen nämlich langsamer, leiser und tiefer und machen Pausen; sie formulieren Sätze mit einem Substantiv und mit einem Verb und verwenden dabei Grundwörter anstatt technischer Wörter; sie erwähnen nur das wichtigste und beziehen neue Informationen auf das, was das Kind schon kennt; sie passen sich an das Tempo des Kindes an und fragen um Erlaubnis, wenn das Kind die Möglichkeit hat, ja oder nein zu sagen. Wie Rayes anmerkt, steigt die Qualität des Dolmetschens, wenn DolmetscherInnen die Wortwahl und die Gesprächsführung von Fachärzten mit Kindern verstehen (vgl. Rayes 2008:3).

Für eine erfolgreiche Dolmetschertätigkeit sollen DolmetscherInnen aber nicht nur in geeigneter Weise mit Kindern sprechen, sondern auch in der Lage sein, sie zu verstehen. Folgende Faktoren können laut Rayes (2008:4) DolmetscherInnen daran hindern, ein Kind zu verstehen: Alter (3 Jahre oder jünger), Gehirnschädigung, Fehlbildungen des Gesichtsschädels, Verschrobenheit, Weinen, Entwicklungsverzögerung, Emotionen, genetische Krankheit, Erkrankung (im Allgemeinen), Lachen, Gemurmel, Schüchternheit, Sprachstörung, Müdigkeit, Trauma oder Diskussionsbereitschaft des Kindes.

Laut der Autorin gibt es einige Schritte, die DolmetscherInnen befolgen können, um solche Situationen zu bewältigen. Erstens sollen DolmetscherInnen sowohl dem Kind als auch den anderen Personen im Raum sagen, dass sie das Kind nicht verstehen, und erst danach das Problem mit dem Kind klären. Nachdem das Kind einmal aufgefordert wurde, langsamer zu sprechen, soll der/die DolmetscherIn wiederholen, was sie verstanden hat und das Kind fragen, ob er/sie richtig verstanden hat. Neue Fragen sind deswegen zu vermeiden, weil das die Aufgabe der Fachkräfte ist. Wenn eine Frage oder eine Bemerkung jedoch hilfreich sein könnte, sollten diese vorgeschlagen werden. Wenn diese Schritte das Problem nicht gelöst haben, können DolmetscherInnen auf einen Vermittler zurückgreifen, entweder ein Elternteil oder ein Familienmitglied, der das Kind besser versteht. In diesem Fall sollen DolmetscherInnen beachten, dass mehrere Personen am Gespräch teilnehmen und es notwendig sein kann, zu spezifizieren, für wen gerade gedolmetscht wird (vgl. Rayes 2008:4).

Rayes (2008) schlägt weiters einen Leitfaden hinsichtlich des Dolmetschermodus, der Positionierung im Raum und der Wahl des angemessenen Tons vor, der beim Dolmetschen für Kinder angewendet werden kann. Dieser Leitfaden wird im Vergleich mit dem Dolmetschen bei Erwachsenen gestellt. Während bei Erwachsenen beim Dolmetschen meistens gesiezt wird, wird bei den Kindern empfohlen, sie zu duzen. Was den Dolmetschermodus bei einem medizinischen Gespräch betrifft, wird sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen typischerweise das Konsekutivdolmetschen in Anspruch genommen, wobei bei Erwachsenen manchmal auch andere Modi verwendet werden. Vor allem wenn bei Kindern eine Entwicklungsverzögerung vorliegt, ist der Konsekutivmodus der wirksamste angesichts der Tatsache, dass für die meisten Kinder das Simultandolmetschen verwirrend sein kann. Hinsichtlich der Positionierung im Zimmer sollen DolmetscherInnen vermeiden, zwischen dem Kind und dem Elternteil zu sitzen, aber gleichzeitig sicherstellen, dass das Kind die Möglichkeit hat, Augenkontakt zu halten. Ebenso wie bei Erwachsenen empfiehlt Rayes (2008) den DolmetscherInnen das Kind in den ersten Phasen des Treffens besser kennenzulernen und ihm die Aufgabe eines/einer DolmetscherIn in einer klaren Sprache zu erklären. Jedes Kind wird aber unterschiedlich viel Kommunikation und Beruhigung während des medizinischen Verfahrens brauchen. In Bezug auf die Wahl des Tons soll er sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern freundlich, offen und respektvoll, bei den zuletzt genannten aber leiser, langsamer und beruhigend sein (vgl. Rayes 2008:6).

Während der Modus, die Positionierung und der Ton beim Dolmetschen für Kinder wichtige pragmatische Aspekte sind, zählen gleichermaßen auch der Inhalt bzw. die Auslassungen. Wie Rayes (2008:7) hervorhebt, können sich DolmetscherInnen oft in einem Dilem-

ma befinden, wenn sie damit konfrontiert werden, Kindern schlechte Nachrichten vermitteln zu müssen. Einer der Gründe ist die Tatsache, dass es Familien gibt, bei denen es nicht akzeptabel ist, schlechte Nachrichten zu überbringen, oder wo Eltern gegenüber ihren Kindern besonders beschützend sind. Fachkräfte in der Pädiatrie sind hingegen meistens der Meinung, dass es besser ist, dem Kind die Wahrheit zu sagen, anstatt ihrer Fantasie freien Lauf zu lassen. Wie auch Rayes feststellt, können aber diese kulturellen Unterschiede durch eine Diskussion ausschließlich unter Erwachsenen bewältigt werden, im Rahmen derer entschieden wird, was dem Kind mitgeteilt wird. Die meisten Eltern entscheiden sich mit der Zeit, die Information dem Kind wahrheitsgetreu zu vermitteln. In der Zwischenzeit kann eine gemeinsame Grundlage der Diskussion die Entscheidung sein, dem Kind keine Lügen zu erzählen, sondern es zu einem späteren Zeitpunkt über die vollständige Wahrheit zu informieren. Die Autorin weist in diesem Kontext darauf hin, dass die Autorität und Wünsche der Eltern nicht zu unterschätzen sind, da Ehrlichkeit und Schutzmaßnahmen Werte sind, die sich nicht ausschließen (vgl. Rayes 2008:7).

Einige Beispiele für effektive Methoden für die Bewältigung dieser Herausforderungen werden von sogenannten „*child life specialists*“ vorgeschlagen: „*conversation, pictures, props, rehearsing, play and toys*“ (Rayes 2008:7). Die Vorgehensweise dieser SpezialistInnen wurde im Rahmen einer vollständigen Ausbildung entwickelt (Bachelor- und auch Masterstudium). Sie erwerben dabei theoretische Grundlagen betreffend die Spielweise und Stressbewältigung von Kindern sowie verschiedene Familiensysteme. Schließlich werden diese Kenntnisse in medizinischen Settings angewendet, mit dem Ziel, Anzeichen von Angstgefühlen bei Kindern zu lindern. Kinder-SpezialistInnen sprechen auf eine besondere Weise mit den Kindern, aber erst nachdem sie die Situation beobachtet und zugehört haben. Die Entscheidung, etwas zu sagen oder nicht zu sagen, wird immer zum Wohle der Kinder getroffen. Bevor man den Kindern das medizinische Verfahren erklärt, gibt es meistens eine Vorbereitungsphase, die darin besteht, Informationen aus dem PatientInnen-Akt zu lesen, darüber, ob das Kind schon einmal einen chirurgischen Eingriff hatte, oder ob es kürzlich traumatisierende (Scheidung, Tod eines Angehörigen oder eines Haustiers) oder wichtige Ereignisse (Umzug, neues Kind in der Familie, Geburtstag, neues Haustier) erlebte. Sie erkundigen sich außerdem auch nach der Elternsituation, nämlich darüber, ob sie Stressgefühle haben, ob sie sich unterstützt fühlen, welche Berufe sie haben, wie die Beziehungen in der Familie aussehen. Erst nach dieser Vorbereitungsphase betreten Kinder-SpezialistInnen den Raum, in dem sich das Kind befindet, um mit der Aufklärung zu beginnen (vgl. Rayes 2008:7).

Des Weiteren wird von Rayes (2008:8f.) ein englisches Skript als Beispiel für die Arbeitsweise von KinderspezialistInnen eingeführt, das zur Übung für DolmetscherInnen dienen soll. Es beschreibt eine von der Kinderspezialistin Jennifer geführte Vorbereitung eines 5-jährigen Mädchens namens Marisol, die eine Blinddarmoperation vor sich hat. Das Skript wurde in Dialogform geschrieben, um DolmetscherInnen so präzise wie möglich zeigen, wie Kinder aufgeklärt und beruhigt werden. Zuerst stellt sich Jennifer dem Mädchen vor, erklärt ihr in einfachen Wörtern ihre Aufgabe und beginnt über ein Spielzimmer zu erzählen, wo Marisol die Möglichkeit habe, sich zu entspannen und zurückzuziehen. Sie vermittelt dem Mädchen gleichzeitig die Information, dass diese Entscheidung ihm überlassen wird. Marisol wird dann darüber gefragt, ob sie wisse, warum sie sich im Krankenhaus befindet. Ihr wird weiters erklärt, wie die ÄrztInnen ihr helfen werden: über den chirurgischen Eingriff, die Tatsache, dass sie währenddessen schlafen wird, den IV-Beutel und wie dieser aussieht sowie wofür und wie lange er verwendet wird. Es wird ihr außerdem erläutert, dass es auch eine andere Möglichkeit gibt, sie zu narkotisieren, nämlich die Maske. Jennifer sagt Marisol, wie so eine Maske funktioniert, und zeigt ihr, wie sie einatmen soll. In Bezug auf die Operation wird dem Mädchen gesagt, dass die ÄrztInnen ihr dadurch helfen und dass beim Aufwachen die Eltern neben ihr sein würden. Es wird ihr außerdem ein Bild mit dem OP-Raum gezeigt und die Geräte beschrieben. Schließlich gibt Jennifer Marisol die Möglichkeit, sich mit der Maske vertraut zu machen und respektiert ihre Entscheidung, das nicht zu wollen. All diese Anweisungen wurden mithilfe einfacher, kurzer und prägnanter Sätze gegeben und der Wortschatz wurde dem Niveau eines 5-jährigen Kindes angepasst. Marisol wurden oft Fragen gestellt und sie wurde immerwährend rückversichert und beruhigt (vgl. Rayes 2008:8f.).

Abschließend werden von Rayes (2008) Strategien im Fall schmerzhafter Kindererlebnisse vorgeschlagen, um sowohl mit dem Kind, als auch mit den mutmaßlichen Beschuldigten angemessen zu interagieren. Die Basis bildet dabei ein respektvoller Umgang, wie auch die Autorin klarstellt: „*When you see the worst in someone else, it's time to bring out the best in you*“ (Rayes 2008:10). DolmetscherInnen sollen sich außerdem immer bewusst sein, dass sie nicht über die Gesamtperspektive verfügen und bei eventuellen Treffen mit den mutmaßlichen Tätern als Zeichen der Würde höflich sein, auch wenn sie mit den Taten nicht einverstanden sind. Was den Umgang mit Kindern betrifft, sollen DolmetscherInnen ihnen Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen, Mitgefühl und Respekt zeigen, aber trotzdem kein Mitleid. Traumatisierte Kinder brauchen meistens Routine, Vorhersehbarkeit und Sicherheit. Erst wenn Erwachsene die Kontrolle über ihre Gefühle haben, können sich auch Kinder sicher fühlen. In diesem Sinne sollen DolmetscherInnen sich dessen bewusst sein und gegebenen-

falls Pausen machen oder zurücktreten. Schließlich empfiehlt die Autorin, dass DolmetscherInnen das Kind nie darüber befragen, was ihm passiert ist, sofern sie darum nicht gebeten werden. Sowohl Polizeibehörde als auch Kinderschutzeinrichtungen raten SozialarbeiterInnen aus Krankenhäusern davon ab, misshandelte Kinder oder ihre Familien zu interviewen, denn das könnte dazu führen, dass sie ihre Aussagen ändern. Wenn nicht-qualifizierte Personen diese Aufgabe trotzdem übernehmen können sie Traumata anstatt Heilung verursachen und die Glaubwürdigkeit der Zeugen beeinträchtigen. Im Fall, dass ein/e PolizeibeamtIn DolmetscherInnen darum bittet, für sie zu dolmetschen, sollen sie das mit ihren BetreuerInnen besprechen, da viele Krankenhäuser damit nicht einverstanden sind, dass ihre Angestellten für Personen außerhalb des Krankenhauspersonals dolmetschen. Auch wenn DolmetscherInnen den Eindruck haben, dass sie in diesem Moment die einzige Lösung sind, soll dies kein Grund dafür sein, gegen Regeln zu verstoßen (vgl. Rayes 2008:10).

8.3.3. Pilotstudie zum Dolmetschen für Kleinkinder

Die im Folgenden dargestellte Pilotstudie (Nilsen 2013) ist Teil eines Forschungsprojektes am *Akershus University College of Applied Sciences* in Oslo, das verschiedene Perspektiven, Methoden und Daten im Bereich des Dolmetschens für Kleinkinder erfasst und den Fokus auf die Kleinkinder und ihre kommunikativen Mittel in einem durch DolmetscherInnen vermittelten Gespräch und auf Dolmetschstrategien für Kleinkinder legt. Im vorliegenden Artikel wird der Fokus lediglich auf den ersten Aspekt gelegt, nämlich die Untersuchung der Kinderinteraktionen mit DolmetscherInnen sowie die Generierung von Hypothesen und die Identifizierung neuer Forschungsfelder (vgl. Nilsen 2013:14).

Die Studie basiert auf Videoaufzeichnungen von vier Experimenten und nachfolgende Interviews mit der Dolmetscherin, Experimente bei denen vier Kleinkinder aus Norwegen, eine Englisch und Norwegisch sprechende professionelle Dolmetscherin namens Hilde und eine mit Bachelorabschluss und jahrelanger Erfahrung in Dolmetschen für Erwachsene und staatlich anerkannte Dolmetscherin namens Berit teilnahmen. Die Kleinkinder waren ein 6-jähriges Mädchen namens Sara, zwei 4-jährige Mädchen namens Lotte und Marie und ein 3-jähriger Bub namens Mikkel. Obwohl realitätsfern, wurden die Kinder aus ethischen Gründen so ausgewählt, dass sie die Autorin des Experiments kennen und ihr vertrauen, und es wurde sichergestellt, dass sie sich bei den Experimenten an vertrauten Orten befinden. Vor den Experimenten wurde den Kindern erklärt, mit wem und warum sie an diesen Experimenten teilnehmen sowie darüber, dass die Gespräche durch eine Dolmetscherin vermittelt werden.

Nachdem ihnen Hilde und Berit vorgestellt wurden, wurden auch die Kameras eingeschaltet. Hilde begann die vier unterschiedlichen Gespräche mit den Kindern mit einer Erklärung über die Inhalte, die besprochen werden würden (vgl. Nilsen 2013:14-17).

Das erste Experiment begann mit Sara, die zweisprachig ist und bereits Erfahrungen mit Dolmetschen hatte, allerdings nur in Situationen, bei denen sie kurze Fragen für ihre jüngere Schwester auf Niederländisch dolmetschen musste. Das Gespräch dauerte bei ihr 42 Minuten. Eine erste Beobachtung bei Sara war die Tatsache, dass sie während des Dialogs immer mehr die Dolmetscherin als die vermeintliche Fachkraft als Gesprächspartnerin wahrnahm, indem sie ihre Körperposition und den Augenkontakt immer mehr zur Dolmetscherin richtete (vgl. Nilsen 2013:18f.).

Mikkel ist monolingual, versteht aber die Perspektive der Zweisprachigkeit. Bei ihm dauerte die Sitzung 17 Minuten. Anders als bei Sara war seine Sitzposition am Ende des Gespräches an Hilde gerichtet, er behielt aber den Augenkontakt mit beiden Frauen, je nachdem wer die Frage stellte. Er richtete trotzdem seine Antworten eher an die Dolmetscherin, was darauf hinweist, dass er die Rolle der Dolmetscherin eventuell nicht vollständig verstand. Das behinderte die Kommunikation nicht, weckte aber einige ethische Bedenken (vgl. Nilsen 2013:18-21).

Lotte ist zweisprachig und Marie monolingual, beide sind aber mit Zweisprachigkeit vertraut, aufgrund der Tatsache, dass sie zweisprachige Freunde haben. Beide verhielten sich ähnlich wie Mikkel, sie saßen nämlich immerwährend in Richtung Hilde gewandt. Ein Grund dafür könnte auch das Buch sein, das zwischen den Kindern und Hilde auf dem Tisch gestellt wurde und dessen Fotos die Vorlage für die Diskussionen waren. Die Wirksamkeit der nonverbalen Kommunikation anhand des Buches kann auch dadurch bestätigt werden, dass es beim Gespräch mit der 6-jährigen Sara nicht verwendet wurde (vgl. Nilsen 2013:18-22).

Diese Unterschiede in der Wahrnehmung der Kinder hinsichtlich der Rolle von DolmetscherInnen deuten darauf hin, dass Fachkräfte Kontakt mit den Kindern einfacher knüpfen, wenn sie die nonverbale Kommunikation mithilfe eines Buches oder eines anderen Objektes in ihre Gespräche aufnehmen. Andererseits zeigen die Videoaufzeichnungen, wie die Dolmetscherin durch ihren festen Blick und ihr Lächeln eine soziale Verbundenheit mit den Kindern herstellte. Obwohl ihr bewusst war, dass sie die Aufmerksamkeit der Kinder zu sehr auf sich zog, befürchtete sie, dass die für Erwachsene übliche Strategie, nämlich die Vermeidung des Augenkontaktes, bei den Kindern Gefühle der Ablehnung hervorrufen könnte. Die Auswirkungen solcher Gefühle würden sowohl den Fortschritt des Dialogs als auch das ethische Selbstbewusstsein der Dolmetscherin beeinträchtigen (vgl. Nilsen 2013:22f.).

Die Grenzen der Koordinationsrolle von DolmetscherInnen sind also undefiniert und herausfordernd sowohl für Fachkräfte, die den Fokus des Kindes durch nonverbale Kommunikation aufrechterhalten wollen, als auch für DolmetscherInnen, die die Aufmerksamkeit nicht zu sehr auf sich lenken wollen. Eine auf Kinderinterviews spezialisierte Polizeibeamtin teilte im Rahmen eines Interviews mit der Autorin der Studie ihre Perspektive diesbezüglich mit und behauptete, dass DolmetscherInnen beim Dolmetschen für Kinder freundlich und zuvorkommend sein sollen, aber nicht mehr als sie. Diese Beobachtungen und Fragestellungen stellen die Wichtigkeit der nonverbalen Kommunikation bei der Kontaktaufnahme mit den Kindern für erfolgreiche durch DolmetscherInnen vermittelte Gespräche in den Vordergrund (vgl. Nilsen 2013:23).

Der Artikel geht auch auf die Reaktionen der Kinder auf die Koordinationsrolle der Dolmetscherin und deren Strategien für eine erfolgreiche Intervention ein. Beim Experiment mit Sara ergibt sich ein Beispiel, in dem die Dolmetscherin sie als Folge der Intervention von Hilde unterbrach, als sie über die Vorgehensweise eines Spieles erzählte. Wie die Autorin meint, obwohl in der Literatur betreffend die professionellen monolingualen Dialoge empfohlen wird, die Kinder nicht zu unterbrechen, damit sie die Übersicht nicht verlieren, passierte das im Fall von Sara nicht. Die Strategie der Dolmetscherin beim Dolmetschen der Intervention von Hilde, nämlich die Stimme zu senken, um das Kind zu ermutigen, weiter zu erzählen, ist durchaus überlegenswert. In der vorliegenden Studie vertritt die Autorin die Meinung, dass, wenn zwei GesprächspartnerInnen versuchen, die Gesprächsleitung zu übernehmen, DolmetscherInnen die schwächere Partei – in diesem Fall die Kinder – bevorteilen sollen. Im Fall der 4-jährigen Lotte und Marie stieß die Dolmetscherin nicht auf diese Herausforderung, da die Mädchen gemäß ihrem Alter in kurzen Aufsätzen sprachen. Als Marie aber ihre Spielzeuge aufzählte und die Dolmetscherin simultan dolmetschen musste, verwendete sie dieselbe Strategie, nämlich die Stimme zu senken, um das Kind nicht zu stören. Schlussfolgernd stellt Nilsen (2013) fest, dass die Kleinkinder die Koordinationsrolle der DolmetscherInnen akzeptierten und sich daran anpassten (vgl. Nilsen 2013:24ff.).

8.3.4. Dolmetschstrategien als mögliche negative Beeinflussungsfaktoren

Einige Dolmetschstrategien können sich in bestimmten Situationen als kontraproduktiv erweisen, wie in einer Studie von Keselman et.al. (2010) über den Einfluss von DolmetscherInnen auf den Status von unbegleiteten asylsuchenden Kindern herausgestellt wird. In dieser Studie untersuchten die AutorInnen, wie Kinder entmachteter werden können, wenn DolmetscherInnen sie von der Interaktion ausschließen oder ihre Aussagen verzerren, diskreditieren und dirigieren (vgl. Keselman et.al. 2010:83).

Wie in der oben erwähnten Studie wird im Rahmen der Asylanhörungen von Kindern und Jugendlichen erwartet, dass sie über ihre familiäre Situation, Lebensumstände und traumatischen Erlebnisse so akkurat und wahrheitsgemäß wie möglich berichten. Dabei werden auch der Stil, die lexikalische Art und die Art und Weise, wie sie erzählen, beachtet, damit Fachkräfte mögliche Beeinträchtigungen oder Traumatisierungen identifizieren können und dementsprechend Entscheidungen treffen. Obwohl SachbearbeiterInnen für die Beobachtung dieser Prozesse verantwortlich sind, zeigt diese Studie, dass sie mögliche Auswirkungen von Interventionen vonseiten der DolmetscherInnen, den Teilnehmerstatus der unbegleiteten asylsuchenden Kinder zu stärken oder zu entmachten, übersehen oder stillschweigend genehmigen können, was die Bemühungen der Kinder, ihre Ansprüche geltend zu machen, beeinträchtigen. Dadurch übernehmen DolmetscherInnen eine erzieherische Rolle, die in diesem Fall dem Interesse des Kindes entgegenwirkt, da sie als weniger qualifizierte und pragmatisch benachteiligte GesprächspartnerInnen wahrgenommen werden, deren Beschreibungen neu formuliert und sogar korrigiert werden müssen:

As we have shown, the authenticity of the child's voice may be lost when interpreters try to force the child to respond, evaluate, ratify or disqualify what he/she says. In doing so, interpreters try to distinguish themselves not only as high control participants, the ones who actually legitimize talk, but also as professionals with means of adjusting the child's story to the institutional requirements of formality, consistency and coherence. As we have seen, the rendered version of the original narrative or response can be a product of extensive coordinating and coaching work initiated by the interpreter in side-sequence talk not always transparent to the caseworker. In such cases, accounts elicited by the interpreter, might contain details and accounts that are interpreter-influenced rather than authentic and faithful to the minor's version. (Keselman et.al. 2010:101)

Die AutorInnen der Studie stellen schließlich fest, dass DolmetscherInnen mit mangelndem Rollenverständnis bei solchen besonders stressigen und herausfordernden Settings – wie in

diesem Fall Asylverhandlungen – ihrer Aufgabe als VermittlerInnen der Interaktion Vorrang geben und die Genauigkeit und Vollständigkeit der Wiedergabe opfern, die Ausübung der Dolmetschtätigkeit in solchen Kontexten nicht in Anspruch nehmen sollen (vgl. Keselman et.al. 2010:102).

9. Interviewstudie

9.1. Beschreibung der Methode

Nachdem der theoretische Forschungsstand hinsichtlich der Tätigkeit des Dolmetschens und verschiedener Rollenprofile von DolmetscherInnen im Bereich der Medizin und der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie dokumentiert wurde, wird auch eine qualitative Interviewstudie durchgeführt, die in teilstrukturierten Leitfaden-Interviews mit Fachpersonal und Eltern von PatientInnen einer Einrichtung für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, besteht, um einen näheren Einblick in die Erwartungen und Auffassungen der interviewten ÄrztInnen und Elternteile zur Rolle der DolmetscherInnen zu erhalten. Befragt werden zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde, die mit DolmetscherInnen über einen langen Zeitraum zusammenarbeiteten, sowie zwei Elternteile aus zwei unterschiedlichen Familien, deren Kinder bei der o.g. Einrichtung eine längere Zeit als PatientInnen fungierten und die auf die Leistung von DolmetscherInnen angewiesen waren.

Laut Misoch (2019) bedeutet qualitative Forschung „Offenheit in forschungspraktischer, erkenntnistheoretischer und methodologischer Hinsicht“ (Misoch 2019:29). Die Interviews werden in diesem Sinne interaktiv gestaltet und im Rahmen eines kommunikativen Settings geführt, unter Berücksichtigung der Grundprinzipien von qualitativen Interviews, die von Helfferich (2011) wie folgt beschrieben werden: Neben der Einbettung der Interviews in eine kommunikative Situation, soll den befragten Personen ein offener Äußerungsraum angeboten werden, damit sie sich frei ausdrücken können. Die interviewende Person soll ihnen außerdem ermöglichen, die eigene Normalität zum Ausdruck zu bringen, und die eigene Rolle als InterviewerIn sowohl während der Interviews als auch während der Interpretation der Daten einer kritischen Reflexion zu unterziehen. Obwohl die interviewende Person die Fähigkeit besitzen soll, das Interview zu steuern, soll er/sie sich gleichzeitig distanzieren und eigene Deutungen zurückstellen können. (vgl. Helfferich 2011:24) Misoch (2019) ergänzt diese

Prinzipien mit Vorschlägen, die zur „Stärkung der Interdependenz zwischen Interviewenden und Interviewten“ dienen sollen: Anpassung der Sprache der interviewenden Person an das Sprachniveau der befragten Person, Klarheit und Vermeidung von Fachtermini und Annäherung des Interviews zum Verlauf eines Alltagsgespräches (Misoch 2019:67). Um eine möglichst einwandfreie Kommunikation mit den befragten Personen führen zu können, werden die interviewten Elternteile, deren Muttersprache Rumänisch ist, auf Rumänisch interviewt.

In der vorliegenden empirischen Analyse werden teilstrukturierte Leitfaden-Interviews verwendet, damit die befragten Personen ihre subjektiven Perspektiven über die Rolle der DolmetscherInnen frei zum Ausdruck bringen können. Misoch (2019) definiert das Leitfaden-Interview wie folgt:

Als Leitfadeninterviews bzw. leitfadengesteuerte Interviews können alle Formen der Erhebung qualitativer Daten bezeichnet werden, die anhand des Einsatzes eines vorab formulierten Leitfadens durchgeführt werden. Die Strukturierung erfolgt beim Leitfadeninterview durch den Forschenden mittels Leitfaden, im Gegensatz zu narrativen Formen des Interviewens, bei denen die Strukturierung durch den Interviewten selbst erfolgen muss. (Misoch 2019:65)

Ein Leitfaden ist insofern wichtig, da er einen thematischen Rahmen, Fokus und Strukturierung des Kommunikationsprozesses sowie eine Auflistung der relevanten Themenbereiche anbietet und dadurch eine bessere Vergleichbarkeit der Daten ermöglicht. Hinsichtlich des Grades der Strukturierung des Leitfadens, gibt es laut Misoch (2019) die Möglichkeit, je nach Forschungsfrage und Interviewmethode zu entscheiden, ob die Fragen vorab ausformuliert oder nur Stichwörter verwendet werden. Da die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit auf ein bestimmtes Thema fokussiert – die Rolle der DolmetscherInnen in der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie –, werden die Fragen vorab ausformuliert und in einer bestimmten Reihenfolge gestellt, damit die GesprächspartnerInnen einem Roten Faden innerhalb dieses Themas folgen können. (vgl. Misoch 2019:66)

Misoch (2019) empfiehlt bei der Gestaltung des Leitfadens die Verwendung von vier verschiedenen Phasen im Rahmen der Interviews, die auch bei der Erstellung der Leitfaden-Interviews (Anhänge 3 und 4) der vorliegenden Arbeit verwendet werden. Im Rahmen der ersten Phase, der „Informationsphase“, werden die Ziele der Studie und Informationen zum Datenschutz vorgestellt und von den GesprächspartnerInnen eine Einwilligungserklärung (In Anlehnung an Universität Bielefeld) (Anhang 1) unterschrieben. In ihrer Anwesenheit wird weiters eine Verpflichtung auf das Datengeheimnis (In Anlehnung an: Österreichsenergie

2017) (Anhang 2) vonseiten der interviewenden Person unterschrieben. In der zweiten Phase, der „Warm up“- oder „Einstiegsphase“, wird in offener Weise in den Themenbereich eingestiegen, indem allgemeine Fragen hinsichtlich der Rolle der DolmetscherInnen und ihrer Beziehung zu den Fachkräften bzw. zu den PatientInnen und ihren Familienangehörigen gestellt werden. Erst im „Hauptteil“ werden bestimmte Themenbereiche, die vorab festgelegt wurden, angesprochen und thematisiert, mit der Möglichkeit, die Reihenfolge zu ändern und neu formulierte Fragestellungen aufzunehmen. Im Hauptteil werden nämlich spezifische Fragen hinsichtlich der selbstständigen Wiederholung von Fragen vonseiten der DolmetscherInnen, der Vollständigkeit und Vertraulichkeit von Vermittlungen sowie der emotionalen Nähe zwischen DolmetscherInnen und Kindern als PatientInnen. Die vierte Phase, der „Ausklang“, besteht in „Einstellungs- oder Abschlussfrage(n)“, die eventuell Ergänzungen seitens der interviewten Personen und einen gedanklichen Abschluss des Interviews ermöglichen. (vgl. Misoch ²2019:71)

Nach der Durchführung der Interviews werden sogenannte „Transkriptionsköpfe“ (Misoch ²2019:274) oder „Interviewprotokollbogen“ (Helfferich ⁴2011) ausgefüllt, um relevante Informationen vor der Transkription der Interviews zu dokumentieren. Der Interviewprotokollbogen (Anhang 5) wird mit zusätzlichen Informationen, die für die vorliegende Studie relevant sind, ergänzt.

Die Interviews werden mithilfe der Transkriptionsregeln nach dem Modell von Misoch (²2019:275) (Anhang 6) transkribiert. Im Fall der rumänischen Transkripte werden sie von der Autorin der vorliegenden Arbeit ins Deutsche übersetzt und nach den o.g. Transkriptionsregeln dokumentiert.

Bei der Auswertung der Transkripte werden sowohl Parallelen als auch Unterschiede diesbezüglich betrachtet und es wird deduktiv vorgegangen, indem auf der Grundlage der Theorie vor der Auswertung Kategorien vorformuliert werden, die dann, falls vorhanden, in den transkribierten Interviews identifiziert werden.

9.2. Sozialprofil der InterviewpartnerInnen

Die InterviewpartnerInnen waren zwei Frauen mittleren Alters, die als Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde bei einer Einrichtung für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie jahrelang bedarfsmäßig in Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen arbeiteten bzw. arbeiten, und zwei Elternteile (Mutter und Vater) zwischen 35 und 40 Jahre alt aus zwei unterschiedlichen Familien, deren Kinder im Alter zwischen 7 bzw. 9 Jahre alt seit Jahren als Patienten bei den o.g. FachärztInnen fungieren. Der Sohn der interviewten Mutter leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstörung nach der Genesung einer onkologischen Krankheit, während der Sohn des interviewten Vaters unter einem Krankheitsbild in das autistische Spektrum leidet. Aufgrund der Tatsache, dass beide Familien rumänischen Migrationshintergrund haben und die deutsche Sprache nicht bzw. nicht ausreichend gut beherrschen, fanden die ärztlichen Gespräche hinsichtlich Diagnose, Therapievorschlüsse und Entwicklungsstand immer in Zusammenarbeit mit einer Dolmetscherin statt.

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen, die bei derselben Einrichtung als Fachärztinnen bzw. Eltern von Patienten fungieren, dient dazu, dass ein aussagekräftiger Vergleich zwischen den Auffassungen der Fachärztinnen hinsichtlich der Rolle der DolmetscherInnen im Gegensatz zu denen der Eltern erstellt werden kann.

9.3. Auswertung der Forschungsergebnisse

9.3.1. Dolmetschen vs. Übersetzen

Wie in der Fachliteratur von mehreren AutorInnen belegt wird, erleichtert das Dolmetschen im Gesundheitswesen die Kommunikation zwischen zwei GesprächspartnerInnen (vgl. Pöchhacker 2000:5; Pena-Díaz 2018:95; Bot 2005:11; Montalt et.al. 2018:98) und umfasst die Übermittlung mündlicher Nachrichten in Echtzeit, im Unterschied zur medizinischen Übersetzung, welche die Übermittlung einer schriftlichen Nachricht in eine andere Sprache in schriftlicher Form und in einem bestimmten Zeitraum vorsieht (vgl. Angelelli 2012). Während sowohl beide Fachärztinnen, als auch die Mutter im Rahmen der Interviews den Begriff „DolmetscherIn“ verwendeten, machte der Vater stets Gebrauch vom Begriff „ÜbersetzerIn“, wenn er auf DolmetscherInnen hinweisen wollte. Aufgrund der Tatsache, dass ich als Interviewerin merkte, dass er mit dem rumänischen Begriff für „DolmetscherIn“ nicht vertraut ist,

verwendete ich während seines Interviews denselben Begriff – ÜbersetzerIn. Es stellt sich heraus, dass eine begriffliche Unterscheidung zwischen der Tätigkeit des Dolmetschens und der Tätigkeit des Übersetzens für die Mehrheit, aber nicht für alle GesprächspartnerInnen klar war. Nichtsdestotrotz geht aus den Aussagen des Vaters hervor, dass er die inhaltliche Unterscheidung zwischen den erwähnten Begriffen versteht, was den logischen Verlauf des Interviews nicht störte.

9.3.2. Dolmetschen als Hilfe

Die Notwendigkeit des Einsatzes von DolmetscherInnen in therapeutischen Settings bzw. in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften wird von mehreren AutorInnen hervorgehoben (vgl. Wedam 2009:182; Schmid Mast et.al. 2010:105; Topf 2014:174f.; Siefen et.al. 2015:121) und spiegelt sich auch in den Antworten der InterviewpartnerInnen wider. Gemäß den Antworten im Rahmen der Interviews wird die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen sowohl von Fachärztinnen als auch von Eltern großteils positiv wahrgenommen. Während Fachärztin U. die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen als „unerlässlich für eine bestmögliche Abklärung und Betreuung“ (U1:2) empfand, betrachtete Fachärztin S. DolmetscherInnen als eine „Hilfe“, die nur „manchmal absolut notwendig“ und „nur in Einzelfällen nicht zufriedenstellend war“ (S4:130). Auch der Vater sah die Beteiligung von DolmetscherInnen, wenn „die gesprochene Sprache überhaupt nicht oder zu wenig verstanden wird“ als „Hilfe“ (G3:104), während die Mutter DolmetscherInnen „eine sehr große Rolle“ zuschrieb und gab an, dass sie bisher nur positive Erfahrungen mit DolmetscherInnen hatte (L2:43,100).

9.3.3. Dolmetschen als Beeinträchtigungsfaktor

Als einen der hauptsächlichen Gründe, warum Dolmetscherdienste im therapeutischen Bereich nur selten in Betracht gezogen werden, nennen Schmid Mast et.al. (2010) und Allaoui (2005) die Tatsache, dass DolmetscherInnen als „Störfaktor“ (Schmid Mast et.al. 2010:105) angesehen und ihre Einsätze mit „Mehrarbeit“ (Allaoui 2005:58-83) assoziiert werden. Im Rahmen der Interviews wurden ebenso einige Nachteile hinsichtlich der Einbeziehung von DolmetscherInnen angegeben. Fachärztin U. nannte als hauptsächlich beeinträchtigenden Faktor die Tatsache, dass durch „Sprachbarriere Informationen betreffs Bildung und Kultur unter anderen fehlen“ können (U1:4). Fachärztin S. erwähnte neben dem Informationsverlust, dass wenn es um ein schweres Trauma oder eine Psychotherapie geht, für die betroffenen PatientInnen schwierig sei, dass sie nicht wörtlich zitiert werden:

Die Beeinträchtigung, ja, ich denke, dass ein genereller Informationsverlust ist, so gut wie man es auch macht. Ich meine, es gibt ja auch angeblich Untersuchungen, ich weiß nicht ob es stimmt, die doch gesagt haben, dass bis zu 50% Informationsverlust ist, durch Dolmetsch sein kann. Ich denke nicht, dass es so viel ist, aber dafür schon eben eine Beeinträchtigung //. Und in zweiter Linie auch, ja grad wenn so etwas heikel ist, es ist ein schweres Trauma, oder man eine Psychotherapie mit Dolmetsch macht, dass es für die betroffenen Patienten, ja, nochmal schwieriger ist, dass es nicht eine reine eins zu eins Zitation ist, aber man hat halt einfach manchmal keine Möglichkeit, es ohne Dolmetschen zu machen. (S4:132)

Ähnlich wie die Fachärztinnen, assoziierten die Eltern eine mögliche Beeinträchtigung des guten Ablaufs des ärztlichen Gespräches mit einer unangemessenen Vermittlung von Informationen vonseiten der DolmetscherInnen. Die Mutter gab an, dass die Leistung der DolmetscherInnen nur dann als möglicher Beeinträchtigungsfaktor gesehen werden kann, wenn einen Konzentrationsmangel vonseiten der DolmetscherInnen besteht, DolmetscherInnen die Familie im Vorhinein nicht kennenlernten, oder unvorhersehbare Situationen in der Familie auftraten, die DolmetscherInnen überrumpelten, was eine angemessene Vermittlung von Informationen hindern könnte:

Ich glaube nicht, dass es ein Hindernis geben könnte, es sei denn, der Dolmetscher möchte nicht // hat ein persönliches Problem, kann sich an diesem Tag nicht auf das Problem des Patienten konzentrieren oder hatte nicht die Zeit, die Familie, den Patienten, kennenzulernen, oder unvorhergesehene Situationen traten in der Familie auf, die der Dolmetscher nicht kannte. (L2:57)

Laut den Aussagen des Vaters ist die Beteiligung von DolmetscherInnen nur dann ein Beeinträchtigungsfaktor, wenn DolmetscherInnen nicht über die erforderlichen Sprachkenntnisse verfügen, um in der Lage zu sein, die Informationen sowohl richtig zu verstehen, als auch angemessen zu vermitteln (G3:106).

9.3.4. Zweisprachigkeit

In der Auffassung mehrerer AutorInnen ist Zweisprachigkeit die Basis für professionelle Dolmetschtätigkeiten (vgl. Pöchhacker 2000:45; Kadrić 2011:28). Die Erwartung an Sprachkenntnisse wurde im Rahmen der Interviews sowohl von Seiten der Fachärztinnen, als auch von Seiten der Eltern kurz erwähnt. Während Fachärztin U. lediglich angab, dass die Sprachbarriere ein Hindernis in der Kommunikation sein könnte, betonte Fachärztin S., dass Dol-

metscherInnen ein gutes sprachliches Niveau nicht nur in ihrer Muttersprache, sondern auch in der zweiten Sprache haben sollen:

(...) klar, es ist auch sehr wichtig, dass sie ein gutes sprachliches Niveau in beiden Sprachen haben, denn im Einzelfall gibt es halt Dolmetscher, die nicht wirklich gut Deutsch können und dann ist halt fraglich für mich, ob das jetzt was bringt. (...) (S4:144)

Während die Mutter sich die Möglichkeit, dass DolmetscherInnen über die erforderlichen Sprachkenntnisse nicht verfügen, nicht vorstellen konnte (L2:59), hatte der Vater eine sehr ähnliche Meinung wie Fachärztin S., was die Beherrschung beider Arbeitssprachen betrifft:

Wenn der Übersetzer nicht über die erforderlichen Kenntnisse verfügen oder (...) die Sprache nicht gut sprechen würde, würde er die Informationen möglicherweise verstehen, wenn er sie in seiner Muttersprache erhalten würde, (ehm) aber dann würde er sie falsch weitergeben, weil er die andere Sprache nicht gut spricht. (G3:106)

Die kurze Erwähnung der Sprachkompetenz im Rahmen der Interviews und die Tatsache, dass die InterviewpartnerInnen sich vielmehr auf andere Kompetenzen konzentrierten, bestätigte die Auffassung mehrerer FachautorInnen, gemäß denen Zweisprachigkeit beim professionellen Dolmetschen nicht genug sei (vgl. Bot 2005:12), sondern zusätzliche Voraussetzungen notwendig seien (vgl. Meyer 2004:223).

9.3.5. Fachsprachlichkeit

In der Fachliteratur werden „Fachsprachlichkeit“ und „Institutionswissen“ sowie ggf. Wissen über medizinische Sachverhalte und institutionelle bzw. therapeutische Abläufe für eine professionelle Dolmetschtätigkeit vorausgesetzt (Loshak 2003:154; Meyer 2004:223; Allaoui 2005:19; Schmid Mast et. al. 2010:106; Kadrić 2011:57). Auch DolmetscherInnen nahmen in einer Studie von Hadziabdic & Hjelm (2016) wahr, dass sie ihre Professionalität auch dadurch unter Beweis stellen, indem sie sich mit den zu erwarteten medizinischen Fachwörtern vor einem ärztlichen Gespräch auseinandersetzen (vgl. Hadziabdic & Hjelm 2016:223ff.). Was das Dolmetschen in therapeutischen Settings betrifft, gaben ÄrztInnen in einer Studie von Wolf & Özkan (2012) an, dass DolmetscherInnen „psychiatrische Fachwörter“ kennen sollten (Wolf & Özkan 2012:326). Schmid Mast et. al. (2010) führten außerdem aus, dass DolmetscherInnen Kenntnisse über therapeutische Methoden, psychische Störungen und über von PatientInnen berichteten Symptomen haben sollten (vgl. Schmid Mast et al.

2010:106). Aus den bereits dargelegten Überlegungen in Bezug auf ASS erweisen sich die Aneignung von Fachwissen und die Kenntnis der Terminologie – beispielsweise der verschiedenen Screening Instrumente nach Altersgruppen – insbesondere wegen der bestehenden Ungewissheit hinsichtlich der für ASS eingesetzten Diagnostik und Therapie als sehr wichtig (vgl. Schmitz et.al. 2019:360f.). Auch die geschilderten Komponenten der Tf-KVT sowie die dargelegten Fallbeispiele geben eine Einsicht in die Anforderungen, die beim Dolmetschen solcher Therapiesitzungen vorkommen können, u.a. die Wahrnehmung der Tatsache, dass im Rahmen der Therapie besondere Anforderungen an eine exakte Diagnostik und Behandlungsanamnese bestehen, daher eine Vertrautheit mit den Komponenten der bevorstehenden Therapiesitzungen von großer Bedeutung ist (vgl. Sachser et.al. 2016:479).

Die Fachsprachlichkeit wurde auch im Rahmen der Interviews sowohl von den Fachärztinnen, als auch von der Mutter als notwendige Kompetenz bei DolmetscherInnen betrachtet. Fachärztin U. gab an, dass wenn DolmetscherInnen „keinen Zugang zu dem Fach, das sie jetzt dolmetschen“ haben, die Kommunikation zwischen Fachkräften und der Familie beeinträchtigt wird (U1:8). Zusätzlich erwähnte sie, dass DolmetscherInnen „Interesse am Übersetzungsgebiet“ haben sollten (U1:17). Auch Fachärztin S. war der Auffassung, dass obwohl DolmetscherInnen verpflichtet sind, alle medizinischen Fachwörter zu wissen, einen gewisser Bildungsgrad notwendig ist:

(...) Ein gewisser Bildungsgrad ist halt auch von Vorteil, ich meine, es verlangt doch keiner, dass man alle medizinische Begriffe kennt, aber ich denke, wenn jemand (...) ja, eine relativ geringe Bildung hat, dann hat er auch Schwierigkeiten, das zu übersetzen, was im medizinischen Bereich irgendwie vorkommt. (S4:144)

Die Mutter gab in gleicher Weise an, dass DolmetscherInnen allgemeine Kenntnisse im medizinischen Bereich haben sollen, da sie „die medizinische Situation und den medizinischen Bereich im Allgemeinen bereits kennen soll, um zu wissen, wie es ungefähr weitergehen sollte“ (L2:67). Sie fügte ähnlich wie Fachärztin U. hinzu, dass sie „das Gebiet, in dem sie arbeiten, lieben“ sollen (L2:73). Eine weitere Fähigkeit, die sich für einige InterviewpartnerInnen als wichtig erwies, war die erklärende Fähigkeit.

9.3.6. Erklärende Fähigkeiten

Neben anderen notwendigen Fähigkeiten sollen DolmetscherInnen laut Pöchhacker (2000) in der Lage sein, kulturbedingte Sachverhalte erklären zu können und in weiterer Folge darüber auch beraten zu können (vgl. Pöchhacker 2000:52-57). Was das Dolmetschen in therapeutischen Settings betrifft, waren die befragten ÄrztInnen in einer Studie von Wolf & Özkan (2012) der gleichen Auffassung, nämlich dass DolmetscherInnen „dem Patienten selbstständig Fragen des Therapeuten erklären und kulturgebundene Ausdrücke einordnen können sollen“ (Wolf & Özkan 2012:326). Auch in der Studie von Allaoui (2005) gaben die befragten ÄrztInnen an, dass DolmetscherInnen u.a. über erklärende und empathische Fähigkeiten verfügen sollten (vgl. Allaoui 2005:58-83).

Im Rahmen der Interviews erwähnten sowohl Fachärztin U. als auch der Vater, dass DolmetscherInnen in bestimmten Situationen selbstständig erklären können sollten. Fachärztin U. sah diese Notwendigkeit nur in der Situation, wenn Eltern aufgrund mangelnden Sprachverständnisses bestimmte Inhalte nicht verstehen:

(...) Nach Rückfrage, wenn weiterhin sozusagen es ganz offensichtlich ist, dass die Eltern es nicht verstehen, dass eine //vermag sozusagen eine erfahrene Dolmetscherin sehr wohl dann, dem Sprachverständnis entsprechend, mit eigenen Worten selbst zu versuchen, das zu erklären. (U1:21)

Der Vater betonte die Wichtigkeit erklärender Fähigkeiten mehrmals im Rahmen des Interviews. Bei der Frage bezüglich der Rollen von DolmetscherInnen sah er als sekundäre Rolle die Tatsache, dass sie durch ihre erklärende Fähigkeit den Eltern helfen, die Inhalte besser zu verstehen (G3:114). Der Vater gab außerdem in gleicher Weise wie Fachärztin U. an, dass DolmetscherInnen bei Bedarf in der Lage sein sollen, sich mit anderen Worten zu wiederholen, um besser verstanden zu werden:

Der Übersetzer sollte sich wiederholen, aber mit anderen Worten, um besser verstanden zu werden. (...) Ich denke nicht, dass der Arzt es noch einmal wiederholen sollte, aber der Übersetzer sollte versuchen, es mit anderen Worten zu erklären. (...) (G3:118)

Während die Meinungen aller InterviewpartnerInnen hinsichtlich der Notwendigkeit von Sprachkompetenzen in beiden Sprachen, Fachsprachlichkeit und Engagement sowie erklärenden Fähigkeiten zwecks einer erfolgreichen Dolmetschtätigkeit sehr ähnlich waren, unterscheiden sich die Rollenauffassungen erheblich.

9.3.7. Kulturelle Bindungsglieder vs. Teil der Familie

DolmetscherInnen werden u.a. in der Fachliteratur als „Brücken“ (Loshak 2003:166), „Sprachmittler“ (Schmid Mast et. al. 2010:105), „Sprachrohre“ (Wolf & Özkan 2012:326) sowie als „conduits“ bezeichnet, die u.a. auf Präzision auf sprachlicher Ebene, Vermittlung von Emotionen und Neutralität (vgl. Hsieh 2008:1370ff.) achten sollen. DolmetscherInnen werden aber auch als „Kulturberater“ (Loshak 2003:158f.) oder „kulturelle Brücken“ (Abdallah-Steinkopff 1999:215) beschrieben, die kulturelle (vgl. Pöchhacker 2000:52-57; Meyer 2004:223; Allaoui 2005:58-83; Schmid Mast et. al. 2010:105; Kadrić 2011:58; Topf 2014:168; Siefen et. al. 2015:118) und „empathische Fähigkeiten“ (Loshak 2003:15; Allaoui 2005:58-83; Topf 2014:174) besitzen. Wie unterschiedlich die Auffassungen von Fachkräften im Vergleich zu den PatientInnen bzw. Familienangehörigen diesbezüglich sind, wird von mehreren AutorInnen thematisiert (vgl. Allaoui 2005:58-83; Abdallah-Steinkopff 1999:215).

Diese Rollen werden im Rahmen der Interviews erwähnt, von den Fachärztinnen im Vergleich zu den Eltern jedoch tatsächlich sehr unterschiedlich wahrgenommen. Fachärztin U. bezeichnete DolmetscherInnen als „Bindeglieder“ und „neutrale Brückenbauer/Brückenbauerinnen“, deren Hauptrolle es sei, „die Kommunikation zu ermöglichen“ (U1:11). Zusätzlich sollten DolmetscherInnen laut Fachärztin U. auch in der Lage sein, „eine Vertrauensbasis zu schaffen“, um „eine gewisse Sicherheit zu geben“, da „durch die Muttersprache es den Betroffenen leichter fällt, Probleme oder Sorgen zu artikulieren“ (U1:6,15).

Fachärztin S. assoziierte die Rolle von DolmetscherInnen in ähnlicher Weise hauptsächlich mit „Informationstransfer“, aber auch mit der Funktion „Bindungsglied zwischen Kulturen“, da ihrer Meinung nach ein Gefühl von Verständnis und Unterstützung vermittelt werden soll:

Also, der Informationstransfer, dass es möglichst genau übersetzt wird. (...) Ich glaube sie haben trotzdem auch eine andere Funktion, im Sinne dass es ein gewisses Bindungsglied ist, also zwischen den Kulturen, also ja (...), dass es auch irgendwie das Gefühl gibt, das ist eine emotionale Stütze und das sie auch das Gefühl haben, sie werden jetzt sprachlich wirklich verstanden und unterstützt. (S4:140,142)

Diese Unterstützung wurde auch vom Vater als Hauptrolle von DolmetscherInnen gesehen: „Das erste, was mir in den Sinn kommt, ist, dass er hilft“. (G3:112).

Im Gegensatz zu den Auffassungen der FachärztInnen, nannte die Mutter als Rolle von DolmetscherInnen neben der genauen Umsetzung der Worte der Familie die Identifizie-

rung mit den PatientInnen bzw. Familienangehörigen und gab an, dass DolmetscherInnen „Teil der Familie“ seien:

Zuerst setzt er die Worte // die Worte des Patienten so genau wie möglich um, er ist eigentlich, er identifiziert sich tatsächlich mit dem Patienten. Und dies wäre eine sehr wichtige Rolle, da der Dolmetscher tatsächlich in gewisser Weise Teil der Familie ist // Teil der Familie wird. (L2:65)

Die Mutter betonte die bereits erwähnte Identifizierung der DolmetscherInnen mit der Familie mehrmals im Rahmen des Interviews:

(...) weil der Dolmetscher eine Art (ehm) vielleicht nicht der offizielle Psychologe der Familie ist, aber er (ehm) vertritt die Familie (...). (L2:85)

Als zusätzliche Rolle gab die Mutter an, dass DolmetscherInnen „in gewisser Weise PsychotherapeutInnen“ seien, die der Familie mit Vorschlägen helfen könnten:

Ihm könnte in gewisser Weise eine Rolle als Psychotherapeut zugewiesen werden, weil er einfache Vorschläge und Ratschläge geben kann, um diese Beziehung oder Kommunikation mit dem Therapeuten haben zu können (...). (L2:67)

Ähnlich wie die Fachärztinnen war die Mutter außerdem der Auffassung, dass DolmetscherInnen „verständnisvoll und geduldig“ sein sollen (L2:73).

9.3.8. Neutralität vs. Freundlichkeit

Aus den sehr unterschiedlichen Auffassungen der FachärztInnen im Vergleich zu den Eltern stellt sich die Komplexität der Rolle von DolmetscherInnen heraus, welche auch in der Fachliteratur im Rahmen der Selbstwahrnehmungen der befragten DolmetscherInnen thematisiert und angegeben wird, dass die Zuständigkeitsbereiche oft sehr unklar sind und zu Belastungssituationen führen können (vgl. Allaoui 2005:84-144). Abdallah-Steinkopff (1999) erwähnt in diesem Zusammenhang das Risiko einer Zerrissenheit der DolmetscherInnen zwischen den Erwartungen von PatientInnen – Verständnis und Freundlichkeit – und den Erwartungen von TherapeutInnen – Neutralität im Umgang mit PatientInnen. (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:215). In einer Studie von Hadziabdic & Hjelm (2016) gab die Mehrheit der befragten DolmetscherInnen an, dass sie die Aufrechterhaltung der Neutralität und die integrale Erfül-

lung der kommunikativen Ziele, die eher zum Verantwortungsbereich der ÄrztInnen gehören, als Beweise von Professionalität sehen (vgl. Hadziabdic & Hjelm 2016:223ff.). In Bezug auf die Wahl des Tons sollen DolmetscherInnen laut Rayes (2008) sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern freundlich, offen und respektvoll sein (vgl. Rayes 2008:6,10).

Die unterschiedlichen Erwartungen kamen auch in den Interviews vor. In der Auffassung der Fachärztin U. sollen DolmetscherInnen „neutral bleiben, zuhören und übersetzen“ (U1:19), „in der Neutralität aber auch Empathie zeigen“ können (U1:15). Trotz der Aussagen von Fachärztin S., dass die Familie das Gefühl haben soll, dass sie „sprachlich wirklich verstanden und unterstützt“ (S4:142) wird, war sie der Auffassung, dass Ergänzungen, Verkürzungen oder Ermutigungen nicht in den Zuständigkeitsbereich von DolmetscherInnen hineingehören würden:

(...) und dass man auch versucht, nichts zu verschönern, um es irgendwie nachher zu schonen, aber oder auch eben keine Informationen zurückhält, aber auch nicht was Zusätzliches gibt, was Tröstendes oder persönliche Erfahrungen, also das ist wirklich sehr fachlich // (S4:140)

Sie fügte außerdem hinzu, dass „die Grenzen klar sein sollten, dass das jetzt eine Dolmetschfunktion ist und nicht eine befreundete Person“ (S4:136). Der Vater gab im Gegensatz dazu an, dass er eine gewisse Freundlichkeit und wenn notwendig auch Ermutigung vonseiten der DolmetscherInnen erwarten würde:

Ich denke er sollte freundlich sein. Wenn der Übersetzer mürrisch wäre (lacht), (ehm) wie soll ich sagen, (...) zum Beispiel kalt und sehr ernst, könnte ich nicht sagen, was ich vorhabe, (...) ich könnte mich nicht öffnen. Er sollte freundlich sein und auch die Familie ermutigen, wenn er die Notwendigkeit sieht. (...) Meine Frau hatte einmal eine Erfahrung, als der Übersetzer sehr kurz und kalt übersetzte, einige sehr kurze Antworten. Ich denke, (...) er sollte die Fähigkeit haben, den Eltern bestimmte Dinge auf eine freundliche Weise zu erklären. (G3:116,126)

Auch die bereits erwähnte Perspektive der Mutter hinsichtlich der Rolle von DolmetscherInnen als „PsychotherapeutInnen“, die der Familie Ratschläge geben kann, befand sich in deutlichem Kontrast zu den Erwartungen der FachärztInnen an Neutralität.

9.3.9. Worttreue vs. Interpretation

Weitere Meinungsunterschiede zwischen den interviewten FachärztInnen und Eltern zeigten sich bei den Erwartungen hinsichtlich der Inhaltswiedergabe beim Dolmetschen. Einer der grundlegendsten Unterschiede zwischen schriftlicher Übersetzung und Dolmetschen im Gesundheitswesen ist laut Angelelli (2012) die Tatsache, dass das Dolmetschen als Kommunikation konzeptualisiert wird und das Ergebnis menschlicher Interaktion darstellt. Die Sprache ist außerdem – wie die befragten ÄrztInnen in der Studie von Schmid Mast et al. (2010) erkennen – an ihre kulturelle Einbettung gebunden, weswegen Interpretationen sprachlicher Symbolik und kultureller Verhaltensweisen vonseiten der DolmetscherInnen sich als unabdingbar für die Therapie erweisen (vgl. Schmid Mast et al. 2010:105). Ein anderer Faktor, der für die Inhaltswiedergabe beim Dolmetschen herausfordernd sein kann, ist die Tatsache, dass Alter und Kultur die Auffassungen der Kinder hinsichtlich der Bedeutung von Leben, Sterben und Tod beeinflussen können, was eine gewisse Anpassung der Sprache voraussetzt (vgl. Topf 2014:168ff.). Zusätzliche Schwierigkeiten beim Dolmetschen können beispielsweise auch im Fall von Kindern mit ASS entstehen, einerseits aufgrund der Ungewissheit hinsichtlich der für ASS eingesetzten Diagnostik und Therapie, andererseits aufgrund der Tatsache, dass der Prozess der Interpretation und Bewertung der Testergebnisse sehr sensibel sein kann, was wiederum Erfahrung und Feinsinn voraussetzt (vgl. Schmitz et.al. 2019:360f.). Was das Dolmetschen für Kinder und Jugendliche mit PTBS und ihre Familienangehörige betrifft, setzt die Verwendung von Metaphern und abstrakten Konzepten – wie beispielsweise die Differenzierung und Verbindung zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten – eine Beherrschung der Stilmittel in beiden Sprachen sowie eine sorgfältige Vermittlung der Intentionen voraus (vgl. Sachser et.al. 2016:482).

Nichtsdestotrotz werden Genauigkeit und Vollständigkeit in der Fachliteratur als wichtige Voraussetzungen bei der Ausübung der Dolmetschtätigkeit gesehen (vgl. Keselman et.al. 2010:102). Laut Abdallah-Steinkopff 1999 sollen DolmetscherInnen möglichst wortgetreu, in der ersten Person und vollständig, auch wenn die Äußerungen unklar sind, dolmetschen und TherapeutInnen über eventuelle sprachliche oder inhaltliche Missdeutungen informieren (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:220). Auch von den befragten ÄrztInnen in der Studie von Wolf & Özkan (2012) wird als erwartete Kompetenz erwähnt, dass DolmetscherInnen „wörtlich übersetzen“ (Wolf & Özkan 2012:326). Hinsichtlich des Dolmetschens für Kinder wurde in der Studie von Keselman et.al. 2010 außerdem festgestellt, dass Kinder entmachtet

werden können, wenn DolmetscherInnen sie von der Interaktion ausschließen oder ihre Aussagen verzerren, diskreditieren und dirigieren (vgl. Keselman et.al. 2010:83).

Im Rahmen der Interviews wird von beiden Fachärztinnen erwartet, dass DolmetscherInnen „keine Informationen zurückhalten, aber auch nicht was Zusätzliches geben“, sondern „möglichst genaue“ (S4:140) und „klare Übersetzungen“ liefern (U1:17), ohne dass sie interpretieren:

Dass sie die Meinungen der Eltern (...) den Eltern gegenüber nicht interpretieren, das heißt dass sie eben, dieses neutral bleiben, das Zuhören und das Übersetzen. (U1:19)

Fachärztin U. war außerdem der Meinung, dass DolmetscherInnen klare Fragen nach Belieben nicht umformulieren sollen:

Wenn die Dolmetscher (...) eine eigene Übersetzung machen, das heißt klare Fragen, die gestellt werden, anders zu formulieren, weil sie den Eindruck haben, so könnten sie die Frage nicht stellen (...) (U1:8)

Die Mutter gab hingegen an, dass trotz der Tatsache, dass DolmetscherInnen „die Worte des Patienten so genau wie möglich umsetzen“ (L2:65), „klar formulieren und übertragen“ sollen, Dolmetschen eine „Interpretation und keine wortwörtliche Übersetzung“ ist (L2:93).

9.3.10. Gesprächsmittlung vs. Gesprächsführung

Die interviewten Fachärztinnen erwähnten im Rahmen der Interviews eine weitere Problematik – wenn DolmetscherInnen die Gesprächsführung übernehmen –, die Unklarheiten und Meinungsunterschiede hinsichtlich der Rolle und Zuständigkeiten von DolmetscherInnen generieren kann. In der Fachliteratur werden DolmetscherInnen unterschiedliche Managementaufgaben zugeschrieben: Den Redefluss beider GesprächspartnerInnen zwecks einer exakten Dolmetschung zu regulieren (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:220), die Kontrolle über die Kommunikation zu übernehmen, wenn Missverständnisse zwischen den Fachkräften und den PatientInnen festgestellt werden (vgl. Hsieh 2008:1379ff.), die Sitzung strukturieren zu können (Wolf & Özkan 2012:326). Um Zuständigkeitskonflikte zu vermeiden, empfehlen Schmid Mast et al. (2010), dass Rollen und Zuständigkeiten vor dem medizinischen Gespräch für alle definiert und klargemacht werden sollen, nämlich dass TherapeutInnen die Gesprächsführung und die inhaltliche Gestaltung des Gespräches und DolmetscherInnen die Gesprächsmittlung zukommt (vgl. Schmid Mast et al. 2010:108).

Fachärztin U. erwähnte im Rahmen des Interviews als besonders beeinträchtigenden Faktor die Führungsübernahme der Kommunikation vonseiten der DolmetscherInnen:

Das sind die Dolmetscher, die die Gesprächsführung übernehmen, die Anderes übersetzen, da sie der Meinung sind, dass es sonst nicht zumutbar ist, oder finden, dass die Fragestellung Arzt vom Arzt oder Therapeuten nicht gut ist. Also, ja. (U1:40)

Diese Problematik war auch in den Aussagen der Fachärztin S. zu finden:

Und ja, es gab mal eine Dolmetscherin, die auch ein bisschen voreilig ist, wenn ich den halben Satz gesagt habe, hat sie angefangen zu übersetzen und zu sagen: Ich weiß schon, was Sie sagen wollen. Ich habe gesagt: Nein, Sie wissen es nicht (lacht). (S4.160)

Aufgrund der in der Fachliteratur aufgenommene Problematik über die Unterschiede zwischen den Auffassungen und Erwartungen von ÄrztInnen und PatientInnen hinsichtlich der Rolle und Zuständigkeiten von DolmetscherInnen, wurden in den Interviews auch spezifische Fragen gestellt, die mit der erwarteten Reaktion von DolmetscherInnen in bestimmten Situationen zusammenhängen, was in den folgenden Unterkapitel analysiert wird.

9.3.11. Handlungsfreiheit

Sowohl Pöchhacker (2000:45), als auch Kadrić (2011:28) sprechen über die Notwendigkeit einer Verhaltens- bzw. Individualkompetenz bei DolmetscherInnen, welche die Behandlung von Themen nicht nur auf einer inhaltlichen Ebene, sondern auch auf einer interaktiven und kommunikativen Ebene befürwortet. Loshak (2003) gibt ein Situationsbeispiel an, in dem DolmetscherInnen eine gewisse Entscheidung treffen müssen, nämlich wenn die Familie bei einem ärztlichen Gespräch eine Wiederholung des bereits Gesagten braucht. Die Autorin ist der Auffassung, dass DolmetscherInnen eine gewisse Handlungsfreiheit brauchen, damit sie entscheiden können, ob sie diese Aufgabe in der gegebenen Situation übernehmen sollen oder nicht (vgl. Loshak 2003:165). Die erste spezifische Frage im Rahmen der Interviews betrifft dieses Situationsbeispiel, um die Auffassungen der InterviewpartnerInnen hinsichtlich der Handlungsfreiheit von DolmetscherInnen analysieren zu können. Die Antworten auf diese Frage zeigen, dass die Erwartungen sowohl zwischen den interviewten Fachärztinnen, als auch zwischen den interviewten Eltern demgegenüber unterschiedlich sind.

Fachärztin U. gab an, dass sie primär „eine neuerliche Übersetzung“ bevorzugt und erst

„nach Rückfrage“ die selbstständige Wiederholung des/der Dolmetschers/Dolmetscherin erwartet, was aber ihrer Meinung nach eine gewisse Erfahrung bei DolmetscherInnen voraussetzt, um „dem Sprachverständnis entsprechend, mit eigenen Worten selbst zu versuchen, zu erklären“ (U1:21). Fachärztin S. stellte dagegen klar, dass sie sich wünschte, dass „die Frage an die Fachkraft gerichtet wird“, um einen möglichen „Informationsverlust“ zu vermeiden (S4:150). Sie fügte außerdem hinzu, dass sie dann „die Frage korrigieren“ oder „nochmal anders stellen“ könnte. Im Gegensatz dazu war die Mutter der Meinung, dass der/die DolmetscherIn das Gesagte selbstständig wiederholen soll, da ihrer Ansicht nach „bereits eine Beziehung und Kommunikation zwischen der Familie und dem Dolmetscher besteht“ (L2:77). Der Vater war derselben Auffassung wie die Mutter, fügte aber hinzu, dass der/die DolmetscherIn die Fachkraft eventuell informieren könnte, dass er/sie wiederholen wird, setzte aber ähnlich wie die Fachärztin U. voraus, dass der/die DolmetscherIn die Fähigkeit besitzt, das Gesagte „mit anderen Worten zu erklären“ (G3:118).

9.3.12. Teamarbeit aus zwei verschiedenen Perspektiven

Im Laufe der Zeit stellte sich heraus, dass die Rolle von DolmetscherInnen sich von „*invisible interpreter*“ zu „*interpreter as co-participant in the interaction*“ entwickelte (Angelelli 2019:150f). Das bringt mit sich, dass DolmetscherInnen über mehrere Kompetenzen verfügen sollen. Neben der „Fach-, Kultur- und Individualkompetenz“ wird von (Kadrić 2011:28) auch die Sozialkompetenz hervorgehoben, die auf Team- und Kooperationsfähigkeit verweist.

In einer Studie von Hsieh (2008) gaben DolmetscherInnen sogar an, dass sie im Fall einer Ungerechtigkeit bei PatientInnen aufgrund kultureller oder sozioökonomischer Unterschiede die Rolle als „*advocate*“ vertreten und den PatientInnen zusätzliche notwendige Informationen übermitteln würden (vgl. Hsieh 2008:1372-1375). Wie auch Abdallah-Steinkopff (1999) erkennt, könnte eine vertrautere DolmetscherIn-PatientIn-Beziehung allerdings insofern problematisch werden, wenn sie von TherapeutInnen zumindest zu Beginn der Therapie als Konkurrenz und Beweis der eigenen Unzuständigkeit und nicht als Hilfsmittel für die Therapie empfunden wird (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:215).

Im Rahmen der Interviews war es zu erkennen, dass die Fachärztinnen das Verhältnis zwischen ihnen und DolmetscherInnen nicht als einen Konkurrenzkampf, sondern als eine Teamarbeit empfanden, wobei Offenheit und Kooperation auch außerhalb des medizinischen Gespräches als wichtige Faktoren gesehen werden. Fachärztin U. beschrieb ihre Auffassung diesbezüglich folgendermaßen:

(...) letztendlich ist es jetzt kein Konkurrenzkampf zwischen Dolmetscher und Arzt oder Therapeuten. (...) Es ist ein, eigentlich ist das i würd das als eine Art Teamarbeit bezeichnen, weil es ist nicht nur Arzt, sondern es ist mit dem Arzt auch der Dolmetscher in dieser ganzen Situation verbunden, das heißt ist eine Teamarbeit. (U1:31,33)

Was die Kooperationsfähigkeit betrifft, erwähnte sie die Notwendigkeit einer Nachbesprechung, wenn DolmetscherInnen erkennen, dass bestimmte Informationen im Rahmen des Gespräches von den Eltern verborgen werden (U1:25). Sie führte weiterhin aus, dass im Fall bestimmter Wünsche der Eltern – gewisse Informationen mit dem Kind nicht mitteilen zu wollen - trotzdem respektiert und einen gemeinsamen Weg mit ihnen gesucht werden sollte:

(...) Also wenn die Dolmetscherleistung vor allem auch dadurch beeinträchtigt wird, denke ich, ist das zu respektieren, und man muss sich überlegen, welchen anderen Weg, man vielleicht einen Zugang zu den Eltern vielleicht bekommt, dass sie dann anders darüber entscheiden, aber primär ist das zu respektieren. (U1:29)

Fachärztin S. betonte in diesem Zusammenhang vor allem die Wichtigkeit der Offenheit vonseiten der DolmetscherInnen, um eine Lösung zugunsten aller GesprächspartnerInnen finden zu können:

Na ja, es wäre wünschenswert, wenn das offen gefragt wird, und so kann dann die Fachkraft auch versuchen, eine gemeinsame Lösung zu finden, um die Eltern eben da zu entlasten, oder ihnen noch jemanden zur Verfügung zu stellen, um diesen Transfer der Informationen durchzuführen. Vielleicht müssen es ja die Eltern nicht alleine machen, oder das kann ja auch ein Prozess sein, aber ja, es muss halt offen gesagt werden. (S4:154)

Andererseits erkannte Fachärztin S. die Gefahr eines Gefühls des Misstrauens vonseiten der Eltern, wenn DolmetscherInnen und TherapeutInnen eine zu vertraute Beziehung zeigen würden, wie beispielweise „per Du sein“:

Ja, es hat eine gewisse Wichtigkeit, es wird doch schon ein Vorteil, wenn man sich schon kennt, und vielleicht bei der gleichen Sprache eher den gleichen Dolmetscher öfter hat, (ehm) (...) ja, von Vorteil ist sicher, wenn man sich gegenseitig wertschätzt, aber trotzdem eine Distanz bewahren, würde ich jetzt nicht so günstig empfinden, wenn man dann per du ist mit den Dolmetschern, das löst dann auch vielleicht irgendwas in den Patienten aus. (S4:134)

Diese Ansicht wurde vom Vater durch seine Aussagen hinsichtlich der Existenz einer Nachbesprechung zwischen DolmetscherInnen und Fachkräften bestätigt:

(...) wenn ich den Übersetzer ein paar Minuten lang alleine mit dem Arzt sprechen sehen würde – wenn sie sich nur begrüßten, wäre das in Ordnung – aber wenn sie mehr reden würden, hätte ich Angst, dass der Arzt etwas über den Fall meines Kindes vor mir versteckt (ehm) und würde mich nicht wohl fühlen. (G3:120)

Die von den Fachärztinnen gewünschte Offenheit wird von der Mutter mit dem Wunsch, dass gewisse Informationen nur mit dem Einverständnis der Eltern zu den Fachkräften mitgeteilt werden, in Kontrast gesetzt:

(...) Ich denke, der Dolmetscher könnte diese Ratschläge und Ideen in Zusammenarbeit mit der Familie an den Arzt // weitergeben. (...) Bei einer Vorbesprechung mit der Familie kennt der Dolmetscher bereits, oder so wäre es normal, diese Grenze zu wissen, was mit dem Arzt gesprochen werden darf. (L2:69,87)

Sowohl die Meinungsunterschiede hinsichtlich der Handlungsfreiheit, als auch die verschiedenen Perspektiven von Fachärztinnen und Eltern bezüglich Teamarbeit und Kooperation können zu Loyalitätskonflikten führen, die auch in der Fachliteratur thematisiert werden.

9.3.13. Loyalitätskonflikte

Laut mehreren AutorInnen werden DolmetscherInnen mit der Herausforderung konfrontiert, sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen gegenüber loyal zu bleiben, insbesondere aufgrund der möglichen Versuche der Gesprächsparteien, den/die DolmetscherIn auf deren Seite zu ziehen (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:215; Allaoui 2005:58-83). Mehrere AutorInnen sind allerdings der Meinung, dass DolmetscherInnen zwecks Erhaltung der Neutralität auf „Allparteilichkeit und Loyalität“ im Umgang mit PatientInnen und TherapeutInnen (Schmid Mast et. al. 2010:106) achten und keine privaten Kontakte zu PatientInnen haben sollen (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:217; Schmid Mast et. al. 2010:106; Wolf & Özkan 2012:326; Topf 2014:174). Die Vermeidung der Begegnung mit PatientInnen vor und nach dem Gespräch, um eine emotionale Bindung und Aufgaben zu vermeiden, die ihrer Rolle nicht entsprechen, wurde auch von DolmetscherInnen als einen Beweis der Professionalität beschrieben (vgl. Hadziabdic & Hjelm 2016:223ff.).

Solche Meinungsunterschiede spiegeln sich in den Interviews wider, wenn die GesprächspartnerInnen über den Charakter des Verhältnisses von DolmetscherInnen zu den Familienangehörigen bzw. zu den Kindern befragt wurden. Fachärztin U. fand die Beziehung von DolmetscherInnen zu der Familie im Sinne einer Vertrauensbasis sehr wichtig (U1:6), erkannte aber die Komplexität der Position von DolmetscherInnen zwischen den anderen Ge-

sprächspartnerInnen und die Gefahr, dass sie sich durch die Eltern „instrumentalisieren lassen“ können:

Also sich nicht instrumentalisieren zu lassen durch die Eltern, und eben dieser Balanceakt zwischen Übersetzung, Empathie und Neutralität. Also das ich denke (ehm) das ist für die Dolmetscher, dass sie zwischen Arzt, Therapeuten und Eltern, Kind stehen eine besonders (...) ein schwieriger Balanceakt. (U1:38)

Fachärztin S. gab in ähnlicher Weise an, dass die Beziehung von DolmetscherInnen zu der Familie „bis zu einem gewissen Grad“ wichtig sei, zu viel Nähe jedoch „kontraproduktiv“ sein könnte:

Ja, die ist bis zu einem gewissen Grad auch wichtig, aber ich hab irgendwie die Erfahrung oder den Eindruck, dass zu viel Nähe auch kontraproduktiv sein kann. (S4:136)

Im Gegensatz zu den Meinungen der Fachärztinnen gab die Mutter an, dass der/die DolmetscherIn über die Familie und ihre Situation im Rahmen einer Vorbesprechung so viel wie möglich erfahren soll, um die Situation dem medizinischen Personal möglichst gut übermitteln zu können (L2:51,53). Der Vater gab in ähnlicher Weise an, dass wenn der/die DolmetscherIn die Familie gut kennen würde, dann könnte er „mehr Selbstvertrauen haben“ und „offener sein“, wenn er über den Fall seines Kindes sprechen würde (G3:110).

Ein weiterer Loyalitätskonflikt kann laut Abdallah-Steinkopff (1999) auch dadurch entstehen, wenn PatientInnen DolmetscherInnen darum bitten, einen Teil ihrer Aussagen nicht zu dolmetschen, dieser jedoch in der Nachbesprechung an die Therapeutin weitergeleitet wird (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:217). Der Autor empfiehlt jedoch einen gegenseitigen partnerschaftlichen Austausch von Informationen zwischen DolmetscherInnen und TherapeutInnen vor und nach dem medizinischen Gespräch (Abdallah-Steinkopff 1999:220). Die Notwendigkeit einer guten Beziehung zwischen DolmetscherInnen und Fachkräften zwecks Vollständigkeit von Informationen wird auch von Loshak (2003:160) anerkannt.

Im Rahmen der Interviews wurden die Fachärztinnen gefragt, wie DolmetscherInnen ihrer Meinung nach reagieren sollen, wenn sie von Familienangehörigen gebeten werden, bestimmte Äußerungen nicht oder anders zu dolmetschen, oder wenn sie erkennen, dass Eltern Ihrem Kind eine schlechte Nachricht nicht vermitteln wollen, um es nicht zu verängstigen oder aus anderen kulturellen Gründen. Beide Fachärztinnen waren der Auffassung, dass DolmetscherInnen damit offen sein und es in der Nachbesprechung erwähnen sollen, um einen

Informationsverlust zu vermeiden, und damit im Nachhinein die beste Lösung gefunden werden kann (U1:25,29; S4:152,154). Im Gegensatz dazu war die Mutter der Meinung, dass eine Nachbesprechung ausschließlich zwischen DolmetscherInnen und Fachkräften nur in speziellen Fällen stattfinden soll:

Eine Nachbesprechung zwischen dem Arzt und // und dem Dolmetscher sollte nur dann stattfinden, wenn das Kind während der medizinischen Sitzung nicht die erforderliche Ruhe zeigt oder sich unangemessen verhält. Der Dolmetscher kann dann bei der Nachbesprechung die Informationen an den Arzt weiterleiten ... (...) Dann gibt es diese Ruhe, wann der Arzt seine Meinung äußern kann, der Dolmetscher zur Kenntnis nimmt und bei der nächsten medizinischen Sitzung kann der Dolmetscher auch die Familie informieren. (L2:81,83).

Auch der Vater empfand eine zu enge Beziehung der DolmetscherInnen zu den Fachkräften sowie eine Besprechung der Familiensituation außerhalb des ärztlichen Gesprächs als nicht optimal:

Ich glaube, wenn sie sich sehr gut kennen würden, bestünde das Risiko, dass dem Übersetzer Dinge außerhalb des Besuchs erzählt würden, die vor der Familie verborgen wären, (...) Informationen, die die Familie zu spät erreichen würden. (G3:108)

Ähnlich wie die Fachärztin U. erkannte aber der Vater die Schwierigkeit der Position von DolmetscherInnen, wenn sie darum gebeten werden, bestimmte Äußerungen nicht, oder anders zu dolmetschen:

(lacht) (ehm) In diesem Fall würde der Übersetzer zwischen die Familie und den Arzt stehen, denn wenn er dem Arzt Dinge erzählt, die die Familie verbergen möchte, (...) könnte der Arzt dies zu schätzen wissen, aber vielleicht würde sich die Familie weigern, von diesem Übersetzer weiterhin übersetzt zu werden. (G3:122)

Er fügte außerdem hinzu, dass wenn er „Dinge zu verbergen hätte“, dann würde er dem/der DolmetscherIn nicht sagen, um ihm/sie „nicht in eine solche Situation zu bringen“ (G3:122).

9.3.14. Professionalisierung und ethische Fragestellungen

Um solche Loyalitätskonflikte lösen zu können, brauchen DolmetscherInnen sogenannte “metafachliche Kompetenzen“, die DolmetscherInnen durch ethische Fragestellungen, persönlichkeitsorientierte Lernsituationen und kritisches Denken erwerben können (vgl. Kadrić 2011:50f.). Auch Pena-Díaz (2018) findet, dass Professionalisierung und ethische Fragestellungen eine große Rolle im medizinischen Kontext spielen, insbesondere während heikler

Interaktionen und führt aus, dass es mittlerweile mehr Curricula, Fachliteratur über die Tätigkeit des Dolmetschens im Rahmen des Gesundheitswesens sowie theoretische Auffassungen zu verschiedenen Ethikkodizes gibt (Pena-Díaz 2018:95). Sowohl Raval (2003), als auch Wolf & Özkan (2012) betonten in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit entsprechender Ausbildungen für angehende DolmetscherInnen, von Ethik-Schulungen und womöglich situationsabhängiger Leitlinien für eine gute klinische Praxis (vgl. Raval 2003:8) sowie von Schulungen über die Tätigkeit des Dolmetschens im Rahmen der Psychotherapie (vgl. Wolf & Özkan 2012:326f.) Im Rahmen der Interviews wurde diese Problematik lediglich von Fachärztin S. erwähnt:

(...) Vielleicht gibt es die Möglichkeit von kurzen Einschulungen innerhalb der Einrichtung, // oder eben Kontakt zuerst zum Pflegepersonal, dass da auch einfach Fragen seitens des Dolmetschers... allgemein, jetzt nicht unbedingt, dass er sich nur zu diese eine Familie beziehen muss... // (S4:158)

Die Tatsache, dass Professionalisierung und etische Fragestellungen im Rahmen der Interviews so wenig thematisiert wurde, zeigt – wie auch in der Fachliteratur von mehreren AutorInnen dargelegt wird –, dass die Professionalisierung des Dolmetschens im medizinischen Bereich sich noch in der Entwicklungsphase befindet (vgl. Raval 2003:8; Bot 2005:11f.; Karliner 2017:28; Pena-Díaz 2018:95).

9.3.15. Kinderinteraktion mit DolmetscherInnen

Wie Loshak (2003) ausführt, unterscheidet sich die Rolle, die DolmetscherInnen in der Kinderpsychiatrie spielen, von der in anderen medizinischen Settings wesentlich, da hier die subjektiven Erfahrungen, Empfindungen und Werte von gleicher Bedeutung für den therapeutischen Prozess sind wie das Sammeln von Informationen (vgl. Loshak 2003:166). Topf (2014) erkennt in diesem Zusammenhang auch die Schwierigkeit der Vermittlung komplizierter medizinischer Inhalte in eine für das kranke Kind verständliche Sprache, insbesondere wenn es aus einem anderen Kulturkreis kommt und schlägt vor, dass die Kommunikation auf einem Dialog basiert, im Rahmen dessen das Kind immer wieder gefragt wird, ob es die vermittelten Inhalte versteht (vgl. Topf 2014:171f.). Rayes führt außerdem aus, dass jedes Kind unterschiedlich viel Kommunikation und Beruhigung während des medizinischen Verfahrens braucht, weshalb DolmetscherInnen in Bezug auf die Wahl des Tons bei Kindern im Vergleich zu den Erwachsenen leiser, langsamer und beruhigend sein sollen (vgl. Rayes 2008:6). Im Rahmen einer Pilotstudie von Nilsen (2013), welche den Fokus auf die Untersuchung der

Kinderinteraktionen mit DolmetscherInnen legt, zeigten die Videoaufzeichnungen, wie die Dolmetscherin durch ihren festen Blick und ihr Lächeln eine soziale Verbundenheit mit den Kindern herstellte. Aus den Interviews mit der Dolmetscherin stellte sich heraus, dass obwohl ihr bewusst war, dass sie die Aufmerksamkeit der Kinder zu sehr auf sich zog, befürchtete sie, dass die für Erwachsene übliche Strategie, nämlich die Vermeidung des Augenkontaktes, bei den Kindern Gefühle der Ablehnung hervorrufen könnte, was sowohl den Fortschritt des Dialogs als auch das ethische Selbstbewusstsein der Dolmetscherin beeinträchtigen würden (vgl. Nilsen 2013:14, 22, 23).

Um die Auffassungen der InterviewpartnerInnen hinsichtlich der Kinderinteraktionen mit DolmetscherInnen zu analysieren, wurden sie im Rahmen der Interviews gefragt, wie sehr DolmetscherInnen mit dem Kind Augenkontakt halten und lächeln sollen, auch wenn das Risiko bestehen würde, eine engere Verbundenheit mit ihm herzustellen als die Fachkraft. Sowohl die Fachärztinnen, als auch die Eltern waren der Meinung, dass die Kinderinteraktion mit DolmetscherInnen für die Entspannung und Offenheit der Kinder wichtig ist. Fachärztin U. antwortete, dass „der persönliche Kontakt allgemein sehr wichtig“ sei, da es nicht um einen „Konkurrenzkampf“ zwischen DolmetscherInnen und Fachkräften, sondern um eine „Teamarbeit“ ginge (U1:31,33). Auch Fachärztin S. sah die Kinderinteraktion mit DolmetscherInnen „entspannter“ (S4:156). Die Mutter gab an, dass „es eine emotionale Beziehung“ zwischen dem Kind und dem/der DolmetscherIn geben soll (L2:43), die dem Kind helfen würde, sich zu öffnen, weswegen DolmetscherInnen „Kinder lieben“ (L2:73) und die Fähigkeit besitzen sollen, sich an diese Situation anzupassen:

Normalerweise sind Kinder sehr sentimental und binden sich sehr schnell an Menschen, die ihnen helfen, die ihnen ein Lächeln schenken und ihnen gute Ratschläge geben. Kinder sind sehr anpassungsfähig, und dann denke ich, dass // der Dolmetscher genauso anpassungsfähig sein sollte, und es sollte diese Verbindung geben (...) das Kind hätte Vertrauen und könnte seine verborgenen Gefühle ausdrücken. Normalerweise haben Kinder auch verborgene Gefühle. Wenn sie diese ausdrücken können, kann der Arzt die reale Situation des Kindes, die medizinische Situation, kennen. (L2:89,91)

Der Vater antwortete ähnlich wie die Mutter, nämlich dass die Kinder sich vielleicht „leichter öffnen würden“, und fügte hinzu, dass sein Kind zum Beispiel „nicht mit jeder Person eine Beziehung aufbauen kann“, und dann „würde und könnte er dies nicht verhindern“ (G3:124).

9.3.16. Die Gefahr der emotionalen Nähe

Es wird in der Fachliteratur darauf hingewiesen, dass die Gefahr einer emotionalen Nähe der DolmetscherInnen zu PatientInnen besteht (vgl. Abdallah-Steinkopff 1999:215; Allaoui 2005:58-83), was auch in einer Studie von Hadziabdic & Hjelm (2016:224f.) vorkam, wo DolmetscherInnen angaben, dass sie im Rahmen psychologischer Behandlungen eine Schwierigkeit haben, „sich emotional zu distanzieren“. Laut Aussagen von medizinischen Fachkräften in einer Studie von Wolf & Özkan (2012) sollen DolmetscherInnen jedoch in der Lage sein, „sich zurückzunehmen, Therapiesituationen auszuhalten und den Patienten zu unterstützen (therapeutische Distanz überwinden)“ (Wolf & Özkan 2012:326). Der gleichen Auffassung ist auch Rayes (2008), der diesen Aspekt im Kontext des Dolmetschens für traumatisierte Kinder betrachtete. Laut dem Autor sollen DolmetscherInnen Kindern Freundlichkeit und Mitgefühl, aber kein Mitleid zeigen, da traumatisierte Kinder meistens Routine, Vorhersehbarkeit und die Sicherheit brauchen, dass Erwachsene die Kontrolle über ihre Gefühle haben (vgl. Rayes 2008:10). Aus den im theoretischen Teil bereits dargelegten Überlegungen anhand medizinischer Literatur stellt sich heraus, dass DolmetscherInnen nicht nur bei Interaktionen mit Kindern mit Empathie vorsichtig umgehen sollen, sondern auch im Umgang mit Eltern von schwerkranken Kindern bzw. von Kindern, die psychische Störungen aufweisen. Die Kommunikation mit den Eltern kann laut Deater-Deckard (2004) und Müller et.al. (2016) tatsächlich eine Herausforderung für die medizinischen Fachkräfte – somit auch für eingesetzte DolmetscherInnen – und den Erfolg des medizinischen Gespräches darstellen, einerseits aufgrund des elterlichen Stresses bzw. der durch die Krankheit des Kindes bedingten Belastung (vgl. 2004:97,113), andererseits wegen der Versuche der Eltern, durch eine verstärkte Beschreibung der Symptome die Aufmerksamkeit der Fachkraft für das eigene Kind sicherzustellen (Irlbauer-Müller et.al. 2016:308f.). Im Fall der Kinder mit ASS sollen sich DolmetscherInnen außerdem der Tatsache bewusst sein, dass bei den Sorgeberechtigten Ängste und Schuldgefühle hinsichtlich der Entstehung und Folgen der Störung bestehen können (vgl. Schmitz et.al. 2019:367). Was Kinder und Jugendliche mit PTBS betrifft, sollen DolmetscherInnen einerseits die notwendige Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens schaffen können, andererseits eine emotionale Reife haben, um emotionale Belastung zu vermeiden, da im Rahmen der Therapie sowohl traumatisierte PatientInnen, als auch eine Bezugsperson teilnehmen, die ein offenes Ohr und Unterstützung brauchen (vgl. Sachser et.al. 2016:479f.).

Die Problematik wurde im Rahmen der Interviews lediglich von der Fachärztin S. ausführlich behandelt, indem sie wie Rayes (2008) klarstellt, dass Empathie nicht mit „Mitleid“

verwechselt werden sollte (S4:144). Sie hebt in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der Wahrung einer „professionellen Distanz“ (S4:144) sowie die Notwendigkeit einer „gewissen Belastbarkeit“ vonseiten der DolmetscherInnen insbesondere bei kritischen Fällen:

Ja, ich denke eine gewisse Belastbarkeit muss auch da sein, weil da schon schwere Schicksale sind, und (...) ich mein, wir sind keine Kinderpsychiatrie, aber wir treffen die Kinderpsychiatrie auch, ich mein, man ist halt auch mit Themen konfrontiert, mit schweren Diagnosen, Misshandlungen, Missbrauch, Suizid, und da muss glaub ich eine gewisse Belastbarkeit da sein, dass man das irgendwie ertragen kann und (...) man sollte doch nicht zu persönlich sein, wenn da Leute irgendwie // auffällig sind, und das geht ja dann nicht in den Dolmetschern persönlich, dass man da auch eine Distanz hat. (S4:148)

Die Mutter erwähnt kurz bei der Frage hinsichtlich der notwendigen Eigenschaften von DolmetscherInnen, dass sie „einen guten emotionalen Zustand“ haben sollen (L2:73).

9.3.17. Die fehlende Supervision

Allaoui (2005) erwähnt in diesem Zusammenhang die fehlende Supervision der DolmetscherInnen in therapeutischen Settings. (Allaoui 2005:58-83). Die mögliche psychologische Belastung der DolmetscherInnen und die daraus resultierende Notwendigkeit eines entsprechenden Coachings durch PsychologInnen wird auch von Topf (2014) thematisiert (vgl. Topf 2014:174f.). Auch diese Problematik wurde im Rahmen der Interviews lediglich von Fachärztin S. behandelt:

Ja, ich weiß nicht, ob das realistisch ist, aber ich hätte mir vorgestellt, dass es eigentlich sinnvoll wäre, dass Dolmetscher einen gewissen Grad an Supervision angeboten bekommen sollten, da vielleicht gibt es doch die eine oder die andere doch sehr belastende Situation. (S4:158)

Sie schlägt weiters vor, dass DolmetscherInnen „kurze Einschulungen innerhalb der Einrichtung“ oder „Kontakt zum Pflegepersonal“ haben sollen, damit sie die Möglichkeit erhalten, allgemeine sowie situationsbedingte Fragen mit Bezug auf die Tätigkeit zu stellen (S4:158).

10. Schlussfolgerungen

Aufgrund des kontinuierlich steigenden Dolmetschbedarfs in den Teilbereichen der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie und der mangelnden Forschung diesbezüglich, zielte die vorliegende Masterarbeit auf die Beantwortung folgender Forschungsfrage: *Wie wird das Rollenprofil von DolmetscherInnen im Rahmen der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie aus Perspektive von FachärztInnen und PatientInnen beschrieben und wie können die erhobenen Rollenbilder zu den in der Literatur referierten in Bezug gesetzt werden?* In diesem Sinne wurde der Forschungsstand hinsichtlich der Tätigkeit des Dolmetschens im Bereich der Medizin mit Fokus auf die therapeutischen Settings bzw. die Kinderpsychiatrie und -psychotherapie dokumentiert und eine Interviewstudie in einer Einrichtung für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie durchgeführt.

Die weltweiten Migrationsströme im 21. Jahrhundert beeinflussten die Entstehung unterschiedlicher internationalen Projekte, die zur Implementierung von Sprachdiensten im Gesundheitssystem beitrugen. Nichtsdestotrotz wurden die kulturellen Aspekte im Rahmen der Kinderheilkunde aufgrund der späten Berücksichtigung des Kindes als PatientIn erst in den letzten Jahrzehnten erforscht. Die darauffolgende Beteiligung der Eltern in Kinderspitälern brachte die Notwendigkeit einer entsprechenden medizinischen Aufklärung mit sich, was in weiterer Folge zur Herausforderung führte, komplexe medizinische Sachverhalte sowohl für Kinder als auch für Eltern verständlich zu machen, was schließlich zum Einsatz von DolmetscherInnen führte. Die Einbeziehung von DolmetscherInnen erweist sich insofern als wichtig, als sprachliche, kulturelle und soziale Unterschiede zwischen Fachkräften und PatientInnen bzw. Familienangehörigen zu negativen Konsequenzen, wie u.a. fehlerhaften Diagnosen oder unpassenden Behandlungen führen können. Die Dolmetschtätigkeit wird jedoch durch mehrere Faktoren herausfordernd, beispielsweise durch die psychosoziale Vulnerabilität von Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund, oder durch die Komplexität der Beziehungsstrukturen zwischen den GesprächspartnerInnen, die unterschiedliche Machtpositionen und medizinische Auffassungen vertreten. Trotz des festgestellten Dolmetschbedarfs im Rahmen medizinischer Gespräche, wird dieser von Land zu Land und von einer medizinischen Institution zur anderen mithilfe unterschiedlicher Kommunikationsstrategien abgedeckt. Dolmetschleistungen werden hauptsächlich von unqualifizierten Personen geleistet, während angestellte oder freiberufliche DolmetscherInnen als letzte Option wahrgenommen werden. Die erhebliche Beteiligung nicht qualifizierter DolmetscherInnen kann aber zu schwerwie-

genden Konsequenzen führen, was für qualifizierte DolmetscherInnen eine gewisse Verantwortung hinsichtlich der Qualifikation und die damit verbundenen Kompetenzen voraussetzt.

Obwohl die Notwendigkeit entsprechender Ausbildungen für angehende DolmetscherInnen, und sowohl Ethik-Schulungen, als auch situationsabhängiger Leitlinien für eine gute klinische Praxis in der Fachliteratur von vielen AutorInnen empfohlen wird, befindet sich die Professionalisierung des Dolmetschens im medizinischen Bereich noch in der Entwicklungsphase. Hinsichtlich der erforderlichen Kompetenzen wurden in der Fachliteratur im Laufe der Zeit sowohl Zweisprachigkeit und Fachlichkeit, als auch Methoden-, Sozial-, Kultur-, Verhaltens- und Individualkompetenzen sowie eine einschlägige Arbeitserfahrung als wichtige Voraussetzungen für professionelle DolmetscherInnen berücksichtigt. Das Spektrum der erforderlichen Kompetenzen umfasst zusätzlich auch sogenannte metafachliche Kompetenzen, die DolmetscherInnen durch ethische Fragestellungen, persönlichkeitsorientierte Lernsituationen und kritisches Denken erwerben können. Unterschiedliche DolmetscherInnen bringen unterschiedliche Kompetenzen mit, die bedingen, welche Rollen sie einnehmen (können). DolmetscherInnen werden in diesem Sinne sowohl die Rolle der SprachmittlerInnen, welche den ÄrztInnen, der Dolmetschtätigkeit und den PatientInnen gegenüber loyal bleiben, als auch die Rolle der KulturberaterInnen, welche kulturelle, erklärende und empathische Fähigkeiten aufweisen, zugeschrieben. Das Rollenprofil erweist sich jedoch aufgrund unterschiedlicher Erwartungen von Fachkräften und PatientInnen bzw. Familienangehörigen mit Bezug auf Zuständigkeitsbereiche sowie aufgrund unterschiedlicher Selbstwahrnehmungen von DolmetscherInnen hinsichtlich der Bedeutung der Professionalität als sehr komplex. DolmetscherInnen müssen demzufolge auch ein Bewusstsein für mögliche Belastungssituationen aufweisen, wie u.a. die Assoziierung vom Dolmetschen mit Mehrarbeit, die fehlende Supervision, die möglichen Versuche von Gesprächsparteien, den/die DolmetscherIn auf deren Seiten zu ziehen oder die Gefahr einer emotionaler Nähe der DolmetscherInnen zu PatientInnen. Diese Überlegungen werden auch im Fall des Dolmetschens im Rahmen therapeutischer Settings aufgenommen, wobei die mögliche Belastung von DolmetscherInnen durch heikle Fälle, Meinungsunterschiede mit Bezug auf Neutralität und Freundlichkeit zwischen Fachkräften und PatientInnen, Loyalitätskonflikte, abstrakte Formulierungen vonseiten der TherapeutInnen sowie die Problematik der privaten Kontakte zwischen DolmetscherInnen und PatientInnen außerhalb der medizinischen Gespräche als besonders herausfordernd betrachtet werden. Im Hinblick auf das Anforderungsprofil an DolmetscherInnen wurden hier sowohl die bereits referierten Kompetenzen angeführt, wie Kenntnisse über therapeutische Methoden, psychische Störungen und über von PatientInnen berichtete Symptome, sowie Allgemeinwissen

über Kulturen, als auch andere spezifische Kompetenzen, wie das Einhalten ethischer Regeln, der Schweigepflicht, Allparteilichkeit, Loyalität, und die Wahrung einer professionellen Distanz. In Bezug auf bestimmte Störungen, erweisen sich wie etwa im Fall von PatientInnen mit ASS, die Aneignung von Fachwissen und die Kenntnis der Terminologie – beispielsweise der verschiedenen Screening Instrumente nach Altersgruppen – insbesondere wegen der oft bestehenden Ungewissheit hinsichtlich der eingesetzten Diagnostik und Therapie als sehr wichtig. Im Fall von PatientInnen mit PTBS hingegen ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Therapie besondere Anforderungen an eine exakte Diagnostik und Behandlungsanamnese bestehen, und daher Vertrautheit mit den Komponenten der bevorstehenden Therapiesitzungen von großer Bedeutung ist. In diesem Zusammenhang wird von mehreren AutorInnen auch ein partnerschaftlicher Austausch von Informationen vor und nach dem Gespräch empfohlen, welcher zu einem besseren Ablauf der Therapie beitragen soll.

Das Dolmetschen für Kinder ist ein wichtiger Bereich, im Rahmen dessen bei vielen Settings ein Bedarf an DolmetscherInnen besteht, der jedoch nicht genügend bzw. nicht immer angemessen abgedeckt wird. Im medizinischen Bereich werden oft trotz persönlicher Involvierung und mangelnder Kompetenz sprachkundige Familienangehörige und Angestellte mit multikulturellem Hintergrund eingesetzt. Erst bei schweren Erkrankungen werden professionelle DolmetscherInnen miteinbezogen, die zur Verschwiegenheit verpflichtet und dazu aufgefordert werden, keinen Kontakt mit den PatientInnen und Familienangehörigen außerhalb des Spitals aufrechtzuerhalten. Die Rolle von DolmetscherInnen in der Kinderpsychiatrie unterscheidet sich insofern von der in anderen medizinischen Settings, als hier subjektive Erfahrungen, Empfindungen und Werte für den therapeutischen Prozess von gleicher Relevanz, wie das Sammeln von Informationen sind. Weitere Anforderungen bestehen in der Schwierigkeit der Vermittlung komplizierter medizinischer Inhalte in eine für das kranke Kind verständliche Sprache, der notwendigen Beruhigung durch einen angemessenen Ton bei manchen Kindern und in dem Risiko, durch Interaktionen mit dem Kind wie den Augenkontakt oder das Lächeln, die Aufmerksamkeit des Kindes auf den/die DolmetscherIn zu ziehen. DolmetscherInnen sollen sich außerdem der Tatsache bewusst sein, dass die Kommunikation mit Eltern von schwerkranken Kindern bzw. von Kindern, die psychische Störungen aufweisen, herausfordernd sein kann, einerseits aufgrund der durch die Krankheit des Kindes bedingten Belastung, andererseits wegen den Versuchen der Eltern, durch eine verstärkte Beschreibung der Symptome die Aufmerksamkeit der Fachkraft für das eigene Kind sich erzustellen. Im Fall von psychischen Störungen können bei den Sorgeberechtigten außerdem Ängste und Schuldgefühle hinsichtlich der Entstehung und Folgen der Störung bestehen.

Auch in diesem Zusammenhang wird von vielen AutorInnen die Gefahr der emotionalen Nähe bzw. der psychologischen Belastung von DolmetscherInnen, sowie die fehlende Supervision und die Notwendigkeit eines entsprechenden Coachings durch PsychologInnen thematisiert.

Im zweiten Teil der Arbeit wurde auch eine qualitative Interviewstudie durchgeführt, die in teilstrukturierten Leitfaden-Interviews mit zwei FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde und zwei Elternteilen aus zwei unterschiedlichen Familien bestand, um einen näheren Einblick in die Erwartungen und Auffassungen der interviewten ÄrztInnen und Elternteile zur Rolle der DolmetscherInnen zu erhalten. Die Interviews wurden in diesem Sinne interaktiv gestaltet und im Rahmen eines kommunikativen Settings geführt, damit die befragten Personen ihre subjektiven Perspektiven über die Rolle der DolmetscherInnen frei zum Ausdruck bringen können. Um den Kommunikationsprozess strukturieren zu können, wurden Leitfäden erstellt, wobei die Fragen vorab ausformuliert und in einer bestimmten Reihenfolge gestellt wurden, damit die GesprächspartnerInnen einem roten Faden innerhalb dieses Themas folgen können. Nachdem die Ziele der Studie vorgestellt wurden und die GesprächspartnerInnen eine Einwilligungserklärung bzw. die Interviewerin eine Verpflichtung zum Datengeheimnis unterschrieben, wurden allgemeine Fragen hinsichtlich der Rolle der DolmetscherInnen und ihrer Beziehung zu den Fachkräften bzw. zu den PatientInnen und ihren Familienangehörigen gestellt. Im Hauptteil wurden spezifische Fragen hinsichtlich der selbstständigen Wiederholung von Fragen vonseiten der DolmetscherInnen, der Vollständigkeit und Vertraulichkeit von Vermittlungen sowie der emotionalen Nähe zwischen DolmetscherInnen und Kindern als PatientInnen gestellt, während der letzten Teil darin bestand, den InterviewpartnerInnen die Möglichkeit zu geben, eventuell Ergänzungen oder persönliche Erfahrungen, die für die Studie relevant wären, mitzuteilen. Mithilfe von Interviewprotokollbögen wurde dann ein kurzes Sozialprofil der InterviewpartnerInnen erstellt. Die interviewten Fachärztinnen arbeiteten bzw. arbeiten mit DolmetscherInnen über einen langen Zeitraum zusammen, während die interviewten Elternteile, deren Kinder bei der o.g. Einrichtung eine längere Zeit als PatientInnen fungierten, auf die Leistung von DolmetscherInnen angewiesen waren. Der Sohn der interviewten Mutter leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstörung nach der Genesung von einer onkologischen Krankheit, während der Sohn des interviewten Vaters unter einer Krankheit im autistischen Spektrum leidet. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen, die bei derselben Einrichtung als Fachärztinnen bzw. Eltern von Patienten fungieren, diente dazu, einen aussagekräftigen Vergleich zwischen den Auffassungen der Fachärztinnen hinsichtlich der Rolle der DolmetscherInnen im Gegensatz zu jenen der Eltern erstellen zu können.

Auf der Grundlage der dargestellten Ergebnisse im Rahmen der Auswertung der Interviews lässt sich feststellen, dass die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen sowohl von Fachärztinnen als auch von Eltern, bis auf gewisse Ausnahmen, positiv wahrgenommen wurde, was die in der Fachliteratur von vielen AutorInnen festgestellte Notwendigkeit des Einsatzes von DolmetscherInnen in therapeutischen Settings, bzw. in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, bestätigt. Nichtsdestotrotz wurden im Rahmen der Interviews auch einige Nachteile der Miteinbeziehung von DolmetscherInnen genannt, die mit einem gewissen Informationsverlust, der Schwierigkeit traumatisierter PatientInnen, nicht wörtlich zitiert zu werden, oder einer unangemessenen Vermittlung von Informationen aufgrund eines möglichen Konzentrationsmangels oder nicht genügender Sprachkenntnisse in beiden Sprachen verbunden waren. Was die Erwartungen in Bezug auf die erforderlichen Kompetenzen von DolmetscherInnen betrifft, waren die InterviewpartnerInnen nur teilweise derselben Auffassung, und zwar hinsichtlich der Tatsache, dass DolmetscherInnen entsprechende Sprachkompetenzen in beiden Sprachen aufweisen müssen, gleichzeitig aber auch fachliche Kenntnisse und Engagement für das Gebiet, in dem sie arbeiten, haben sollen. Die erklärenden Fähigkeiten wurden nur von einer Fachärztin und von einem Elternteil erwähnt, wobei der Vater diesen Aspekt mehrmals hervorhob. Diese Auffassungen decken sich mit den Überlegungen mehrerer AutorInnen, die die Zweisprachigkeit nur als Basis für professionelle Dolmetschertätigkeiten sehen und sowohl die Fachlichkeit als auch die erklärenden Fähigkeiten als unerlässlich für eine erfolgreiche Kommunikation betrachten. Während die Meinungen aller InterviewpartnerInnen hinsichtlich der Notwendigkeit von Sprachkompetenzen in beiden Sprachen, Fachsprachlichkeit und Engagement sowie erklärender Fähigkeiten zwecks einer erfolgreichen Dolmetschertätigkeit sehr ähnlich waren, unterscheiden sich die Rollenauffassungen erheblich. Während beide Fachärztinnen DolmetscherInnen hauptsächlich die Rolle der neutralen BrückenbauerInnen und der kulturellen Bindeglieder zuschrieben, erwähnte die Mutter mehrmals im Rahmen des Interviews, dass DolmetscherInnen sich mit der Familie identifizieren sollen und folglich Teil der Familie und in gewisser Weise PsychotherapeutInnen seien, die in Zusammenarbeit mit der Familie auch Vorschläge machen können. Aus den sehr unterschiedlichen Auffassungen der Fachärztinnen im Vergleich zu den Eltern, stellt sich die Komplexität der Rolle von DolmetscherInnen heraus. Diese werden auch in der Fachliteratur im Rahmen der Selbstwahrnehmungen von befragten DolmetscherInnen und den Aussagen von befragten Fachkräften thematisiert. Angegeben wird, dass die Zuständigkeitsbereiche oft sehr unklar sind und zu Belastungssituationen führen können. Weitere Auffassungsunterschiede bestanden auch in Bezug auf die Erwartungen an Neutralität bzw. Freundlichkeit.

Obwohl beide Fachärztinnen damit einverstanden waren, dass DolmetscherInnen ein Gefühl des Vertrauens und der Unterstützung vermitteln sollen, waren sie der Auffassung, dass DolmetscherInnen in der Empathie neutral bleiben sollen und Ergänzungen, Verkürzungen oder Ermutigungen nicht in den Zuständigkeitsbereich von DolmetscherInnen hineingehören. Im Gegensatz dazu gaben die Eltern an, dass sie sowohl Freundlichkeit, als auch, bei Bedarf, Ermutigung erwarten würden. Das Risiko einer Zerrissenheit der DolmetscherInnen zwischen den Erwartungen von PatientInnen – Verständnis und Freundlichkeit – und den Erwartungen von TherapeutInnen – Neutralität im Umgang mit PatientInnen – wurde auch in der Fachliteratur belegt. Weitere Meinungsunterschiede zwischen den interviewten Fachärztinnen und Eltern zeigten sich bei den Erwartungen hinsichtlich der Inhaltswiedergabe beim Dolmetschen, wobei Fachärztinnen klare und präzise Dolmetschleistungen und keine Umformulierungen erwarten, während die Mutter sich der Tatsache bewusst zu sein scheint, dass das Dolmetschen im Unterschied zu Übersetzung auch Interpretation vonseiten der DolmetscherInnen voraussetzt. Obwohl Genauigkeit und Vollständigkeit auch in der Fachliteratur als wichtige Voraussetzungen bei der Ausübung der Dolmetschtätigkeit gesehen werden, wird von vielen AutorInnen gleichzeitig die Notwendigkeit der Berücksichtigung folgender Tatsachen hervorgehoben: Das Dolmetschen wird als Kommunikation konzeptualisiert und stellt das Ergebnis menschlicher Interaktion dar, die Sprache ist an ihre kulturelle Einbettung gebunden, weswegen sich Interpretationen sprachlicher Symbolik und kultureller Verhaltensweisen vonseiten der DolmetscherInnen als unabdingbar für die Therapie erweisen, dass Dolmetschen für Kleinkinder eine gewisse Anpassung der Sprache an das Krankheitsverständnis von Kleinkindern voraussetzt, die Verwendung von Metaphern und abstrakten Konzepten – wie beispielsweise die Differenzierung und Verbindung zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten –, die beispielsweise bei Therapien für PatientInnen mit PTBS angewendet wird, eine Beherrschung der Stilmittel in beiden Sprachen, sowie eine sorgfältige Vermittlung der Intentionen voraussetzt. Eine weitere Problematik, die in den Interviews vorkam, war die selbstständige Übernahme der Gesprächsführung vonseiten der DolmetscherInnen, was beide Fachärztinnen als Beeinträchtigungsfaktor sahen. Obwohl in der Fachliteratur erwähnt wird, dass DolmetscherInnen unter bestimmten Situationen auch Managementrollen übernehmen, wird empfohlen, dass Rollen und Zuständigkeiten vor dem medizinischen Gespräch für alle definiert und klargemacht werden, damit Zuständigkeitskonflikte vermieden werden.

Im Rahmen der Interviews wurden weiters auch spezifische Fragen gestellt, die mit der von DolmetscherInnen erwarteten Reaktion in bestimmten Situationen zusammenhängen. Die ersten drei spezifischen Fragen bezogen sich auf die Handlungsfreiheit und Reaktion von

DolmetscherInnen in Situationen, wenn Familienangehörige DolmetscherInnen darum bitten, bestimmte Äußerungen nicht, oder anders zu dolmetschen. Die Meinungsunterschiede zwischen den Fachärztinnen und Eltern brachten die verschiedenen Perspektiven zum Vorschein hinsichtlich des Konzeptes der Teamarbeit und die daraus resultierenden Loyalitätskonflikte, die aus der Existenz einer Nachbesprechung zwischen DolmetscherInnen und Fachkräften sowie einer zu engen Beziehung zwischen DolmetscherInnen und PatientInnen bzw. Familienangehörigen entstehen könnten. Der Versuch, sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen gegenüber loyal zu bleiben, erweist sich laut mehreren AutorInnen, insbesondere aufgrund der möglichen Versuche von Gesprächsparteien, den/die DolmetscherIn auf deren Seite zu ziehen, als herausfordernd. Die vierte spezifische Frage war, wie sehr DolmetscherInnen mit dem Kind Augenkontakt halten und lächeln sollen, auch wenn das Risiko bestehen würde, eine engere Verbundenheit mit ihm herzustellen als die Fachkraft. Sowohl die Fachärztinnen, als auch die Eltern waren der Meinung, dass die Kinderinteraktion mit DolmetscherInnen für die Entspannung und Offenheit der Kinder wichtig ist. Auch in der Fachliteratur wird Freundlichkeit und Empathie im Umgang mit einem Kind empfohlen, es wird jedoch gleichzeitig darauf hingewiesen, dass DolmetscherInnen kein Mitleid zeigen sollen, da traumatisierte Kinder meistens Routine, Vorhersehbarkeit und die Sicherheit brauchen, dass Erwachsene die Kontrolle über ihre Gefühle haben.

In diesem Zusammenhang stellte sich heraus, dass die damit verbundenen metafachlichen Kompetenzen, die DolmetscherInnen durch ethische Fragestellungen, persönlichkeitsorientierte Lernsituationen und kritisches Denken erwerben können, und die Notwendigkeit entsprechender Ausbildungen für angehende DolmetscherInnen, von Ethik-Schulungen bis hin zu situationsabhängigen Leitlinien für eine gute klinische Praxis im Rahmen der Interviews kaum thematisiert wurden, was wiederum zeigt – wie auch in der Fachliteratur von mehreren AutorInnen dargelegt wird –, dass sich die Professionalisierung des Dolmetschens im medizinischen Bereich noch in der Entwicklungsphase befindet. Auch die Gefahr der emotionalen Nähe insbesondere im Umgang mit traumatisierten PatientInnen oder Kindern und die fehlende Supervision waren Themen, die in den Interviews bis auf einige Ausnahmen – den Vorschlag einer der Fachärztinnen, dass Dolmetscherinnen kurze Einschulungen innerhalb der Einrichtung oder Kontakt zum Pflegepersonal haben – nicht vorkamen.

Aus den dargelegten Schlussfolgerungen lässt sich feststellen, dass im Bereich der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie noch die Perspektive von DolmetscherInnen mithilfe von Autoethnographien untersucht werden könnte, insbesondere in Hinblick auf die möglichen Belastungssituationen, die durch unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Rolle

und Zuständigkeitsbereiche von DolmetscherInnen und Loyalitätskonflikte entstehen können. Ein weiterer Forschungsbedarf bestünde auch in Bezug auf die psychologische Belastung der DolmetscherInnen und die daraus resultierende Notwendigkeit eines entsprechenden Coachings durch PsychologInnen.

Bibliografie

- Abdallah-Steinkopff, Barbara (1999). Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *Verhaltenstherapie* 9, 211-220.
- Angelelli, Claudia V. (2004). *Revisiting the Interpreter's Role. A Study of Conference, Court, and Medical Interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Angelelli, Claudia V. (2012). Health-Care, Medical, and Mental Health Interpreting. *The Encyclopedia of Applied Linguistics*. <https://doi.org/10.1002/9781405198431.wbeal0494> (Stand: 25.02.2020).
- Angelelli, Claudia V. (2019). *Healthcare Interpreting Explained*. London: Routledge.
- Allaoui, Raoua (2005). *Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Alisic, Eva; Zalta, Alyson K.; van Wesel, Floryt; Larsen, Sadie E.; Hafstad, Gertrud S.; Hassanpour, Katayun & Smid, Geert E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 204, 335-340.
- Bot, Hanneke (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York: Rodopi.
- Brown, Susan & Schick, Brenda (2011). Interpreting for children. *Views Fall*, 22-25.
- Deater-Deckard, Kirby (2004). *Parenting Stress*. New Haven: Yale University Press.
- EACH European Association for Children in Hospital (2016). Die EACH Charta mit Erläuterungen. Deutsche Übersetzung der revidierten englischen Originalfassung. https://www.each-for-sick-children.org/images/stories/2018/EACH_Charta_Deutsch.pdf (Stand: 05.08.2020).
- Fant, Lou (2020). RID: Adding Value to the Profession and for the Consumer through Organizational Effectiveness, Certification, Membership Support & Engagement, Advancement of the Profession, and Fiscal Stability & Sustainability. <https://rid.org/about-rid/> (Stand: 23.07.2020).
- Hsieh, Elaine. 2008. "‘I’m not a robot!’ Interpreters’ Views of Their Roles in Health Care Settings". *Qualitative Health Research* 18 (10), 1367–1383.
- Helmsen, Johanna; Lehmkuhl, Gerd & Petermann, Franz (2009). Kinderpsychiatrie und klinische Kinderpsychologie im Dialog. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 57 (4), 285-296.

- Helfferrich, Cornelia (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hintermair, Manfred; Sarimski, Klaus & Lang, Markus (2017). Sozial-emotionale Kompetenzen hörgeschädigter Kleinkinder. Ergebnisse aus einer Studie mit zwei neueren Fragebogeninventaren für das 2. und 3. Lebensjahr. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 45 (2), 128-140.
- Hsieh, Elaine (2017). Conceptualizing bilingual health communication: A theory-based approach to interpreter-mediated medical encounters. In: Jacobs & Diamond, 35-55.
- In Anlehnung an: Universität Bielefeld (Arbeitsgruppe Datenschutz und Qualitative Sozialforschung) (o.J.). Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdate. https://www.uni-bielefeld.de/dsz-bo/pdf/MUSTER-1_Einwilligungserklärung-zur-Erhebung-und-Verarbeitung-personenbezogener-Interviewdaten.pdf (Stand: 15.09.2020).
- In Anlehnung an: Österreichsenergie (2017). Muster für eine Verpflichtung zur vertraulichen Behandlung personenbezogener Daten. https://oesterreichsenergie.at/files/Downloads%20Netze/Smart%20Meter%20Plattform/Verhaltensregeln/2017.11_Muster%20f%C3%BCr%20eine%20Verpflichtung%20auf%20das%20Datengeheimnis.pdf (Stand: 15.09.2020).
- Irlbauer-Müller, Viktoria; Eichler, Anna; Stemmler, Mark; Moll, Gunther H. & Kratz, Oliver (2016). Elterliche Belastung und die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 45 (4), 303-309.
- Jacobs, B.; Kroll, L.; Green, J. & David, T. (1995). The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the Royal Society of Medicine* 88 (8), 474-475.
- Jacobs, Elizabeth A. & Diamond, Lisa C. (2017). *Providing health care in the context of language barriers. International perspectives*. Bristol: Blue Ridge Summit.
- Keselman, Olga; Cederborg, Ann-Christin & Linell, Per (2010). "That is not necessary for you to know!" Negotiation of participation status of unaccompanied children in interpreter-mediated asylum hearings. *Interpreting* 12 (1), 83-104.
- Kadrić, Mira (2011). *Dialog als Prinzip. Für eine emanzipatorische Praxis und Didaktik des Dolmetschens*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Karliner, Leah S. (2017). Three critical steps to enhance delivery of language services in health care. In: Jacobs & Diamond, 20-34.

- Leanza, Yvan (2007). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. In: Pöhhacker, Franz & Shlesinger, Miriam (Hg.) *Healthcare Interpreting. Discourse and interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 167-192.
- Loshak, Rosemary (2003). The Role of the Interpreter in child mental health: the changing landscape. In: Tribe (Hg.) & Raval, 151-167.
- Meyer, Bernd (2004). *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch: eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann.
- Misoch, Sabina (2019). *Qualitative Interviews*. Berlin/Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Montalt, Vicent (2013). Medical Translation. *The Encyclopedia of Applied Linguistics*. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1002/9781405198431.wbeal0760> (Stand: 13.01.2020).
- Montalt, Vicent; Zethsen, Karen & Karwacka Wioleta (2018). Medical translation in the 21st century – challenges and trends. In: Montalt (Hg.); Zethsen (Hg.) & Karwacka (Hg.), 27-43.
- Montalt, Vicent (Hg.); Zethsen, Karen (Hg.) & Karwacka, Wioleta (Hg.) (2018). *Current challenges and emerging trends in medical translation. Retos actuales y tendencias emergentes en traducción médica*. Alicante: Universitat d'Alacant.
- Nord, Christiane (1989). Loyalität statt Treue. Vorschläge zu einer funktionalen Übersetzungstypologie. *Lebende Sprachen. Zeitschrift für interlinguale und interkulturelle Kommunikation* 34 (3), 100-105.
- Nilsen, Anne Birgitta (2013). Exploring interpreting for young children. *The International Journal for Translation & Interpreting Research*. 5 (2), 14-29.
- Nilsen, Anne Birgitta (2015). Interpreted communication with children in public-sector services. *The International Journal for Translation & Interpreting Research*. 7 (3), 121-131.
- Prunč, Erich (2002). *Einführung in die Translationswissenschaft: 1: Orientierungsrahmen*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft.
- Pöhhacker, Franz (2000). *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pena-Díaz, Carmen (2018). Ethics in theory and practice in Spanish healthcare community interpreting. In: Montalt (Hg.); Zethsen (Hg.) & Karwacka (Hg.), 93-117.

- Redaktion Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2018). Kinder im Krankenhaus. Kinder auf den Aufenthalt vorbereiten.
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/krankenhausaufenthalt/kinder-im-krankenhaus> (Stand: 05.08.2020).
- Rayes, Barbara (2008). Spanish Bilingual Assistant. Introduction to medical interpreting. Interpreting for children. *Medical Interpreter Project* 8, 1-10.
- Raval, Hitesh (2003). An overview of the issues in the work with interpreters. In: Tribe (Hg.) & Raval, 8-29.
- Schmid Mast, Marianne; Maier, Thomas & Morina, Naser (2010). Lost in Translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern (Psychotherapy Using Interpreters). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60, 104-110.
- Savage-Smith, Emilie (2004). Islamic Medical Manuscripts at the National Library of Medicine. <https://www.nlm.nih.gov/hmd/arabic/about.html> (Stand: 14.10.2019).
- Squires, Allison (2017). The drivers of demand for language services in health care. In: Jacobs & Diamond, 1-19.
- Schmitz, Johanna C.; Cholemkery, Hannah; Medda, Juliane & Freitag, Christine M. (2019). Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter: Überblick zu den wesentlichen Fragestellungen und Ergebnissen des ersten Teils der S3 Leitlinie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 47 (4), 359-370.
- Sachser, Cedric; Rassenhofer, Miriam & Goldbeck, Lutz (2016). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Klinisches Vorgehen, Evidenzbasis und weitere Perspektiven. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 44 (6), 479-490.
- Steil, Regina & Schwartzkopff, Laura (2019). Traumatische und belastende Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 47 (4), 285-287.
- Siefen, Georg; Kirkcaldy, Bruce; Adam, Hubertus & Schepker, Renate (2015). Anforderungen an die Behandlung von Migrantenkindern aus Sicht niedergelassener und leitender Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 43 (2), 115-122.
- Tribe, Rachel (Hg.) & Raval, Hitesh (2003). *Working with Interpreters in Mental Health*. Hove, East Sussex/New York: Brunner-Routledge.

- Topf, Reinhard J. (2014). Das schwerkranke fremdsprachige Kind und seine Familie – ein mehrfacher Übersetzungsprozess. In: Topf, Reinhard J. (Hg.) *Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung*. Wien: new academic press, 162-178.
- Wedam, Uta (2009). Sprachkultur – Plädoyer für das Dolmetschen im therapeutischen Kontext. In: Andres, Dörte (Hg.) & Pöllabauer, Sonja (Hg.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Martin Meidenbauer, 181-195.
- Wolf, Veronika & Özkan, Ibrahim (2012). Dolmetschen in der Psychotherapie – Ergebnisse einer Umfrage. *Psychotherapeuten-journal* 11 (4), 325-328.

Anhänge

Anhang 1: Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Masterarbeitsprojekt:

Name:

Universität/Institut:

Betreut von:

InterviewerIn:

Interviewdatum:

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von der/dem InterviewerIn in Schriftform gebracht.

Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt.

In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert.

Nach Beendigung der Studie werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, es sein denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abbrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen der genannten Studie an einem Interview/ an mehreren Interviews teilzunehmen.

☐ja ☐nein

Ich bin damit einverstanden, für zukünftige themenverwandte Forschungsprojekte kontaktiert zu werden. Hierzu bleiben meine Kontaktdaten über das Ende des Forschungsprojektes hinaus gespeichert.

☐ja ☐nein

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Anhang 2: Verpflichtung zum Datengeheimnis

Verpflichtung zur vertraulichen Behandlung personenbezogener Daten

Masterarbeitsprojekt:

Name:

Universität/Institut:

Betreut von:

1. Inhalt der Verpflichtung

Mit dieser Erklärung verpflichte ich mich, das Datengeheimnis und die Datensicherheitsvorschriften gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“) und des Datenschutzgesetzes („DSG“) in der jeweils geltenden Fassung zu wahren.

2. Erläuterungen

Mir ist bekannt,

- dass die personenbezogenen Daten natürlicher wie juristischer Personen einem gesetzlichen Schutz unterliegen und die Verwendung solcher Daten nur unter besonderen Voraussetzungen (z.B.: Vorliegen einer gesetzlichen Verpflichtung, Einwilligung der betroffenen Person) zulässig ist;
- dass es insbesondere untersagt ist, unbefugten Personen oder unzuständigen Stellen personenbezogene Daten mitzuteilen oder ihnen eine Kenntnisnahme zu ermöglichen;
- dass es untersagt ist, personenbezogene Daten zu einem anderen als dem zum rechtmäßigen Aufgabenvollzug gehörenden Zweck zu verwenden;
- dass diese Verpflichtung auch nach Beendigung der Studie fortbesteht.

3. Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, das Datengeheimnis zu wahren. Diese Verpflichtung besteht ohne zeitliche Begrenzung und auch nach Beendigung der Studie.

Name:

Datum:

Unterschrift:

Anhang 3: Leitfaden-Interview für die Fachkräfte

1. Allgemeine Fragen

- Wie empfinden sie generell die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen?
- Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung der DolmetscherInnen zu dem Therapieteam/ der Fachkraft? Wenn wichtig, dann inwiefern?
- Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung der DolmetscherInnen zu PatientInnen und deren Familienangehörigen? Wenn wichtig, dann inwiefern?
- Inwiefern könnte der Einsatz von DolmetscherInnen eine Beeinträchtigung darstellen?
- Welche ist Ihrer Meinung nach die Hauptrolle von DolmetscherInnen?
- Welche Rollen übernehmen DolmetscherInnen noch?
- Welche Fähigkeiten sollen Ihrer Meinung nach DolmetscherInnen für eine erfolgreiche Leistung aufweisen?
- Welche speziellen Anforderungen gibt es im Bereich der Kinderpsychiatrie, die DolmetscherInnen nicht außer Acht lassen dürfen?

2. Spezifische Fragen

- Wie sollen DolmetscherInnen vorgehen, wenn eine Familie eine Wiederholung des Gesagten braucht? Sollen DolmetscherInnen dieser Bitte selbstständig nachkommen und das Gesagte nochmal wiederholen, oder soll diese Bitte an die Fachkraft gerichtet werden?
- Wie sollen DolmetscherInnen Ihrer Meinung nach vorgehen, wenn sie von PatientInnen gebeten werden, bestimmte Äußerungen nicht oder anders zu dolmetschen?
- Welche Vorgehensweise seitens der DolmetscherInnen wäre Ihrer Meinung nach angemessen, wenn sie erkennen, dass Eltern Ihrem Kind eine schlechte Nachricht nicht vermitteln wollen, um es nicht zu verängstigen oder aus anderen kulturellen Gründen?
- Wie sehr sollen DolmetscherInnen mit dem Kind Augenkontakt halten und lächeln, auch wenn das Risiko besteht, eine engere Verbundenheit mit ihm herzustellen als Sie?

3. Abschlussfragen

- Welche Anregungen hätten Sie noch in Bezug auf die Rolle der DolmetscherInnen in der Kinderpsychiatrie?
- Gibt es diesbezüglich persönliche Erfahrungen, die für diese Studie relevant wären?

Anhang 4: Leitfaden-Interview für die Eltern

1. Allgemeine Fragen

- Wie empfinden sie generell die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen?
- Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung der DolmetscherInnen zu dem Therapieteam/ der Fachkraft? Wenn wichtig, dann inwiefern?
- Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung der DolmetscherInnen zu PatientInnen und deren Familienangehörigen? Wenn wichtig, dann inwiefern?
- Inwiefern könnte der Einsatz von DolmetscherInnen eine Beeinträchtigung darstellen?
- Welche ist Ihrer Meinung nach die Hauptrolle von DolmetscherInnen?
- Welche Rollen übernehmen DolmetscherInnen noch?
- Welche Fähigkeiten sollen Ihrer Meinung nach DolmetscherInnen für eine erfolgreiche Leistung aufweisen?
- Welche speziellen Anforderungen gibt es im Bereich der Kinderpsychiatrie, die DolmetscherInnen nicht außer Acht lassen dürfen?

2. Spezifische Fragen

- Wie sollen DolmetscherInnen vorgehen, wenn Sie als Elternteil eine Wiederholung des Gesagten brauchen? Sollen DolmetscherInnen dieser Bitte selbstständig nachkommen und das Gesagte nochmal wiederholen, oder soll diese Bitte an die Fachkraft gerichtet werden?
- Was denken Sie über eine Nachbesprechung zwischen der Fachkraft/ dem Therapieteam und der/dem DolmetscherIn, im Rahmen deren zusätzliche Bemerkungen besprochen werden?
- Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Vertraulichkeit von familienbezogenen Daten vonseiten der DolmetscherInnen gegenüber Fachkräften?
- Wie sehr sollen DolmetscherInnen mit dem Kind Augenkontakt halten und lächeln, auch wenn das Risiko besteht, eine engere Verbundenheit mit ihm herzustellen als Sie?

3. Abschlussfragen

- Welche Anregungen hätten Sie noch in Bezug auf die Rolle der DolmetscherInnen in der Kinderpsychiatrie?
- Gibt es diesbezüglich persönliche Erfahrungen, die für diese Studie relevant wären?

Anhang 5: Interviewprotokollbogen

Interviewprotokollbogen			
Interview Code Nummer:			
Name der interviewenden Person:			
GesprächspartnerIn:			
Sigel	Alter	Geschlecht	Berufsausbildung
Das Profil des Kindes (PatientIn):			
Sigel	Alter	Geschlecht	Störung
Gesprächsdaten			
Kommunikationssituation:			
Aufnahmedaten:			
Datum/Zeit:			
Ort:			
Dauer:			
Allgemeine Bemerkungen			

Anhang 6: Transkriptionsregeln

Literarische Transkription , d. h. es bleiben besondere Sprachkennzeichen (wie z. B. Dialektfärbung) bestehen und werden verschriftlicht.	
Formatierungen	
<ul style="list-style-type: none"> – Schrift: Times New Roman, Schriftgröße 12 – Zeilenabstand: 1,5 – Ränder sollten Platz für Anmerkungen lassen (2 cm links, 3 cm rechts) – Durchgängige Zeilen-Nummerierung 	
Textkennzeichnung	
<ul style="list-style-type: none"> – Codierung der GesprächsteilnehmerInnen: I = InterviewerIn, X = Sigel der befragten Person. – I = Text kursiv für Interviewer – X = Normalschrift für Aussagen der befragten Person – Keine Anführungsstriche für Fragen und Antworten – Jeweils eine neue Zeile, wenn ein Sprecherwechsel stattfindet 	
Transkription	Bedeutung
[Kommentar]	Kommentare des Transkribierenden
<u>sicher</u>	Auffällige Betonung
s i c h e r	Gedehntes Sprechen
(lacht)	Kennzeichnung von nichtsprachlichen Vorgängen (ebenso besondere Art zu sprechen)
LAUT	Lautes Sprechen
//	Unverständliches Wort („... und dann// war alles ...“)
(...)	Pausen innerhalb des Redeflusses

Anhang 7: Transkript 1

Interview Code Nummer: 1
Interviewpartnerin: Fachärztin für Kinder- u. Jugendheilkunde
Codierung: I = Interviewerin, U = Sigel der befragten Person
Interviewdatum: 18.09.2020

In diesem Interview wird nicht gegendert. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

1	I: Gut. So, zuerst die allgemeinen Fragen. Wie empfinden Sie generell die Zusammenarbeit mit Dolmetschern?
2	U: Also, unerlässlich, um eine bestmögliche Abklärung und damit Betreuung anzustreben.
3	I: Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung der Dolmetscher zu dem Therapieteam oder zu der Fachkraft? Und wenn wichtig, dann inwiefern?
4	U: Sehr wichtig als <u>Brückenbauer, Brückenbauerin</u> ob jetzt Eltern zu Arzt bzw. Therapeuten oder Kind zu Arzt oder Therapeuten. Problem ist immer, wenn durch Sprachbarriere Informationen sozusagen betreff der Bildung, Kultur unter anderen fehlen.
5	I: Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung der Dolmetscher zu Patienten und deren Familienangehörigen? Wenn wichtig, dann inwiefern?
6	U: Auch sehr wichtig es geht auch um eine Vertrauensbasis, die durch die Muttersprache sozusagen intensiviert werden kann, weil ja die Dolmetscher sozusagen die Muttersprache durch die Muttersprache die Kinder bzw. die Patienten anspricht und damit auch es den Betroffenen leichter fällt, Probleme oder Sorgen zu artikulieren.
7	I: Inwiefern könnte der Einsatz von Dolmetschern eine Beeinträchtigung darstellen?
8	U: Wenn die Dolmetscher (...) eine eigene Übersetzung machen, das heißt klare Fragen, die gestellt werden, anders zu formulieren, weil sie den Eindruck haben, so könnten sie die Frage nicht stellen, (...) oder aber auch wenn sie keinen Zugang zu Materie haben, das heißt eigentlich, keinen Zugang zu dem Fach, das sie jetzt dolmetschen.
10	I: Genau. Welche ist Ihrer Meinung nach die Hauptrolle von Dolmetschern?
11	U: Die Hauptrolle ist a mal die Kommunikation zu ermöglichen (...) sind sozusagen ein Bin-

	deglied und sollten neutrale Brückenbauer sein.
12	I: <i>Ok. Also Neutralität wäre für Sie jetzt eigentlich das Wichtigste.</i>
13	U: Neutralität ist etwas ganz Wichtiges, ja.
14	I: <i>Ok, und welche Rollen übernehmen Dolmetscher noch, oder sollen noch übernehmen?</i>
15	U: Eben, eine Vertrauensbasis zu schaffen, damit auch eine gewisse Sicherheit zu geben, aber auch (...) in ihrer Neutralität eine Empathie zu zeigen.
16	I: <i>Verstehe. Welche Fähigkeiten sollen Ihrer Meinung nach Dolmetscher für eine erfolgreiche Leistung aufweisen? Sie haben ja gesagt: Neutral zu sein, empathisch, fällt Ihnen noch etwas auf?</i>
17	U: Interesse am Übersetzungsgebiet, also in dem Bereich wo sie übersetzen, und eben diese klare Übersetzung zu machen.
18	I: <i>Ok. Und welche speziellen Anforderungen gibt es im Bereich der Kinderpsychiatrie, die Dolmetscher nicht außer Acht lassen dürfen? Zum Beispiel wenn die Dolmetscher auch direkt für die Kinder manchmal dolmetschen müssen?</i>
19	U: Dass sie die Meinungen der Eltern (...) den Eltern gegenüber nicht interpretieren, das heißt dass sie eben, dieses neutral bleiben, das Zuhören und das Übersetzen.
20	I: <i>Vielen Dank, jetzt werde ich auch die spezifischen Fragen stellen und nämlich: Wie sollen Dolmetscher vorgehen, wenn eine Familie eine Wiederholung des Gesagten braucht? Sollen Dolmetscher dieser Bitte selbstständig nachkommen und das Gesagte nochmal wiederholen, oder soll diese Bitte an die Fachkraft gerichtet werden?</i>
21	U: Primär eine neuerliche Übersetzung. Nach Rückfrage, wenn weiterhin sozusagen es ganz offensichtlich ist, dass die Eltern es nicht verstehen, dass eine // vermag sozusagen eine erfahrene Dolmetscherin sehr wohl dann, dem Sprachverständnis entsprechend, mit eigenen Worten selbst zu versuchen, das zu erklären.
22	I: <i>Verstehe, also gewisse Entscheidungen könnten Dolmetscher je nach Erfahrung schon treffen?</i>
23	U: Der Erfahrungswert ist glaub ich etwas ganz Wichtiges.
24	I: <i>Verstehe. (ehm) Wie sollen Dolmetscher Ihrer Meinung nach vorgehen, wenn sie von Patienten gebeten werden, bestimmte Äußerungen nicht oder anders zu dolmetschen?</i>
25	U: Da man nicht weißt, (ehm), da man nicht weißt, wie viel die Eltern letztendlich von der Sprache her verstehen, würde ich mir wünschen, dass in Anwesenheit man diesem Wunsch nachkommen sollte, und in // bei der Nachbesprechung dies mit Arzt oder Therapeuten ansprechen sollte.

26	I: <i>Verstehe. Welche Vorgehensweise seitens der Dolmetscher wäre Ihrer Meinung nach angemessen, wenn sie erkennen, also wenn die Dolmetscher erkennen, dass Eltern Ihrem Kind eine schlechte Nachricht nicht vermitteln wollen, um es nicht zu verängstigen oder aus anderen kulturellen Gründen?</i>
27	U: (...) Tschuldigung, noch einmal, die Frage war?
28	I: <i>Zum Beispiel bei einem schlimmen Diagnostikum, sagen wir, wenn die Eltern sagen, das würden sie nicht weiter dem Kind sagen, um es nicht zu verängstigen, (...) oder wenn die Eltern einfach glauben, dass das nicht angemessen ist, es in der Anwesenheit des Kindes zu besprechen.</i>
29	U: Es ist sehr wohl angemessen, denke ich mir. Also wenn die Dolmetscherleistung vor allem auch dadurch beeinträchtigt wird, denke ich, ist das zu respektieren, und man muss sich überlegen, welchen anderen Weg, man vielleicht einen Zugang zu den Eltern vielleicht bekommt, dass sie dann anders darüber entscheiden, aber primär ist das zu respektieren.
30	I: <i>Verstehe. Wie sehr sollen Dolmetscher mit dem Kind Augenkontakt halten und lächeln, auch wenn das Risiko besteht, eine engere Verbundenheit mit ihm herzustellen als Sie?</i>
31	U: Also der persönliche Kontakt ist allgemein wichtig, und letztendlich ist es jetzt kein Konkurrenzkampf zwischen Dolmetscher und Arzt oder Therapeuten.
32	I: <i>Ok. Also Sie finden, dass ist eher eine Zusammenarbeit und nicht...</i>
33	U: Es ist ein, eigentlich ist das i würd das als eine Art Teamarbeit bezeichnen, weil es ist nicht nur Arzt, sondern es ist mit dem Arzt auch der Dolmetscher in dieser ganzen Situation verbunden, das heißt ist eine Teamarbeit.
34	I: <i>Verstehe. Vielen Dank, und jetzt zu den Abschlussfragen. [kurze Unterbrechung des Interviews]</i>
35	I: <i>Gut. (technische Geräusche)</i>
36	U: Es ist jetzt die dritte, gel? //
37	I: <i>Ja, es sind jetzt die Abschlussfragen, also das sind eigentlich offene Fragen, die erste wäre: Welche Anregungen hätten Sie noch in Bezug auf die Rolle der Dolmetscher in der Kinderpsychiatrie?</i>
38	U: Also sich nicht instrumentalisieren zu lassen durch die Eltern, und eben dieser Balanceakt zwischen Übersetzung, Empathie und Neutralität. Also das ich denke (ehm) das ist für die Dolmetscher, dass sie zwischen Arzt, Therapeuten und Eltern, Kind stehen eine besonders (...) ein schwieriger Balanceakt.
39	I: <i>Verstehe. Und gibt es diesbezüglich persönliche Erfahrungen, die für diese Studie relevant</i>

	<i>wären vielleicht?</i>
40	U: Das sind die Dolmetscher, die die Gesprächsführung übernehmen, die anderes übersetzen, da sie der Meinung sind, dass es sonst nicht zumutbar ist, oder finden, dass die Fragestellung Arzt vom Arzt oder Therapeuten nicht gut ist. Also, ja.
41	I: <i>Ok. Verstehe. Vielen Dank!</i>

Anhang 8: Transkript 2

Interview Code Nummer: 2
Interviewpartnerin: Mutter des 8jährigen R.
Codierung: I = Interviewerin, L = Sigel der befragten Person
Interviewdatum: 21.09.2020

In diesem Interview wird nicht gegendert. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

42	I: <i>Guten Tag. Wir werden mit den allgemeinen Fragen beginnen, und die erste wäre: Wie würden Sie allgemein die Erfahrung beschreiben, medizinische Informationen für Ihr Kind durch einen Dolmetscher zu erhalten?</i>
43	L: Ich glaube, dass es eine emotionale Beziehung zwischen dem Kind und dem Dolmetscher geben muss, und dafür ist nicht nur eine Beziehung // zwischen Arzt und Dolmetscher notwendig, sondern auch außerhalb // des Termines.
44	I: <i>Also außerhalb des Gespräches.</i>
45	L: Außerhalb des Gespräches, ja.
46	I: <i>Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung zwischen Dolmetscher zu dem Arzt oder Therapeuten?</i>
47	L: // Es ist sehr wichtig, dass der Dolmetscher weiß, wie er mit dem Arzt über die Probleme des Patienten sprechen kann, um // um mit dem Arzt in Beziehung treten zu können, und (...) hauptsächlich prägt er die Kommunikation zwischen Patienten und medizinischem Personal.
48	I: <i>Er vertritt sie also, und dann ist es wichtig, es so gut wie möglich zu tun?</i>
49	L: Ja. Es ist eine // für eine klare Ausdrucksweise des Dolmetschers gegenüber dem Arzt.
50	I: <i>Perfekt. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung der Dolmetscher zu dem Patienten, in diesem Fall zu Ihrem Kind sowie zu der Familie? Sie haben einiges schon erwähnt...</i>
51	L: Ja, der Dolmetscher muss die Familie und die Situation der Familie so gut wie möglich

	kennen, soweit dies sowohl von der Familie erlaubt ist, als auch wie viel der Dolmetscher wahrnehmen kann, (...) um die Situation der Familie dem medizinischen Personal übermitteln und der Familie helfen zu können.
52	I: <i>Ist eine Vorbesprechung also Ihrer Meinung nach wichtig?</i>
53	L: Ja, eine Vorbesprechung zwischen Familie und Dolmetscher.
54	I: <i>Im Rahmen dessen, die Situation der Familie geschildert werden sollte?</i>
55	L: Ja genau, die Situation.
56	I: <i>Gut. Inwiefern könnte der Einsatz von Dolmetschern eine Beeinträchtigung darstellen?</i>
57	L: Ich glaube nicht, dass es ein Hindernis geben könnte, es sei denn, der Dolmetscher möchte nicht // hat ein persönliches Problem, kann sich an diesem Tag nicht auf das Problem des Patienten konzentrieren oder hatte nicht die Zeit, die Familie, den Patienten, kennenzulernen, oder unvorhergesehene Situationen traten in der Familie auf, die der Dolmetscher nicht kannte.
58	I: <i>Verstehe. Gut. Wie wichtig sind Ihrer Meinung nach Sprachkenntnisse in diesem Zusammenhang? Denken Sie, dass dies auch ein Hindernis sein könnte, wenn der Dolmetscher nicht über die erforderlichen Kenntnisse verfügt?</i>
59	L: Ich bin der Meinung, dass der Dolmetscher normalerweise über die erforderlichen Sprachkenntnisse verfügt. Es kommt nicht vor, dass der Dolmetscher nicht über diese Fähigkeiten verfügt.
60	I: <i>Ok, also solche Erfahrungen hatten Sie bis jetzt nicht.</i>
61	L: Nein, gar nicht.
62	I: <i>Ok. Welche ist Ihrer Meinung nach die Hauptrolle eines Dolmetschers?</i>
63	L: Zuerst setzt er die Worte // die Worte des Patienten so genau wie möglich um, er ist eigentlich, er identifiziert sich tatsächlich mit dem Patienten. Und dies wäre eine sehr wichtige Rolle, da der Dolmetscher tatsächlich in gewisser Weise Teil der Familie ist // Teil der Familie wird.
64	I: <i>Ok, also Sie betrachten ihn sozusagen als Familienvertreter.</i>

65	L: Ein Familienvertreter, genau, richtig.
66	I: <i>Welche Rollen übernehmen Dolmetscher noch, oder sollen noch übernehmen?</i>
67	L: Ihm könnte in gewisser Weise eine Rolle als Psychotherapeut zugewiesen werden, weil er einfache Vorschläge und Ratschläge geben kann, um diese Beziehung oder Kommunikation mit dem Therapeuten haben zu können, da er die medizinische Situation und den medizinischen Bereich im Allgemeinen bereits kennen soll, um zu wissen, wie es ungefähr weitergehen sollte.
68	I: <i>Glauben Sie also, dass Dolmetscher solche Entscheidungen treffen könnten, also der Familie Ratschläge zu geben?</i>
69	L: Der Familie und dann an den Arzt. Ich denke, der Dolmetscher könnte diese Ratschläge und Ideen in Zusammenarbeit mit der Familie an den Arzt // weitergeben.
70	I: <i>Im Rahmen des medizinischen Gespräches?</i>
71	L: Im Rahmen des medizinischen Gespräches, ja, tatsächlich.
72	I: <i>Ok. Welche Fähigkeiten sollen Ihrer Meinung nach Dolmetscher für eine erfolgreiche Leistung aufweisen?</i>
73	L: Er muss sehr verständnisvoll, geduldig sein, einen guten emotionalen Zustand haben sowie (...) Kinder lieben, wie das Gebiet, in dem er arbeitet. Er soll sich dem // Er soll dem Beruf gewidmet sein.
74	I: <i>Welche speziellen Anforderungen gibt es im Bereich der Kinderpsychiatrie, die Dolmetscher nicht außer Acht lassen dürfen?</i>
75	L: Wie gesagt, insbesondere Engagement und Geduld. Kinder sind im Allgemeinen ungeduldig. Besonders beim Arzt.
76	I: <i>Ja. Die spezifischen Fragen jetzt. Wir haben nämlich vier spezifischere Fragen, und die erste wäre: Wie sollen Dolmetscher vorgehen, wenn eine Familie eine Wiederholung des Gesagten braucht? Sollen Dolmetscher dieser Bitte selbstständig nachkommen und das Gesagte nochmal wiederholen, oder soll diese Bitte an die Fachkraft gerichtet werden?</i>
77	L: Ich erwarte nicht, dass er diese Anfrage an den Therapeuten richtet, (...) es ist nicht ein zweites Mal notwendig, da bereits eine Beziehung und Kommunikation zwischen der Familie

	und dem Dolmetscher besteht.
78	I: <i>Denken Sie also, dass der Dolmetscher sich einfach wiederholen sollte?</i>
79	L: Ja.
80	I: <i>Ok. Was denken Sie über eine Nachbesprechung zwischen der Fachkraft/ dem Therapieteam und dem Dolmetscher, im Rahmen deren zusätzliche Bemerkungen besprochen werden?</i>
81	L: Eine Nachbesprechung zwischen dem Arzt und // und dem Dolmetscher sollte nur dann stattfinden, wenn das Kind während der medizinischen Sitzung nicht die erforderliche Ruhe zeigt oder sich unangemessen verhält. Der Dolmetscher kann dann bei der Nachbesprechung die Informationen an den Arzt weiterleiten...
82	I: <i>Meinen Sie Informationen, die bei der medizinischen Sitzung der Familie nicht mitgeteilt werden konnten?</i>
83	L: Ja, was während der medizinischen Sitzung nicht gesagt werden konnte. Dann gibt es diese Ruhe, wenn der Arzt seine Meinung äußern kann, der Dolmetscher zur Kenntnis nimmt und bei der nächsten medizinischen Sitzung kann der Dolmetscher auch die Familie informieren.
84	I: <i>Verstehe. Die dritte Frage wäre: Wie wichtig ist ihrer Meinung nach die Vertraulichkeit von familienbezogenen Daten vonseiten der DolmetscherInnen?</i>
85	L: Die Vertraulichkeit ist äußerst wichtig, weil der Dolmetscher eine Art (ehm) vielleicht nicht der offizielle Psychologe der Familie ist, aber er (ehm) vertritt die Familie und kennt alle Informationen oder allgemein // die notwendigen und grundlegenden Informationen.
86	I: <i>Wie soll diese Vertraulichkeit gegenüber dem Arzt sein?</i>
87	L: Bei einer Vorbesprechung mit der Familie kennt der Dolmetscher bereits, oder so wäre es normal, diese Grenze zu wissen, was mit dem Arzt gesprochen werden darf.
88	I: <i>Ok. Wie sehr sollen Dolmetscher mit dem Kind Augenkontakt halten und lächeln, auch wenn das Risiko besteht, eine engere Verbundenheit mit ihm herzustellen als der Arzt?</i>
89	L: Normalerweise sind Kinder sehr sentimental und binden sich sehr schnell an Menschen, die ihnen helfen, die ihnen ein Lächeln schenken und ihnen gute Ratschläge geben. Kinder

	sind sehr anpassungsfähig, und dann denke ich, dass // der Dolmetscher genauso anpassungsfähig sein sollte, und es sollte diese Verbindung geben ...
90	I: <i>Glauben Sie also nicht, dass es ein Problem ist, wenn die Verbindung enger ist als zwischen dem Kind und dem Arzt?</i>
91	L: Nein, im Gegenteil, // das Kind hätte Vertrauen und könnte seine verborgenen Gefühle ausdrücken. Normalerweise haben Kinder auch verborgene Gefühle. Wenn sie diese ausdrücken können, kann der Arzt die reale Situation des Kindes, die medizinische Situation, kennen.
92	I: <i>Ich verstehe. Okay, ich bin zu den abschließenden Fragen gekommen, den letzten, und damit meine ich, wenn Sie mehr zu sagen hätten, als Sie gefragt wurden, andere Anregungen, die Sie über die Rolle der Dolmetscher haben würden?</i>
93	L: Der Dolmetscher muss also anpassungsfähig, emotional stabil, normal, (...) engagiert sein, geduldig sein, um sowohl der Familie als auch dem Arzt zuhören können, um die // Worte klar zu formulieren und zu übertragen, weil Dolmetschen eine Interpretation ist. Es ist übrigens keine wortwörtliche Übersetzung. Es ist ganz anders.
94	I: <i>Sie denken also nicht, dass das Dolmetschen wortwörtlich sein sollte, sondern die Idee selbst und die Information soll übertragen werden?</i>
95	L: Tatsächlich nicht, es geht ja gar nicht wortwörtlich. Alles wird interpretiert.
96	I: <i>Verstehe. Und gibt es diesbezüglich persönliche Erfahrungen, die für diese Studie relevant wären?</i>
100	L: Bisher habe ich nur positive Erfahrungen gemacht, bei denen mein Wunsch, // meine Meinung, absolut meine Meinung // und das, was ich für notwendig und gut für mein Kind hielt, an den Arzt übermittelt wurde, der Arzt richtig informiert wurde, und bisher habe ich kein Problem gehabt. Der Dolmetscher spielt eine sehr wichtige Rolle, // und deshalb denke ich, dass alles in Ordnung ist, wenn er konzentriert und engagiert ist.
101	I: <i>Ok. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!</i>
102	L: Ich bedanke mich für die Einladung.

Anhang 9: Transkript 3

Interview Code Nummer: 3
Interviewpartner: Vater des 7jährigen F
Codierung: I = Interviewerin, G = Sigel der befragten Person
Interviewdatum: 2.10.2020

In diesem Interview wird nicht gegendert. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

103	I: <i>Ich werde mit allgemeinen Fragen beginnen. Was denken Sie über einen Arztbesuch, für den ein Übersetzer erforderlich ist, im Vergleich zu einem Arztbesuch in Ihrer Muttersprache?</i>
104	G: (...) Wenn ich die gesprochene Sprache überhaupt nicht oder zu wenig verstehe, scheint es mir eine <u>Hilfe</u> zu sein.
105	I: <i>In welchem Fall könnte die Übersetzung den Ablauf des Arztbesuchs beeinträchtigen?</i>
106	G: Wenn der Übersetzer nicht über die erforderlichen Kenntnisse verfügt oder (...) die Sprache nicht gut sprechen würde, würde er die Informationen möglicherweise verstehen, wenn er sie in seiner Muttersprache erhalten würde, (ehm) aber dann würde er sie falsch weitergeben, weil er die andere Sprache nicht gut spricht.
107	I: <i>Was denken Sie, sollte es eine enge Beziehung zwischen dem Übersetzer und dem medizinischen Team geben? Sollten sie sich gut kennen?</i>
108	G: Ich glaube, wenn sie sich sehr gut kennen würden, bestünde das Risiko, dass dem Übersetzer Dinge außerhalb des Besuchs erzählt würden, die vor der Familie verborgen wären, (...) Informationen, die die Familie <u>zu spät</u> erreichen würden.
109	I: <i>Was halten Sie von einer engen Beziehung des Übersetzers zu der Familie, für die er übersetzt?</i>
110	G: (lacht) Wenn der Übersetzer die Familie gut kennt, kann ich als Elternteil

	mehr (...) Selbstvertrauen haben und (ehm) <u>offener</u> sein, wenn ich über den Fall meines Kindes spreche.
111	I: <i>Was ist die Hauptrolle eines Übersetzers?</i>
112	G: Das erste, was mir in den Sinn kommt, ist, dass er hilft.
113	I: <i>Welche Rollen übernimmt er oder sollte er noch übernehmen?</i>
114	G: In der Lage sein, so zu // <u>erklären</u> , dass die Eltern <u>verstehen</u> .
115	I: <i>Welche Eigenschaften sollte ein Übersetzer im allgemeinen haben, aber auch im Besonderen, wenn ein Kind anwesend ist?</i>
116	G: Ich denke er sollte freundlich sein. Wenn der Übersetzer mürrisch wäre (lacht), (ehm) wie soll ich sagen, (...) zum Beispiel kalt und sehr ernst, könnte ich nicht sagen, was ich vorhabe, (...) ich könnte mich nicht <u>öffnen</u> . Er sollte <u>freundlich</u> sein und auch die Familie <u>ermutigen</u> , wenn er die Notwendigkeit sieht.
117	I: <i>Perfekt, und jetzt hätte ich einige spezifischere Fragen, (ehm) bestimmte Fälle, zu denen ich Sie bitte, Ihre Meinung zu äußern. Nehmen wir an, (...) ich als Übersetzer übersetze etwas für Sie, und Sie haben es nicht gut verstanden, und bitten mich um eine Wiederholung. Sollte ich als Übersetzer dem Arzt sagen, dass Sie eine Wiederholung benötigen, oder sollte ich einfach wiederholen?</i>
118	G: Der Übersetzer sollte sich wiederholen, aber mit anderen Worten, um besser verstanden zu werden. (...) Ich denke nicht, dass der Arzt es noch einmal wiederholen sollte, aber der Übersetzer sollte versuchen, es mit <u>anderen Worten</u> zu erklären. Er könnte dem Arzt sagen, dass er wiederholen wird, aber dann selber wiederholen.
119	I: <i>Was halten Sie von einer Nachbesprechung nur zwischen einem Arzt oder Therapeuten und einem Dolmetscher, bei der zusätzliche Beobachtungen gemacht werden?</i>
120	G: (ehm) Wie ich bereits gesagt habe, (...) wenn ich den Übersetzer ein paar Minuten lang alleine mit dem Arzt sprechen sehen würde – wenn sie sich nur begrüßten, wäre das in Ordnung – aber wenn sie mehr reden würden, hätte ich <u>Angst</u> , dass der Arzt etwas über den Fall meines Kindes vor mir versteckt

	(ehm) und würde mich nicht wohl fühlen.
121	I: <i>Verstehe. Wie viel Vertraulichkeit vonseiten des Übersetzers gegenüber dem Arzt erwarten Sie, beispielsweise wenn die Familie bestimmte Dinge vor dem Arzt verbergen möchte, die aber für die medizinische Diskussion relevant sein könnten?</i>
122	G: (lacht) (ehm) In diesem Fall würde der Übersetzer zwischen die Familie und den Arzt stehen, denn wenn er dem Arzt Dinge erzählt, die die Familie verbergen möchte, (...) könnte der Arzt dies zu schätzen wissen, aber vielleicht würde sich die Familie weigern, von diesem Übersetzer weiterhin übersetzt zu werden. (...) Wenn ich als Elternteil aber Dinge zu verbergen hätte, würde ich es dem Übersetzer nicht sagen, (ehm) um ihm nicht in eine solche Situation zu bringen.
123	I: <i>Alles klar. Wie sehr sollen Dolmetscher mit dem Kind Augenkontakt halten und lächeln, auch wenn das Risiko besteht, eine engere Verbundenheit mit ihm herzustellen als das Kind mit dem Arzt?</i>
124	G: Im Fall meines Kindes zum Beispiel kann er nicht mit jeder Person eine Beziehung aufbauen, und dann <u>würde</u> ich dies und <u>könnte</u> ich dies <u>nicht verhindern</u> . Vielleicht wäre das sogar eine positive Sache, wenn es dem Kind gelingt, sich besser zu öffnen.
125	I: <i>Verstehe. Hätten Sie weitere Beobachtungen oder persönliche Erfahrungen, die Sie für relevant halten? Wenn ja, möchten Sie diese in diesem Interview teilen?</i>
126	G: Ich habe keine anderen Beobachtungen. Meine Frau hatte einmal eine Erfahrung, als der Übersetzer sehr <u>kurz</u> und <u>kalt</u> übersetzte, einige <u>sehr kurze Antworten</u> . Ich denke, (...) er sollte die Fähigkeit haben, den Eltern bestimmte Dinge auf eine freundliche Weise zu <u>erklären</u> .
127	I: <i>Verstehe. Herzlichen Dank für das Interview!</i>
128	G: Gern geschehen!

Anhang 10: Transkript 4

Interview Code Nummer: 4
Interviewpartnerin: Fachärztin für Kinder- u. Jugendheilkunde
Codierung: I = Interviewerin, S = Sigel der befragten Person
Interviewdatum: 8.10.2020

In diesem Interview wird nicht gegendert. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

129	I: Also ich beginne jetzt mit den allgemeinen Fragen, nämlich: Wie empfinden sie generell die Zusammenarbeit mit Dolmetschern?
130	S: Also generell größtenteils würde ich sie als Hilfe bezeichnen, manchmal war es absolut notwendig und ohne Dolmetschen überhaupt kein Arbeiten möglich und nur in Einzelfällen war es nicht zufriedenstellend gewesen.
131	I: Ok, dann würde ich jetzt gleich fragen: Inwiefern könnte der Einsatz von Dolmetschern eine Beeinträchtigung darstellen?
132	S: Die Beeinträchtigung, ja, ich denke, dass ein genereller Informationsverlust ist, so gut wie man es auch macht. Ich meine, es gibt ja auch angeblich Untersuchungen, ich weiß nicht ob es stimmt, die doch gesagt haben, dass bis zu 50% Informationsverlust ist, durch Dolmetsch sein kann. Ich denke nicht, dass es so viel ist, aber dafür schon eben eine Beeinträchtigung //. Und in zweiter Linie auch, ja grad wenn so etwas heikel ist, es ist ein schweres Trauma, oder man eine Psychotherapie mit Dolmetsch macht, dass es für die betroffenen Patienten, ja, nochmal schwieriger ist, dass es nicht eine reine eins zu eins Zitation ist, aber man hat halt einfach manchmal keine Möglichkeit, es ohne Dolmetschen zu machen.
133	I: Alles klar, dann stelle ich jetzt folgende Frage: Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Beziehung der Dolmetscher zu dem Therapieteam, zu der Fachkraft? Wenn wichtig, dann inwiefern?
134	S: Ja, es hat eine gewisse Wichtigkeit, es wird doch schon ein Vorteil, wenn

	man sich schon kennt, und vielleicht bei der gleichen Sprache eher den gleichen Dolmetscher öfter hat, (ehm) (...) ja, von Vorteil ist sicher, wenn man sich gegenseitig wertschätzt, aber trotzdem eine Distanz bewahren, würde ich jetzt nicht so günstig empfinden, wenn man dann per Du ist mit den Dolmetschern, das löst dann auch vielleicht irgendwas in den Patienten aus.
135	I: <i>Ok, verstehe. Wie wichtig ist dann die Beziehung der Dolmetscher zu Patienten, also zu den Kindern und vor allem aber zu deren Familienangehörigen?</i>
136	S: Ja, die ist bis zu einem gewissen Grad auch wichtig, aber ich hab irgendwie die Erfahrung oder den Eindruck, dass zu viel Nähe auch kontraproduktiv sein kann. (...) Ja, die Grenzen sollten klar sein, dass das jetzt eine Dolmetschfunktion ist und nicht eine befreundete Person.
137	I: <i>Verstehe. Glauben Sie, es wäre besser, dass Dolmetscher <u>keinen</u> Kontakt mit der Familie außerhalb der ärztlichen Gespräche haben sollen, oder wäre das für Sie jetzt kein Problem?</i>
138	S: (...) Na ja, (...) Ich glaube, dass es günstiger wäre, dass sie das auf die ärztlichen Kontakte beschränken, also ein Anruf vorher, dass der Termin dann stattfindet, oder jetzt die Corona-Fragen ja, aber sonstige Kontakte (ehm) ja, ich mein das ist nicht mein Recht, das zu verlangen, so würde ich nie im Leben machen, aber so würde ich nicht als empfehlenswert empfinden.
139	I: <i>Ja, verstehe. Ok, jetzt die fünfte Frage: Welche ist Ihrer Meinung nach die Hauptrolle von Dolmetschern?</i>
140	S: Also, der Informationstransfer, dass es möglichst genau übersetzt wird, und dass man auch versucht, nichts zu verschönern, um es irgendwie nachher zu schonen, aber oder auch eben keine Informationen zurückhält, aber auch nicht was Zusätzliches gibt, was Tröstendes oder persönliche Erfahrungen, also das ist wirklich sehr fachlich //.
141	I: <i>Und welche Rollen übernehmen Dolmetscher noch außer dem Informations-transfer?</i>
142	S: Ich glaube sie haben trotzdem auch eine andere Funktion, im Sinne dass es ein gewisses Bindungsglied ist, also zwischen den Kulturen, also ja (...), dass

	es auch irgendwie das Gefühl gibt, das ist eine emotionale Stütze und das sie auch das Gefühl haben, sie werden jetzt sprachlich wirklich verstanden und unterstützt.
143	I: <i>Genau. Ok. Welche Fähigkeiten sollen Ihrer Meinung nach Dolmetscher für eine erfolgreiche Leistung aufweisen?</i>
144	S: Die professionelle Distanz, die Empathie, die sonst vorhanden sein sollte, aber eben Empathie und nicht Mitleid empfinden, dass sie sich hineinversetzen können ja, aber nicht dass sie dann mitleiden. Und (...) klar, es ist auch sehr wichtig, dass sie ein gutes sprachliches Niveau in beiden Sprachen haben, denn im Einzelfall gibt es halt Dolmetscher, die nicht wirklich gut Deutsch können und dann ist halt fraglich für mich, ob das jetzt was bringt. (ehm) (...) Ein gewisser Bildungsgrad ist halt auch von Vorteil, ich meine, es verlangt doch keiner, dass man alle medizinische Begriffe kennt, aber ich denke, wenn jemand (...) ja, eine relativ geringe Bildung hat, dann hat er auch Schwierigkeiten, das zu übersetzen, was im medizinischen Bereich irgendwie vorkommt.
145	I: <i>Ist eine Ausbildung für Sie also etwas sehr Wichtiges?</i>
146	S: Ja, aber ich meine damit nicht, dass jeder einen Uniabschluss braucht, aber dass ein gewisser Bildungsgrad eben da sein sollte.
147	I: <i>Ok, und welche speziellen Anforderungen glauben Sie gibt es im Bereich der Kinderpsychiatrie?</i>
148	S: Ja, ich denke eine gewisse Belastbarkeit muss auch da sein, weil da schon schwere Schicksale sind, und (...) ich mein, wir sind keine Kinderpsychiatrie, aber wir treffen die Kinderpsychiatrie auch, ich mein, man ist halt auch mit Themen konfrontiert, mit schweren Diagnosen, Misshandlungen, Missbrauch, Suizid, und da muss glaub ich eine gewisse Belastbarkeit da sein, dass man das irgendwie ertragen kann und (...) man sollte doch nicht zu persönlich sein, wenn da Leute irgendwie // auffällig sind, und das geht ja dann nicht in den Dolmetschern persönlich, dass man da auch eine Distanz hat.
149	I: <i>Ok, perfekt, und jetzt würde ich die vier spezifischen Fragen stellen, und die erste: Wie sollen Dolmetscher vorgehen, wenn eine Familie eine Wiederho-</i>

	<i>lung des Gesagten braucht? Sollen Dolmetscher dieser Bitte selbstständig nachkommen und das Gesagte nochmal wiederholen, oder soll diese Bitte an die Fachkraft gerichtet werden?</i>
150	S: Ja, ich würde mir wünschen, dass die Frage an die Fachkraft gerichtet wird, weil er sonst einen gewissen Informationsverlust möglicherweise hat, und außerdem kann ich ja dann die Frage korrigieren, ich kann sie nochmal anders stellen.
151	I: <i>Ok. Die zweite Frage wäre: Wie sollen Dolmetscher Ihrer Meinung nach vorgehen, wenn sie von Patienten gebeten werden, bestimmte Äußerungen nicht oder anders zu dolmetschen?</i>
152	S: Ja, ich würde mir wünschen oder vorstellen, dass der Dolmetscher damit offen ist, denn das ist im Interesse von allen Beteiligten, auch im Sinne von einem Informationsverlust, auch weil es schon einfach wichtig ist, dass alle Beteiligten in dem Fall auch vom Dolmetscher das gleiche // bekommen.
153	I: <i>Welche Vorgehensweise seitens der DolmetscherInnen wäre Ihrer Meinung nach angemessen, wenn sie erkennen, dass Eltern Ihrem Kind eine schlechte Nachricht nicht vermitteln wollen, um es nicht zu verängstigen oder aus anderen kulturellen Gründen?</i>
154	S: Na ja, es wäre wünschenswert, wenn das offen gefragt wird, und so kann dann die Fachkraft auch versuchen, eine gemeinsame Lösung zu finden, um die Eltern eben da zu entlasten, oder ihnen noch jemanden zur Verfügung zu stellen, um diesen Transfer der Informationen durchzuführen. Vielleicht müssen es ja die Eltern nicht alleine machen, oder das kann ja auch ein Prozess sein, aber ja, es muss halt offen gesagt werden.
155	I: <i>Genau. Ok. Wie sehr sollen Dolmetscher mit dem Kind Augenkontakt halten und lächeln, auch wenn das Risiko besteht, eine engere Verbundenheit mit ihm herzustellen als Sie?</i>
156	S: Ja, also dass sehe ich entspannter,
157	I: <i>Ja, ok... Gut, dann sind wir schon bei den letzten Fragen. Hätten Sie noch Anregungen in Bezug auf die Rolle der Dolmetscher?</i>
158	S: Ja, ich weiß nicht, ob das realistisch ist, aber ich hätte mir vorgestellt, dass

	es eigentlich sinnvoll wäre, dass Dolmetscher einen gewissen Grad an Supervision angeboten bekommen sollten, da vielleicht gibt es doch die eine oder die andere doch sehr belastende Situation. Vielleicht gibt es die Möglichkeit von kurzen Einschulungen innerhalb der Einrichtung, // oder eben Kontakt zuerst zum Pflegepersonal, dass da auch einfach Fragen seitens des Dolmetschers... allgemein, jetzt nicht unbedingt, dass er sich nur zu diese eine Familie beziehen muss... //
159	I: <i>Ja, und jetzt die letzte Frage: Haben Sie persönliche Erfahrungen, die Sie für diese Studie relevant hielten?</i>
160	S: Ich habe mal bei mir ein- zweimal, und habe von Kolleginnen schon gehört, ja, dass es einzelne gibt, die zu eng verstrickt sind mit den Familien, und auch persönlich sehr viel Kontakt haben. Das finde ich prinzipiell schwierig, muss ich sagen. Und ja, es gab mal eine Dolmetscherin, die auch ein bisschen voreilig ist, wenn ich den halben Satz gesagt habe, hat sie angefangen zu übersetzen und zu sagen: Ich weiß schon, was Sie sagen wollen. Ich habe gesagt: Nein, Sie wissen es nicht (lacht). Also das fand ich schwierig, wie gesagt, das sind einzelne Situationen gewesen, größtenteils funktioniert es schon gut.
161	I: <i>Genau, verstehe. Vielen, vielen Dank für Ihre Teilnahme!</i>
162	S: Das habe ich sehr gerne gemacht!

Abstracts

Abstract (Deutsch)

Im Kontext der weltweiten Migrationsströme im 21. Jahrhundert steigt der Dolmetschbedarf im medizinischen Bereich, und damit auch im Bereich der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie kontinuierlich. In diesem Bereich sind bei den beteiligten AkteurInnen oft große Unterschiede hinsichtlich der Rolle von DolmetscherInnen und den damit verbundenen Erwartungen zu erkennen, was zu misslungener Kommunikation führen kann.

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, den Forschungsstand zum Rollenprofil von DolmetscherInnen in den o.g. Teilbereichen zu dokumentieren und empirisch zu überprüfen. Dazu wurde die folgende Forschungsfrage gestellt: *Wie wird das Rollenprofil von DolmetscherInnen im Rahmen der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie aus Perspektive von FachärztInnen und PatientInnen beschrieben und wie können die erhobenen Rollenbilder zu den in der Literatur referierten in Bezug gesetzt werden?* Zur Beantwortung dieser Frage wurde eine qualitative Interviewstudie durchgeführt, die aus teilstrukturierten Leitfaden-Interviews mit zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde und zwei Elternteilen bestand. Ähnlich wie in der Fachliteratur festgestellt, zeigen die Ergebnisse, dass die Einbeziehung von DolmetscherInnen sowohl von Fachärztinnen als auch von Eltern bis auf gewisse Ausnahmen positiv wahrgenommen wird. Die Rollenauffassungen unterscheiden sich jedoch erheblich, insbesondere was die Erwartungen an Neutralität bzw. Freundlichkeit betrifft, was zu Belastungssituationen und Loyalitätskonflikten führen kann.

Abstract (Englisch)

Due to increased migration flows in the 21st century, the demand for interpreting in the medical sector is rising. Consequently, it is increasing in the field of child psychiatry and psychotherapy. The users and providers of (mental) health services often show great differences in opinion regarding the role of interpreters and the associated expectations, which can lead to unsuccessful communication.

The aim of the present master's thesis is to examine the state of research on the role profile of interpreters and to verify certain related subsections empirically. Thus, the following research question was formulated: *What are the perspectives of specialists and patients on the role of interpreters in the context of child psychiatry and psychotherapy, and how can the identified roles be correlated to those presented in relevant literature?* To answer this question, a qualitative interview study was carried out, which consisted of semi-structured guided interviews with two specialists in pediatrics and two parents. Similar to what is established in the specialist literature, the results show, with few exceptions, that the involvement of interpreters is perceived positively by both specialists and parents. However, the perceptions of the roles differ considerably, especially with regard to the expectations of neutrality or friendliness, which can lead to stressful situations and conflicts of loyalty.