

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Community Interpreting, Sprach- und Kulturmittlung und
Kommunikation mit russischsprachigen Patienten im
medizinischen Bereich“

Verfasser

Stefan Zimmermann

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 243 361

Studienrichtung lt. Studienblatt: Slawistik (Stzw. Russisch)

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Gero Fischer

Inhaltsverzeichnis

0. Vorwort.....	5
1. Was ist Community Interpreting?	7
1.1. Community Interpreting vs. Sprach- und Kulturmittlung.....	7
1.2. Community Interpreting vs. Konferenzdolmetschen, Gerichtsdolmetschen	10
1.3. Community Interpreting im medizinischen Bereich.....	15
1.4. Professionelles vs. nichtprofessionelles Community Interpreting	16
1.5. Anforderungen und Ausbildungen zum Community Interpreter	20
1.6. Community Interpreting in ausgewählten Ländern	26
1.6.1. Community Interpreting in Österreich	26
1.6.2. Australien	28
1.6.3. USA.....	29
1.6.4. Schweden.....	30
2. Grundlagen der Arzt-Patient-Kommunikation.....	32
2.1. Was ist Kommunikation?	32
2.2. Nonverbale Kommunikation	34
2.3. Beziehung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient	37
2.4. Der biomedizinische Ansatz in der ärztlichen Gesprächsführung.....	39
2.5. Vom biomedizinischen Ansatz zum traditionellen Arzt-Patienten-Gespräch.....	42
2.6. Der psychosoziale Ansatz in der ärztlichen Gesprächsführung	45
2.7. Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel der Anamnese.....	48
2.8. Frage-Antwort-Sequenzen in der Arzt-Patient-Kommunikation	52
2.9. Arzt-Patient-Kommunikation in der Ausbildung der Mediziner.....	55
2.10. Besonderheiten der Arzt-Patient-Kommunikation im Krankenhaus	55
2.11. Arzt-Patient-Kommunikation mit ausländischen Patienten	59
3. Community Interpreting in der Arzt-Patient-Kommunikation	61
3.1. Der Dolmetscher in der vermittelten Arzt-Patient-Kommunikation	61
3.1.1. Kinder als Community Interpreter	66
3.1.2. Angehörige und Bekannte als Community Interpreter	68
3.1.3. Krankenhausmitarbeiter als Community Interpreter.....	68
3.1.4. Reinigungspersonal als Community Interpreter	69
3.1.5. Professionelle Dolmetscher als Community Interpreter	69
3.1.6. Sonderfall Telefondolmetschen	70

3.2.	Sprache und Sprachbarrieren in der vermittelten Arzt-Patient-Kommunikation.....	70
3.3.	Die Rollenmodelle des medizinisch-sozialen Community Interpreting	74
3.4.	Die Sitzkonstellation.....	76
3.5.	Die Kulturkompetenz des Community Interpreter	78
4.	Krankheitsausdruck und Schmerzempfinden in fremden Kulturen.....	82
4.1.	Krankheitskonzepte und volksmedizinische Vorstellungen in fremden Kulturen	82
4.2.	Krankheitserleben von ausländischen Patienten.....	84
4.3.	Schmerzempfinden von ausländischen Patienten.....	88
5.	Gesprächsanalyse von drei exemplarischen Community Interpreting – bzw. Kommunikationssituationen mit russischsprachigen Patienten.....	91
5.1.	Analyseschema	93
5.1.1.	Rollen und Rollenverhalten der Gesprächsaktanten und allgemeine Aspekte der Kommunikation.....	93
5.1.1.1.	Rolle und Rollenverhalten des Arztes – Fragestellungen.....	93
5.1.1.2.	Rolle und Rollenverhalten des russischsprachigen Patienten – Fragestellungen.....	93
5.1.1.3.	Rolle und Rollenverhalten des Community Interpreter – Fragestellungen ..	94
5.1.1.4.	Allgemeine Aspekte der Kommunikation	95
5.1.2.	Die Ebene der Transferprozesse:	96
5.1.3.	Die Ebene der Gesprächsorganisation	100
5.1.4.	Die Ebene kulturspezifischer Phänomene.....	101
5.2.	Setting 1	103
5.2.1.	Rollen, Rollenverhalten und allgemeine Aspekte der Kommunikation.....	106
5.2.1.1.	Rolle und Rollenverhalten des Arztes	106
5.2.1.2.	Rolle und Rollenverhalten des russischsprachigen Patienten.....	107
5.2.1.3.	Rolle und Rollenverhalten des Community Interpreter.....	108
5.2.1.4.	Allgemeine Aspekte der Kommunikation	108
5.2.2.	Die Ebene der Transferprozesse	109
5.2.3.	Die Ebene der Gesprächsorganisation	110
5.2.4.	Die Ebene kulturspezifischer Phänomene.....	110
5.3.	Setting 2	111
5.3.1.	Rollen, Rollenverhalten und allgemeine Aspekte der Kommunikation.....	115
5.3.1.1.	Rolle und Rollenverhalten des Arztes	115
5.3.1.2.	Rolle und Rollenverhalten des russischsprachigen Patienten.....	116

5.3.1.3.	Rolle und Rollenverhalten des Community Interpreter.....	117
5.3.1.4.	Allgemeine Aspekte der Kommunikation	118
5.3.2.	Die Ebene der Transferprozesse	119
5.3.3.	Die Ebene der Gesprächsorganisation	120
5.3.4.	Die Ebene kulturspezifischer Phänomene	120
5.4.	Setting 3	122
5.4.1.	Rollen, Rollenverhalten und allgemeine Aspekte der Kommunikation.....	125
5.4.1.1.	Rolle und Rollenverhalten des Arztes	125
5.4.1.2.	Rolle und Rollenverhalten des russischsprachigen Patienten.....	126
5.4.1.3.	Rolle und Rollenverhalten des Community Interpreter.....	126
5.4.1.4.	Allgemeine Aspekte der Kommunikation	127
5.4.2.	Die Ebene der Transferprozesse	127
5.4.3.	Die Ebene der Gesprächsorganisation	128
5.4.4.	Die Ebene kulturspezifischer Phänomene	128
5.5.	Fazit.....	129
6.	Резюме на русском языке	131
6.1.	Предисловие.....	131
6.2.	Основы языкового посредничества и посредничества между культурами.....	132
6.3.	Коммуникация между врачом и пациентом	134
6.4.	Перевод в общественном секторе в коммуникации между врачом и пациентом 136	
6.5.	Выражение болезни и восприятие боли в разных культурах.....	138
6.6.	Анализ трёх ситуаций в сфере перевода в общественном секторе с русскоговорящими пациентами.....	140
7.	Zusammenfassung (Abstract)	142
8.	Literaturverzeichnis	143
9.	Lebenslauf.....	153

0. Vorwort

In der vorliegenden Diplomarbeit wird eine Thematik vorgestellt, die in Österreich in Zukunft eine immer größere Bedeutung haben wird. Die Kommunikation mit fremdsprachigen bzw. ausländischen Patienten und die damit in Zusammenhang stehenden Methoden von Community Interpreting bzw. Sprach- und Kulturmittlung sind in vielen österreichischen Krankenhäusern und Arztpraxen noch mit großen Schwierigkeiten verbunden. Ziel meiner Diplomarbeit soll es nun einerseits sein, theoretisch die verschiedenen Probleme dieser Thematik aufzuzeigen und Lösungsansätze miteinzubringen und anschließend mit meiner eigenen Feldstudie praktische und anschauliche Beispiele zu analysieren, um die Theorie besser verstehen zu können.

Im ersten Kapitel der Arbeit wird eine Einführung in die Thematik des Community Interpreting bzw. der Sprach- und Kulturmittlung gebracht, wobei hier das schwierige Abgrenzen dieser Tätigkeit von anderen verwandten translatorischen Richtungen und die Komplexität verschiedenster Begriffsdefinitionen erörtert wird. Schließlich sollen in diesem Teil auch Anforderungen und Ausbildungswege, sowie der Ist-Zustand des Community Interpreting in Österreich und in ausgewählten Ländern analysiert werden.

Das zweite Kapitel der Arbeit soll eine Einführung in die Arzt-Patient-Kommunikation darstellen. Dabei sollen kurz kommunikationswissenschaftliche Grundlagen abgeklärt, und zunächst ausführlich die deutsch-deutsche Kommunikation zwischen Arzt und Patient untersucht werden. Dabei werden unterschiedliche Modelle der Gesprächsführung dargestellt. Außerdem werden auch die besonderen Rahmenbedingungen in Krankenhäusern als Einflussfaktoren für diese Form der Kommunikation gezeigt. Am Ende dieses Kapitels wird schließlich auf die Kommunikation zwischen deutschsprachigem Arzt und fremdsprachigen Patienten eingegangen.

Im dritten Kapitel wird die Rolle des Community Interpreter als dritter Gesprächsaktant in der triadischen Kommunikation besprochen. Dabei werden die verschiedenen möglichen Varianten von Community Interpretern, ihre verschiedenen Vorteile und Nachteile untersucht.

Das vierte Kapitel widmet sich unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen, dem abweichenden Krankheits- und Schmerzäußern von fremdsprachigen bzw. ausländischen Patienten.

Schließlich werden im fünften Kapitel transkribierte vermittelte Arzt-Patient-Gespräche mit russischsprachigen Patienten nach verschiedenen Gesichtspunkten analysiert.

Die Diplomarbeit soll praktischen Nutzen haben und kann sicherlich dazu beitragen im österreichischen Gesundheitssystem interkultureller Kommunikation und interkulturellen bzw. kulturspezifischen Phänomenen einen höheren Stellenwert zu geben und viele Missverständnisse und Probleme aus dem Weg zu räumen.

Als sprach- und kulturwissenschaftlich ausgebildeter Slawist versuche ich mit meiner Diplomarbeit die Brücke zur Translations- und Kommunikationswissenschaft sowie auch zur Medizin zu schlagen, und diese spannende Thematik ganzheitlich zu beleuchten.

Ich möchte mich an dieser Stelle recht herzlich beim Betreuer der Diplomarbeit Ao. Univ. Prof. Dr. Gero Fischer für die Betreuung und Unterstützung bedanken. Außerdem möchte ich vor allem auch Mag. Klaus Neumann, Geschäftsführer des Vereins Menschen.Leben und Mag. Inge Pinzker, Dolmetscherin im psychosozialen Dienst der Erstaufnahmestelle Traiskirchen dafür danken, dass sie mir im Sommer 2007 die Gelegenheit gaben, im Flüchtlingslager Traiskirchen ein Praktikum zu machen, und mich dort auf die komplexe Problematik des Community Interpreting aufmerksam gemacht haben. Zum Schluss sei natürlich auch meinen Eltern gedankt, dass sie mich in den letzten Jahren emotional und finanziell unterstützt und mir die Freiheit gelassen haben, meinen eigenen Lebensweg zu finden.

1. Was ist Community Interpreting?

1.1. Community Interpreting vs. Sprach- und Kulturmittlung

Der Begriff Community Interpreting wurde durch eine Arbeitsgruppe am Londoner Institute of Linguists geprägt. Der Begriff leitet sich von „Community Worker“, einer Person, die für die Gemeinschaft arbeitet, ab, und entstand in den 80iger Jahren in klassischen Einwanderungsländern, wie Kanada und Australien. (vgl. Slapp 2004, 11f.)

Die Bezeichnung Community Interpreting meint nach Bowen (2003, 319) im Wesentlichen das Dolmetschen für Einzelpersonen oder Kleingruppen des Migranten- und Flüchtlingsbereiches in verschiedenen Institutionen, wie Ämtern, Behörden, Schulen sowie Gesundheitsbereich.

Durch das folgende Zitat soll der Begriff Dolmetschen definiert werden:

„Dolmetschen ist im Gegensatz zu Übersetzen die mündliche Form der Translation. Hierbei wird ein Text, der in der Regel mündlich formuliert wird, aus Sprache A in Sprache B übertragen“ (Allaoui 2005, 20)

Nach Kalina (2000, 2) meint Community Interpreting das Dolmetschen in Situationen, wo Flüchtlinge, Migranten bzw. ausländische Arbeitnehmer mit verschiedensten behördlichen, sozialen, medizinischen und schulischen Institutionen konfrontiert werden. Hier wird der Flüchtlings- und Migrantenbereich bereits um den der Arbeitnehmer erweitert.

Pöchlhacker sieht den Tätigkeitsbereich des Community Interpreting bereits sehr umfassend:

„Community Interpreting bezieht sich [...] auf vermittelte Kommunikation in jeder Art von ‚Institution‘ – im weitesten Sinn: nicht nur auf Ämter und Behörden, Gerichte und Krankenhäuser, sondern etwa auch auf Beratungsstellen ‚privater‘ Vereine, Arztpraxen und Anwaltskanzleien, ja sogar auf kommerzielle Einrichtungen. Es geht also prinzipiell um Dolmetschen in kommunalen Institutionen, in jeglichen Situationen des Alltagslebens in der Gemeinde („Kommune“)“ (Pöchlhacker 1997, 52)

Slapp (2004, 12) zählt auch Touristen zu den potentiellen Kunden des Community Interpreting:

„Community Interpreting kann als das Dolmetschen spontaner Gespräche zwischen Menschen (Einwanderer, Aussiedler, Gastarbeiter, Flüchtlinge aber auch Touristen) und Angestellten (Fachpersonal) öffentlicher Einrichtungen der medizinischen und sozialen Bereiche eines Aufnahmelandes definiert werden“ (Slapp 2004, 12)

Diese Definitionen zeigen schon sehr deutlich, dass Community Interpreting auf verschiedenste ausländische Gruppierungen bezogen werden kann, in anderen Definitionen findet man jedoch stärker Eingrenzungen bzw. Abgrenzungen. Slapp bezieht in seiner Definition Touristen mit ein, die in den meisten anderen Definitionen ausgeklammert bleiben, grenzt jedoch den Zielbereich wie viele andere auf den medizinischen und sozialen Bereich ein. Es stellt sich hier bereits die Frage, inwieweit der polizeilich-behördliche und gerichtliche Bereich zu diesem Bereich zählen.

Community Interpreting hat sich international als Begriff für das Dolmetschen im medizinischen und sozialen Bereich durchgesetzt. Daneben gibt es jedoch eine Reihe von anderen Begriffen, welche dieselbe Tätigkeit meinen, die jedoch regional auf verschiedene Länder oder Erdteile beschränkt sind. So spricht man im Rahmen von Community Interpreting in Großbritannien auch von Public Service Interpreting, in Australien von ad hoc Interpreting oder Liaison Interpreting, in Kanada von Cultural Interpreting und in den USA von Escort Interpreting, Medical Interpreting, Health Interpreting, Three - Cornered Interpreting und Dialogue Interpreting. (vgl. Slapp 2004, 12f.)

In Australien wird der Begriff „liaison interpreting“ für das Dolmetschen im Geschäftsbereich, im medizinischen und sozialen Bereich sowie im Bildungs- und Rechtsbereich verwendet. In Großbritannien bezieht sich der Begriff „public service interpreting“ auf das Dolmetschen im Gesundheits- und Rechtsbereich, der Geschäftsbereich bleibt jedoch ausgeklammert. (vgl. Chiba 1997, 16f.)

In den skandinavischen Ländern haben sich die Begriffe „dialogue interpreting“ und „contact interpreting“ etabliert.

Die verschiedenen Benennungen wie „community interpreting“, „cultural interpreting“, „contact interpreting“, „dialogue interpreting“ wurden entweder nach dem Inhalt der Dolmetschsituation (community situations) oder nach der Form des Dolmetschens (dialogue situation) kreiert. (vgl. Durlanik 2000, 2)

Im deutschsprachigen Raum gibt es daneben noch die Begriffe Sprach- und Kulturmittlung, Sprach- und Integrationsmittlung, Behördendolmetschen, Krankenhausdolmetschen, Kulturvermittlung, Interkulturelles Übersetzen und Kommunaldolmetschen, jedoch setzt sich auch hier immer mehr der internationale Begriff Community Interpreting durch.

In folgendem Zitat wird die Vielfalt an verschiedenen Begriffen nochmals verdeutlicht:

„Für die große Zahl unterschiedlicher Dolmetscharten, die außerhalb des Konferenzdolmetschmarkts gesucht sind, ist das Bild noch vielfältiger – man spricht von bilateralem Dolmetschen, Verhandlungs-, Geschäfts-, Dialogdolmetschen, community liaison und public service interpreting, Gerichtsdolmetschen, Dolmetschen bei Polizeiverhören, im Krankenhaus oder beim Arzt etc.“ (Kalina 2000, 1)

Community Interpreting kann also einige verschiedene Bereiche, wie den Rechts-, Sozial-, Gesundheits- und Behördenbereich umfassen

Diese Subtypen können schließlich noch weiter differenziert werden. So kann der Subtyp „medical interpreting“ noch weiter in „mental health interpreting“ und „medical-legal interpreting“ zerlegt werden.

Der Begriff Kommunaldolmetschen, wie er in Österreich gängig ist, scheint teilweise in Bezug auf Begriffe wie Kommunalpolitik nicht eindeutig zu sein. So ist die Bezeichnung „Gesprächsdolmetschen im medizinischen und sozialen Bereich“ oftmals besser und verständlicher.

Vor allem die Bezeichnung „community“ scheint teilweise nicht ganz abgrenzbar zu sein, da sie leicht mit Begriffen wie „european community“ oder „international community“ kollidiert. Im deutschsprachigen Raum beschränkt sich die Bezeichnung Community Interpreting großteils auf den sozialen und medizinischen Bereich, da das Berufsfeld des Gerichtsdolmetschers eine Zertifizierung verlangt. (vgl. Allaoui 2005, 23f.)

Die in vielen Ländern unterschiedlich gebrauchten Synonyme für Community Interpreting stehen nicht ausschließlich für den sozialen und medizinischen Bereich und sind deshalb oftmals irreführend. Man kann sie teilweise auch für Dolmetschtätigkeiten im Wirtschaftsleben anwenden. (vgl. Slapp 2004, 12f.)

Die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung des Tätigkeitfeldes des Community Interpreting bestehen vor allem darin, dass keine Einigkeit darin besteht, was zum Community Interpreting zählt und was nicht. Teilweise wird der Begriff nur auf das Dolmetschen im Gesundheitswesen angewandt, teilweise umfasst er auch Aktivitäten im behördlichen, polizeilichen und juristischen Bereich. Dazu kommt noch, dass der Begriff vor allem im deutschsprachigen Raum kaum bekannt ist. Selbst im medizinischen und sozialen Bereich kennen viele Berufstätige den Begriff Community Interpreting überhaupt nicht.

In der Literatur werden die beiden Begriffe Community Interpreting und Sprach- und Kulturvermittlung bzw. -mittlung synonym gebraucht, häufig werden diese Begriffe auch unterschiedlich gesehen.

Während Community Interpreting häufig als professionelle Tätigkeit gilt, wird das Sprach- und Kulturmitteln eher als eine Art Laien-Dolmetschen verstanden. Sprach- und Kulturmittler gelten nach diesem Verständnis zwar einerseits eher als die schlecht oder gar nicht ausgebildeten Dolmetscher, andererseits sind sie im Gegensatz zum reinen Dolmetscher in die jeweilige Kommunikationssituation voll involviert. Man kann die Begriffe Community Interpreting und Sprach- und Kulturmittlung getrennt voneinander mit unterschiedlichen Abgrenzungen oder als Synonyme sehen. (vgl. Allaoui 2005, 20)

Knapp (1986, 2; zitiert nach Durlanik 2000, 2) identifiziert den Begriff Sprachmitteln ebenfalls mit „nicht- professionellem Dolmetschen“, welches in einer face-to-face Kommunikation und in Form von Konsekutiv-Dolmetschen praktiziert wird, sowie sich durch einen sehr schnellen Sprecherwechsel kennzeichnen lässt.

Durlanik (2000, 1) thematisiert die verschiedenen Begrifflichkeiten wie „Laiendolmetscher“, „nicht-geschulte Dolmetscher“ bzw. „Ad-hoc Dolmetscher“. Vor allem der Begriff „Sprachmittler“, der wie bereits angesprochen häufig synonym für nichtprofessionelle Dolmetscher verwendet wird, ist in seinen Augen umstritten, nicht zuletzt auch deswegen, weil er in der ehemaligen DDR als Berufsbezeichnung für Dolmetscher und Übersetzer verwendet wurde.

In der vorliegenden Arbeit sollen die Begriffe Community Interpreter, Sprachmittler, Sprach- und Kulturmittler, Dolmetscher, Dolmetscher im medizinisch- sozialen Bereich sowie Mittler außer in Kapitel 1.2., wo Dolmetscher ebenso für Konferenzdolmetscher und Gerichtsdolmetscher steht, synonym gebraucht werden.

1.2. Community Interpreting vs. Konferenzdolmetschen, Gerichtsdolmetschen

Die Tätigkeit des Community Interpreter ist nicht mit der des Gerichtsdolmetschers und ebenso nicht mit der des Konferenzdolmetschers gleichzusetzen. Die Machtverhältnisse zwischen den zu dolmetschenden Gesprächspartnern sind in den verschiedenen Dolmetschtypen anders gelagert. Die erforderlichen Kenntnisse sind in den jeweiligen Bereichen unterschiedlich. (vgl. Bowen 2003, 319)

Unter einem Konferenzdolmetscher versteht man nach einer Definition des Internationalen Verbandes der Konferenzdolmetscher (Association internationale des interprètes de conférence- AIIC) folgendes:

„Ein Konferenzdolmetscher ist ein Sprachmittler, der entweder allein oder in einem Dolmetscherteam in offiziellen bzw. informellen Konferenzen oder konferenzzähnlichen Situationen zum Einsatz kommt. Er dolmetscht unabhängig von der Länge und dem Schweregrad simultan oder konsekutiv die Reden von Konferenzteilnehmern.“ (Strolz 1998, zitiert nach Allaoui 2005, 21)

Gerichtsdolmetschen umfasst im Großen und Ganzen “Urkundenübersetzungen und Dolmetschen vor Behörden und Gerichten“ (vgl. Driesen 2003, 312)

Slapp betont den großen Unterschied zwischen Community Interpreting und anderen Arten des Dolmetschens, und zwar die Nichtgleichberechtigung der gegenüberstehenden Gesprächspartner. Während beim Konferenz- und Verhandlungsdolmetschen gleichberechtigte Gesprächspartner miteinander interagieren, so hat beim Community Interpreting einer der Partner eine Machtposition inne, z. B. der Arzt, der Richter oder der Polizist.

Dieses Machtgefälle wird in folgendem Zitat nochmals verdeutlicht.

„Zwischen beiden Seiten besteht oft ein ungleicher Sprachstand und zusätzlich ein ungleicher Wissens-, Bildungs- und Erfahrungshorizont. Außerdem kommen häufig weitere Kommunikationsstörungen durch heterogene Denkmuster, Werte- und Normensysteme bei der Kommunikation zum Tragen. Die Sprach- und KulturmittlerInnen sind das Bindeglied oder die Brücke zwischen beiden Gesprächsparteien und haben die Aufgabe, das asymmetrische Machtgefälle zwischen beiden Parteien auszugleichen und zum Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren beizutragen“ (Transkom- Studie, 58)

Das Gerichtsdolmetschen wiederum kann teilweise als eigenständiger Bereich innerhalb des Community Interpreting gesehen werden, da in Nordamerika und vielen europäischen Ländern das Gerichtsdolmetschen nicht zum Community Interpreting gezählt wird. (vgl. Slapp 2004, 13)

Lediglich in Großbritannien, Schweden und Australien wird das Gerichtsdolmetschen bzw. Interpreting in Legal Services als eigener Bereich innerhalb des Community Interpreting definiert. Die verschiedenen Arten des Dolmetschens, wie Dolmetschen im medizinischen Bereich, sozialen Bereich, Gerichtsdolmetschen auf der einen Seite und Konferenzdolmetschen, Gesprächsdolmetschen, Verhandlungsdolmetschen auf der anderen Seite müssen genau definiert werden und können auf keinen Fall miteinander gleichgesetzt werden.

Die Abgrenzungen voneinander können auch aufgrund von Professionalisierung bzw. Qualifizierung getroffen werden. Konferenzdolmetschen gilt heute als angesehene Tätigkeit, in der fast immer gut ausgebildete Fachkräfte arbeiten, während im Community Interpreting

meistens unausgebildete Mittler arbeiten. Aufgrund finanzieller Mängel seitens der Migranten bzw. der Unerfahrenheit vieler Ärzte, was die Zusammenarbeit mit den Dolmetschern betrifft, scheint es für beide Seiten oft unmöglich zu sein, an professionelle Dolmetscher heranzukommen bzw. mit diesen effizient zu arbeiten. (vgl. ebd., 13f.)

Außerhalb des Konferenzdolmetschens, wo schwerpunktmäßig ausgebildete professionelle Dolmetscher arbeiten, sind in diesem Bereich nach Kalina (2000, 2) auch „semiprofessionelle Dolmetscher“ beschäftigt, die ein Übersetzerstudium absolviert haben sowie nichtprofessionelle bzw. ungeschulte Dolmetscher, welche keinen Qualifikationsnachweis erbringen können.

Im Unterschied zum klassischen Konferenzdolmetschen sind soziale und emotionale Kompetenzen im Community Interpreting wesentlich wichtiger, da man direkt mit Menschen zu tun hat, die oft aus Krisengebieten kommen, sehr verarmt sind und wenig Vertrauen zum Aufnahmeland haben. Sie sehen daher im Community Interpreter eine Art Vertrauens- und Bezugsperson, da er Kenntnisse von Sprache und Kultur aufweist. (vgl. Slapp 2004, 17)

Eine besondere Rolle innerhalb des Community Interpreting nimmt wie bereits angesprochen das Gerichtsdolmetschen ein. Für das Gerichtsdolmetschen gibt es eigene Berufsverbände und Qualifikationsanforderungen wie Prüfungen, Aus- und Fortbildung. Daher findet das Gerichtsdolmetschen innerhalb des nicht ganz klar definierten Community Interpreting oft keinen Platz, oder wird als eigenständiger Bereich bezeichnet. Community Interpreting wird in der Literatur als dritter Bereich neben dem Konferenzdolmetschen und dem Gerichtsdolmetschen genannt. (vgl. Pöchhacker 1997, 53).

Ohne den Bereich des Gerichtsdolmetschens gibt es in Österreich kaum Institutionen bzw. Initiativen, welche Community Interpreting-Leistungen anbieten.

In den USA wird das Gerichtsdolmetschen bis auf juristisches Dolmetschen außerhalb des Gerichtssaales nicht zum Community Interpreting gezählt, während in Schweden „dialogue interpreter“ und in Australien „liaison interpreter“ bei Gerichtsverhandlungen dolmetschen.

In Österreich gibt es eine eigene Prüfung zum zertifizierten Gerichtsdolmetscher, die zum Dolmetschen vor Gericht berechtigt und daher keine Community Interpreter zulässt. (vgl. Allaoui 2005, 20-23)

Konferenzdolmetschen genießt sicherlich das höchste Ansehen in der Gesellschaft. Die Professionalität innerhalb des Konferenzdolmetschens wird durch fundierte Ausbildungen und Studiengänge sowie entsprechende Standesvertretungen gewährleistet. (vgl. ebd., 21)

Die beim Konferenzdolmetschen hauptsächlich eingesetzten Sprachen sind Englisch, Französisch und Spanisch. Hingegen sind im Bereich des Nichtkonferenzdolmetschens eher

ausgefallene bzw. exotische Sprachen gefragt, da es sich bei den gedolmetschten Gesprächen meist um Gesprächsteilnehmer aus dem Flüchtlings- und Migrantenbereich handelt. In den 60iger Jahren waren in Europa vor allem Italienisch, Spanisch und Portugiesisch gefragt, während in den folgenden Jahrzehnten Bosnisch/ Kroatisch/ Serbisch, Türkisch, Albanisch, Arabisch u. a. aktuell wurden.

Auch bei der Bezahlung gibt es große Unterschiede zwischen dem Bereich des Konferenzdolmetschens und dem übrigen Bereich. Während das Konferenzdolmetschen international durch Standesvertretungen anerkannt ist und die Bezahlung v. a. aufgrund des dabei meist verwendeten und hochangesehenen Simultandolmetschens im Allgemeinen recht gut ist, so ist die Bezahlung im Community Interpreting eher gering. (vgl. Kalina 2000, 2f.).

Neben der Unterscheidung zwischen dem groben Aufgabenbereich Konferenzdolmetschen „als professionellem, monologischem Vortragsdolmetschen“ (ebd., 4) und Nichtkonferenzdolmetschen sind auch Dolmetschmodi und Dolmetschtechniken in den genannten Bereichen von Relevanz.

Die Arbeitsweise zwischen Konferenzdolmetschern und Community Interpretern unterscheidet sich auch dahingehend, dass der Community Interpreter wie beim Gerichtsdolmetschen in beide Richtungen dolmetscht, sowohl in und aus der Muttersprache, im Konferenzdolmetschen arbeitet der Dolmetscher nur in seiner Muttersprache. Der Community Interpreter arbeitet im Unterschied zum Konferenzdolmetscher alleine und nicht im Team.

Im Unterschied zum Konferenzdolmetschen, wo man für eine große Zuhörerschaft arbeitet, arbeitet der Community Interpreter nur für ein Sprachenpaar, meist für zwei Personen mit unterschiedlicher Muttersprache, wobei öfter auch zusätzlich Familienmitglieder dabei anwesend sind. (vgl. Chiba 1997, 18)

Der Dolmetschmodus des Konferenzdolmetschens ist das Simultandolmetschen, da das Konsekutivdolmetschen zu kompliziert wäre und zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde. Im Community Interpreting wird üblicherweise Konsekutiv gedolmetscht und der Dolmetscher befindet sich unmittelbar in der Nähe der Gesprächspartner, während im Konferenzdolmetschen oft durch Kabinen, in denen die Dolmetscher abgeschirmt sind, mit Hilfe von Kopfhörern und Mikrofonen gearbeitet wird, eine größere Distanz zwischen den Aktanten und dem Dolmetscher geschaffen wird. (vgl. ebd., 19) Durch die minimale Interaktion mit den Gesprächsteilnehmern ist das Einhalten einer neutralen Position beim Konferenzdolmetschen sicherlich leichter als bei anderen Dolmetscharten. (vgl. Kalina 2000, 5)

Der Dolmetschmodus des Simultandolmetschens kommt im Community Interpreting nur in Form des Flüsterdolmetschens zum Einsatz.

Der Dolmetscher kann für das konsekutive Dolmetschen auch die Notiztechnik als Gedächtnisstütze verwenden, um wichtige Informationen wie Zahlen oder Namen schriftlich festzuhalten. Es sollte allerdings nicht zu oft gemacht werden, um die Dynamik der face-to-face-Kommunikation durch Ablesen nicht zu gefährden. (vgl. Chiba 1997, 20)

Im Unterschied zum Konferenzdolmetschen, wo der Dolmetscher ungefähr weiß, welche Sachthemen ihn erwarten und sich gedanklich besser vorbereiten kann, muss der Community Interpreter wesentlich öfter spontan und flexibel sein, was die zu erwartenden Inhalte betrifft, da meist kurze Passagen gedolmetscht werden, wo man nicht genau wissen kann in welche Richtung die Gedankengänge führen. Oft müssen kurze Sätze ohne Sinn, wie in Psychotherapien, gedolmetscht werden, die dem Dolmetscher selbst nicht klar sind. Im Gegensatz dazu kann ein Konferenzdolmetscher die gedankliche Richtung des Sprechers wesentlich besser einschätzen und Vertrauen zum Thema aufbauen. Flexibilität in der Situation ist sicherlich wichtiger im Community Interpreting, wo wesentlich mehr äußere Faktoren den Gesprächsverlauf beeinflussen können. (vgl. ebd., 21ff).

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Bereich des Community Interpreting begann vorwiegend durch Linguisten und Diskursanalytiker, die meist soziolinguistische oder diskursanalytische Fragestellungen untersuchten, und nicht durch die auf das professionelle Konferenzdolmetschen ausgerichteten Translationswissenschaftler. (vgl. Kalina 2000, 5).

Translationswissenschaftliche Ansätze innerhalb des Konferenzdolmetschens wären die Untersuchung des kommunikativen Transfers vom Ausgangstext zum Zieltext sowie beispielweise die Position des Dolmetschers innerhalb der Gesprächssituation. (vgl. ebd., 5)

Völlig anders gestaltet sich die Rolle des Dolmetschers bei Geschäftsverhandlungen oder politischen Diskussionen. Hier wird der Dolmetscher von einem Gesprächspartner gestellt und es wird Loyalität erwartet, d. h. die neutrale Position kann schwer eingehalten werden.

Ganz das Gegenteil wird hingegen im polizeilichen und gerichtlichen Bereich erwartet. Strikte Neutralität und wortwörtliches Dolmetschen sind gefordert. Im Sozialbereich sind Handlungen, die über die rein sprachmittlerische Ebene hinausreichen, von allen Gesprächsteilnehmern gewünscht. Der Dolmetscher handelt hierbei als koordinierende bzw. beratende Instanz. (vgl. ebd., 5)

1.3. Community Interpreting im medizinischen Bereich

Das Dolmetschen im medizinisch-sozialen Bereich ist durch einen hohen Grad an nichtprofessionellen Community Interpretern gekennzeichnet. Für Professionalität bedarf es einiger wichtiger Kriterien wie Qualifikation, Ausbildung, Berufsbild usw.

Allaoui (2005, S. 18) zeigt grundlegend auf, dass das Dolmetschen im medizinisch-sozialen Bereich nicht nur das Beseitigen von sprachlichen Hindernissen, sondern auch von soziokulturellen Barrieren mit einschließt. Vor allem sind die Aussagen von Arzt und fremdsprachigem Patient nicht eins zu eins in die andere Richtung transportierbar, da der bildungsmäßige und sprachliche Hintergrund der Gesprächspartner meist ein völlig unterschiedlicher ist. Für den Dolmetscher bzw. Sprach- und Kulturmittler ist es daher sehr wichtig, alle drei Akteure in der Kommunikation, d. h. den Arzt, den Patienten und seine eigene Sichtweise, gründlich zu verstehen und analysieren zu können. Dies impliziert jedoch nicht, dass ein bikultureller Hintergrund automatisch zu einer Dolmetschertätigkeit im medizinisch- sozialen Bereich befähigt, er kann jedoch als Voraussetzung für eine Professionalisierung in diesem Bereich sehr dienlich sein.

Gerade für das Community Interpreting im medizinisch-sozialen Bereich werden Personen mit bikulturellem Hintergrund sehr häufig für Dolmetschdienste herangezogen. Dabei kommen von Familienangehörigen der Patienten bis zu zweisprachigem Krankenhauspersonal verschiedenste Vermittler in Frage.

Community Interpreting im medizinisch-sozialen Bereich ist im Gegensatz zu anderen Dolmetschrichtungen vor allem durch Vielfalt gekennzeichnet, die die Rolle des Dolmetschers bzw. Sprachmittlers betrifft.

Die Kommunikation wird durch die Triade aus Arzt, Dolmetscher und Patient bestimmt und ist somit eine indirekte. Einerseits verändern sich die Machtverhältnisse beim Übergang von der dyadischen zu triadischen Kommunikation stark, andererseits hat es den Vorteil, „[...] dass durch die Anwesenheit zweier Experten, des Behandelnden und des Dolmetschers, dem Patienten das Gefühl vermittelt wird, etwas wert zu sein“ (ebd., 27).

Der Community Interpreter im medizinisch-sozialen Bereich muss sich vor allem durch Flexibilität, verschiedene Dolmetschtechniken und situativ spontanes Handeln auszeichnen.

Die zwei großen Aufgabenbereiche eines Community Interpreter im medizinisch-sozialen Bereich sind Sprachmittlung sowie Kulturmittlung. Er ist quasi ein Cultural Interpreter.

1.4. Professionelles vs. nichtprofessionelles Community Interpreting

Knapp und Knapp-Potthoff (1985, 450) sprechen die Problematik der professionellen bzw. nichtprofessionellen Sprachmittlung an. Sie unterscheiden dabei zwischen drei translatorischen Tätigkeiten, u. z. zwischen Dolmetschen, Übersetzen und Sprachmitteln. Dabei ist das Übersetzen laut Knapp und Knapp-Potthoff (1985, 451) hauptsächlich dadurch gekennzeichnet, dass es an graphisch repräsentierte Texte gebunden ist und nicht notwendigerweise in einer face-to-face-Interaktion stattfindet. Der Übersetzer ist dabei kein Kommunikationspartner und kann eigene Intentionen nicht einbringen.

Das Dolmetschen ist im Gegensatz dazu an phonisch repräsentierte Texte gebunden. Es kann in einer face-to-face-Interaktion stattfinden, kann aber wie beim Konferenzdolmetschen auch über Kabinen durchgeführt werden. Im Unterschied zum Sprachmitteln tritt der Dolmetscher völlig in den Hintergrund und ist kein aktiver Kommunikationspartner. (vgl. ebd., 451)

Das Sprachmitteln ist nach Knapp und Knapp-Potthoff (1985, 451) an phonisch repräsentierte Texte gebunden und findet ausschließlich in face-to-face-Interaktionen statt. Das Sprachmitteln wird hier als nichtprofessionelle, alltagspraktische Tätigkeit verstanden. Entscheidend im Unterschied zum Dolmetschen ist jedoch, dass sich der Sprachmittler selbst aktiv als Kommunikationspartner einbringen kann, eigene Mitteilungsintentionen einfließen lassen und somit auch den Diskursverlauf steuern kann. Neben der Funktion des Übermittels gibt es im Rahmen des Sprachmittels auch die Funktion des Vermittels. (vgl. ebd., 451)

Knapp und Knapp-Potthoff sprechen hier die ganzheitliche Tätigkeit des Sprachmittels an, welche nicht nur bloßes Wort-für-Wort-Dolmetschen meint, sondern ebenso Versiertheit in verschiedenen Fertigkeiten, welche die Kommunikationssituation verlangt, inkludiert.

Als translatorische Tätigkeit bezeichnen Knapp und Knapp-Potthoff (1985, 450) alle Formen der Textverarbeitung, an denen mehr als eine Sprache beteiligt ist.

Die Unterschiede zwischen dem Dolmetschen und dem Sprachmitteln haben durchaus auch Auswirkungen auf das Resultat der Translation. In Abhängigkeit von der jeweiligen Situation kann sich die Rolle zwischen Sprachmittler und Dolmetscher verschieben und es kann innerhalb einer Kommunikationssituation zu einem Rollenwechsel kommen.

Knapp und Knapp-Potthoff (1985, 452) meinen zur Tätigkeit des Sprachmittlers folgendes:

„Die Tätigkeit des Sprachmittlers dient einerseits dazu, Kommunikation zwischen Sprechern aus verschiedenen Kulturen zu verbessern oder überhaupt erst zu ermöglichen, indem er Verständigung sichert und Missverständnisse ausräumt bzw. verhindert; andererseits aber verkompliziert die Tätigkeit eines Sprachmittlers Diskursabläufe und kann [...] selbst Missverständnisse produzieren“ (Knapp & Knapp-Potthoff 1985, 452)

Knapp und Knapp-Potthoff (1985, 453) gehen in ihren Beschreibungen davon aus, dass sich der Mittler neutral verhält und nicht Partei für einen der Aktanten ergreift. Der Sprachmittler kann jedoch aufgrund seiner Herkunft für eine der Gesprächsparteien Affinität haben oder in einer asymmetrischen Kommunikation für den Schwächeren oder Stärkeren Partei ergreifen. In Deutschland gibt es hauptsächlich Ausbildungen zum Fachdolmetschen bei Gerichten, Behörden und im Gesundheitswesen in den Sprachen Deutsch, Französisch, Englisch, Spanisch und Russisch. Gerade aber Minderheitensprachen wie Türkisch, Persisch, Arabisch u. a. wären dringend erforderlich. Der Grund warum häufig nichtprofessionelle Dolmetscher hinzugezogen werden, liegt in den hohen Kosten eines professionellen Dolmetschers sowie in der Tatsache, dass es wenig bis keine Ausbildungen gibt. Zu den nichtprofessionellen Dolmetschern zählen laut Allaoui (2005, 40) „[...]die Angehörigen und Freunde des Patienten, das zweisprachige Krankenhauspersonal, externe ungeschulte Dolmetscher, kurzum alle, die keine Ausbildung im Dolmetschen oder im medizinisch-sozialen Dolmetschen genossen haben.“

Eine massive Professionalisierung im Bereich des Community Interpreting wäre dringend notwendig. Das Tätigkeitsfeld genießt aufgrund seiner Reduzierung auf Migranten und Flüchtlinge in der Gesellschaft jedoch kein großes Ansehen, während die professionellen Ausbildungsangebote und Standesvertretungen der Konferenzdolmetscher auch mit dem Ansehen des Kundenkreises aus Wirtschaft, Politik, etc. korrelieren (vgl. ebd., 44).

Durch Sprachbarrieren ist der Zugang von Migranten zu sozialen und Gesundheitseinrichtungen in Österreich sehr erschwert, obwohl Kommunikation in diesen Bereichen für die Gesundheit der Patienten grundlegend ist. Viele Migranten sind durch diese Kommunikationsprobleme verunsichert und misstrauen in vielen Fällen den versorgenden Instanzen. Pöllabauer (2003, 18) meint dazu, dass nur durch Dolmetscher, welche sprachlich und kulturell kompetent sind „[...]professionelle (und reibungslose) Verständigung mit dem österreichischen Betreuungspersonal garantiert werden [kann]“.

Bahadir (1998, 272; zitiert nach Pöllabauer 2003, 18) sieht in den Sprachbarrieren eine zusätzliche Verstärkung des Ungleichgewichtes in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, das ohnehin bereits im Vorfeld durch ein institutionelles Machtungleichgewicht und eine ungleiche Verteilung von Fachwissen gekennzeichnet ist.

Während Migranten nachweislich einer erhöhten Gesundheitsgefährdung ausgesetzt sind, sind die Angebote im medizinisch-sozialen Bereich hauptsächlich auf Inländer ausgerichtet. Vielen Migranten ist aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse der Weg ins

Gesundheitssystem zusätzlich erschwert. Auf internationaler Ebene wird die Betreuung von ausländischen Patienten zunehmend professioneller, in Österreich hingegen gibt es kaum staatliche Förderungen, um in diesem Bereich eine professionellere Betreuung gewährleisten zu können.

Pöchlhammer (2002, 25; zitiert nach Pöllabauer 2003, 19) zufolge sind Förderungen in diesem Bereich sehr stark von allgemeinen Faktoren wie der Migrations-, Integrations- und Sozialpolitik, der Fremdenfeindlichkeit und anderen Ideologien und Werthaltungen abhängig. In anderen Ländern, wie den USA, Australien, Schweden und Großbritannien genießt Community Interpreting ein verhältnismäßig hohes Ansehen im Gegensatz zu Österreich und Deutschland (vgl. Pöllabauer 2003, 19f.). In Österreich sind Ausbildungsprogramme erst im Entstehen bzw. gibt es diese nur in Form von Kurzstudien (z.B. der Universitätslehrgang für Kommundolmetschen am Grazer Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft). In weitere Folge sind auch Krankenhäuser in Ballungsräumen mit höherem Ausländeranteil an einer Professionalisierung im Bereich Community Interpreting interessiert.

Da es kaum Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Community Interpreting in Österreich gibt, sind Sprach- und Kulturmittler im medizinisch- sozialen Bereich oftmals durch das komplexe Aufgabengebiet überfordert. Noch dazu kommt, dass die Dolmetschtätigkeiten häufig von nichtprofessionellen Dolmetschern, wie Familienmitgliedern, Bekannten oder zweitsprachigem Pflegepersonal übernommen werden. (vgl. Pöllabauer 2003, 21).

Dass die Tätigkeit eines Community Interpreters nicht rein nur die Sprachmittlung mit den dazugehörigen Dolmetschetechniken umfasst, analysiert Knapp-Potthof (1998, 195; zitiert nach Pöllabauer 2003, 22) sehr deutlich, indem sie den Sprachmittler nicht automatisch mit einem Kommunikationsexperten gleichsetzt. Dazu würde es schon mehr als der bloßen Kompetenz von zwei Sprachen bedürfen.

Interessant ist auch, wie die Medizin selbst mit dem Thema „Professionelles Dolmetschen“ umgeht. So kann man in Lehrbüchern nachlesen, dass professionelle Berufsdolmetscher zwar wichtig sind, im Bedarfsfall aber ebenso Angehörige bzw. Bekannte der Patienten oder auch zweisprachiges Krankenhauspersonal herangezogen werden können (vgl. Kellnhauser/Schwewior-Popp 1999, 66; zitiert nach Pöllabauer 2003, 22).

Auch die Variante des Nicht-Dolmetschens ist eine reale Gegebenheit im medizinisch-sozialen Bereich. Die reine Verständigung mittels Körpersprache oder vereinfachtem Pidgin-Deutsch kommt auch in der Kommunikation mit Migranten zum Einsatz

Jedoch ist diese Form der Kommunikation sehr problematisch wenn es um medizinische Aufklärungsgespräche geht bzw. um ärztliche Anweisungen, beispielsweise in Bezug auf die Medikamenteneinnahme.

Professionell ausgebildete Dolmetscher sind im medizinisch- sozialen Bereich sehr unterrepräsentiert, ihre Ausbildung ist doch noch sehr stark auf das klassische Berufsfeld des Konferenzdolmetschers ausgerichtet. Für hinzukommende Faktoren wie soziale Konflikte, Interessenskonflikte, Machtkämpfe in der Kommunikation etc. sind professionelle Dolmetscher oftmals unzureichend ausgebildet und daher überfordert.

Wichtig wäre es, gut ausgebildete Fachkräfte für den medizinisch- sozialen Bereich zur Verfügung zu haben. Man müsste Community Interpretern bzw. Kommunaldolmetschern eine eigene spezielle Ausbildung zukommen lassen.

In folgendem Zitat wird auf den Begriff Kommunaldolmetscher näher eingegangen:

„KommunaldolmetscherInnen ermöglichen den BehördenvertreterInnen effiziente Kommunikation mit ihren nichtdeutschsprachigen Klienten. Nur so kann auch anderssprachigen Parteien eine faire und kompetente Betreuung und Behandlung garantiert werden. KommunaldolmetscherInnen transportieren jedoch nicht nur Inhalte, sie fungieren auch als KulturmittlerInnen- Dolmetschen bedeutet nicht nur Sprach- sondern auch Kulturvermittlung.“ (Pöllabauer 2003, 25)

Durch den Einsatz von professionell ausgebildeten Community Interpretern können Sprachbarrieren behoben und zugleich die Kommunikation verbessert werden. Fehlgeleitete bzw. missglückte Gespräche, wie

„[...]Missverständnisse, Frustration, Wut auf die KlientIn/PatientInnen bzw. BehördenvertreterInnen, aufgestaute und unterdrückte Emotionen, Diskriminierung, Fehldiagnosen, Falschauskünfte, Fehlentscheidungen, (zu Unrecht) abgewiesene Anträge und eine Vergeudung von Zeit, Energie und Expertise [können] vermieden werden.“ (Pöllabauer 2003, 26)

Außerdem verkürzen professionelle Dolmetscher die Dauer des Gesprächs und die Gefahr von Fehldiagnosen bzw. Fehlentscheidungen kann durch die Beseitigung von Kommunikationsfehlern deutlich minimiert werden. Die Kosten, welche dadurch entstehen und so weiterführende Behandlungen verursachen sind um einiges größer als jene Kosten, die aufgewendet werden müssen, um einen professionellen Dolmetscher zu bezahlen.

Die beste Variante nach Zimmermann (2000, 25) wäre es, fixe Stellen mit Community Interpretern in den Krankenhäusern zu schaffen, anstatt externe Dolmetscher anzufordern.

Dass externe Berufsdolmetscher für solche Tätigkeiten nicht geeignet sind, zeigt folgender Textauschnitt:

„Sie stammen meist aus städtischer Mittel- oder Oberschicht der jeweiligen Herkunftsgesellschaften, verwenden einen hochsprachlich elaborierten Sprachcode, während die Patienten meist Dialekt sprechen und dies zudem in einem restringierten Code, sind allgemein nur sehr unzureichend über die spezielle Lebens- und Geisteswelt ihrer Landsleute aus den unterentwickelten Agrarregionen informiert und stehen ihnen, aus vielerlei Gründen, bewusst oder unbewusst, häufig mit nicht geringen Vorbehalten gegenüber. (Zimmermann 2000, 25)

1.5. Anforderungen und Ausbildungen zum Community Interpreter

Eine Ausbildung müsste man vor allem den rein bilingualen nichtprofessionellen Dolmetschern zukommen lassen. Es muss hier diskutiert werden, welche Kompetenzen und Qualifikationen für das Community Interpreting erforderlich sind.

Hinsichtlich der translatorischen Kompetenz sind vor allem interkulturelle Kommunikationskompetenz, Transferkompetenz sowie die Fachkompetenz in spezifischen Einsatzgebieten von großer Bedeutung (vgl. Allaoui 2005, 46).

In einem anderen Kontext wird auch professionelle Verhaltenskompetenz als jene Kompetenz, welche autonome Entscheidungen in sprachlichen, soziokulturellen, emotionalen und ethischen Belangen zulässt, erwähnt.

Wichtig wären auch Kenntnisse und Wissen über strukturelle Gegebenheiten im Gesundheitswesen. Ebenso sind kultur- und migrationsspezifische Aspekte relevant für die Ausbildung zum Community Interpreter. Eine psychologische Zusatzausbildung- bzw. -qualifikation ist ebenso empfehlenswert, um mit belastbaren Kommunikationssituationen besser umgehen zu können.

Dabei sollen medizinisches und psychologisches Wissen das Anforderungsprofil abrunden. Ebenso sollten die Dolmetscher auch über „umfangreiche Hochsprachen- und Dialektkompetenz“ (Zimmermann 2000, 25) verfügen sowie „[...]auch profunde Kenntnisse des soziokulturellen Hintergrundes der betreffenden Gesellschaften und insbesondere hinsichtlich deren volks- und laienmedizinischer Systeme“ (ebd., 25) haben.

Durch die EU-Erweiterung und die Globalisierung sind die Ansprüche und Anforderungen an Dolmetscher gestiegen. Da die professionellen Dolmetscher auf ihre fundierte Ausbildung im

Simultandolmetschen zurückgreifen können, scheint das Berufsfeld des Konferenzdolmetschens für sie das beliebteste zu sein. Dabei kommen sie schließlich auf internationalen Konferenzen zum Einsatz.

Außerhalb des Konferenzdolmetschens, wo schwerpunktmäßig ausgebildete professionelle Dolmetscher arbeiten, sind in diesem Bereich semiprofessionelle Dolmetscher tätig, die ein Übersetzerstudium absolviert haben sowie nichtprofessionelle bzw. ungeschulte Dolmetscher, welche keine Qualifikationsnachweis erbringen können. Hinzu kommen noch Menschen aus dem bikulturellen Bereich. (vgl. Kalina 2000, 2)

Die Ausbildungen für das Konferenzdolmetschen sind auf einschlägige Studienrichtungen an translationswissenschaftlichen Instituten fokussiert und Professionalität kann dadurch gewährleistet werden. Bei den Dolmetschern des Nicht-Konferenzbereiches jedoch handelt es sich um eine

„[...] ganz heterogene Gruppe mit sehr unterschiedlichen Ausbildungen, Qualifikationen und Kenntnissen. Ein Studium gab es bisher für diese Dolmetscharten nicht – und einheitliche Qualitätsvorstellungen noch weniger“ (Kalina 2000, 3).

Vor allem gibt es gerade für die im Community Interpreting erforderlichen Sprachen kaum Studiengänge. In diesem Bereich hat die USA für spanischsprachige Einwanderer bereits früh auf die Relevanz von Ausbildungen hingewiesen. So werden in einzelnen Bundesstaaten kostenlos Fortbildungsprogramme angeboten, bei denen sowohl spezielle Themen, wie Gesundheitswesen und Gerichtsdolmetschen, aber auch die Rolle des Dolmetschers in unterschiedlichen Situationen angesprochen werden. In Europa gibt es erst seit dem Zusammenbruch der Sowjetunion und den damit einhergehenden Flüchtlings- bzw. Migrantebewegungen entsprechende Ambitionen in diese Richtung. (vgl. ebd., 4)

International gesehen gibt es sehr wenige Ausbildungsmöglichkeiten für Community Interpreter. Vor allem Vollstudien werden wenige angeboten, es überwiegen eher kürzere Ausbildungscurricula. Standardisierungen gibt es in diesem Bereich jedoch nicht, daher ist auch Professionalisierung im Community Interpreting schwer möglich. Eine Vorreiterrolle nimmt noch am ehesten Nordamerika ein, dort werden die meisten Kurse für Community Interpreting angeboten. Hinsichtlich der zu lehrenden Inhalte und zu vermittelnden Fähigkeiten und Fertigkeiten herrscht ebenso Uneinigkeit. Auch die Frage wo und wie lange Community Interpreter ausgebildet werden sollen, ist nicht ganz klar. Manche größere Spitäler bieten interne Weiterbildungen für hauseigenes zweisprachiges Personal an. Diese Kurse tragen jedoch meist nicht sehr viel zur Professionalisierung bei, da es keine offiziellen

Abschlüsse gibt und dementsprechend auch keine Gehälter für Dolmetschleistungen ausbezahlt werden. (vgl. Slapp 2004, 78f.)

In Deutschland ist das Angebot an Ausbildungen im Community Interpreting wesentlich vielfältiger als in Österreich. Es gibt verschiedene Ausbildungsprogramme, die zwischen tageweisen Fortbildungen und Studiengängen zeitlich sehr stark variieren.

So bietet der Träger Gesundheit Berlin e. V. eine zwölfmonatige Ausbildung zum Gemeindedolmetscher an, die translatorische und kommunikative Fähigkeiten mit medizinischen und psychologischen Grundlagen anbietet.

Das interkulturelle Büro in Darmstadt bietet eine Ausbildung zur Integrationsassistentin an, welche vor allem für die Sozialarbeit im Migrantenbereich qualifizieren soll. In der 18-monatigen Ausbildung werden auch die Bereiche Schule und Berufsausbildung thematisiert.

Von der Diakonie Wuppertal wird eine zweieinhalbjährige Sprach- und KulturmittlerInnen-Qualifizierung angeboten, die sowohl Gesundheits- als auch Sozialwesen als Schwerpunkte vorsieht. (vgl. Transkom- Studie, 50)

Diese drei Initiativen bemühten sich im Jahr 2005 gemeinsam um ein anerkanntes Berufsbild für Sprach- und IntegrationsmittlerInnen, welches derzeit durch eine auf 18 Monate in Module aufgeteilte Ausbildung erreicht wurde, die durch ein freiwilliges sechsmonatiges Aufbaumodul als Vorbereitung zur Fachhochschulreife ergänzt werden kann. (vgl. ebd., 51)

In folgendem Zitat wird auf das Berufsbild des Sprach- und Integrationsmittlers näher eingegangen:

„Sprach- und IntegrationsmittlerInnen vermitteln, mit Hilfe ihres Hintergrundwissens über die eigenen Herkunftskulturen auf sprachlicher wie auch soziokultureller Ebene und gewährleisten damit die Kommunikation zwischen Menschen mit Migrationshintergrund, dem Fachpersonal und den Institutionen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens. Sprach- und IntegrationsmittlerInnen verfügen über das notwendige fachliche Grundlagenwissen in den Bereichen Bildung, Soziales und Gesundheit.“ (Transkom- Studie, 51)

80% der Absolventen von Darmstadt und Wuppertal befinden sich mit ihrem Abschluss in Ausbildungsverhältnissen, 25 % der Absolventen von Wuppertal arbeiten im Themenbereich Gesundheit. (vgl. ebd., 50f.)

Slapp (2004, 80f.) spricht das ideale Alter für eine Tätigkeit im Community Interpreting an:

„Das etwas höhere Alter hat sich als großer Vorteil für die Tätigkeit als Community Interpreter herausgestellt, denn die Arbeit eines Community Interpreters erfordert auch körperliche und seelische Stärke, die einem jüngeren Menschen oftmals noch fehlt. Da normalerweise eher junge Menschen einen Studiengang belegen, kann man ein Hochschulstudium für Community Interpreting als nicht sehr geeignete Ausbildungsweise definieren“ (Slapp 2004, 81)

So plädiert Slapp (2004, 81) eher für kürzere Ausbildungsprogramme in der Erwachsenenbildung, die aber mit Hochschulen kooperieren. So könnten auch Migranten oder Zuwanderer der zweiten oder dritten Generation, die bisher als Laiendolmetscher gearbeitet haben, eine bessere Möglichkeit haben, Ausbildungen in diesem Bereich zu absolvieren.

Eine ideale Voraussetzung für angehende Community Interpreter wäre neben der Absolvierung eines Ausbildungsprogramms die Kombination aus mitgebrachten sprachlichen und kulturellen Kompetenzen mit einer abgeschlossenen Ausbildung bzw. Tätigkeit im Gesundheits- bzw. Sozialbereich etc. (vgl. ebd., 81)

Slapp (2004, 82) zählt verschiedene Grundvoraussetzungen für eine Ausbildung im Bereich Community Interpreting auf:

-) hohe grund- und fremdsprachliche Kenntnisse
-) kulturelle Kenntnisse
-) gutes Allgemeinwissen
-) Grundwissen des zu studierenden Sachgebietes
-) Belastbarkeit
-) Konzentrationsfähigkeit
-) Flexibilität
-) emotionale Stabilität
-) Empathie
-) Dolmetschfähigkeiten
-) ethische Grundsätze
-) ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten

Eine Ausbildung im Bereich Community Interpreting soll mitgebrachte Kompetenzen vervollständigen, um danach professionell in diesem Bereich arbeiten zu können. Wichtig wären auch schriftliche und mündliche Eignungstests, um Kandidaten für eine Community Interpreting-Ausbildung auf die genannten Voraussetzungen zu prüfen. (vgl. ebd., 82f.)

Die Wahl der zu auszubildenden Sprachen ist eines der Hauptprobleme, warum Ausbildungsprogramme im Bereich des Community Interpreting nur sehr spärlich angeboten werden. Die Sprachen Englisch und Französisch werden hier kaum benötigt, während auch der Bedarf an Community Interpretern in exotischen Sprachen sehr stark schwankt und von politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen abhängig ist. (vgl. ebd., 83).

Auch die Auswahl der Lehrkräfte für Ausbildungsprogramme im Bereich Community Interpreting muss nach gewissen Richtlinien erfolgen. So sollten hauptsächlich akademisch ausgebildete praxiserfahrene Community Interpreter in der Lehre zum Einsatz kommen. Dabei sollen die Lehrkräfte sowohl sprachliche und translationswissenschaftliche als auch kulturelle, soziale und politische Aspekte vermitteln. (vgl. ebd., 84f.)

Der Mangel an guten Lehrkräften für exotische Sprachen erschwert das Zustandekommen von diversen Ausbildungscurricula, was wiederum ein weiterer Grund für die fehlende Professionalisierung im Community Interpreting ist. Ebenso ist es für einkommensschwächere Migranten oftmals aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht möglich, teure Ausbildungsprogramme im Bereich Community Interpreting zu absolvieren. Staatliche Förderungsmaßnahmen können diese Situation optimieren und einen besseren Zugang zu solchen Ausbildungen ermöglichen. (vgl. ebd., 85f.).

Gentile et al. (1996; zitiert nach Pöchhacker 2007) nennen für das Kommunaldolmetschen folgende Kompetenzanforderungen: language skills, cultural competence, appropriate techniques, professional competence, specialization.

Die ersten beiden Punkte finden ihre Entsprechung in Sprachkompetenz und Kulturkompetenz. Appropriate techniques können mit translatorischen Kompetenzen gleichgesetzt werden. Professional competence meint „[...] in gegebener Dolmetschsituation autonome Entscheidungen in sprachlichen, soziokulturellen, emotionalen und ethischen Belangen zu treffen.“ (Pöchhacker 2007, 239). Specialization bezieht sich auf Spezialisierung auf bestimmte Fachrichtungen, wie Gericht.

Was die Rollenanforderungen betrifft, so wird hier recht genau zwischen Konferenzdolmetschen und Kommunaldolmetschen unterschieden. Während ersteres als neutrale Übermittlerrolle gesehen wird, so ist das Community Interpreting sowohl Übermittlung als auch Vermittlung (vgl. ebd., 240). Der Community Interpreter soll auch als Cultural Interpreter fungieren, welcher die „Kultur(ver)mittler-, Berater- oder Fürsprecherrolle von Dolmetschenden“ (Pöchhacker 2007, 241) erfüllen soll.

In einer von Pöchhacker durchgeführten Studie aus dem Jahr 1997 wurden mittels Fragebogentechnik unter 630 Mitarbeitern von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen und 16 Dolmetschenden die Aspekte Anforderungen an Dolmetschende (Nutzererwartungen), Aufgabenprofil (Nutzererwartungen) und Rollenauffassung (Aufgabenprofil) der Dolmetschenden untersucht.

Die drei wichtigsten bestätigten Punkte hinsichtlich der Anforderungen waren Diskretion und Verschwiegenheit (90 % als sehr wichtig), neutrales Verhalten (67 % als sehr wichtig) und

perfekte Zweisprachigkeit (48 % als sehr wichtig). Verständnis für die Kultur wurden nur von 28 % als sehr wichtig gesehen. Als unwichtig erachteten die Befragten in erster Linie die Bescheinigung „allgemein gerichtlich beeideter Dolmetscher“ (74 %), Matura-Abschluss (66 %), gleiches Geschlecht wie der Klient (62 %) und die gleiche Kulturzugehörigkeit wie der Klient (44 %).

Starke Unterschiede gibt es zwischen den einzeln befragten Gruppen. Vor allem das Verständnis für die Fremdkultur ist für Sozialarbeiter laut der Studie wesentlich wichtiger (43 % erachten dies als sehr wichtig) als Krankenhausmitarbeiter (zwischen 23 % und 29 %). Ebenso ist der Maturaabschluss für die befragten Sozialarbeiter wesentlich wichtiger eingestuft worden als durch die Krankenhausmitarbeiter. (vgl. Pöchlhammer 2007, 248- 251)

Was den Aufgabenbereich der Dolmetscher betrifft, so wurde von den Befragten das Aufmerksammachen auf Missverständnisse mit 96 %, das Ausfüllen von Erhebungsblättern und Formularen mit den Patienten bzw. Klienten mit 92 % und das Abklären von unbestimmten Aussagen durch direktes Nachfragen bei Patienten bzw. Klienten mit 88 % für wichtig erachtet. Danach folgen Vereinfachen der Ausdrucksweise für Patienten bzw. Klienten (82 %), das Erklären von Fachausdrücken für die Patienten bzw. Klienten (87 %) und das Zusammenfassen umständlicher Aussagen der Patienten bzw. Klienten (73 %). (vgl. ebd., 251- 255)

Die Mehrheit der Befragten Ärzte und Sozialarbeiter (73 %) zählt das Zusammenfassen umständlicher Aussagen der PatientInnen/ KlientInnen zum Aufgabengebiet des Dolmetschers. Ebenso gehören das Vereinfachen der Ausdrucksweise sowie das Erklären von Fachbegriffen laut Studie zu den Aufgaben. Der Dolmetscher soll also die Inhalte der Klienten vereinfachen und gleichzeitig Aussagen des Personals für die Klienten verständlich machen. Nur 62 % der Befragten sehen im „Erläutern fremdkultureller Hintergründe und Bedeutungen für das Personal“ eine Aufgabe für Dolmetscher.

Die Aufgaben der Dolmetscher liegen ebenso in der Verantwortung für den Gesprächsablauf. 88 % der Befragten sehen im „Abklären von unbestimmten Aussagen durch direktes Nachfragen“ und 96 % im „Aufmerksammachen von Missverständnissen“ Aufgaben des Dolmetschers.

Außerdem wird dem Dolmetscher auch die Rolle des Helfers zugewiesen, wenn 92 % das „Ausfüllen von Erhebungsblättern/ Formularen mit den PatientInnen/ KlientInnen“ als Aufgabe sehen. (vgl. ebd., 264 ff.)

Aus der Studie von Pöchlhammer ist jedoch hervorgegangen, „[...] dass das Aufgaben- und Rollenprofil von Dolmetschenden in kommunalen Einsatzgebieten wie Krankenhäusern und

Ämtern für Jugend und Familie keineswegs einheitlich, geschweige denn explizit festgelegt ist“ (ebd., 268).

Es fehlt an einheitlichen Arbeitsnormen. Vor allem auch Betreuungspersonal erkennt oft nicht, welche Fertigkeiten sehr wichtig wären, was folgendermaßen begründet wird:

„Dass vom Betreuungspersonal nur minimale Anforderungen an die Kenntnisse und Fertigkeiten von Dolmetschenden gestellt werden, denen sie gleichzeitig aber professionelles Rollen- und ethisches Verhalten abverlangen, verweist auf ein geringes Maß an Reflexion über die gegenwärtige Praxis vermittelter Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen“ (Pöchhacker 2007, 268)

Aus der Studie sind keine klaren Antworten herausgekommen.

In der Studie wurden unter 630 Mitarbeitern von Krankenhäusern und Jugendämtern sowie unter 16 DolmetscherInnen Anforderungen und Leistungserwartungen sowie die eigene Rollenauffassung untersucht. Dabei ging man von einem Kompetenzanforderungsmodell aus der Literatur aus.

Beim Punkt „Anforderungen“ wurden nur die Punkte „absolut neutrales Verhalten“ und „Diskretion und Verschwiegenheit“ als sehr wichtig erachtet. Anforderungen, welche sich auf Bildung bezogen, wurden hingegen nur als eher wichtig oder als unwichtig gesehen. Nur „perfekte Zweisprachigkeit“ und „gründliches Verständnis der betreffenden (Fremd-) Kultur“ stechen dabei heraus.

Die Studie kann als Grundlage für weitergehende Reflexions- und Abstimmungsprozesse in Bezug auf Anforderungen und Rollenprofile dienen.

1.6. Community Interpreting in ausgewählten Ländern

1.6.1. Community Interpreting in Österreich

Die Möglichkeiten einer Ausbildung im Bereich Community Interpreting sind in Österreich sehr gering bis gar nicht vorhanden. Vom Wiener Krankenanstaltenverbund wurde 2000-2001 ein 16-tägiger Lehrgang „Krankenhaus-DolmetscherInnen“ angeboten. Der Lehrgang war hauptsächlich an Berufstätige im Gesundheitsbereich gerichtet. Neben translationswissenschaftlichen und kommunikationspsychologischen Aspekten wurden auch transkulturelle Phänomene näher beleuchtet.

Das Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft (ITAT) an der Karl Franzens-Universität Graz bot von 2004 bis 2006 den dreisemestrigen Universitätslehrgang „Kommunaldolmetschen“ an, dessen Fortsetzung in Zukunft noch ungewiss ist. Der Lehrgang

wurde in den Sprachen Albanisch, Arabisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Russisch und Türkisch angeboten und war sowohl für professionelle akademische Dolmetscher und Studenten als auch für Laiendolmetscher konzipiert. Schwerpunkte des Lehrgangs waren kommunikationspsychologisches Wissen, spezifische Aspekte der jeweiligen Kultur sowie der Erwerb von spezifischen Dolmetsch- und Notizentechniken.

Ansonsten gibt es von verschiedenen Vereinen kürzere Ausbildungssequenzen zur Ausbildung als „Gesundheitsreferent, -multiplikator“, „muttersprachliche Co-BeraterInnen“ und „Kulturdolmetscher“.

Community Interpreting wird in Österreich auch als „Kommunaldolmetschen“ bezeichnet, und findet in den Ausbildungscurricula der Universitäten bisher kaum Berücksichtigung. Dolmetschen wird meist noch mit Konferenzdolmetschen gleichgesetzt.

Die Haupteinsatzgebiete des Kommunaldolmetschens in Österreich sind der Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Bildungsbereich. (vgl. Transkom- Studie, 28)

Im Gesundheitsbereich zeigt sich ein signifikantes Stadt-Land-Gefälle, was das Angebot an Community Interpreting- Leistungen betrifft. In Städten und Ballungsräumen stehen wesentlich mehr Dolmetscher zu Verfügung, wobei in den meisten Krankenhäusern internes zweisprachiges Personal für Dolmetschtätigkeiten herangezogen wird. Daneben kommen häufig Kinder und sonstige Verwandte zum Einsatz. Für komplizierte Situationen, wie Vorbereitungsgespräche für Operationen, kommen externe professionelle Dolmetscher zum Einsatz. In einigen Anstalten, wie den Landeskrankenhäusern Klagenfurt und Innsbruck, gibt es Dolmetschlisten und Pools mit internen und externen Personen auf die zurückgegriffen werden kann.

In Linz gibt es eine „Interkulturelle Ambulanz der Landesnervenklinik“, in der vor allem posttraumatische Belastungsstörungen von Flüchtlingen behandelt werden. (vgl. ebd., 29)

In Graz wird in der Marienambulanz der Caritas eine Stelle für muttersprachliche Information in den Bereichen Kriseninterventionen, Geburtsvorbereitungen angeboten.

Auf Initiative des WHO- Projektes „Wien Gesunde Stadt“ im Jahre 1989 wurden in Wien muttersprachliche Beraterinnen eingesetzt, um Verständigungsschwierigkeiten zwischen Krankenhausbediensteten und türkischsprachigen Patienten aus dem Weg zu räumen. Derzeit gibt es jedoch in ganz Wien nur fünf muttersprachliche Beraterinnen. (vgl. ebd., 30)

Vor allem im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe würde man in Österreich dringend professionell ausgebildete Dolmetscher benötigen.

In Österreich sind der Bereich Community Interpreting und damit verbundene Professionalisierungsbestrebungen kaum anerkannt, obwohl der Anteil ausländischer

Staatsbürger in Österreich über 5 % ausmacht. In der Bundeshauptstadt Wien leben ca. 300.000 Nicht-Österreicher, wobei der Großteil aus Ex-Jugoslawien und der Türkei stammt. Trotzdem werden Community Interpreting- Leistungen beispielsweise in Krankenanstalten großteils von krankenhausinternem zweisprachigen Personal abgedeckt und nicht von professionell angeworbenen Dolmetschern. (vgl. Slapp 2004, 38)

1.6.2. Australien

Community Interpreting wurde in jenen Ländern, die seit jeher als Einwandererländer gelten, bei weitem mehr gefördert als in mitteleuropäischen Ländern wie Deutschland oder Österreich. Australien wurde durch eine starke Einwanderungswelle mit über vier Mio. Einwanderern nach dem Zweiten Weltkrieg getroffen und wurde somit mit den vielen verschiedenen meist europäischen Sprachen konfrontiert. Zunächst hoffte man auf eine schnelle Aneignung der englischen Sprache, man wollte rasch zu einer „[...]multikulturellen, aber monolingualen Gesellschaft werden.“ (Slapp 2004, 29)

Schließlich kam man jedoch zu der Einsicht, dass Dolmetscher unentbehrlich sind. Zunächst kamen in den 60iger Jahren hauptsächlich nichtprofessionelle Dolmetscher, wie Verwandte oder Bekannte von Klienten oder mehrsprachige Migranten zum Einsatz. Anfang der 70iger Jahre initiierte man einen Telefon- Dolmetschdienst, nachdem man erkannt hatte, dass professionelle Dolmetscher unentbehrlich sind. Heute nennt sich der Dolmetschdienst Translating and Interpreting Service und ist in über 100 Sprachen rund um die Uhr im Einsatz. Ebenfalls in den 70iger Jahren wurde die National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) gegründet, welche Qualitätskriterien für Dolmetschleistungen aufgestellt hat. Ein Problem bestand anfangs vor allem darin, dass es kaum Lehrer mit Qualifikation im Community Interpreting gab, und man daher sehr improvisieren musste. Heute werden im Bereich Community Interpreting nur akkreditierte Personen angestellt. Australien ist den europäischen Ländern weit voraus. So können in Australien nicht- englischsprachige Personen mit einer sogenannten „Interpreter Card“ professionelle Dolmetscher für Dienste im staatlichen Bereich in Anspruch nehmen. (vgl. ebd., 30f.)

Neben den Ausbildungsbemühungen bei Dolmetschdiensten wird in Australien auch Krankenhauspersonal auf eine Zusammenarbeit mit Dolmetschern vorbereitet. An der University in Victoria gab es ein Studium im Bereich Community Interpreting mit dem Abschluss Bachelor of Arts in verschiedensten Sprachen. (vgl. ebd., 30f.)

Australien wollte bis in die 60iger Jahre die Einwanderer schnell mit der englischen Sprache vertraut machen, um so baldigst eine sprachliche und kulturelle Assimilation zu erreichen.

Erst in den 70igern fasste der multikulturelle Gedanke auch in Australien Fuß. 1973 wurde von der Einwanderungsbehörde ein Telefondolmetschdienst zunächst in Sidney und Melbourne in acht Sprachen eingerichtet. Heute werden von diesem Dienst (Translating and Interpreting Service/ TIS) über 100 Sprachen angeboten. Für das Festlegen von Qualitätsstandards wurde 1977 die National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) ins Leben gerufen.

„Durch die Einrichtung von Ausbildungslehrgängen, die Schaffung eines einheitlichen Prüfungssystems, vor allem aber durch die Implementierung einer Einstufungsskala für die Qualifikation von Übersetzern und Dolmetschern konnte NAATI die Basis für ein Qualitätssicherungssystem legen, das weltweit nicht seinesgleichen hat.“ (Pöchhacker 1997, 188)

Im Bundesstaat New South Wales wurden in den 70iger Jahren „health educators“ für die Kommunikation mit Migranten in Gesundheitsfragen sowie für Dolmetschtätigkeiten eingesetzt. Heute gibt es in New South Wales den Health Care Interpreter Service (HCIS), der über 150 Dolmetscher beschäftigt und neben Dolmetsch- und Übersetzertätigkeiten auch kultur- und gesundheitsspezifische Informationen weitergibt. Daneben gibt es als reinen Übersetzerdienst das Health Translation Service (HTS). (vgl. Pöchhacker 1997, 188)

Für diese Einrichtungen sowie auch für den Dolmetschdienst Central Health Interpreter Service (CHIS) im Bundesstaat Victoria brauchen die Dolmetscher NAATI- Qualifikationen. (vgl. ebd., 189)

1.6.3. USA

Erst in den 70iger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurden in den USA Optimierungsversuche im Bereich Community Interpreting unternommen. Viele initiierte Dolmetschservices in U.S. amerikanischen Spitälern gehen auf Beschwerden zurück, da man sich vor allem auf die Civil Right Acts von 1964 berufen konnte. In einigen Bundesstaaten, wie Kalifornien oder New York müssen laut Gesetz Dolmetscher angeboten werden, in anderen, wie Florida gibt es kein diesbezügliches Gesetz. Durch ein 1990 in Kraft getretenes Gesetz (Disadvantaged Minority Health Improvement) wurden staatliche Gesundheitseinrichtungen dafür verpflichtet Grundversorgungen in der Sprache der Patienten anzubieten. Anerkannte Kurse für medizinische Dolmetscher werden aber nur von den Bundesstaaten Washington und Kalifornien angeboten, wo es auch Verbände gibt.

In den USA kommen ähnlich wie in vielen europäischen Ländern großteils nichtprofessionelle Dolmetscher zum Einsatz. Es gibt kaum Ausbildungsmöglichkeiten für

Community Interpreter. Lediglich in New York die NYU School of Medicine und das Hunter Collage bieten Ausbildungsscurricula an. (vgl. Slapp 2004, 32ff.)

Rechtlich müssten laut nachfolgendem Zitat Community Interpreting-Leistungen abgesichert sein:

„Das Amt für Bürgerrechte des amerikanischen Gesundheits- und Sozialministeriums hat den Begriff „nationale Herkunft“ erfolgreich auf die Sprache als „spezifisches und grundlegendes Merkmal der nationalen Herkunft“ bezogen. Demnach müssen alle Einrichtungen und Programme, die in den Genuss staatlicher Gelder kommen wollen- und das sind im Bereich des Gesundheitswesens fast alle-, für Angehörige aller Sprachgruppen gleichen Zugang zu den von ihnen erbrachten Leistungen bieten oder aber mit dem Wegfall direkter oder indirekter öffentlicher Zuschüsse und Förderungen rechnen.“ (Pöchhacker 1997, 194)

Es gibt zwar rechtlich gesehen Ansprüche auf Professionalisierung, jedoch werden entsprechende Dienste nur in einigen Bundesstaaten verpflichtend angeboten. Die Bundesstaaten New York, Maryland, Vermont und Kalifornien haben gesetzliche Regelungen in die Tat umgesetzt.

Der Bundesstaat Washington, in den vor allem Einwanderer aus Südostasien kamen, bietet einen Dolmetschdienst mit Namen Community Interpretation Services (CIS) an. Dieser kam durch die Absprache von zehn verschiedenen Krankenhäusern zustande und bietet Dolmetschdienste in über 30 Sprachen an. An der Universität von Minnesota wurde ein Ausbildungsprogramm für Community Interpreting mit Namen Twin Cities Interpreter Project ins Leben gerufen. (vgl. Pöchhacker 1997, 194 f.)

1.6.4. Schweden

Die schwedische Gesetzgebung sieht vor, dass jeder Migrant, der der schwedischen Sprache nicht mächtig ist, in öffentlichen Einrichtungen einen Dolmetscher zur Verfügung gestellt bekommen soll. Dabei werden die Kosten der Inanspruchnahme, welche der Klient für sich selbst entscheidet, vom Staat übernommen. Seit den 60iger Jahren gibt es Ausbildungen im Bereich Community Interpreting und das Berufsbild ist voll anerkannt. In zahlreichen schwedischen Städten gibt es Dolmetscheragenturen. In diesen Agenturen sind ca. 5000 Community Interpreter registriert. An Erwachsenenbildungszentren und Volkshochschulen gibt es Weiterbildungsmöglichkeiten, wo man Zusatzqualifikationen für den juristischen und den medizinischen Bereich erwerben kann. Schweden gilt für die übrigen europäischen Länder als Vorbild in Sachen Community Interpreting. (vgl. Slapp 2004, 36ff.)

Die schwedische Einwanderungspolitik sieht neben der Gleichheit vor dem Gesetz, einer freien Wahl des Aufenthaltsortes und einer intensiven Zusammenarbeit mit Migrantinnen auch die

Dolmetscherdienste als essentiell an. Die Migranten, welche der schwedischen Sprache nicht mächtig sind, haben in Schweden ein Recht auf die Inanspruchnahme eines Dolmetschers vor Ämtern und in öffentlichen Einrichtungen. In Schweden spricht man vom kontakt-tolk (Kontaktdolmetschen). Vor allem während großer Einwanderungswellen in den 60iger Jahren wurden die ersten spezifischen Dolmetschdienste eingerichtet. Heute gibt es ca. 90 Dolmetschdienste, wobei diese hauptsächlich von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen genutzt werden. Bereits in den 60iger Jahren wurde eine Ausbildung zum Migrantendolmetscher eingerichtet. (vgl. Pöchhacker 1997, 196ff.)

2. Grundlagen der Arzt-Patient-Kommunikation

2.1. Was ist Kommunikation?

Kommunikation (abgeleitet vom lateinischen *communicare*) meint laut Duden (1997) „Verständigung untereinander“. Kommunikation erfordert immer mindestens zwei Aktanten, die in Wechselbeziehung zueinander stehen. Jede Reaktion des einen Gesprächspartners führt dabei zu einer Gegenreaktion des anderen Gesprächspartners. Kommunikation ist also Interaktion, welche durch viele verschiedene Reaktionen und Gegenreaktionen gekennzeichnet ist. Dabei sind die Reaktionen der Aktanten Reize, die wiederum Reaktionen hervorrufen.

Der Begriff Metakommunikation gilt dabei als Überbegriff für die Kommunikation über Kommunikation, wie auch nonverbale Kommunikation. Um gewisse Konflikte in der Kommunikation in den Griff zu bekommen, ist oftmals eine Lösung auf der Ebene der Metakommunikation erforderlich.

Im Wesentlichen geht es bei Kommunikation um Informationsaustausch. Auch durch nicht getätigte Äußerungen wird Nichtkommunizieren-Wollen ausgedrückt, was wiederum Kommunikation impliziert. Auch durch Nicht-Kommunikation kommt es zum Informationsaustausch. (vgl. Chiba 1997, 7- 11)

Watzlawick (2000, 51) meint dazu:

„Wenn man also akzeptiert, dass alles Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation Mitteilungscharakter hat, d. h. Kommunikation ist, so folgt daraus, dass man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht nicht kommunizieren kann. Handeln und Nichthandeln, Worte und Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht nicht auf diese Kommunikationen reagieren und kommunizieren damit selbst.“ (Watzlawick 2000, 51)

Chiba (1997, 11f.) zeigt dabei zwei verschiedene Arten von Beziehungen innerhalb von Kommunikation auf. Zum einen gibt es symmetrische Beziehungen, zum anderen komplementäre Beziehungen. In symmetrischen Beziehungen versuchen ebenbürtige Aktanten bestehende Unterschiede auszugleichen, während es in komplementären Beziehungen einen primären und einen sekundären Gesprächspartner gibt. Dabei gibt es unbewusst Gegensätze, welche in der Kommunikation auch noch betont werden. Auch die Arzt-Patient-Beziehung ist eine komplementäre Beziehung.

Neben den inhaltlichen Botschaften innerhalb der Kommunikation werden auch unbewusste Informationen transportiert. Dabei kann man zwischen einem Inhaltsaspekt und einem Beziehungsaspekt unterscheiden. Der Inhaltsaspekt impliziert die rein verbalen Aussagen, während der Beziehungsaspekt determiniert, wie die Aussage aufzufassen ist. Die Aspekte stehen miteinander in Relation. (vgl. Chiba 1997, 12f.; vgl. Watzlawick 2000, 55)

Nach Kellnhauser und Schewior-Popp (1999, 20) hat Kommunikation hauptsächlich drei Funktionen: Überleben, zwischenmenschliche Beziehungen und Information. Dabei versteht man unter Überleben jene Handlungen, um sich selbst am Leben zu erhalten. Zwischenmenschliche Beziehungen sind ebenfalls essentiell, um Urvertrauen ins Leben zu haben und Informationsaustausch ist ebenso lebensnotwendig

Kellnhauser und Schewior-Popp (1999, 20) führen verschiedene Faktoren an, welche die Kommunikationsfähigkeit eines Menschen beeinflussen:

- Entwicklungsstufe
- Physische Faktoren (Hören, Sehen, Sprechen, Lesen, Schreiben, Gestik)
- Psychische Faktoren (Intelligenz, Selbstvertrauen/Nervosität, Selbstachtung, vorherrschende Stimmungslage, Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen)
- Soziokulturelle Faktoren (Muttersprache, Dialekt, Wortschatz, persönliche Erscheinung/ Kleidung, Verhaltensmuster in Bezug auf Berührungen/ Blickkontakt/ Gestik)
- Umgebungsfaktoren (Art/ Größe des Raumes, Anordnung der Stühle, Hintergrundgeräusche, Beleuchtung, Temperatur)
- Individuelle Gewohnheiten
- Hilfsmittel zum Kommunizieren (Brille, Hörgerät)

Auch Kellnhauser und Schewior-Popp (1999, 21) stellen fest, dass jedes Verhalten im zwischenmenschlichen Bereich Mitteilungsscharakter hat und daher immer Kommunikation bedeutet. Dabei findet Kommunikation immer dann statt, wenn Menschen miteinander in Beziehung stehen und Informationen ausgetauscht werden sollen. Sprache dient als Mittel, um Mitteilungen auszudrücken und fungiert als „ein System zur Abbildung von Wirklichkeit“ (ebd. 1999, 21). Sprache ist dafür verantwortlich, Ist- Zustände zu erklären, andere zu einer Handlung zu veranlassen, eine eigene Handlungsintention kund zu tun sowie Gedanken, Gefühle und Erfahrungen auszudrücken. (vgl. ebd., 21)

In der Kommunikation gibt es drei fixe Elemente, nämlich den Sender bzw. Sprecher, die Nachricht und den Empfänger bzw. Hörer. Der Sender schickt dabei eine codierte Nachricht

an den Empfänger, welcher wiederum die Nachricht aufnimmt, decodiert und schließlich interpretiert. Neben reinen Sachinformationen können durch nonverbale Kommunikation auch andere Informationen weitergegeben werden.

2.2. Nonverbale Kommunikation

Watzlawick (2000, 51) zeigt, dass Kommunikation nicht nur durch Sprache allein erfolgt:

„Es muss ferner daran erinnert werden, dass das „Material“ jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen Phänomene (wie z. B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen), Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes umfasst – kurz, Verhalten jeglicher Art.“ (Watzlawick 2000, 51)

Aus diesem Textauschnitt ist ersichtlich, dass nonverbale Kommunikation eine wesentliche Rolle in der Kommunikation spielt.

Kellnhauser und Schewior – Popp (1999, 23) meinen, dass nonverbale Kommunikation die Bedeutung der sprachlichen Kommunikation einerseits unterstützen kann, andererseits kann sie ihr auch widersprechen bzw. unabhängig davon eingesetzt werden. Nonverbale Kommunikation umfasst verschiedene Aspekte, wie Blick, Blickkontakt, Blickwechsel, Körperkontakt, Körperhaltung, Kleidung, räumliche Distanz sowie Mimik und Gestik. Daneben gibt es noch die paralinguistische Kommunikation, welche Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Sprechpausen und Stimmvariationen impliziert.

Nach Forgas (1995, 183f.; zitiert nach Kellnhauser & Schewior – Popp 1999, 23) dient nonverbale Kommunikation im Wesentlichen dazu, soziale Situationen zu steuern, sich selbst darzustellen, emotionale Zustände zu kommunizieren, Einstellungen darzustellen und Situationen zu kontrollieren.

Im Folgenden sollen die einzelnen Elemente der nonverbalen Kommunikation kurz beleuchtet werden:

Blick:

Der Blickkontakt bestimmt in der Kommunikation die Intensität der Interaktion. (Kellnhauser & Schewior – Popp 1999, 24) Dabei kann der Blickkontakt sowohl Interesse als auch Aggression vermitteln.

Körperkontakt:

Körperkontakt wird in Abhängigkeit von den kulturellen Gegebenheiten sehr unterschiedlich ausgedrückt. Dabei deutet intensiver Körperkontakt auf vertraute Beziehungen hin. (vgl. ebd., 24)

Körperhaltung:

Körperhaltung zeigt, wie zwei Personen in der Kommunikation zueinander stehen bzw. wie sie sich fühlen.

Räumliche Distanz:

Forgas (1995, 149; zitiert nach Kellnhauser & Schewior – Popp, 27) unterscheidet vier abgegrenzte Regionen: die Intimdistanz (0-60 cm), die persönliche Distanz (60 cm-1, 2 m), die sozial-konsultative Distanz (ca. 1, 2 m-3,3 m) und die öffentliche Distanz (3,3 m und mehr)

Mimik und Gestik:

Durch den Gesichtsausdruck bzw. die Mimik werden verbale Aussagen oft erst richtig verständlich. Dabei ist dieser weitestgehend kulturunabhängig und universal verständlich. Der Gesichtsausdruck wird in allen Kulturen gleich gebraucht. Hingegen ist die Gestik kulturgebunden und nicht überall gleich zu verstehen. (vgl. Kellnhauser & Schewior – Popp 1999, 27; vgl. Maletzke 1996, 77)

Die Stimme:

Durch Intonation, Rythmus, Lautstärke und Sprechtempo können ebenfalls Botschaften beeinflusst werden. Durch parasprachliche Signale können Emotionen verdeutlicht werden. (vgl. Kellnhauser & Schewior – Popp 1999, 28)

Maletzke (1996, 76) spricht ebenfalls bei einer großen Anzahl von Verhaltensweisen, die der Bedeutungsvermittlung dienen und neben der Sprache, welche er als „das differenzierteste und leistungsfähigste Instrument zwischenmenschlicher Verständigung“ bezeichnet, von „nichtverbaler Kommunikation“. Ein anderer Ausdruck dafür ist die Bezeichnung „Körpersprache“.

Maletzke (1996, 76) unterscheidet dabei ebenfalls verschiedene Formen:

- Kinesics (Körpersprache)
- Proxemics (Raum, Distanz)
- Orientierungswinkel (der Winkel, in dem man zu einer anderen Person steht)
- Äußere Erscheinung einer Person (einschließlich Kleidung und Schmuck)
- Haltung, Stehen, Sitzen u. ä.
- Kopfbewegungen
- Gesichtsausdruck (Mimik)
- Gestik
- Blickkontakte
- Paralinguistik

Die verschiedenen Formen sind kulturell stark divergent:

„Ein und dieselbe Form kann in verschiedenen Kulturen etwas Verschiedenes manchmal sogar Gegensätzliches bedeuten – zweifellos eine Quelle gravierender Missverständnisse in der interkulturellen Begegnung“ (Maletzke 1996, 77)

Wesselmann et. al. sprechen auch die nonverbale Kommunikation als wesentlichen Aspekt in der Arzt-Patient-Kommunikation an:

„Nonverbale Signale wie Gesichtsausdruck, Blicke, Gesten, Tonfall und Körperhaltung drücken in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient Gefühle aus, teilen etwas über die eigene Persönlichkeit mit, unterstützen, klären oder modifizieren beim Sprechen, d. h. sie nehmen einen großen Einfluss auf die Beziehung und dürfen deshalb nicht unterschätzt werden.“ (Wesselmann et. al. 2004, 20)

2.3. Beziehung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Ärzte und Patienten leben in unterschiedlichen Wirklichkeiten. Während Ärzte Krankheiten in ihrer Objektivität sehen, sind Patienten dieser Wirklichkeit gegenüber Outsider. (vgl. Wesselmann et. al. 2004, 17)

Der Patient lebt in seiner individuellen Wirklichkeit „[...] in der Schmerzen und Krankheiten eine schicksalhafte Bedeutung haben“ (ebd., 17).

Die Arzt-Patient-Beziehung ist eine asymmetrische Beziehung, in der ein hilfsbedürftiger Mensch einem Menschen mit spezifischer Fachkompetenz gegenübersteht.

Wesselmann et. al (2004, 18) beschreiben ausdrücklich, dass man mit Sachinformationen die Unsicherheit von Patienten nicht einfach wegarbeiten kann, da Krankheit den Menschen in den Tiefen der individuellen Existenz verunsichere. Daher ist es sehr wichtig, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient möglich ist. Vertrauen wird hier überhaupt als wichtige Grundlage für eine sinnvolle Behandlung gesehen, da kranke Menschen immer gezwungen sind zu vertrauen. Um Vertrauen herstellen zu können ist es sehr wichtig, dass man einander gegenseitig versteht.

Wesselmann et. al. (2004, 19) sagen, dass gerade in der medizinischen Kommunikation viele „interaktive Selbstverständlichkeiten“ abhanden gekommen sind. Es treffen dabei „zwei Menschen mit ihren Lebensgeschichten und Erfahrungen, ihren Hoffnungen und ihrer Angst [aufeinander]“. Der Arzt behandelt sozusagen Personen und keine Krankheiten.

Ein vertrauensvolles Miteinander ist ebenso wichtig, um die erforderliche „Compliance“ beim Patienten herzustellen. Compliance ist die Mitarbeit des Patienten beim ärztlichen Prozedere. Der Patient soll im Rahmen der Compliance die Empfehlungen des Arztes konsequent befolgen. Durch das Nichtbefolgen der Compliance kommt es mitunter zu starken finanziellen Einbußen für das Gesundheitssystem. Ebenso sind die Heilungschancen bei vorhandener Compliance wesentlich besser.

Nach Allaoui (2005, 13) ist die Arzt-Patient-Kommunikation ebenfalls gekennzeichnet durch eine asymmetrische soziale Beziehung, wo die Aktanten über „[...] unterschiedlichen Wissenshintergrund, unterschiedliche soziale Rollen und Funktionen verfügen“ (ebd., 13).

Allaoui (2005, 14) hebt hervor, dass das ärztliche Gespräch trotz hinzukommender technologischer Innovationen in der Diagnostik unentbehrlich ist. In der Arzt-Patient-Kommunikation leiten die Ärzte das Gespräch und filtern aus dem Vortrag des Patienten die notwendigen Rückschlüsse auf betreffende Symptome heraus. Mit Hilfe von verschiedenen Fragen kommt der Arzt zu einer Vordiagnose, in der er die Symptome so formuliert, dass der

Patient sein Beschwerdebild wieder erkennt. Durch Frage-Anwort-Sequenzen und körperliche Untersuchung gelangt der Arzt schließlich zu einer Enddiagnose. (vgl. ebd., 14)

Westermilies (2004, 21) schreibt der Kommunikation in der Medizin vor allem zwei Funktionen zu: Zum einen soll die medizinische Situation abgeklärt werden, andererseits soll es zu einem Gesprächsaustausch zwischen Arzt und Patient kommen. Dabei soll der Patient die Möglichkeit bekommen, seine Äußerungen dem Arzt näher zu bringen und diese müssen vom Arzt respektiert werden. Dies ist nur durch ein gegenseitiges Kennenlernen in einem Gespräch möglich. Problematisch ist jedoch, dass häufig eine Kommunikationsarmut zwischen Ärzten und Patienten offensichtlich wird (vgl. Westermilies 2004, 21).

Wodak (1986, 44) beschreibt deutlich, dass durch fachsprachliche Gespräche mit den Patienten Sprachbarrieren geschaffen werden. Dabei kommt es zu einem Ungleichgewicht, in dem der Arzt seine Machtposition ausdrücken kann.

Wodak (1986, 44) spricht neben dem Problem der Sprachbarrieren auch noch von einem „Framekonflikt“. Darunter subsumiert sie das Aufeinanderprallen von zwei verschiedenen Sicht- und Gliederungsweisen der Realität, kurzum zwei Welten prallen aufeinander. Während der Arzt punktuelle Informationen von seinen Patienten haben möchte, will der Patient, nachdem er seine Leidensgeschichte geäußert hat, einfühlsame Worte und Worte des Trostes haben. Außerdem gibt es noch „schichts-, alters-, geschlechtsspezifische und persönlichkeits- wie kulturbedingte Sprachverhaltensunterschiede“ (ebd., 44) Diese können ebenfalls starke Einflüsse auf den Gesprächsverlauf haben.

Einflüsse, die das Arzt- Patient- Gespräch beeinflussen (nach Wodak 1986, 46):

1. Objektive Faktoren: Setting, Institution
2. Objektivierbare Faktoren: Biographie, Subkultur, Statusrollen, Positionsrollen, Erfahrung, Vorwissen, Krankheit
3. Latente Faktoren: Motive/ Intentionen, Vorurteile, Einstellung, Tabus, Tagesverfassung, Übertragungsmomente, Sympathie/ Antipathie, Gefühle

Bührig (2000, 2) meint, dass innerhalb der Arzt- Patient- Kommunikation zwar die Gesprächsteilnehmer wechseln können, jedoch der Gegenstand des Gesprächs eine gewisse Kontinuität aufweisen würde. Dazu führt Bührig den Begriff „Common Ground“ an, welcher als von den Aktanten benutzbarer grundlegender gemeinsamer Wissenspool verstanden wird, um überhaupt im institutionellen Rahmen Kommunikation betreiben zu können. Dabei haben

jedoch Ärzte als „Agenten“ gegenüber dem Patienten als „Klienten“ einen Wissensvorsprung, was institutionelle Bedingungen betrifft. Dies beeinflusst natürlich nachhaltig den Kommunikationsverlauf.

Auch Pribersky (1986, 30) beschreibt ein strukturelles Ungleichgewicht in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Die beiden Gesprächspartner schätzen demnach auch den Gesprächsverlauf, z. B. bei Anamnesegesprächen, völlig unterschiedlich ein. Während der Arzt glaubt, möglichst viele Informationen gegeben zu haben, so sehen die Patienten ihre Informationsbedürfnisse oft als nicht befriedigt an.

Sowohl Studien von Engelhardt et. al. 1973 und Raspe 1976 (zitiert nach Pribersky, 1986 31) als auch Studien von Seidl & Walter 1981, Wimmer, Pelikan & Strotzka 1982 und Wimmer 1984 (zitiert nach Pribersky 1986, 31) erwähnen die asymmetrische Beziehung zwischen Arzt und Patient.

2.4. Der biomedizinische Ansatz in der ärztlichen Gesprächsführung

Nach Lalouschek (2005, 17) liegt der traditionellen Schulmedizin ein naturwissenschaftliches, kausal- analytisches Denkmodell zugrunde, welches an der biomedizinischen Beschreibung und Erfassung von Krankheitssymptomen ausgerichtet ist. Dabei werden Geist und Körper getrennt gesehen. Dieses Modell systematisiert Krankheiten und bringt somit in gewisser Weise Ordnung und Überschaubarkeit in das verunsichernde Krankheitsgeschehen. Die Sicht auf die erkrankte Person selbst geht bei diesem naturwissenschaftlichen und objektivierenden Ansatz jedoch weitestgehend verloren. Krankheit wird im biomedizinischen Modell als „[...] eine Störung einer Organfunktion bzw. als eine pathologisch veränderte Organstruktur“ (ebd., 17) gesehen. Dabei gibt es typische pathologische Merkmale der Krankheiten. Der Mensch wird zum Objekt der Behandlung, sein Körper wird in „[...]Organe, Körperteile oder physiologische Abläufe geteilt und [...] fragmentiert wahrgenommen“ (ebd., 18).

Bei der Diagnose stehen Messwerte und objektive Daten im Mittelpunkt.

„Der kranke Körper wird getrennt betrachtet vom sozialen Umfeld, von Lebensgeschichte, Werthaltungen und emotionalem Status des Kranken“ (Lalouschek 2005, 18)

Durch die folgende Therapie soll schließlich die Funktionsstörung behoben und Symptome unter Kontrolle gebracht bzw. beseitigt werden.

Im biomedizinischen Ansatz steht „Gesundheit für eine idealtypische, statistisch vorgegebene Norm“ und damit für das Normale, das Entsprechende; Krankheit definiert sich als „Abweichung von einer statistisch definierten Norm und als körperliches Versagen“ (ebd., 18).

Interessant an diesem Ansatz ist auch, dass Frauen und Männer Krankheiten körperlich unterschiedlich erleben. Frauen entwickeln demnach andere Symptome und spüren Schmerzen häufig intensiver.

Meerwein (1998, 54) sieht im Ausdruck eines Symptoms einen averbalen Mitteilungscharakter, der vom Arzt angenommen oder abgelehnt werden kann.

Auch bei der Darstellung von Krankheiten und Symptomen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer tendieren eher zu „konkreten, symptomatischen, organbezogenen Schmerzbeschreibungen“ (Lalouschek 2005, 19) und stellen sich selbst eher „ursachen- und lösungsinteressiert“ (ebd., 19) dar. Frauen hingegen neigen zu globalen, psychosozial eingebundenen Beschwerdebeschreibungen. (ebd., 19)

Der biomedizinische Ansatz unterstützt eine Diskursform, welche in der Arzt-Patient-Kommunikation durch eine patriarchalische und autoritäre Stellung des Arztes gekennzeichnet ist (vgl. ebd., 88).

Geschichtlich kann man nach Lux (2003, 146) den Beginn der biomedizinischen Ansätze in Europa und den USA in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts finden, wo eine „Umwälzung des medizinischen Weltbildes [stattfindet]“ (ebd., 146). Damals wurden nach Lux (2003, 146) „die Grundlagentechniken und die Grunddisziplinen unserer heutigen Medizin [...] begründet“. In folgendem Zitat wird dieser Ursprung nochmals deutlich:

„Eine naturwissenschaftliche, sich rational verstehende Medizin konnte aus sich selbst heraus normative Kraft beanspruchen: Krankheit war nicht länger von Gott oder anderen Instanzen gesandt, der Kranke war für seine Mitmenschen nicht länger sinnstiftend.“ (Lux 2003, 146)

Meerwein (1998, 54) zeigt verschiedene Gründe auf, warum sich Ärzte in ihrer täglichen Arbeit immer noch sehr stark an diese Ansichten halten und eine Hinwendung zu einem psychosozialen Verständnis und folglich einer psychosozial orientierten Gesprächsführung ablehnen. Dabei spielt erstens das Bedürfnis nach „größtmöglicher Arbeitsökonomie“ des Arztes eine wichtige Rolle. Der Arzt sieht nur seinen Patienten als Untersuchungsobjekt und lehnt den „averbalen Mitteilungsgehalt des Symptoms“ (ebd., 54) ab.

„Das Belassen des Körpers des Kranken in der vergegenständlichenden Objektivierung schützt den Arzt aber vor Überforderung durch nicht zu bewältigende, emotionale Inanspruchnahme“ (Meerwein 1998, 55)

Diese Art der Medizin wird oftmals als „Labor- und Apparatemedizin“ (Zimmermann 2000, 12) betrachtet.

Viele Ärzte sehen zweitens die Forschungsergebnisse der psychosomatischen Medizin sehr kritisch und verharren deshalb in den biomedizinischen Ansätzen. Drittens interpretieren manche Ärzte die neue psychosoziale Medizin als bloße Ablöse des althergebrachten Idealbildes des Hausarztes, welcher oftmals noch lange Gespräche mit den Patienten geführt hat. Viertens wird gelegentlich der psychosozialen Medizin seitens der Ärzte unterstellt, dass sie Ergebnisse naturwissenschaftlicher Diagnostik und somit häufig auch zu behandelnde Symptome übersieht. Außerdem kommt es auch auf unterbewusster Ebene oftmals zu einer Ablehnung der psychosozialen Medizin seitens der Ärzte, da einige selbst Ängste und Befürchtungen vor psychosozialen Gesprächssituationen haben. (vgl. Meerwein 1998, 54- 58)

„Viele Ärzte sind in ihrem Selbstbewusstsein derart darauf angewiesen, fraglos als Autorität in ihrem Bereich anerkannt zu werden, dass ihnen ein Eintritt in die Grenzsituation des Gesprächs als Bedrohung ihres Selbstgefüges erscheinen muss und sie diesen deshalb mit allen ihnen zu Verfügung stehenden Mitteln, d. h. unter weitgehendster Ausnützung derselben (Pharmakotherapie, chirurgische Therapie, physikalische Therapie, usw.) zu vermeiden trachten.“ (Meerwein 1998, 59)

Zimmermann (2000, 12) beschreibt ebenfalls, dass der Patient kaum noch die Möglichkeit hat, seine persönlichen Anliegen vorzutragen und über seine persönlichen Wünsche und Ängste zu sprechen. Sachlichkeit und Fakten stehen im Gespräch an erster Stelle. Der Patient ist aber gerade durch diese Nicht-Kommunikation sehr belastet und wird vom Arzt meist mit reinem Faktenwissen abgefertigt ohne dass ihm Hoffnung auf baldige Genesung gegeben wird bzw. ihm das Krankheitsgeschehen näher gebracht wird. Dabei werden bloß Fakten erhoben und diese dann symbolisch dem Patienten weitergeleitet.

Andererseits erwarten die Ärzte von den Patienten, dass sie Vertrauen zum Arzt haben und sich kooperativ verhalten bei gleichzeitigem meist sehr sachlichen Vortrag über das Krankheitsgeschehen (vgl. ebd., 12).

Vor allem Mitglieder der gehobenen Schichten empfinden diese qualitativ nicht sehr hochwertige Kommunikation als nicht ausreichend, um echtes Verständnis und Kontrolle über ihr Krankheitsgeschehen zu bekommen. Daher wenden sich viele alternativen bzw. ganzheitlichen Methoden zu. Für Angehörige der unteren Schichten ist das mangelnde

Einfühlungsvermögen der Ärzte besonders belastend, weil die komplizierten Ausdrücke der Ärzte nicht richtig verstanden werden und gleichzeitig das eigene verbale Ausdrucksvermögen oft nicht ausreicht, um ihr Anliegen verständlich zu machen.

2.5. Vom biomedizinischen Ansatz zum traditionellen Arzt-Patienten-Gespräch

Die ersten Probleme hinsichtlich der Beziehung zwischen Arzt und Patient gibt es dadurch, dass vor allem fachliche Kompetenz und affektive Neutralität zentrale Anforderungen an den Arzt sind (vgl. Lalouschek 1995, 25). Affektive Neutralität meint nichts anderes als, dass die Handlungsweisen des Arztes nicht durch persönliche Zuneigung oder Abneigung gegenüber dem Patienten beeinflusst werden dürfen. Im Mittelpunkt der Behandlung steht das objektivierbare Symptom und nicht das erkrankte Individuum (vgl. ebd., 25). Gefühle sollen dabei aus dem Spiel sein. Ärzte möchten oftmals ganz bewusst ihre Gefühle in der Tätigkeit verdrängen und nehmen so eine oft übertrieben professionelle Haltung gegenüber dem Patienten ein. Durch das Angeben von Zeitmangel und den ausgeübten Zeitdruck auf den Patienten soll nur mehr das Sachliche als Gesprächsthematik übrig bleiben, was jedoch häufig eine fehlende compliance, also eine mangelnde Befolgung therapeutischer Maßnahmen nach sich zieht. Gefühle sollen also möglichst ausgeblendet werden und nicht in der Diagnose und Behandlung zugelassen werden. (vgl. ebd., 25)

Die fachliche Kompetenz ist von einem „rein krankheitszentrierten biomedizinischen Verständnisansatz“ (ebd., 26) abgeleitet, wonach bereits im Medizinstudium zunächst die rein organischen Funktionalitäten und Probleme im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

Diese starre Reduzierung auf die organischen Fakten unter Loslösung vom Gesamtsystem Mensch wird als Fragmentierung bezeichnet. Diese beeinflusst bzw. verzerrt die Gesprächsführung mit dem Patienten. Dabei werden persönliche, subjektive und individuelle Gegebenheiten des Patienten in der Gesprächsführung weggelassen, nur rein fachsprachliche Fakten sind von Interesse. Ein anderer Ansatz, der die eben genannten Dinge berücksichtigt wäre der gesamtheitlich-patientenzentrierte medizinische Ansatz.

Aufgrund der rein auf Symptome und fachsprachliche Fakten ausgerichteten ärztlichen Gesprächsführung und der verzerrten Sichtweise wegen der affektiven Neutralität kommt es zum Ausblenden der Bereiche Emotionales und Individuelles. Dies führt zum „herkömmlichen Arzt-Patienten-Gespräch“ (ebd., 26f.).

Durch den sachorientierten medizinischen Diskurs werden auch die Patienten in dieser fachsprachlichen Welt sozialisiert.

Im herkömmlichen bzw. traditionellen Arzt Patienten- Gespräch stehen einander zwei sehr verschiedene Welten gegenüber. Auf der einen Seite steht der Arzt mit seinem „somatisch orientierten Krankheitsmodell“ (ebd., 27), auf der anderen Seite steht der Patient mit seiner ganz persönlichen Lebensgeschichte. Ärzte bedienen sich ihrer medizinisch erlernten Fachtermini, während Patienten in der Umgangssprache bzw. Alltagssprache ihre Probleme artikulieren. Es kommt daher zu einem „Übersetzungsprozess“ (ebd., 28), welcher auch als „Prozess der Fragmentierung“ bezeichnet werden kann. Individuelle umgangssprachliche Erklärungen müssen in den institutionalisierten Begriffsapparat der Ärzte übertragen werden.

„[...] Über den Einsatz professioneller sprachlicher Handlungen unterziehen die ÄrztInnen die Äußerungen der PatientInnen einem Prozess der Fragmentierung: sie zerteilen die Darstellungen, selektieren jene ‚Beschwerden‘ heraus, für die eine Symptomatik existiert, und reduzieren so den gesamtheitlichen Bedeutungsumfang der jeweiligen Äußerungen auf die biomedizinisch relevante Bedeutung des selektierten Begriffs.“ (Lalouschek 1995, 28)

Während im mündlichen Gespräch die Ärzte zunächst die umgangssprachlichen Aussagen in ein medizinisch klärendes Bild einordnen, so kommt die rein fachsprachliche Komponente erst beim Abfassen der schriftlichen Berichte oder bei Absprachen mit Kollegen zum Einsatz. Affektive Faktoren, wie emotionale und individuelle Beschreibungen von Lebensumständen, die jedoch für den Krankheitsverlauf von Wichtigkeit sein können, spielen im biomedizinischen Ansatz keine Rolle. (vgl. ebd., 28)

„Über den Prozess der Fragmentierung werden diese Informationen im ärztlichen Gespräch systematisch als dysfunktional ausgeblendet“ (Lalouschek 1995, 28)

Aus der Darstellung des Patienten werden mittels Unterbrechungen bei medizinisch nicht sehr relevanten Aussagen geschlossene und Entscheidungsfragen gestellt, die die Sache mehr auf einen Punkt bringen sollen. Hinter den gesamten Ausdrücken des Nichtwohlfühls kann der Arzt durch gezieltes Nachfragen die eigentlich versteckten Merkmale des Krankheitsgeschehens herausfiltern. Durch das gezielte Nachfragen passen sich Patienten oftmals dem kanalisierten Gesprächsstil an und geben dann häufig auch nur noch konkretere Antworten und lassen umgangssprachliche Ausschweifungen immer mehr weg. Auf der anderen Seite kann man dem Patienten und seinem freien Erzählen von Anfang an seitens der Ärzte durch gezielte Ablaufschemata, die in Ausbildungen erlernt wurden, das Ausschweifen unterbinden.

Die Schilderung des Patienten in seiner individuellen Darstellung wird vom Arzt mittels der Fragmentierung in einzelne Teile herausgefiltert, es werden schließlich „[...] die umgangssprachlichen Formulierungen selektiv in medizinnahe Einzelbegriffe übersetzt [...]“ (ebd., 32).

Patienten sind durch den Gesprächstil der Ärzte konfrontiert und umso mehr in den medizinischen Fachdiskurs involviert, je öfter sie bereits einen Arzt konsultiert haben. Fachbegriffe und die Art der Gesprächsführung sind im Wesentlichen den Patienten geläufig und so bereiten sich manche Patienten, wissend was ihnen bevorsteht, auf solcherlei Gespräche vor, indem sie möglichst medizingetreu ihre Geschichte wiedergeben. Dies kommt den Ärzten sehr entgegen und wird auch in dieser optimalen Weise von ihnen gewünscht. (vgl. ebd., 37)

Durch das Anpassen der Patienten an diese Form des ärztlichen Gesprächs nehmen die Patienten häufig jedoch passive Haltungen im Gespräch ein. Der Arzt kann so seinem strikten System von Unterbrechungen und punktuellen Nachfragen genau nachkommen, ohne sich ausschweifend Erzählungen anhören zu müssen. (vgl. ebd., 37)

Nicht-medizinische Inhalte können dabei auch vom „geschulten“ Patienten bewusst weggelassen werden. Ein Nebeneffekt bei dieser fragmentierten Gesprächsführung seitens des Patienten ist, dass er oft nicht mit ausreichenden Zusatzinformationen seitens des Arztes versehen wird, wie ein völlig ahnungslos wirkender Patient, weil er auf den Arzt gut informiert wirkt. Das Anpassen von Patienten an die krankheitszentrierte fragmentierte Gesprächsführung der Ärzte bestätigt wiederum das bereits etablierte System und lässt für subjektive Erzählfreiräume auch weiterhin keinen Platz (vgl. ebd., 39).

Wimmer, Pelikan und Strotzka (1982; zitiert nach Denck & Hold 1986, 21) zeigen verschiedene Gründe seitens der Ärzte auf, warum Patienten Informationen vorenthalten werden:

- Erwartung einer emotionalen Belastung
- Erwartung von Verständnisschwierigkeiten im rein sprachlichen Bereich
- Erwartung von Schwierigkeiten der Wissensübersetzung vom Experten zum Laien
- Durch Zurückhaltung der Information kann die Unsicherheit der Patienten gesteigert und somit die eigene Macht vergrößert werden

2.6. Der psychosoziale Ansatz in der ärztlichen Gesprächsführung

Lux (2003, 146ff.) beschreibt, dass spätestens ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts „[...]der Fokus auf die Lokalisierbarkeit von Krankheit systematisch von verschiedenen Seiten aufgeweicht worden [ist]“. Dabei wurde das „gesamte biologisch-technische Konzept“ von Krankheit von vielen sozialwissenschaftlichen Disziplinen kritisiert und nicht länger in dieser Form akzeptiert. (vgl. ebd., 146)

Nach dem psychosomatischen Ansatz wird Krankheit als Ausdruck eines körperlichen, psychischen und sozialen Wechselspiels gesehen. Der Ausbruch einer Krankheit wird demnach in Korrelation mit der Person, den Lebensumständen, psychischen Aspekten und auch körperlichen Prädispositionen gesehen.

Lalouschek (2005, 20) definiert nach diesem Verständnis Krankheit folgendermaßen:

„Krankheit wird demgemäß als Störung komplexer Regulationsvorgänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen aufgefasst und als ungelöste Problemsituation oder deren Folgen definiert“ (Lalouschek 2005, 20)

Körper und Seele werden hier als „systemische interagierende Einheit“ (ebd., 20) verstanden. Krankheit wird als Teil der persönlichen Biographie gesehen und der Sinn in der Lebensgeschichte des Erkrankten gesehen. Dabei drückt der Mensch „seelische Schmerzen“ als Krankheit aus. Die Beschwerden können hierauf als „[...] Signalcharakter für die persönliche Lage und für die gesamte äußere Situation einer Person [verstanden werden]“ (ebd., 21)

In der psychosomatischen Medizin wird Krankheit „[...] nicht von vornherein als Defizit im Kontrast zu Gesundheit definiert, sondern als Leistung im Sinne eines Lösungsversuchs einer schwierigen Situation [...]“ (ebd., 21).

Um zu einer Diagnose zu gelangen braucht man in der psychosomatischen Medizin eine umfassendere Erhebung, welche neben rein biologischen Daten auch psychosoziale Daten und subjektive Daten erfordert. (vgl. ebd., 22)

Das ärztliche Gespräch hat in der psychosomatischen Medizin einen zentralen Stellenwert. Dabei soll der Patient auch auf die Selbstverantwortung hingewiesen werden.

Wimmer (1986, 5) thematisiert ebenso die psychosoziale Medizin und zeigt auf, dass in der Medizin noch immer ein naturwissenschaftlich orientiertes Krankheitsverständnis vorherrscht. Demnach sei das Krankheitsgeschehen weitgehend somatisch erklärbar ohne den psychischen

und sozialen Hintergrund. Dementsprechend sei auch eine somatische Behandlung üblich und ausreichend.

Wimmer spricht hier aber davon, dass eine größere Humanisierung und auch Kostenreduktion notwendig sei. Dafür müsste man sich auf den „ganzen Menschen“ rückbesinnen. Es müssten psychische und soziale Komponenten miteinbezogen werden. (vgl. ebd., 5f.)

Patienten erleben einen Krankenhausaufenthalt oftmals bedrohlich bzw. fürchten sich davor. Man müsste laut Wimmer (1986, 7) den Patienten Sicherheit vermitteln und ihnen Vertrauen in die Situation geben. Es bedarf an genauen Informationen, um mit der Situation zurecht zu kommen und um realitätsgerechte Erwartungen aufbauen zu können. Mit falschen Erwartungen kann es nämlich zu einer Eskalation von Angst kommen.

Durch genügend Informationen können sich die Patienten gedanklich besser auf die bevorstehende Situation einstellen und somit ist auch „[...] die Entwicklung angstreduzierender Strategien ermöglicht“ (ebd., 8). Ohne genug Information über die bevorstehende Situation kommt es zu einem Fehlen psychologischer Vorbereitung auf die reale Situation. (vgl. ebd., 8)

Somit ist der Patient anstehenden akuten Situationen hilflos ausgeliefert. Durch die gedankliche Vorbereitung auf die Bewältigbarkeit der Situation kann der Patient eben trotz möglicher Gefahren Vertrauen haben. (vgl. ebd., 8)

Um Patienten auf diesem Weg zu unterstützen, bietet sich am besten das Gespräch zwischen Arzt und Patient an. Einerseits bedarf es hier der Bereitschaft der Ärzte zum Gespräch und andererseits muss auch der Wille des Patienten vorhanden sein. Dabei sollten dem Patienten die Zusammenhänge zwischen der Erkrankung und der aktuellen Lebenssituation des Patienten erklärt werden. Deshalb ist es auch notwendig, dass der Arzt über den psychischen und sozialen Hintergrund des Patienten im Vorfeld des Gesprächs bereits Bescheid weiß. (vgl. ebd., 8f.)

Durch bessere Information bzw. auch durch bessere Kommunikation mit den Patienten können deren Psyche nachhaltig gestärkt und infolgedessen auch der Heilungsverlauf günstig beeinflusst werden. Die ausführlichen Gespräche zwischen Ärzten und Patienten dürfen auch nicht an andere Berufsgruppen wie z. B. Psychologen oder Sozialarbeiter abgegeben werden. (vgl. ebd., 10f.)

Um auf Patienten ausgerichtete Gespräche zu ermöglichen, müssen die Subjektivität des Patienten, d. h. seine Gefühle, seine Situation etc. sowie auch objektive Daten gleichberechtigt nebeneinander stehen.

Nach Adler (1981, zitiert nach Wimmer 1986, 14) wird der Aufgabenbereich des Arztes erweitert, d. h. für ihn werden 1. die Erhebung, 2. die Einschätzung der Bedeutung psychischer und sozialer Daten für den Patienten sowie auch 3. die Gestaltung der Arzt-Patient- Beziehung mit dem Ziel der Erreichung eines Arbeitsbündnisses relevant.

„Neben der ihm bisher vertrauten Rolle des distanziert beobachtenden naturwissenschaftlichen Mediziners muss der Arzt auch die Rolle des teilnehmenden, mit seinem Patienten in einem Kommunikations- und Interaktionsprozess stehenden Arztes beherrschen.“ (Wimmer 1986, 14)

So wird auch Gesundheit als Ausdruck der eigenen Befindlichkeit gesehen. So versteht man unter Gesundheit „[...] ein Gefühl der Kohärenz des Individuums mit seiner Umwelt, also ein Gefühl sozialen Integriertseins und das Erleben der Voraussagbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit der Entwicklung und der Umstände, das Wohlbefinden auslöst“ (Lalouschek 1995, 43)

Um von einer Krankheit befreit zu werden, muss man die Problemsituationen lösen. (vgl. ebd., 43)

Ärzte, die dem psychosozial orientierten Verständnisansatz folgen wollen, müssen eine Beziehung zum Patienten aufbauen und sich selbst als Person in das Gespräch einbringen, um ganzheitlich eine Diagnose und Therapie durchzuführen. Der Arzt soll mit dem Patienten eine Verbindung aufbauen, in der der Patient aktiv an der Gestaltung von Diagnose und Therapie beteiligt ist. Dabei muss der Arzt bereit sein, Konflikte des Patienten auszuhalten und diesen nicht im Gespräch auszuweichen. Die patientenzentrierte ärztliche Grundhaltung ist jener der psychotherapeutischen Grundhaltung sehr nahe. Die wichtigsten Punkte hierbei wären wertfreies „Akzeptieren des Klienten/ der Klientin, sympathisierendes Einfühlen (Empathie) sowie Echtheit dieser Haltung (Kongruenz)“. (ebd., 44)

Das Erzählte des Patienten wird durch „interaktive Handlungen“ weiterbearbeitet, der Arzt greift das bereits Erzählte auf und fragt gezielt nach. So werden Teile der erzählten Darstellung reformuliert, spezifiziert und fokussiert.

Es soll auf individuelle Erlebnisinhalte und Gefühle eingegangen werden. Es geht hier um die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte.

Es geht auch darum, das gesamte Krankheitsgeschehen zu deuten, also für den Patienten verständlich zu machen. Dabei „[...] verbalisiert der Arzt/ die Ärztin also die diagnostischen Erhebungen wie Wünsche, Erwartungen und Konflikte des Patienten/der Patientin, die zur Krankheitsentwicklung beigetragen haben, mit dem Ziel, dessen/ deren Selbstverständnis zu vertiefen.“ (ebd., 61)

Im Vordergrund des psychosozialen ärztlichen Gesprächs steht der Aufbau einer vertrauten Beziehung zum Patienten. Dabei sollen die sprachlichen Äußerungen des Arztes das Eingehen auf den Patienten ermöglichen. Dafür ist es wichtig dem Patienten zuzuhören, Unterbrechungen zu vermeiden, keine abrupten Themenwechsel durchzuführen sowie auf die Äußerungen des Patienten einzugehen. Um die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsqualität in den Äußerungen des Patienten zu fördern, muss der Arzt mit seinen sprachlichen Handlungen die Beziehung zum Patienten intensivieren. (vgl. ebd., 67)

Andererseits wird im herkömmlichen ärztlichen Gespräch versucht, diese erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene auszublenden, indem man sich von solchen Inhalten verbal distanziert, den Redefluss des Patienten unterbricht sowie nicht nachvollziehbare Themenwechsel durchführt. (vgl. ebd., 67)

Meerwein (1998, 61) meint zum psychosozialen Gespräch, dass es keine zusätzliche Arbeit sei, sondern nur einen „zusätzlichen, über das Körperliche hinausgehenden Blick auf den Kranken und seine Konfliktlage erarbeiten [will]“. Dies impliziert, dass das „situativ und szenisch Mitgeteilte bemerkt, registriert und verstanden werden [muss]“.

2.7. Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel der Anamnese

Anamnese bedeutet laut Duden (1997) die „Vorgeschichte einer Krankheit nach Angaben des Kranken“. Die Anamnese ist das erste Gespräch bzw. der erste Kontakt zwischen Arzt und Patient. Dabei geht es darum, dass der Patient seine Krankheitsgeschichte vorbringt genauso wie auch um bürokratische Datenerhebung.

Die Anamnese besteht aus dem eigentlichen Anamnesegespräch und der darauffolgenden körperlichen Untersuchung.

Meerwein (1998, 69 ff.) bezeichnet als Ziel der Anamneseerhebung die Befragung des Patienten nach körperlichem Krankheitsverlauf, nach der Krankheitsvorgeschichte, den Symptomen und den bisherigen Behandlungsmaßnahmen. Geht es dem fragenden Arzt jedoch um die innere und äußere Lebensgeschichte des Kranken im Hinblick auf die Bildung und das erstmalige Auftreten psychischer Symptome, so wird von Meerwein der Begriff „Exploration“ verwendet. Eine andere Form eines ärztlichen Erstgesprächs wird von Meerwein (1998, 70) als Interview bezeichnet. Dabei geht es in erster Linie darum, was der kranke Patient in der unmittelbaren Situation dem Arzt gegenüber spontan äußert, was eher einer Selbstdarstellung entspricht. Die vom Arzt ausgehenden Fragen spielen bei dieser Form eine untergeordnete Rolle.

Fritze (1983; zitiert nach Wodak 1986, 45) geht von zwei zentralen Funktionen der Anamnese aus, u. z. 1. der Interaktionsfunktion (Kontaktaufnahme mit dem Patienten) und 2. der Informationsfunktion (Diagnoseerstellung).

Durch ärztliche Verwendung von normierten Ablaufschemata bei den ärztlichen Erstgesprächen kommt es zu sehr starren Gesprächsabläufen, wo Patienten kaum die Möglichkeit für ein offenes Gespräch bekommen. So werden sprachliche Handlungsmöglichkeiten stark eingeschränkt und es kommt zu Kommunikationsstörungen.

Bei der Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus kommt es immer zu einem Erstgespräch bzw. einer Anamnese. Dieses Gespräch muss vor allem drei Aspekte klar machen, 1. beschwerderelevante Informationen, die Diagnose sowie entsprechende therapeutische Maßnahmen (vgl. Lalouschek 2002, 155).

Patienten erwarten jedoch nicht nur bloße fachliche Hilfe sowie das Abklären von Therapiemöglichkeiten, sondern sie wollen ebenso ihre „Geschichte“ erzählen und dafür Verständnis und Trost bekommen, da sie ihre Erkrankungen oft verunsichern und beängstigen. So kommt es zwischen dem vom Arzt ausgehenden stark institutionalisierten Gespräch und den individuellen Aspekten der Patientenerzählung häufig zu Kommunikationsstörungen.

Gerade bei Anamnesegesprächen lässt sich der sehr starre und musterhafte Ablauf der ärztlichen Gesprächsführung sehr deutlich erkennen und die Einschränkung von sprachlichen Handlungsmöglichkeiten von Patienten zur Schau stellen. (vgl. ebd., 155)

Die Durchführung von Anamnesen wird bei jedem Patienten routinemäßig unmittelbar nach der Aufnahme in ein Krankenhaus durchgeführt. Dabei werden die medizinisch und bürokratisch notwendigen Daten erhoben. Dies inkludiert im Wesentlichen:

-) Dokumentation früherer Krankenhausaufenthalte
-) Befunde
-) Name und Adresse der Hausarztes
-) Darstellung der akuten Beschwerden
-) Erhebung der momentanen Medikation
-) Erfassen von Allergien und etwaigen Diäten

Diese Daten werden während der Anamnese in das Anamneseblatt eingetragen und danach zu anderen Befunden des Patienten gelegt. Somit können auch weitere behandelnde Ärzte auf die Krankengeschichte des Patienten zurückgreifen.

Nach der Anamnese kommt es zu einer routinemäßigen körperlichen Untersuchung.

Aus medizinischer Sicht werden bei einem vollständigen Anamnesege spräch folgende Themenbereiche erhoben:

-) aktuelle Beschwerden
-) Kinderkrankheiten
-) frühere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte und Operationen
-) chronische Erkrankungen (Diabetes, Hochdruck, Rheuma,...)
-) Familienanamnese (Erkrankungen von Eltern und Geschwistern)
-) Allgemeinanamnese:

Dies Allgemeinanamnese umfasst folgendes: aktueller Gesundheitszustand (Appetit, Verdauung, Schlaf), persönliche Daten (Alter, Größe, Gewicht), Alkohol- und Nikotinkonsum, (bei Frauen) gynäkologische Anamnese, Geschlechtskrankheiten, Medikation und Allergien, Sozialanamnese (Familienstand, häusliche Versorgung), Adresse des Hausarztes. (vgl. ebd., 156 f.)

Lalouschek (2002, 158) führt an, dass für Patienten das Erstgespräch „eine vom Erleben her äußerst relevante Interaktionssituation bedeutet“. Dabei soll es nicht bloß um Informationsaustausch zwischen Ärzten und Patienten gehen, sondern es soll ein Vertrauensverhältnis geschaffen werden, um unter anderem „[...] Einblick in das Leben des Patienten und seine Persönlichkeit zu gewinnen“ (ebd., 158). Dafür ist es von ärztlicher Seite her notwendig, sich der Sprache der Patienten anzupassen und ihm das Gefühl zu vermitteln, dass man Zeit für ihn hat. Beides ist aus unterschiedlichen Gründen häufig nicht möglich. Vor allem Ärzte in Krankenhäusern sind durch die Vielzahl an Patienten und viele Verpflichtungen zeitlich überfordert und können solchen Anamnesen nicht gerecht werden (vgl. ebd., 158).

Diese Idealform eines Anamnesege sprächs entspricht meist nicht den herkömmlichen Anamnesege sprächen, wo die Ärzte auf reine medizinische Informationen lenken (vgl. ebd., 158). Viele Ärzte geben auch an, dass ihnen auf medizinische Fakten ausgerichtete Anamnesege spräche wesentlich angenehmer wären. Am besten wären schlagwortartige Antworten auf die vom Arzt gestellten Fragen.

Die gedrängte Anamnese mit einem organisatorisch und inhaltlich streng geregelten Ablauf ist die Norm und nicht das vertiefende Gespräch mit dem Patienten (vgl. ebd., 158f.).

Für Ärzte ist der ideale Patient jener, der gut vorbereitet ist auf das Anamnesegespräch, mit der ärztlichen Routine vertraut ist und bereits über seine Krankheit Bescheid weiß. Am besten wäre hier eine chronologische ablaufende kurze Erklärung des Patienten über seine bisherige Krankengeschichte.

Nicht so flexible und kooperative Patienten werden von Ärzten oftmals als schwierig angesehen und unglücklicherweise versuchen sich Ärzte mit solchen Patienten noch weniger aufzuhalten als mit kooperativen, gut informierten Patienten. Dies hat oft zur Folge, dass solche Patienten oft nicht genug Informationen hinsichtlich Diagnose und Therapie bekommen, diese aber wesentlich mehr auf solche Informationen angewiesen sind (vgl. ebd., 159).

Ölz (2006, 6) unterscheidet zwischen einer biomedizinischen und einer psychosomatischen Anamnese.

Da der Patient durch seine Krankheit stark verängstigt und verunsichert ist, ändert sich seine Wirklichkeit. Der Arzt sollte ihm seiner Ansicht nach dabei helfen, seine neue Wirklichkeit neu zu ordnen. Ärzte sind aufgrund der Orientierung an einem biomedizinischen Krankheitsmodell aber primär an Fakten interessiert und weniger an den Lebensumständen des Patienten. So ergibt sich eine asymmetrische Gesprächssituation.

Um solchen psychosozialen Informationen auszuweichen können Ärzte mit bestimmten Strategien arbeiten. So stellen sie geschlossene Fragen, übersetzen Äußerungen in Fachsprache oder unterbrechen Versuche des Patienten, nähere Ausführungen zu tätigen. Erfahrene Patienten kennen bereits diese Form der Gesprächsführung und stellen sich darauf ein, die passive, auf Fragen antwortende Rolle zu spielen. Solche Patienten werden dann von Ärzten noch dazu belohnt, indem sie ihnen zusätzliche Erklärungen und Informationen geben. (vgl. ebd., 9f.)

Ziele der Anamnese seitens der Ärzte:

Oberstes Prinzip der Ärzte ist die affektive Neutralität den Patienten gegenüber, um eine optimale Qualität der Versorgung zu erzielen. Daneben gibt es das Prinzip der Universalität, welches bedeutet, sich allen Patienten gegenüber gleich zu verhalten. Außerdem ist ärztliches Handeln auch spezifisches Handeln, um einerseits die eigenen Handlungsgrenzen genau abzustecken und andererseits auch den Status des Experten aufrecht zu erhalten.

Ärzte bräuchten neben der medizinischen Kompetenz auch eine Gesprächskompetenz. Sie sollten in der Lage sein, immer nur eine Frage zu stellen, bei Unklarheiten auch nachzufragen und eigene Beurteilungen und Stellungnahmen zu vermeiden.

Sie müssen eine Vertrauensbasis zum Patienten schaffen und ihn aktiv ins Gespräch involvieren.

Patienten sind vor allem dann sehr zufrieden, wenn es sich um ein patientenzentriertes Gespräch handelt, bei dem Ärzte aktiv zuhören und sich mit den Problemen und Emotionen der Patienten auch beschäftigen. Ärzte formulieren aber leider häufig Fragen sehr unsachgemäß oder unterlassen diese vollkommen.

Anamnesegespräche sind keine normalen alltäglichen Gespräche, sondern z. B. fehlen Höflichkeitsrituale, Erklärungen, Takt und Rücksichtnahme. Außerdem haben auch Schicht, Geschlecht, Alter und Krankheitszustand Auswirkungen auf die Schilderung der Beschwerden. (vgl. ebd., 10-15)

Ölz (2006, 13f.) thematisiert mögliche Gründe für den geringen Stellenwert von Anamnesegesprächen:

- Keine klare Eingrenzung von zu erhebenden Punkten
- Durchführung von ständig wechselnden oder unroutinierten Personen
- Kaum Einmischen der Oberärzte
- Keine passenden Räumlichkeiten
- Turnusärzte dürfen nur dokumentieren und keine Diagnose stellen

2.8. Frage-Antwort-Sequenzen in der Arzt-Patient-Kommunikation

Frage und Antwort gehören zu den sogenannten Paarsequenzen, welche aus einem initiierenden und einem respondierenden Teil bestehen. Diese Teile unterliegen der konditionellen oder bedingten Relevanz, d. h. wenn ein Teil realisiert wurde, muss auch ein zweiter Teil darauf obligatorisch folgen. Der Fragende muss dabei den Turn an den Gesprächspartner abgeben. Je nachdem wie man diese konditionelle Relevanz befolgt bzw. mit ihr umgeht kann man bestimmte Handlungsziele erreichen. (vgl. Ölz 2006, 21; vgl. Lalouschek 2002, 161)

Eine Frage besteht aus zwei Teilen, dem propositionalen Gehalt und dem Frageelement. Im ersten Element wird dem Antwortenden jenes Wissen bereits verbal zur Verfügung gestellt, welches er für die Wissenssuche zur Beantwortung der Frage benötigt.

Bei der Formulierung des propositionalen Gehalts in der Arzt-Patient-Kommunikation gibt es drei verschiedene Elemente: Diskurs bzw. Allgemeinwissen, professionell Gewusstes und professionell Ungewusstes. Das Allgemeinwissen haben beide Aktanten, während über professionelles Wissen nur die Ärzte verfügen. Ärzte wissen zwar Professionelles über Krankheit, Diagnose und Behandlung, jedoch nichts über Subjektives beim Patienten. So kommt es zu zwei unterschiedlichen Sichtweisen der Gesprächsführung. Der Patient wird mehr sein individuelles Erleben einbringen wollen, während der Arzt konkrete Fragen stellt, um seine Wissensdefizite bei Krankheit, Diagnose und Behandlung beseitigen zu können. Der Patient richtet seine Aufmerksamkeit mehr auf die Subjektivität als auf Objektivität. Dafür würde sich eine patientenzentrierte Gesprächsführung als sehr sinnvoll erweisen. (vgl. ebd., 22)

Um inhaltlich und auch gesprächsorganisatorisch die Kontrolle bei den Gesprächen zu haben, können Fragen standardisiert werden bzw. interviewartige Frage-Antwort-Sequenzen eingesetzt werden. So werden Patienten häufig in eine passive Gesprächsrolle abgedrängt, da sie mit dem sprunghaften, thematischen Frageschema der Ärzte nicht wirklich vertraut sind. (vgl. ebd., 22f.)

Der Arzt eröffnet das Gespräch, initiiert die Themen und erklärt Krankheit, Diagnose und Behandlung.

Ärzte kontrollieren nicht nur die Gesprächsorganisation, sondern steuern auch den inhaltlichen Verlauf. Durch die institutionellen Rahmenbedingungen und auch das medizinische know-how kann der Arzt interaktive Macht ausüben. Der Arzt selbst entscheidet, ob er sich streng an vorgegebene Frage-Antwort-Sequenzen hält oder dem Patienten in seinen Äußerungen mehr Spielraum gibt. (vgl. ebd., 23f.)

Fragemöglichkeiten:

- Offene Fragen:

Offene Fragen können vom Patienten sehr frei beantwortet werden. Er bekommt dabei keine vorgegebenen Antworten. Der Arzt kommt so zu über die Krankheit weiterführende Informationen und kann dann gezielt nachfragen. Offene Fragen sind charakteristisch für eine patientenorientierte Gesprächsführung, wo der Patient dazu vom Arzt motiviert wird, frei zu erzählen. Der Arzt hat dabei die Rolle des Zuhörers inne und soll den Patienten während seiner Ausführungen nicht unterbrechen, jedoch kann er nach Abschluss einer

Gesprächssequenz klärende Fragen bzw. Verständnisfragen stellen. (vgl. Ölz 2006, 24f.; vgl. Meerwein 1998, 77)

- Geschlossene Fragen:

Geschlossene Fragen an sich geben dem Patienten nur die Antwortmöglichkeit Ja und Nein. Daneben zählen auch Komplettierungs- bzw. Katalogfragen mehr oder weniger zu den geschlossenen Fragen mit dem Unterschied, dass der Patient hier eine gewisse Auswahl an Antworten hat. Der Arzt verwendet geschlossene Fragen, um Details, wie bestimmte Symptome schnell und punktuell zu erfragen. Es werden hier für den Arzt noch unbekannte Sachverhalte angesprochen. Mit geschlossenen Fragen steuert der Arzt das Gespräch und kann mittels solcher Fragen quasi schematisch wichtige Fragen sehr zeitsparend abklären. (vgl. Ölz 2006, 26f.; vgl. Meerwein 1998, 77)

- Präzisierungsfragen:

Präzisierungsfragen richten sich nach den Äußerungen der Patienten. Hier wird z. B. nach dem Wortsinn gefragt, oder aber auch nach bestimmten Teilsachverhalten bzw. relevanten Zusammenhängen. Der Arzt dominiert hier aber nicht automatisch das Gespräch. (vgl. Ölz 2006, 27f.)

- Suggestivfragen:

Suggestivfragen geben bereits die Antwortmöglichkeiten in der Frage selbst vor. Sie werden meist in Form einer geschlossenen Frage gestellt. Dabei werden dem Patienten Dinge unterstellt, die er schließlich nur mehr bestätigen muss. (vgl. ebd., 28)

- Indirekte Fragen:

Dabei soll der Patient indirekt seine Ausführungen in den Zusammenhang des vom Arzt Angesprochenen stellen. Bei expliziten indirekten Fragen ist die Frage an formalen Kriterien wie Intonation, Wortstellung, Fragepartikeln usw. erkennbar. Implizite indirekte Fragen weisen diese Kriterien nicht auf und sind deshalb als solche für den Angesprochenen wesentlich schwieriger zu erkennen. (vgl. ebd., 28)

2.9. Arzt-Patient-Kommunikation in der Ausbildung der Mediziner

Dem ärztlichen Gespräch wird in der Ausbildung kaum Bedeutung gegeben. Im Vordergrund steht die Aneignung von Fachwissen und hinsichtlich der Interaktion mit dem Patienten hauptsächlich Diagnoseerstellung, Behandlung und therapeutische Tätigkeiten (vgl. Lalouschek 1995, 24).

Oftmals werden Turnusärzte oder Famulanten bei Anamnesegesprächen eingesetzt, was den Patienten jedoch nicht gesagt wird. Dadurch können die an den Arzt gestellten Erwartungen seitens des Patienten oft nicht befriedigt werden. Diese Tatsache wird auch als Verschleierung bezeichnet. Turnusärzte dürfen jedoch keine Diagnose stellen und keine weiteren Therapien entscheiden. Sie müssen sich Techniken der Anamneseerhebung meist autodidaktisch oder durch Zuhören bei anderen Ärzten aneignen. Dabei sind jedoch formale Kriterien wie das genaue Ausfüllen des Formulars mit den speziellen Ausdrücken, Jargons und Abkürzungen von großer Wichtigkeit. (vgl. Ölz 2006, 15-18)

„Neben Techniken der Befragung wird damit die Erlernung des teilnehmend/einfühlsamen Zuganges zum Patienten wie auch die Fähigkeit zur Reflexion des eigenen emotionalen Erlebens wesentlich für seine Arbeit“ (Wimmer 1986, 14)

Mit dem angeführten Zitat zeigt Wimmer (1986, 14), dass es zu einer Erweiterung der ärztlichen Ausbildung kommen soll, wo die Sensibilität für die Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren bei Krankheitsverläufen erhöht wird, genauso wie auch die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und auch die Verbesserung der Gesprächsfähigkeit trainiert werden sollte. Außerdem müssten auch die organisatorischen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, damit menschliche Bedürfnisse im Krankenhaus anstelle von technischen Gegebenheiten in den Mittelpunkt des Interesses rücken können. (vgl. ebd., 14f.)

2.10. Besonderheiten der Arzt-Patient-Kommunikation im Krankenhaus

Lalouschek, Menz und Wodak (1990, 32) beschreiben in einer durchgeführten Analyse die Situation eines Ambulanzvormittages. Während der Vormittag meist noch ruhig und geordnet beginnt, kommt es bald zu diversen kurzfristigen Veränderungen und spontanen Störungen mit denen das Personal flexibel umgehen muss. Schließlich nehmen im Laufe des Vormittags auch der Zeitdruck und die allgemeine Belastung zu. Durch diese zusätzlichen Einflüsse nimmt die Unzufriedenheit zu und durch kommunikative Probleme werden Stresssituationen

größer. So können in aktuell geführten Gesprächen Inhalte von vorangegangenen Interaktionen wieder aufgegriffen werden und diese sich über mehrere Patientengespräche weiter ziehen. Die Überlastung ist also dahingehend schon vorprogrammiert (vgl. Lalouschek et. al. 1990, 32).

Unter dem Blickwinkel des Gesamtzusammenhanges lässt sich ein Ambulanzvormittag also als ein in sich geschlossenes interaktives Ereignis erfassen und beschreiben, das sich aus sämtlichen an einem Vormittag stattfindenden Arzt-Patient-Gesprächen zusammensetzt. (Lalouschek et. al. 1990, 32)

Die Gespräche zwischen Arzt und Patienten werden während eines Ambulanzvormittages vor allem durch das Auftreten von unerwarteten äußeren Störungen, notwendigen Reorganisationen des Ablaufs, zunehmenden Zeitdruck und die wachsende Belastung des Ambulanzteams stark beeinflusst. (vgl. ebd., 34)

Es kann im Arzt-Patienten-Gespräch zu einem sogenannten „Störungs-Paradoxon“ kommen, welches vor allem bei institutionell geregelten Ablaufschemata vorkommt. (vgl. ebd., 41). Dabei interpretieren Ärzte unerfahrene bzw. mit dem schematischen Handlungsablauf nicht sehr vertraute Patienten als unkooperativ und halten sich in ihren Ausführungen aufgrund dieser Fehlinterpretation gerade erst recht zurückhaltend und distanziert. Problematisch ist hier vor allem die Tatsache, dass gerade solche Patienten auf eine detaillierte Aufklärung angewiesen wären. (vgl. ebd., 41).

Durch verschiedene diskursanalytische Untersuchungen konnten Lalouschek et al. (1990) feststellen, dass der ärztliche Umgang mit Patienten in Ambulanzen vor allem durch äußere Faktoren beeinflusst wird. Dazu zählen Unterbrechungen und Störungen, die aber vom arbeitenden Personal eigentlich nicht als Routine akzeptiert werden und so den inneren Druck noch zusätzlich steigen lassen. Stattdessen gibt es noch den Mythos der Harmonie. (vgl. ebd., 71 f.)

So wurde in diesen Untersuchungen auch festgestellt, dass zu Beginn eines Ambulanzvormittages die Arzt-Patient-Kommunikation wesentlich entspannter und zugleich wesentlich effektiver stattfindet. Die Ärzte sind im Gespräch noch mehr um den Patienten und seine Anliegen bemüht und gehen intensiver auf seine Fragen ein.

Im Laufe eines Vormittages kommen jedoch zahlreiche Unterbrechungen und Störungen ins Spiel, welche die Gesprächsqualität seitens der Ärzte stark vermindert. Es werden wesentliche kürzere Befundabklärungen und Nachbesprechungen durchgeführt. Auf Ausführungen und Fragen der Patienten wird nicht genau eingegangen. Auch die Eigeninitiative der Patienten

wird unbewusst durch angespannte Situationen unterdrückt. Nicht-kooperative Patienten werden von Ärzten als zusätzlicher Störfaktor gesehen. (vgl. ebd., 72).

Die chaotischen Zustände könnten durch organisatorische Maßnahmen beseitigt werden, durch die sehr starke Institutionalisierung dieser Zustände werden sie oftmals jedoch einfach hingenommen, ohne dagegen etwas unternehmen zu wollen (vgl. ebd., 72f.).

Ambulanzgespräche sind vor allem durch ein Nebeneinander von verschiedenen Handlungen geprägt, welche eine geregelte Normalität meist nicht möglich machen. Dies wird im folgenden Zitat nochmals deutlich gemacht:

Es wird gleichermaßen untersucht, behandelt, beraten, gelehrt, und gelernt, organisiert, reorganisiert und telefoniert. Turnusärzte/ärztinnen, Oberärzte/ärztinnen, Professoren und Primarii, Oberschwester, Ambulanzschwestern, Stationsschwester, Schwesternschülerinnen, Pfleger, Träger, Sanitäter, Bedienerinnen und letztendlich Patienten und Patientinnen geben sich die Klinke in die Hand. (Lalouschek et al. 1990, 73)

Die Handlungsabläufe verlaufen meist ineinander und widersprechen sich ebenso häufig. So kommt es zu Überlastungen und Rollenkonflikten der Aktanten (vgl. ebd., 73).

Durch ihr eigenes überfordertes und unzufriedenes Verhalten, welches sich negativ auf die Arzt-Patient-Kommunikation auswirkt, versuchen Ärzte mit der Realität irgendwie klar zu kommen. Dabei kommt es oft zu gemeinsamen negativen gestressten Aussagen von Ärzten über die erlebte Situation, um sich gemeinsam zu erleichtern. (vgl. ebd., 75ff.).

Die Gleichbehandlung von Patienten in Arztpraxen sowie in Krankenhäusern ist praktisch nicht gegeben. Vor allem ältere Menschen, die oftmals als nicht kooperationswillig angesehen werden, Menschen mit geringem Ausbildungsniveau und Ausländer werden häufig autoritärer behandelt als übrige Patientengruppen. Doch nicht nur diese sozialen Faktoren, die den Patienten betreffen, sondern auch der Ambulanzalltag haben nachhaltigen Einfluss auf den Verlauf des ärztlichen Gesprächs (vgl. ebd., 156).

Vor allem die folgenden Faktoren haben laut Lalouschek et al. (1990, 156f.) Einfluss auf die Qualität des Gesprächs im Krankenhaus:

-) Teamarbeit: Durch die Anwesenheit von zwei oder mehr Ärzten während des Arzt-Patienten-Gesprächs kommt es oft zu einem indirekten Gespräch mit dem Patienten, da die Ärzte miteinander kommunizieren und den Patienten dabei ausschließen bzw. sich dieser ausgeschlossen fühlt

-) Die aktuelle Situation mit der Fortgeschrittenheit von Störungen hat prägenden Einfluss auf das ärztliche Verhalten. Die Belastung von Störungssituationen nimmt tendenziell im Laufe des Vormittags zu.

-) Die Kooperationsbereitschaft des Patienten hat ebenfalls Einfluss auf das Gespräch, da Ärzte hier mit zurückhaltenden und gleichzeitig gut informierten Patienten in der Regel besser umgehen bzw. sich von diesen nicht noch zusätzlich unter Druck gesetzt fühlen.

-) Ein spezifisches Problem der Ambulanz, welches ebenfalls die Qualität des Gesprächs beeinflusst, ist die Beziehungslosigkeit zwischen Ärzten und Patienten. Der Patient wird auch bei mehrmaliger Konsultation in einer Ambulanz in der Regel immer von verschiedenen Ärzten betreut. So kann keine Beziehung zwischen den Akteuren aufgebaut werden.

-) Auch der Status des Patienten spielt eine Rolle. So werden Ärzte sich im Gespräch mit Privat- und Sonderklassepatienten bzw. Patienten, welche Krankenhausmitarbeiter sind, anders verhalten als zu „normalen“ Patienten

Dabei variiert das Sprachverhalten in Abhängigkeit der genannten Determinanten in folgenden Arten: (vgl. ebd., 157f.)

-) Geben und Verweigern von Erklärungen

-) das Reden über oder mit den Patienten

-) Aufnehmen oder Unterbrechen von Patienteninitiativen

-) sachlicher oder bewertender (moralisierender) Umgang mit Problemen (non-compliance, Alkohol/Nikotin-Konsum)

Viele andere hinzukommende Faktoren bestimmen laut Lalouschek et al. (1990, 198) noch die Arzt-Patient-Kommunikation in Krankenhäusern, so z. B.

-) zermürende Wartezeiten

-) unzumutbare Wartebedingungen

-) fehlende Empathie

-) Chaos

-) routinemäßige Störungen

-) Stress

-) mangelnde Information über den Ablauf im Krankenhaus

-) mangelnde Information über die Krankheit
-) Beziehungslosigkeit
-) Tabuisierung von Angst und Sexualität
-) Tabuisierung von Tod und Sterben
-) Mystifikation von Allwissenheit und Fehlerlosigkeit der Ärzte
-) straffe Hierarchie
-) Delegation von Verantwortung

2.11. Arzt-Patient-Kommunikation mit ausländischen Patienten

Viele Migranten kommen aus Ländern, wo Sprache und sprachliche Fertigkeiten im Gespräch einen sehr hohen Stellenwert genießen. Gespräche sind hier oft personenzentriert und die Versachlichung steht nicht im Mittelpunkt. Dabei spielt Nähe im sozialen Miteinander eine wichtige Rolle. Die Wichtigkeit von Sprache in diesen Gesellschaften in der Interaktion ist jedoch nicht nur für gehobene Schichten von Bedeutung, sondern ebenso für Angehörige der unteren Schichten. (vgl. Zimmermann 2000, 20)

Während beispielsweise deutsche Patienten aus unteren Schichten durch eingeschränkte Sprachcodes Probleme in der verbalen Interaktion haben, so kommen bei ausländischen Patienten noch die fehlenden Fremdsprachenkenntnisse dazu.

Durch die fehlenden Sprachkenntnisse werden Anamnesegespräche häufig von Ärzten frühzeitig abgebrochen und man verlässt sich mehr und mehr auf Befunde und dergleichen. Die stumme Medizin führt jedoch zu langwierigen Patientenkarrieren, hohen Kosten im Gesundheitssystem und zu Frustration bei den Patienten (vgl. ebd., 21).

Außerdem können ausländische Patienten selbst durch ihren restringierten Sprachstil emotionale Bewusstseinsinhalte nicht adäquat ausdrücken. Dadurch kann es zu Überforderung seitens der Ärzte kommen, welche dem Patienten schließlich noch weniger Zuwendung geben.

Der Gebrauch von sehr persönlichen Ausdrücken wie des Du-Wortes kann von Ärzten ebenfalls als herabwürdigend empfunden werden, während Ausländer das duzen eher als Dankbarkeit und Anerkennung verstehen. Ebenso Ausdrücke wie „ich will“ statt „ich möchte“ können von Ärzten als provokant eingestuft werden, obwohl es vom ausländischen Patienten nicht so gemeint gewesen ist (vgl. ebd., 21).

Die Problematik von Frauen in der Arzt-Patienten-Kommunikation betrifft hauptsächlich muslimische Patientinnen. In diesen Gesellschaften hat der Mann die Entscheidungsinstanzen

in der Familie inne, daher fühlen sich Frauen auch bei Entscheidungen in der Arzt-Patient-Beziehung oft hilflos, und wirken auf die Ärzte als unselbständig und werden infolgedessen diskriminiert. Unbeholfene Patienten werden oft als ungebildet abgewertet und deshalb schlechter behandelt. (vgl. ebd., 22).

Dem bei Ausländern erhöhten Bedarf an Aufklärungsbedürftigkeit wird meist von den Ärzten nicht nachgekommen. Auf die Fragen, ob man alles verstanden habe, reagieren die meisten Ausländer mit einem antwortenden „Ja“, auch wenn nicht alles klar war, da für sie der Arzt die Entscheidung inne hat, ob der Patient alles verstanden hat oder nicht. Die Eigenverantwortlichkeit von Patienten ist vielen Ausländern noch nicht bewusst im Gegensatz zu z. B. Westeuropäern. Auch sprachlich nicht kompetente Ärzte schüchtern bereits ängstliche Patienten noch weiter ein, da sie die Patienten mit komplizierten Fachbegriffen verwirren und verunsichern. Bei Südeuropäern und Türken obliegt im höflichen Gespräch die Entscheidung ob der Zuhörer das Gesagte verstanden hat oder nicht dem Erklärenden. Aus diesem Grund muss er bei der Verständnisfrage gezielt von sich aus fragen, ob seine Erklärungen verständlich waren und nicht ob der Zuhörer die Aussagen verstanden hat. Dazu kommt noch, dass ausländische Patienten nicht dem Vorurteil gerecht werden wollen, dass sie minderbegabt bzw. unintelligent sind. Daher stimmen sie der Verständnisfrage zu, um sich nicht genieren zu müssen. Vor allem ältere Patienten können aufgrund oftmals geringer Schulbildung, unzureichender Sprachkenntnisse und mangelndem Verständnis für wissenschaftliche Zusammenhänge den Aussagen des Arztes nicht folgen. (vgl. ebd., 22f.)

Das erste Arzt-Patienten-Gespräch mit ausländischen Patienten ist ein erstes Abklären der Krankheit, welches noch weitere Behandlungsschritte notwendig macht. Dabei müssen die persönlichen Befürchtungen und Erlebnisse der Patienten im Gespräch berücksichtigt werden. Viele ausländische Patienten fühlen sich nicht ausreichend informiert bzw. teilweise sogar belogen, da ihnen oft zu wenige Informationen gegeben werden. (vgl. ebd., 24)

Eine verständnisorientierte Gesprächsführung der Ärzte mit fremdsprachigen bzw. ausländischen Patienten sollte in Zukunft das rein erfolgsorientierte Gespräch ablösen (vgl. ebd., 24)

3. Community Interpreting in der Arzt-Patient-Kommunikation

3.1. Der Dolmetscher in der vermittelten Arzt-Patient-Kommunikation

In der Arzt-Patient-Kommunikation übernimmt der Dolmetscher unterschiedliche Aufgaben:

„Er passt Aussagen der Parteien auf der Sprach- und Diskursebene an, vermittelt im Gespräch eigenständig Informationen über die Gesprächspartner aufgrund nur von ihm wahrgenommener sprachlicher und nichtsprachlicher Botschaften, er expliziert und strukturiert Aussagen etc.“ (Allaoui 2005, 146)

Der Dolmetscher ist Ansprechperson für die beiden anderen Gesprächsaktanten, da er beide Sprachen beherrscht und so Kommunikation ermöglichen kann. Er schafft eine Vertrauensbasis, auf welcher erst eine gemeinsame Gesprächsbasis zwischen den Aktanten möglich ist. Daneben ist er auch oftmals für andere Dinge zuständig. Einerseits hilft er dem Patienten bei Missverständnissen nach der Arztkonsultation weiter, z. b. falls er etwas nicht richtig verstanden hat, andererseits „[...] vermittelt [er] administrative Informationen und solche, die Behandlungsabläufe eines bestimmten Krankheitsbildes oder Krankenhaus- und Stationsabläufe betreffen“. (Allaoui 2005, 146)

Der Dolmetscher ist auch Kulturmittler zwischen den Aktanten und kümmert sich häufig um die soziale Betreuung innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. (vgl. ebd., 146f.)

Das Tätigkeitsfeld des Dolmetschers sollte am besten genau abgegrenzt und die Zuständigkeitsbereiche definiert werden.

Ärzte sollten außerdem bei der Wahl der Dolmetschstrategien und Kommunikationsmittel die Dolmetscher mit einbeziehen. Dabei müsste der Dolmetscher über genügend Dolmetschstrategien Bescheid wissen bzw. auch über Professionalität verfügen können. (vgl. ebd., 148f.)

Der Dolmetscher als Betreuer bereitet vor dem Arzt-Patient-Gespräch die fremdsprachigen Patienten auf das Gespräch vor. Er unterhält sozusagen den Patienten, klärt anstehende Fragen und gibt im Vorfeld Informationen über die Situation im Krankenhaus sowie über die Einstellung des Personals dem Patienten gegenüber. Im Gespräch selbst sorgt der Dolmetscher für eine Anpassung der Sprachebenen und versucht, kulturelle Missverständnisse auszugleichen. Danach wiederholt der Dolmetscher eventuell für den Patienten nichtverstandene Aussagen des Arztes und gibt weitere administrative

Informationen für den Patienten sowie Informationen zu weiteren Handlungsabläufen bezüglich dessen Erkrankung. (vgl. ebd., 152)

Dolmetscher mit rein bikulturellem Hintergrund aber ohne fundierte Ausbildung haben oft Mängel in Bezug auf Terminologie bzw. fachliche Spezialkenntnisse und sind daher nicht sehr geeignet. Auch die Verwendung von Familienangehörigen als Dolmetscher ist nicht wirklich geeignet, vor allem in therapeutischen Settings, die sehr emotional sind und die Familienmitglieder daher nicht selten überfordern. Zweisprachiges Krankenhauspersonal kommt häufig zum Einsatz, wenn es spontan erforderlich und oftmals kein professioneller Dolmetscher vorhanden ist. Die Gefahr einer Kompetenzvermischung besteht darin, dass es für das Personal nicht einfach ist, aus einer Betreuerposition in die eines neutralen Mittlers zu kommen. Außerdem werden solche Dolmetscher nicht für ihre Zusatzleistung bezahlt, was wiederum die Motivation hemmt, sich auf diesem Gebiet Wissen anzueignen bzw. sich weiterzubilden.

Aus dem Krankenhauspersonal rekrutierte nichtprofessionelle Dolmetscher sprechen zwar dieselbe Sprache wie der Patient, verfügen aber über einen meist anderen soziokulturellen Hintergrund, daher ist es sinnvoller Dolmetscher zu verwenden die sowohl die Sprache beherrschen als auch über einen Sozialisationshintergrund verfügen, der dem Patienten nahe ist. Wichtig hierbei wäre noch zu sagen, dass nicht zwischen allen Patienten und Ärzten gravierende soziokulturelle und sozioökonomische Unterschiede bestehen, sondern neben Migranten und Flüchtlingen auch beispielsweise Touristen und Geschäftsleute medizinisch-soziale Dolmetschdienste in Anspruch nehmen. (vgl. ebd., 44)

Der Community Interpreter dolmetscht in der Regel in der 1. Person, in Ausnahmesituationen auch in der dritten Person. Bei Kleinkindern sollte in der dritten Person gedolmetscht werden, da sie die Situation meist nicht adäquat verstehen können. Eigenartig erscheint oft, wenn eine Frau in der ersten Person eines Mannes dolmetscht bzw. auch umgekehrt, wenn ein Mann in der ersten Person einer Frau dolmetscht. (vgl. Chiba 1997, 34)

In der Kommunikation zwischen Arzt und fremdsprachigen Patienten kommen in der Regel zwei Sprachen zum Einsatz. Dabei werden zwei unterschiedliche Sprachsysteme mit ihren nonverbalen Zeichen angewandt. Die Präsenz der Dolmetscher irritiert manchmal die beiden anderen Aktanten, jedoch darf das Endziel der Kommunikation, nämlich der Austausch der Informationen, nicht außer Acht gelassen werden. Durch den Dolmetscher verlängert sich die Länge des Gesprächs und der Charakter der Konversation als solches verändert sich, da die einander gegenüber befindlichen Parteien nicht sofort aufeinander reagieren können. Zwischen jeder Frage und Antwort findet die Dolmetschung statt. (vgl. ebd., 27ff.)

Das Dolmetschen in der Arzt-Patienten-Kommunikation ist nach Zimmermann (2000, 26) „[...] ein semantischer und weitgehend semiotischer Akt, der vor allem, wie gezeigt, intensive Kenntnisse beider Systeme, der medizinisch-wissenschaftlichen des Arztes und der laienmedizinischen der Patienten, voraussetzt.“

Dabei muss der Dolmetscher im Stande sein, sowohl die wissenschaftlichen Inhalte auf die Verständnisebene des Patienten als auch laienmedizinische Inhalte der Patienten auf die Verständnisebene des Arztes zu übermitteln. (vgl. ebd., 26)

Die sprachliche Interaktion zwischen Arzt und Patient ist also ärztlicherseits das Übertragen aus einem handlungsbezogenen Alltagswissen des Patienten in das wissenschaftlich medizinische Wissen des Arztes und die Anpassung seines professionellen Wissens auf die Verständnisebene des Patienten. (Zimmermann 2000, 26)

Der Arzt bewertet die allgemein vorgetragenen Inhalte des Patienten nach seinem medizinischen Wissen. Dabei kommt es zu Verkürzungen und Umkategorisierungen. Danach präsentiert der Arzt seine eigene Bewertung wiederum verkürzt dem Patienten.

Da die Ärzte jedoch soziokulturelle Hintergründe der Heimatländer der Patienten nicht kennen bzw. auch Defizite betreffend dem laienmedizinischen System haben, werden die Verkürzungen noch weiter verzerrt und es kann zusätzlich zu groben Fehlern kommen. Aufgabe des Sprachmittler ist es nun, die transportierten Inhalte mit all ihren dabei entstehenden Verkürzungen und Umkategorisierungen auf Basis der Kenntnisse sowohl des wissenschaftlichen Systems des Arztes als auch des laienmedizinischen Systems des Patienten für beide Aktanten verständlich und mit minimalen Fehlern zu dolmetschen. Außerdem muss der Dolmetscher eine unterstützende Funktion sowohl beim Erklären des Arztes als auch bei den Fragen des Patienten inne haben. (vgl. ebd., 27)

Zimmermann (2000, 27) beschreibt weiters die Wichtigkeit der Einschätzung der Gesprächssituation.

Dabei erwähnt er folgende wichtige Faktoren:

-) Erwartungen und Gestimmtsein der Gesprächspartner
-) affektives Verhältnis zueinander
-) die zu Verfügung stehende Gesprächszeit
-) die Einstellung auf den Inhalt des zu übersetzenden Gegenstandes

Der Dolmetscher soll fähig sein das Gespräch zwischen Arzt und Patient „[...] zu gestalten und zu steuern, die Reaktionen und Gegenreaktionen der Partner im Gespräch vorauszusehen, um durch die Übersetzung ausgleichend vermitteln zu können“. (ebd., 27)

Der Sprachmittler soll noch dazu „[...]nicht nur beruhigend, sondern auch zielrichtend, harmonisierend und selbst sympathiestiftend einwirken“ (ebd., 27)

Externe Dolmetscher sind oft nicht in der Lage, Situationen in der Arzt-Patient-Kommunikation richtig einzuschätzen. Außerdem sind externe Dolmetscher auch für Nachbereitungsgespräche für Patienten nicht wirklich geeignet, da sie den Patienten mehrmals zur Verfügung stehen müssten, um emotionale Probleme und Defizite beim Verstehen anzusprechen bzw. zu reflektieren. Schließlich müssten sie die dabei aufkommenden Probleme und Missverständnisse auch dem Arzt mitteilen, damit diese in nachfolgenden Gesprächen thematisiert werden können. (vgl. ebd., 27f.)

Fest angestellte Sprachmittler wären ein großer Vorteil für Krankenhäuser, da sie die Gegebenheiten auf den verschiedenen Stationen kennen, mit den Arbeitsabläufen vertraut und auch die hohe Fluktuation des medizinischen Personals gewohnt sind. Externe Dolmetscher kennen diese Faktoren meist nicht, was als zusätzliche Erschwernis der Arbeit gesehen werden kann. (vgl. ebd., 28f.)

Dolmetscher werden auf Stationen häufig als Störfaktor empfunden, der oft im Weg herumsteht, während man auf Arzt oder Patient wartet. Viele Bedienstete sehen sie als überflüssig an, da sie der Auffassung sind, dass die Ausländer lieber Deutsch lernen sollten. (vgl. ebd., 29)

Der Dolmetscher soll sowohl verbale als auch nonverbale Elemente in der Kommunikation verstehen und auch reproduzieren können. Gerade im Gesundheitsbereich spielen verbale Äußerungen kombiniert mit nonverbalen Elementen eine große Rolle. So können bestimmte Aussagen im Arzt-Patienten-Gespräch erst mit entsprechender Mimik und Gestik richtig verstanden und interpretiert werden. Schwierig erscheint hier, wie der Dolmetscher nonverbale Elemente mit Sprache ausdrücken kann ohne dabei selbst beispielsweise zu gestikulieren. Daher ist es für den Dolmetscher sehr wichtig, dass er sich über die Ziele des geführten Gesprächs im Klaren ist. (vgl. Chiba 1997, 30- 33)

Viele Missverständnisse könnten laut Westermilies (2004, 24) durch den Einsatz von Dolmetschern vermieden werden, wodurch auch viele Kosten minimiert werden könnten. So könnten allen Nutzen des Gesundheitssystems ein gleichberechtigter Zugang ermöglicht werden, der aber wiederum das Problem der Finanzierung mitbringen würde. (vgl. ebd., 24)

In einigen Ländern wie Kanada oder Australien werden diese Dolmetscherleistungen öffentlich finanziert. Hier ist man der Meinung, dass die Folgekosten, die aufgrund einer unprofessionellen Dolmetschleistung entstehen würden, weit größer seien als die Kosten des Einsatzes von professionellen Dolmetschern.

Durch den Einsatz eines Dolmetschers ist der Patient besser in die Kommunikation eingebunden, er fühlt sich mehr respektiert und involviert (vgl. ebd., 25).

Mittels Kommunal Dolmetschen soll eine effiziente Kommunikation im Krankenhaus erreicht werden. Dabei sollen soziokulturelle Faktoren berücksichtigt werden.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie man Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten ermöglicht. Zum einen kann zweisprachiges Fachpersonal angestellt werden, zum anderen können zusätzlich zum Fachpersonal zweisprachige Berater angestellt werden, wie in Wien die muttersprachlichen Beraterinnen. Außerdem kann man ergänzend schriftliches zweisprachiges Material anbieten, um die Patienten noch vertiefender zu informieren. Daneben können auch für analphabetische Patienten bildhafte Darstellungen zur Kommunikationsverbesserung dienen. Außerdem können auch Computerprogramme mit fremdsprachigen Fragen und Anweisungen den Patienten vorgespielt werden.

Bei der mündlichen Kommunikation kommen die face-to-face-Kommunikation mit konsekutiver oder simultaner Dolmetschtechnik oder das konsekutive Telefondolmetschen zum Einsatz.

Dabei kann auf verschiedene Arten von Dolmetschern zurückgegriffen werden (Allaoui 2005, 18):

- Begleitpersonen des Patienten, wie Kinder, Verwandte, Freunde oder Nachbarn
- Zweisprachiges klinisches Krankenhauspersonal wie Ärzte, Krankenschwestern bzw. -pfleger, medizinisch-technische Assistenten
- Zweisprachiges nicht klinisches Krankenhauspersonal wie Reinigungspersonal, Handwerker etc.
- Angestellte bzw. freiberufliche externe Dolmetscher

Der Einsatz von Familienmitgliedern und Freunden als Dolmetscher kann dahingehend kompliziert werden, dass Intimitäten nur ungern offen angesprochen werden bzw. ergreifen diese häufig Partei für den Klienten und verlassen daher oft die neutrale Mittlerposition.

Aber auch unbekannte Laiendolmetscher, die zufällig für eine Mittleraufgabe engagiert werden, sind nicht der Optimalfall, da es doch um sehr intime und private Angelegenheiten der Klienten geht und eine professionell geschaffene Vertrauensbasis sehr wichtig ist.

Pöllabauer (2003, 23) beschreibt die Problematik von Laiendolmetschern folgendermaßen:

„Den Klienten wird eine inadäquate, ineffiziente Betreuung geboten, während die Mitarbeiter der Einrichtungen Gefahr laufen, die Kontrolle über das Gespräch zu verlieren. Weniger noch als sonst, kann bei unbekannten LaiendolmetscherInnen deren sprachliche, fachliche und kulturelle Kompetenz überprüft werden“ (Pöllabauer 2003, 23)

In den folgenden Unterkapiteln soll nun kurz auf die einzelnen Typen von Community Interpretern näher eingegangen werden.

3.1.1. Kinder als Community Interpreter

Kinder werden in der Literatur als absolut ungeeignet für Community Interpreting angesehen. Salman (2000 und 2001; zitiert nach Westermilies 2004, 25) thematisiert die „Untergrabung der Familienstrukturen“. Durch das Dolmetschen von intimen Details kommt es oft zu Autoritätsproblemen den Kindern gegenüber.

Sie sind mit der Situation des Arzt-Patient-Gesprächs völlig überfordert und werden dadurch psychisch stark belastet. Außerdem wird die Familiendynamik durch das Heranziehen von Kindern stark verändert. Kindern wird hier eine Machtposition aufgetragen.

Kinder kommen nach der durchgeführten Studie zu einem großen Prozentsatz als Dolmetscher unter den Begleitpersonen zum Einsatz. Problematisch ist hier, dass die Kinder meist nicht freiwillig, sondern auf Anordnung der Eltern als Dolmetscher dienen.

„Als besonders gravierend wird die Tatsache betont, dass die betreffenden Kommunikationsinhalte im medizinischen bzw. rechtlich-administrativen Bereich meist weit außerhalb des Erfahrungs- und sprachlichen Ausdruckshorizontes von Kindern im schulpflichtigen Alter liegen“ (Pöchlhammer 1997, 176)

Vor allem sind gewisse Inhalte, insbesondere intime Angelegenheiten der Eltern für Kinder meist sehr unangenehm. Für ausländische Eltern sind Kinder oftmals die Verbindung zur neuen anderen Kultur. Da jedoch der Dolmetscher in der Kommunikation zwischen den Gesprächspartnern eine gewisse Machtposition einnimmt, kann es zu einer Umkehr der

familiären Beziehungen kommen, wenn Kinder als Dolmetscher eingesetzt werden. (vgl. Pöchhacker 1997, 176f.)

Grundlegend muss geklärt werden, ob es sich beim Einsatz von Kindern als Community Interpreter um Flüchtlingskinder oder um Kinder von Migranten handelt. Auch das Alter spielt eine wesentliche Rolle, ob es sich um Kinder zwischen 14 und 18 Jahren oder um Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren handelt. (vgl. Kuljuh 2003, 144)

Der Einsatz von Flüchtlingskindern ist sehr problematisch, da sie oft selbst noch traumatisiert sind, jedoch die Symptome fehlinterpretiert werden. Dazu meint Kuljuh:

„Flüchtlingskinder haben im Krieg selbst Heimat, einen Teil ihrer Kindheit, oft auch Familienmitglieder verloren. Sie durchlebten inneres und äußeres Chaos, verloren Vertrauen und Sicherheit, durchlitten Kriegsgeschehen und erlebten oder beobachteten Gewalt und Zerstörung, Hunger und Durst.“ (Kuljuh 2003, 144)

Auch ihre Eltern sind meist schwer traumatisiert und können ihre Kinder die oftmals notwendige Sicherheit nicht vermitteln. Angekommen im Aufnahmeland passen sich die Kinder dem neuen System wesentlich schneller an als ihre Eltern. Die Sprache des Aufnahmelandes wird von Kindern viel schneller erlernt. Viele Aufgaben müssen in der neuen Heimat von den Kindern übernommen werden und somit wird Verantwortung auf sie übertragen, die normalerweise den Eltern obliegen würde. Dadurch kommt es zu einer Rollenumkehr in vielen Familien, welche meist sehr negative Konsequenzen für die Familiendynamik hat. Flüchtlingskinder können in der Rolle des Dolmetschers für ihre Eltern selbst an traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit erinnert werden, was für die psychische Genesung der Kinder sicherlich von Nachteil ist. (vgl. ebd., 144f.)

Gerade beim Community Interpreting im Krankenhaus bzw. bei Ärzten sind medizinische Fachbegriffe für Kinder oftmals nicht fassbar, die Begriffe sind ihnen häufig nicht einmal in der Muttersprache bekannt. Krankheiten und gesundheitliche Schwächen der Eltern lösen weiters Unsicherheiten bei den Kindern aus und belasten die Beziehung zwischen Eltern und Kindern. Dabei fühlen sich die Eltern gegenüber ihren Kindern häufig beschämt aufgrund ihrer eigenen Schwächen. Die Kinder sind dabei überfordert. Bei der Verwendung von Kindern als Community Interpreter ist unbedingt darauf zu achten, dass man nach dem Setting emotional auf sie eingeht und die vorangegangene Situation bespricht. (vgl. ebd., 146f.)

Kinder sollten auch nach Pinzker (2005, 11) als Community Interpreter nur in Ausnahmefällen hinzugezogen werden, da vermittelte Arzt-Patient-Gespräche für diese oftmals eine große emotionale bzw. psychische Belastung darstellen. Durch diese Situationen

kann es innerhalb der Familien zu einer veränderten Rollendynamik kommen, welche für die Familien oft negative Konsequenzen nach sich zieht. (vgl. ebd., 11)

Kinder kommen als nichtprofessionelle Community Interpreter oft zum Einsatz, obwohl die an sie gestellten Anforderungen meist viel zu groß sind. Dennoch sind Kinder in der Regel sehr willig, ihren Angehörigen zu helfen.

Abschließend ist das folgende Zitat von Pöllabauer sehr zutreffend für diese Problematik:

„Ebenso sollte es Kindern (und ihren Eltern) nicht zugemutet werden, dass sie ihren Eltern (oder Familienangehörigen) – vielleicht fatale – medizinische Diagnosen dolmetschen müssen. Kinder, die häufig für ihre Eltern dolmetschen, werden u. U. frühzeitig aus ihrer Kindheit herausgerissen, da sie plötzlich in die Rolle von BeschützerInnen/ HelferInnen gedrängt werden, die eigentlich den Eltern zukäme.“ (Pöllabauer 2003, 24)

3.1.2. Angehörige und Bekannte als Community Interpreter

Angehörige und Bekannte kommen am häufigsten als Community Interpreter zum Einsatz. Generell fühlen sich Ärzte und Patienten durch Angehörige und Bekannte meist verunsichert, weil oft medizinische Details nicht adäquat übersetzt werden und viele Missverständnisse die Folge sind. (vgl. Gulis 2004, 17)

Durch den Einsatz von Angehörigen oder Bekannten als Community Interpreter kommt es oft zu verkürzter und zusammenfassender Wiedergabe der Aussagen. Sie bringen wesentlich häufiger die eigene Meinung in das Gespräch ein als professionelle Dolmetscher. Es kommt oft auch zu Nebengesprächen zwischen Patienten und ihren Angehörigen oder Bekannten, welche dem behandelnden Arzt dann jedoch nicht gedolmetscht werden. So kann auch keine richtige Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patienten aufgebaut werden. In weiterer Folge steigt natürlich das Risiko von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen sowie mangelnder Compliance beim Patienten. Angehörige und Bekannte von Patienten sind mit der Rolle des Community Interpreter oftmals überfordert und durch das Verwandtschaftsverhältnis befangen. Sie sind emotional oft zu betroffen und können sich nicht richtig abgrenzen. Außerdem fehlen ihnen häufig die richtigen Dolmetschetechniken und auch die ausreichende Sprachbeherrschung der zu dolmetschenden Sprachen. Vor allem aber medizinische Termini, medizinische Sachkenntnisse und Wissen über die verschiedenen Gesundheitssysteme sind bei diesen Community Interpretern meist nicht ausreichend. (vgl. Pinzker 2005, 9f.)

3.1.3. Krankenhausmitarbeiter als Community Interpreter

In vielen Krankenhäusern gibt es interne Listen mit fremdsprachenkundigem Personal, das aber meist nicht geschult ist. Für die Tätigkeit des Community Interpreting gibt es auch keine

Entlohnung für die Krankenhausmitarbeiter, weshalb sich diese für die Tätigkeit häufig ausgenutzt fühlen. Außerdem werden die hausinternen Community Interpreter für die Tätigkeit oft aus der aktuellen Tätigkeit „herausgerissen“, wobei dafür oft nicht genug Zeit zur Verfügung steht. Zweisprachige Mitarbeiter in Krankenhäusern fühlen sich häufig ausgenutzt für die Tätigkeit des Community Interpreting. Für einen sinnvollen Einsatz von zweisprachigem Krankenhauspersonal müsste man Schulungen und Ausbildungen anbieten. (vgl. Pinzker 2005, 11f.)

3.1.4. Reinigungspersonal als Community Interpreter

Viele Ärzte halten die Herkunft der Putzfrauen aus einfachem Milieu für eine gute Voraussetzung als Dolmetscher für nichtdeutschsprachige Patienten aus ähnlichen Verhältnissen. „Für ‚einfache‘ Gespräche mit ‚einfachen Leuten‘ hält man dagegen jede fremdsprachige Person, die ‚ein bisschen dolmetschen‘ kann, für ausreichend.“ (vgl. Pöchlacker 1997, 178)

Bei eingesetztem Reinigungspersonal sowie auch beim Einsatz von Kindern als Dolmetscher sind die Einsätze vor allem durch unvollständiges und ungenaues Agieren geprägt. Bei beiden Gruppen sind medizinische Sachkenntnisse und ein Beherrschen der medizinischen Fachsprache nur unvollständig vorhanden. (vgl. ebd., 178)

Des Weiteren wird der streng erforderlichen Vertraulichkeit seitens des Reinigungspersonals nicht immer nachgekommen. Die zusätzlichen Dolmetschleistungen von internem zweisprachigen Krankenhauspersonal werden in der Regel finanziell nicht abgegolten, was die Motivation für ein effizientes Dolmetschen seitens des Personals bremst. Außerdem ist das Wissen darüber, wie eine professionelle Sprachmittlerfunktion auszusehen hat, beim zweisprachigen Krankenhauspersonal meistens nicht vorhanden. (vgl. ebd., 179)

3.1.5. Professionelle Dolmetscher als Community Interpreter

Freiberufliche studierte Dolmetscher werden im Gesundheitswesen am seltensten herangezogen, da sie mit hohen Kosten verbunden sind. Unter ihnen hat das Dolmetschen im medizinisch-sozialen Bereich nur geringes Ansehen, weil es eben nicht gut bezahlt ist. Eine Ausnahme stellen Medizin-Touristen als ausländische Patienten dar, welche auch bereit sind die Community Interpreter gut zu bezahlen. Ansonsten sind die niedrigen Stundensätze im Bereich des medizinisch-sozialen Dolmetschens kein Anreiz für studierte Dolmetscher. Wenn diplomierte freiberufliche Dolmetscher für den Sozialbereich engagiert werden, dann geschieht dies meist im Auftrag einer Sozialeinrichtung, wie der Caritas. (vgl. Pinzker 2005, 13)

3.1.6. Sonderfall Telefondolmetschen

Telefondolmetschdienste kommen häufig in Notfällen zum Einsatz, wenn es sonst keine anderen Möglichkeiten mehr gibt. Dabei sind Arzt und Patient über ein Telefon mit dem Community Interpreter verbunden. Während der Kommunikation reichen einander Arzt und Patient abwechselnd das Telefon, um die Dolmetschungen anzuhören oder falls möglich wird die Dolmetschung via Lautsprecher freigeschaltet, damit alle Aktanten gleichzeitig die Aussagen des Dolmetschers hören können. Einerseits ist der spontane Einsatz von Telefondolmetschern oft sehr hilfreich, andererseits gehen die Elemente der nonverbalen Kommunikation bei dieser Form des Community Interpreting vollkommen verloren. Dieses Fehlen muss häufig durch zusätzliche verbale Leistungen des Dolmetschers kompensiert werden. Auch der Sprecherwechsel, der häufig durch nonverbale Elemente geregelt wird, muss hier verbal angezeigt werden. (vgl. Chiba 1997, 23 f.)

Pinzker (2005, 37 ff.) spricht von vielen Nachteilen, welche Telefondolmetschungen mit sich bringen. Sie meint, dass Telefondolmetschen nur in Situationen zum Einsatz kommen sollte, wo es wirklich keine anderen Möglichkeiten mehr gibt. Problematisch sei demnach vor allem, dass der Telefondolmetscher die gegebene Situation nicht überblicken und deiktischen Angaben der Aktanten visuell nicht folgen kann. Es wird hier ebenfalls erwähnt, dass der Sprecherwechsel bzw. das sogenannte turn-taking sehr schwierig zu managen ist, daher werden Arzt und Patient bei dieser Form dazu neigen, sehr lange zu sprechen ohne auf den Dolmetscher Rücksicht zu nehmen. Wichtig für den Telefondolmetscher ist das Verwenden einer guten Notiztechnik, um alles vollständig bearbeiten zu können. Als Vorteile des Telefondolmetschen führt Pinzker (2005, 37 ff.) die dadurch entstehende Anonymität von Dolmetscher und Patient an. Dadurch ist der Patient in seinem Beschwerdevortrag eventuell offener und unbefangener. Andererseits kann der Patient durch die Abwesenheit des Dolmetschers misstrauisch diesem gegenüber werden. Für den Dolmetscher ist es hier oft vorteilhaft, nicht örtlich der Situation beizuwohnen, wenn der Patient beispielsweise eine ansteckende Krankheit hat.

3.2. Sprache und Sprachbarrieren in der vermittelten Arzt-Patient-Kommunikation

Gerade für die Verständigung brauchen die ausländischen Patienten Sprache und ihre vielen Dimensionen. Dabei darf man Sprache nicht nur auf die lexikalische Bedeutung reduzieren, sondern Sprache beinhaltet auch Weitergabe von Wirklichkeiten, Bildern etc. Außerdem

ermöglicht erst Sprache für Ausländer einen Zugang zum fremden Gesundheitssystem. Ohne die Funktionen der Sprache wird ihnen der Zugang versperrt. (vgl. Westermilies 2004, 21)

Da es bereits bei deutsch-deutscher Arzt-Patienten-Kommunikation viele Probleme gibt, ist es vor allem für ausländische Patienten, die häufig aus unteren Schichten entsprechender Länder kommen, noch wesentlich schwieriger mit der angewandten herkömmlichen Arzt-Patienten-Kommunikation zu recht zu kommen. Ausländische Patienten kennen aus ihren Herkunftsländern eine meist auf verbale Kommunikation ausgerichtete Behandlung durch Ärzte, weil Technisierung in der Medizin häufig noch nicht den Stellenwert erreicht hat, den sie in modernen westlichen Gesellschaften bereits erreicht hat (vgl. Zimmermann 2000, 13).

Durch Sprache werden Wirklichkeiten ausgedrückt, welche die Welt, ihre Inhalte und Qualitäten beschreiben sollen. Dabei werden sowohl die Umwelt als auch soziale Gegebenheiten mit Vorstellungen verknüpft. Die dabei entstehenden Wirklichkeiten sind auf kultureller, sozialer und individueller Ebene unterschiedlich. Durch Sprache soll die Welt erfasst werden, dabei sind Zeichen, Worte und Begriffe das dazugehörige Werkzeug. Dennoch könnten Realitäten mit Sprache zwar detailliert beschrieben bzw. umschrieben werden, das genauere Erfassen der entsprechenden Realität ist hingegen für den Zuhörer nicht möglich, er kann sich den Sachverhalt lediglich entsprechend der Schilderungen detailliert vorstellen. Es werden durch Sprache Worte, Inhalte und Handlungen verstanden bzw. erfasst. (vgl. ebd., 14)

Dabei muss vor allem die Nicht-Übereinstimmung von verschiedensprachigen denselben Sachverhalt meinenden Wörtern bzw. Ausdrücken erwähnt werden. Sprachen entwickelten sich in den unterschiedlichen Kulturen unter verschiedenen Umständen und so kommt es zu einer „Inkongruenz“ (ebd., 15) eines Wortes in verschiedenen Sprachen.

So können auch in der Arzt-Patient-Kommunikation Wörter zwar eins zu eins in die Fremdsprache übersetzt werden, jedoch ist dadurch keinesfalls gewährleistet, dass die Begriffe von beiden Aktanten auch vom Inhalt her verstanden wurden. Auch die Begrifflichkeiten, wie Krankheit, Arzt, Schmerzen werden in den verschiedenen Sprachen von den Aktanten völlig unterschiedlich interpretiert bzw. andere Assoziationen damit verbunden (vgl. ebd., 15).

Um die gegenseitig ausgetauschten Begriffe in der Kommunikation entschlüsselbar zu machen, müssen die situativen Kontexte, in denen sie ausgetauscht werden, beiden Aktanten in ähnlicher Weise bekannt sein. (vgl. ebd., 15).

Dass ausländische Patienten eine andere Einstellung als inländische Patienten zum Ablauf eines Arzt-Patient-Gesprächs haben, zeigt Zimmermann (2000, 16) in folgendem Textausschnitt:

„Im Allgemeinen sind ausländische Patienten, mehr noch als deutsche Patienten, von einer ‚verständigungsorientierten‘ Einstellung, also von kommunikativem Handeln geleitet, während Ärzte und meist auch das Pflegepersonal von einer ‚erfolgsorientierten‘ Einstellung ausgehen“ (Zimmermann 2000, 16)

Wenn nur einfachste Informationen weitergegeben werden, spricht man auch oft von „Ausländerdeutsch“ oder „Fabrikdeutsch“. Inländer passen sich häufig dem Niveau von Ausländern an bzw. werden Elemente der eigenen Sprache und der Fremdsprache vermischt und reduziert transportiert (vgl. ebd., 16).

Vor allem für Arbeitsmigranten ist der Erwerb der deutschen Sprache oftmals nebenrangig, weil viele in dem Glauben leben, irgendwann wieder in die Heimat zurückzukehren und nur eine Zeit lang im Gastland leben wollen. Außerdem ist oft die mangelnde schulische Vorbildung nicht ausreichend, um professionell die deutsche Sprache zu erlernen.

Sowohl Inländer als auch Ausländer glauben, dass eine sehr einfache Kommunikation mit einfachen Ausdrücken mit beispielsweise simplem Gebrauch von Infinitiven und Hauptwörtern dem Gesprächspartner entgegenkommt bzw. sehr höflich ist. Diese Reduktion der Sprache kann sogar bis zu einer „Kleinkindchenkommunikation“ (ebd., 17) führen. Die Kommunikation wird dabei häufig in Du-Form durchgeführt, was von den Aktanten eher als fürsorglicher Aspekt gesehen wird. (vgl. ebd., 17)

Das Entstehen dieser reduzierten Sprache zwischen Inländern und Ausländern kann auch als „universeller Prozess“ (ebd., 18) gesehen werden, der von Aktanten entwickelt wurde, um besser mit dem ausländischen Gegenüber zu kommunizieren.

Neben dem Reduzieren von Ausdrücken kommen auch andere Aspekte hinzu, die die Kommunikation mit Ausländern seitens der Inländer erleichtern sollen. Dazu zählen die größere Lautstärke, mit der Ausländern im Gespräch begegnet wird genauso, wie bessere Aktzentuierung und öftere Wiederholung von Inhalten. Ausländer empfinden diese Art von Sprache häufig als herabwürdigend, da ihnen auch der Umgang mit deutschsprachigen Patienten bekannt ist. Außerdem ist die Kommunikation beispielsweise im Süden Europas und im Orient sehr ruhig, was die westlichen Ärzte meist nicht wissen, sondern im Gegenteil eher eine intensiver geführte Kommunikation in diesen Regionen annehmen (vgl. ebd., 18f.).

Durch Verständnisschwierigkeiten zwischen Ärzten und Patienten kann es zu Mängeln in der Versorgung der Patienten kommen. Patienten können aufgrund von

Verständnisschwierigkeiten ihre Krankheitsgeschichte nicht deutlich transportieren, „soziokulturelle und ethnomedizinische Aspekte bleiben unberücksichtigt“ (Westermilies 2004, 22). Dabei rückt das Arzt-Patienten-Gespräch in den Hintergrund bzw. verläuft nur noch begleitend, die physiologische Untersuchung seitens des Arztes gewinnt stellvertretend an Bedeutung. Durch die Sprachprobleme verliert das Gespräch bei der Arztkonsultation an Raum. Dabei ergeben sich für den Patienten langfristig etliche Folgeprobleme. Es kann zu Problemen in der Diagnose, zu unnötigen weiterführenden Untersuchungen und falschen Behandlungen kommen. Als Folge dieser Erscheinungen können Krankheitsbilder verschleppt werden und zu chronischen Krankheiten werden. Außerdem fallen unnötig hohe Kosten an. Durch die Verunsicherung aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse stimmen die Patienten dem Arzt oft in den Aussagen zu, obwohl sie im Grunde genommen vielleicht sehr skeptisch und misstrauisch sind. Bei den Ärzten entsteht aufgrund der Probleme in der Arzt-Patient-Kommunikation oft Frustration. (vgl. ebd., 21f.)

Westermilies (2004, 22) geht jedoch davon aus, dass die Probleme in der Arzt-Patient-Kommunikation nicht nur in den mangelnden Sprachkenntnissen der Patienten begründet sind, sondern, dass auch Mängel in der ärztlichen Schulung im Bereich professioneller Kommunikationsführung Schuld an den groben Missverständnissen sind.

Nach Posner-Landsch (1999; zitiert nach Westermilies 2004, 22) gibt es unterschiedliche Arten von Kommunikationsstörungen: So kann es auf struktureller Ebene zu einem Ungleichgewicht zwischen den Aktanten kommen, inhaltlich kann es zu Verständnisschwierigkeiten der Aussagen oder der fachsprachlichen Ausdrücke kommen, sowie auf Beziehungsebene kann es zu Sympathie oder Antipathie kommen.

Ausländische Patienten kommen oft mit unrealistischen Vorstellungen bezüglich der westlichen modernen Medizin in die Arztpraxen. Bei den Konsultationen in den Heimatländern sind die Klienten häufig eine schnelle Abfertigung gewohnt, bei der der Arzt autoritär Diagnose und Therapie ausspricht. In den westlichen Ländern wird der Patient jedoch aktiv in das Gespräch miteinbezogen, was zur Folge hat, dass ausländische Patienten sich oft nicht verstanden fühlen, da sie eigentlich eine rasche Regelung ihrer Angelegenheit wie in ihren Heimatländern erwarten. Durch die zurückhaltende und abwartende Art vieler westlicher Ärzte entsteht bei Ausländern oft der Eindruck der Inkompetenz, da sie von zu Hause gewohnt sind, dass der Arzt rasch entscheidet und möglichst schnell Medikamente verschreibt (vgl. Westermilies 2004, 26).

Auf der anderen Seite sehen Ärzte in den Migranten oft unmündige Bürger oder fremde Menschen mit exotischem bzw. fremdem Hintergrund, und behandeln diese hierauf oft anders. (vgl. ebd., 26)

Aufgrund der verschiedenen Schichtzugehörigkeiten von Arzt und ausländischen Patienten kann es ebenfalls zu Verständigungsproblemen kommen. Ärzte sind durch die eigene Sozialisation oftmals nicht mit den Gepflogenheiten von Menschen aus sozialen niedrigen Schichten vertraut (vgl. ebd., 27).

Ebenfalls eine Problematik, die sich aus der Zugehörigkeit zu sozial niederen Schichten ergibt, ist die Projektion von somatischen körperlichen Problemen auf die psychische Ebene. Dies ist den Patienten jedoch meist nicht bewusst. Die Zugehörigkeit zu sozialen differenzierten Gruppen muss auf jeden Fall in der Arzt-Patient-Kommunikation berücksichtigt werden (vgl. ebd., 27).

3.3. Die Rollenmodelle des medizinisch-sozialen Community Interpreting

Nach Weiss und Stuker (1999, 258, zitiert nach Allaoui 2005, 28ff., Reisinger 2004, 132-135) gibt es vier idealtypische Rollenkonzepte des Community Interpreting im medizinisch-sozialen Bereich, die im Einzelnen kurz erläutert werden sollen. In der Realität kommt es in Situationen des Community Interpreting im medizinisch-sozialen Bereich eher zu Mischformen dieser vier Modelle.

Das erste Konzept ist das der wortwörtlichen Übersetzung. Hier wird wortgetreu gedolmetscht, um unter anderem Gedankengänge der Patienten genau nachvollziehen zu können. Der Community Interpreter greift hier nicht aktiv ins Geschehen ein, zumindest soll er möglichst passiv und neutral bleiben, obwohl Dolmetschen und Vermitteln grundsätzlich einander bedingen. (vgl. Allaoui 2005, 29). Die wortwörtliche Übersetzung gehört prinzipiell zu einem traditionellen Ansatz innerhalb der Translationswissenschaften. „Es wird eine genaue, wortgetreue, adäquate, richtige bzw. übereinstimmende Übersetzung gefordert.“ (ebd., 30).

Im zweiten Konzept tritt die kulturelle Vermittlung in den Vordergrund. Hier sind soziokulturelle Hintergründe von vorrangiger Bedeutung, individuelle Spezifika können demgegenüber eher vernachlässigt werden. Der Community Interpreter versucht die verschiedenen Gedankenwelten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen der beiden Gesprächspartner miteinander zu verknüpfen und eine gemeinsame Lösung zu finden. Dabei kann der Sprach- und Kulturmittler auf erlernte kulturelle Konzepte und Denkrichtungen

zurückgreifen und diese in der Vermittlung einbringen. Die verschiedenen ebenbürtigen Denksysteme sollen durch den Sprach- und Kulturmittler einander verständlich gemacht werden. (Weiss et. al. 1999, 258 f., zitiert nach Allaoui 2005, 31f.)

Pöchlhammer (2007, 242) spricht in diesem Kontext auch vom Community Interpreter als Cultural Interpreter, welcher den kulturellen Hintergrund der Klienten sehr gut kennt.

Im dritten Konzept der Patienten-Fürsprache wird die Ebenbürtigkeit des vorangegangenen Konzepts durch ein Machtungleichgewicht abgelöst. Der Community Interpreter steht aktiv auf der Seite des Patienten, der meist aus einer Minderheiten- bzw. Randgruppe stammt und ergreift für ihn im Gespräch Partei. Der Dolmetscher dient hier nicht nur als Mittler, sondern gleichzeitig als Fürsprecher des fremdsprachigen Patienten. Dies kann jedoch dahingehend verhängnisvoll werden, dass sich die Aussagen von Patient und Dolmetscher miteinander vermischen und die Botschaft des Patienten nicht mehr eindeutig ist bzw. nicht ganz von der Meinung des Dolmetschers auseinander gehalten werden kann.

Das vierte Konzept der Ko-Therapie inkludiert neben dem reinen Dolmetschen auch Mitverantwortung und Mitgestaltung der Therapie. Der Dolmetscher interpretiert die Kommunikationssituation zwischen den beteiligten Gesprächspartnern.

„Der Dolmetscher greift in den Prozess des Sprachmittels mithilfe verschiedener Mechanismen ein. Er lässt Inhalte weg, wandelt Erklärungen in Anweisungen um, pauschalisiert, verschiebt den Fokus einer Aussage, holt beim Therapeuten die Bestätigung über das auf seine Initiative geführte Beratungsgespräch mit Patienten ein, teilt das Gespräch in Segmente und fasst Gesprächsinhalte zusammen. Vor diesem Hintergrund hat der Dolmetscher neben der Funktion des Sprachmittels auch die Funktionen des Situations- Kultur- und Informationsmittels inne. Unter Situationsmitteln ist zu verstehen, dass der Dolmetscher neben Informationen und kulturspezifischen Erklärungen auch eine Sprechsituation vermittelt.“ (Allaoui 2005, 33)

Der Dolmetscher möchte eine wechselseitige Kommunikation zwischen Arzt und Patient ermöglichen. In der therapeutischen Interaktion spricht der Dolmetscher bei Inhalten mit und trägt mit seinen Ratschlägen zu einem effizienten Abbau von Barrieren bei. In diesem Rollenkonzept ist der Dolmetscher wesentlich mehr in die persönliche Sphäre des Patienten involviert, da der Patient ihm auch Informationen anvertraut, die er nicht an den Arzt weitergeben soll. (vgl. Allaoui 2005, 34)

Um persönliche Konflikte mit den erhaltenen Informationen zu vermeiden, erweist sich regelmäßige Supervision des Dolmetschers für sehr sinnvoll.

Wichtig ist hierbei auch, dass in der Beziehungstriade zwischen Arzt, Patient und Dolmetscher die emotionale bzw. empathische Distanz bzw. Nähe eine wichtige Rolle spielt. Alle drei Beteiligten dürfen einander gegenüber keine zu große Distanz und auch keine zu große Nähe einnehmen. Dieses Wirkungsgefüge kann durch eine geplante Sitzordnung erreicht werden. In diesem Konzept ist der Dolmetscher kein unsichtbarer, objektiver und neutraler Teilnehmer in der Kommunikationssituation, der ausschließlich vermittelt, sondern man kann durchaus sagen, dass „[...] er als Mensch mit eigenständiger Persönlichkeit, als gleichberechtigter Dritter wahrgenommen wird, der auch Einfluss auf den Verlauf der Situation nimmt“ (ebd., 35). Die Funktion des Dolmetschers als Ko-Therapeut wird jedoch sehr kritisch gesehen, teilweise sogar abgelehnt.

Slapp (2004, 25 f.) und Pöchlhammer (2007, 242) sprechen in ähnlichem Zusammenhang auch vom Community Interpreter als Advocate, der für die Interessen der Patienten eintritt, wenn der Arzt Entscheidungen trifft, die nicht ganz zum Wohl des Patienten sind. Dies kann jedoch zu einem Ungleichgewicht und zu Konflikten führen, da die neutrale Position dabei verloren geht. Der Dolmetscher bzw. Sprach- und Kulturmittler tritt quasi für die Gesundheit des Patienten ein. Deshalb sollte es vor der Konsultation eines Arztes auch zu einem Gespräch zwischen Community Interpreter und dem Patienten kommen, wo der Community Interpreter dem Patienten dessen Rechte sowie auch seine aktive Teilnahme an der Kommunikation erklären sollte. (vgl. Slapp 2004, 25f.; vgl. Pöchlhammer 2007, 242)

Die verschiedenen Rollenkonzepte kommen in der Realität eher in Mischformen vor, der Dolmetscher soll praktisch in der Lage sein, in Abhängigkeit von der erforderlichen Kommunikationssituation die jeweiligen Rollen einzunehmen bzw. einzuschätzen, welches Rollenkonzept bzw. welche Mischform für die Gesamtsituation am besten ist. (vgl. Allaoui 2005, 36)

Die Rollenkonzepte müssen gut voneinander abgrenzbar sein, um mit ihnen effizient arbeiten zu können. Der Dolmetscher muss sich der verschiedenen Abgrenzungen bewusst sein, um mit ihnen arbeiten zu können. Dies ist auch ein Schritt in Richtung Professionalisierung.

3.4. Die Sitzkonstellation

Die Sitzkonstellation spielt ebenfalls in der Arzt-Patient-Kommunikation eine große Rolle. Der Dolmetscher bzw. Sprachmittler sollte hier eine unsichtbare Rolle einnehmen, damit die Nähe zwischen Arzt und Patient gefördert wird. (vgl. Slapp 2004, 18f.)

Um die neutrale Position des Dolmetschers zwischen den übrigen Gesprächspartnern zu unterstreichen ist eine Dreieckposition empfehlenswert. Diese erleichtert die Gesamtsituation, indem durch die gleiche räumliche Distanz zu den Aktanten die Gleichbehandlung dieser unterstrichen wird. Der Dolmetscher kann so Blickkontakt zu allen Aktanten haben. Oft kann jedoch dieser idealen Dreiecksposition nicht nachgekommen werden, da die räumlichen Bedingungen nicht immer vorhanden sind. (vgl. Chiba 1997, 29f.)

Nach Pinzker (2004, 41) beeinflusst die Sitzordnung vor allem den Gesprächsfluss, die Gesprächsatmosphäre und den Blickkontakt zwischen den Gesprächsaktanten. Die Sitzordnung entscheidet oft darüber, auf welche Seite der Dolmetscher „gedrängt“ wird.

Es werden dabei von Pinzker (2004, 41- 45) verschiedene Sitzkonstellationen angeführt.

- Der Dolmetscher sitzt neben dem Patienten. In der Mitte gegenüber sitzt der Arzt.
Bei dieser Sitzkonstellation wird eine Zuwendung des Arztes an den Patienten nicht begünstigt. Der Arzt wendet sich eher an den Dolmetscher, dieser wiederum an den Patienten. Gleichzeitig empfindet der Patient bei dieser Variante den Dolmetscher als Fürsprecher, da er an seiner Seite sitzt. Hier wird der Patient eventuell versuchen den Dolmetscher auf seine Seite zu ziehen.
- Der Dolmetscher sitzt neben dem Arzt. Der Patient sitzt in der Mitte gegenüber.
Auch bei dieser Konstellation werden Arzt und Patient sich verstärkt dem Dolmetscher zuwenden. Außerdem kann diese Konstellation beim Patienten den Eindruck erwecken, gegenüber von zwei stärkeren Experten zu sitzen, gegen die er sich beweisen muss. Hier ist die Gefahr gegeben, dass der Dolmetscher vom Arzt als dessen Fürsprecher gesehen wird.
- Arzt und Patient sitzen einander gegenüber. Der Dolmetscher sitzt seitlich daneben. Es wird ein gleichschenkliges Dreieck gebildet.
Hier wird eine Zuwendung des Arztes an den Patienten unterstützt. Der Dolmetscher nimmt hier eine sehr neutrale Position ein. Er hat zu Arzt und Patient genug Distanz, beide gut im Blickfeld und kann sich neutral verhalten. Die Rollenverteilung ist durch diese Form klarer ersichtlich.

- Arzt und Patient sitzen einander gegenüber. Der Dolmetscher sitzt hinter einem Paravent.

Hier ist der Dolmetscher für Arzt und Patient nicht sichtbar und somit können sich die beiden einander direkt zuwenden ohne auch sichtbar durch eine dritte Person abgelenkt zu sein. Problematisch bei dieser Sitzkonstellation ist der Sprecherwechsel, der vom Dolmetscher angezeigt werden sollte. Da der Dolmetscher keinen Blickkontakt zu Arzt und Patient hat, kann er das Beenden der einzelnen Aussagesequenzen nur schwer abschätzen. Der Überblick über die gesamte kommunikative Situation ist weitgehend erschwert. Die Steuerung des Gesprächsverlaufs muss bei dieser Variante gezwungenermaßen vom Arzt übernommen werden.

3.5. Die Kulturkompetenz des Community Interpreter

Neben dem Beherrschen der Sprache und verschiedener Dolmetschetechniken muss der Community Interpreter auch kulturspezifische Kenntnisse aufweisen können. Um translatorisch tätig zu sein ist eine bikulturelle Kompetenz des Translators erforderlich. Der Community Interpreter muss sich in seiner eigenen sowie in der fremden Kultur gut auskennen, um eine funktionierende Kommunikation zwischen den Parteien gewährleisten zu können. Sprachbarrieren werden hier auch als Kulturbarrrieren verstanden. Vor allem kulturelle Unterschiede wie „unterschiedliche Denk- und Einstellungsmuster, Wertorientierungen und daraus resultierende Wahrnehmungs-, Interpretations- und Verhaltenweisen“ machen interkulturelle Kommunikation so schwierig. Dabei gehen in der interkulturellen Kommunikation die Aktanten beim Verstehen der fremden Kultur von den Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern der eigenen Kultur aus. Bei interkultureller Kommunikation wird „[...] bei nicht oder nur unzureichend vorhandenem Fremdkulturwissen zwangsläufig der eigenkulturelle Bezugsrahmen (frame of reference) als Orientierung für das eigene und zur Interpretation des fremden Verhaltens zugrunde gelegt“ (Witte 2003, 346).

Wichtig wäre es nach Witte (2003, 346) bei translatorischen Tätigkeiten Wissen um (eigen- und) fremdkulturelle Verhaltens- und Orientierungsmuster zu haben. Es geht darum, auch eine Kompetenz zwischen den Kulturen aufzubauen (vgl. ebd., 346). Diese Kompetenz zwischen den Kulturen soll zeigen, „[...] wie die (Mitglieder der) beiden Kulturen sich selbst im Verhältnis zu der jeweils anderen Kultur sehen, welches Wissen sie über die andere Kultur haben und wie sie glauben, dass sie von der anderen Kultur gesehen werden.“ (ebd., 347)

Dieser Ethnozentrismus impliziert die Erwartung, dass sich Menschen aus fremden Kulturen der eigenen anpassen bzw. sich auf diese einstellen.

Sprache und Kultur sind dabei unweigerlich miteinander verbunden. Das eigene Denken wird durch die Sprache geformt. Vor allem kulturelle Unterschiede verursachen Probleme in der Kommunikation zwischen Angehörigen verschiedener Kulturkreise. (vgl. Slapp 2004, 20f.)

Zwischen Gesprächspartnern existieren kulturelle Codes. In der interkulturellen Kommunikation ist es wichtig, sich auf die fremden Codes einzulassen bzw. diese zu verstehen. Um aber die kulturellen Codes zu verstehen muss man die jeweilige Sprache im Vorfeld erlernen.

Der Community Interpreter ist wie bereits angesprochen gleichzeitig auch Kulturmittler, der den kulturellen Hintergrund beider Parteien verstehen muss. Die kulturellen Unterschiedlichkeiten spiegeln sich in der Sprache wieder. Der Community Interpreter muss wissen, wie man Äußerungen in der Ausgangssprache in der Zielsprache formuliert und vor allem, ob man sie überhaupt so oder doch ganz anders ausdrückt. Vor allem im medizinischen Bereich gibt es in einigen Kulturen Tabus, über die man nicht ohne weiteres offen spricht. Für muslimische Patienten scheint die Betreuung durch weibliche Ärzte häufig aus kulturellen Gründen inakzeptabel. Auch der Blickkontakt zwischen Ärzten und weiblichen Patienten ist häufig ein Problem, da die weiblichen Patienten aus bestimmten Kulturen schnell verunsichert sind, was wiederum die Kommunikation erschwert. Für viele Muslime ist die Entkleidung zu Untersuchungszwecken laut Wagemann (2005, 85) ein großes Problem. Als Lösung würden sich hier „getrennte Untersuchungssituationen und gleichgeschlechtliches medizinisches Personal“ (ebd., 85) anbieten, da muslimische Frauen und Männer prinzipiell keinen Körperkontakt mit dem anderen Geschlecht haben dürfen. (vgl. ebd., 85)

Die effizienteste Kommunikationssituation wird erreicht, wenn der Dolmetscher bzw. Sprachmittler selbst multikulturellen Hintergrund besitzt. (vgl. Slapp 2004, 22f.)

Der Community Interpreter kann als Cultural Broker gesehen werden, der sprachliche und kulturelle Barrieren abbaut und dem Arzt verhilft, zu einer richtigen Diagnose zu kommen. Dabei benutzt er Erklärungsmodelle, um den Patienten ihre Erkrankung verständlicher zu machen bzw. eine effektive Compliance zu ermöglichen. (vgl. ebd., 24; vgl. Pöchhacker 2007, 242)

Interkulturelle Kommunikation hat als Forschungsziel den Umgang zwischen Menschen verschiedener Kulturen zu untersuchen. (vgl. Göhring 2003, 112).

Dem Begriff Kultur kommt in der interkulturellen Kommunikation dabei ein zentraler Stellenwert zu. Kultur ist demnach für Übersetzer und Dolmetscher „[...] all das, was dieser

im Hinblick auf seine Ausgangsgesellschaft und auf seine Zielgesellschaften wissen und empfinden können muss“ (Goodenough 1964, 36; zitiert nach Göhring 2003, 112).

Die Grenzen zwischen Ausgangs- und Zielgesellschaften verwischen jedoch immer mehr, sodass oftmals Elemente aus verschiedenen Kulturen miteinander kombiniert bzw. integriert werden.

Nach Göhring (2003, 113) ist interkulturelle Kommunikation „[...]das bewusste und unbewusste Aussenden und Empfangen von Botschaften über kulturelle Grenzen hinweg“.

Für translatorische Tätigkeit wäre es wichtig, eine kulturanthropologische Perspektive zu entwickeln, welche Neugier und Sensibilität für andere Kulturen fördert.

Laut Wesselmann et al. (2004, 24) prägt Kultur das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Dabei hat das kulturelle Umfeld Einfluss auf:

- die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit
- das Entstehen und die Verbreitung von Krankheiten
- die Erfahrung, krank zu sein, und die Art und Weise, damit umzugehen
- die Interpretation und das Umgehen mit Gefühlen und Schmerzen
- die Entwicklung von gesundheits- und krankheitsorientierten Verhaltensgewohnheiten
- den Lebensstil/ die Lebensweise

Dabei warnen Wesselmann et al. jedoch eindringlich vor Stereotypisierungen und Pauschalisierungen von Menschen anderer Kulturen, da man Denk- und Verhaltensweisen von Menschen natürlich nicht nur auf ihre kulturelle Herkunft beziehen kann. Patienten aus ein und derselben Kultur können sich den kulturellen Normen in unterschiedlicher Weise angepasst bzw. auch nicht angepasst haben. Letztendlich muss man den Patienten als Individuum sehen und kann ihn nicht auf seine kulturelle Herkunft reduzieren.

Wesselmann et al. sprechen von einer Erweiterung des Blickwinkels und von Vermeidung von Stigmatisierung und Abgrenzung.

Demnach führen Wesselmann et al. (2004, 34) wichtige Aspekte der interkulturellen Kompetenz an:

- Die Bereitschaft und die Fähigkeit, kulturelle Unterschiede wahrzunehmen
- Die unterschiedlichen Kulturen als gleichwertig zu respektieren
- Kenntnisse über eigene und fremde Kultur (Regeln, Normen, Werthaltungen und Symbole etc.)

- Die emotionale und kognitive Fähigkeit, die eigene Sichtweise und das Orientierungs- und Regelungssystem der eigenen Kultur zu reflektieren
- Toleranz gegenüber fremden Orientierungs- und Regelungssystemen der Wahrnehmung des Denkens, Empfindens, Urteilens und Handelns

Um eine spezifische Kultur zu verstehen braucht man nicht nur Verständigungskompetenz, sondern ebenso kulturübergreifendes Verständnis und Denken. (vgl. ebd., 35)

4. Krankheitsausdruck und Schmerzempfinden in fremden Kulturen

4.1. Krankheitskonzepte und volksmedizinische Vorstellungen in fremden Kulturen

Es gibt verschiedene Gesundheitssysteme, die von der Ethnomedizin zusammengefasst werden. Dabei unterscheidet man den populären, den professionellen und den volksmedizinischen Sektor. Der populäre Sektor meint die Gesundheitsversorgung innerhalb der Familie, der professionelle Bereich meint die wissenschaftliche Schulmedizin, die in der Regel von Ärzten ausgeübt wird, und der volksmedizinische Sektor inkludiert nicht-professionelle Behandlung durch sogenannte Heiler. Diese ethnomedizinische Unterteilung in drei Bereiche macht dahingehend Sinn, weil die alleinige Herrschaft der wissenschaftlichen Schulmedizin die Sichtweise in Bezug auf verschiedene Krankheitsbilder sehr stark einengen würde und der soziale Kontext, in dem bestimmte Krankheiten gesehen werden können, zu stark vernachlässigt werden würde. Während in den westlichen Ländern die wissenschaftlich geprägte Schulmedizin sehr stark im Vordergrund steht, sind häufig in Ländern, wo Migranten ihre Heimat haben, volksmedizinische Ansätze sehr anerkannt (vgl. Westermilies 2004, 27f.).

Die unterschiedlichen Einflüsse der Konzepte spiegeln sich auch in den Krankheitsvorstellungen der Patienten wieder. Während Patienten aus Ländern, in denen volksmedizinische Konzepte eine große Rolle spielen, stark dazu neigen, Krankheiten als Schicksal zu sehen, dass durch äußere Einflüsse bewirkt wurde, neigen Patienten aus westlichen Ländern dazu, ihre Erkrankungen stark pragmatisch als Schwäche des Körpers und der Psyche anzusehen (vgl. ebd., 28).

Ein Problem besteht vor allem in der Akzeptanz der volksmedizinischen Ansätze innerhalb der Schulmedizin. Obwohl die westliche Medizin stark durch kulturelle Aspekte beeinflusst wurde, so stellt sie sich als Wissenschaft gerne über die Volksmedizin. Kulturelle Aspekte werden heute nur noch in der Volksmedizin anerkannt.

Volksmedizinische und biomedizinische Ansätze können jedoch auch nebeneinander stehen und einander ergänzen. Vor allem für ausländische Patienten sind kulturell geprägte Verständnismuster sehr wichtig und dürfen nicht vernachlässigt werden, da es sonst zu Missverständnissen kommt (vgl. ebd., 28f.).

Neben kulturellen Aspekten spielen auch religiöse Aspekte eine Rolle zum Verständnis von Krankheitsbildern. So gibt es im Islam drei verschiedene Grundsätze was Gesundheit und

Krankheit betrifft. So beschreibt Ilkilic (2003; zitiert nach Westermilies 2004, 29), dass Krankheit als etwas Natürliches gesehen wird, was der Ebene der Natürlichkeit entspricht. Weiters ist die Gesundheit etwas Gottgegebenes und der Mensch ist für ihre Erhaltung verantwortlich. Dies entspricht der Ebene der Verantwortung. Die dritte Ebene ist jene der Pflichten. Gesundheit ist essentiell für die religiöse Pflichterfüllung. (vgl. Westermilies 2004, 30).

Zwischen der Erhaltung der Gesundheit und den religiösen Pflichten kann es zu Konflikten kommen. Wenn ein Muslim beispielsweise erkrankt ist, kann er dem Gebot des Fastens häufig nicht nachkommen.

In der Arzt-Patient-Kommunikation sollte auch das Thema Religion angesprochen werden. Dies kommt jedoch oft aus Zeitmangel zu kurz. (vgl. ebd., 30).

Kulturspezifische Einflüsse in der Medizin prägen vor allem Strukturen der orientalischen, ostasiatischen und afrikanischen Länder. Dort hat Familie noch einen wesentlich höheren Stellenwert als in unseren Breiten. Völlig anders als in mitteleuropäischen Ländern gestalten sich Entscheidungsprozesse bei medizinischen Eingriffen und Therapien. In anderen Ländern werden Diagnosen der ganzen Familie bekannt gegeben und nicht nur dem Patienten selbst. Ärzte in mittel- und westeuropäischen Ländern müssen daher die Familie immer miteinbeziehen und deren Mitsprache gewährleisten. Patienten aus solchen Ländern erfahren von der eigenen Familie in Krankheitssituationen meist auch wesentlich mehr Zuneigung. (vgl. Wesselmann et. al. 2004, 25 f.)

Während in unserer Gesellschaft Krankheit sehr negativ bewertet wird und der Patient darum bemüht sein sollte, möglichst schnell wieder einen gesunden Zustand zu erreichen, so gilt in muslimischen Ländern Krankheit als Strafe für ein mögliches Fehlverhalten bzw. als Prüfung eines Menschen durch Allah. Erst durch göttliche Fügung kann der Patient wieder gesund werden. (vgl. ebd., 26f.)

In anderen Kulturen spielen häufig magische und religiöse Vorstellungen eine große Rolle. Körperliche Ebene und emotionale Ebene hängen direkt miteinander zusammen. Krankheiten werden meist viel ganzheitlicher erlebt und nicht rein auf organspezifische Gegebenheiten reduziert. Dabei werden Krankheitsäußerungen auch wesentlich allgemeiner ausgedrückt. Es wird dabei keine Unterscheidung zwischen körperlicher und seelischer Ebene getroffen.

Es gibt nach Koen-Emge (1988; zitiert nach Wesselmann et. al. 2004, 29) folgende Gruppen von Krankheitsvorstellungen:

- Magische und religiöse Krankheitsvorstellungen
- Mechanistische Krankheitsvorstellungen
- Naturalistische Krankheitsvorstellungen
- Aus der modernen Medizin übernommene Krankheitsvorstellungen

Auffallend ist jedoch, dass magische und religiöse Krankheitsvorstellungen bei Patienten mit höherer Sprachkompetenz und höherem Bildungsniveau abnehmen. (vgl. Wesselmann et. al. 2004, 31)

Wesselmann et al. (2004, 32) beschreiben im folgenden Textausschnitt sehr gut, wie die Sichtweise der Behandelnden optimalerweise aussehen sollte:

„Hier geht es also um den Balanceakt, kulturell andere Sichtweisen zu kennen, zu achten, einzubeziehen, sie aber nur insoweit wirksam werden zu lassen, dass keine Verengung des eigenen Blickwinkels durch das Aufsetzen der ‚Multikulti-Brille‘ erfolgt oder gar die individuelle Situation des Einzelnen nicht erfasst wird“ (Wesselmann et. al. 2004, 32)

4.2. Krankheitserleben von ausländischen Patienten

Durch die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Schichten werden auch die Beschwerden bzw. Symptome unterschiedlich geschildert. Während Angehörige der Mittelschicht ein endogenes Krankheitsverständnis haben, wo die Krankheit somatisch auf Störungen im Körper zurückgeführt wird, haben Angehörige von unteren Schichten ein exogenes Krankheitsverständnis, wo das „Kranksein“ globaler aufgefasst wird. Dabei drücken Mittelschichtsangehörige ihre Anliegen medizinnah aus, während Unterschichtsangehörige diese medizinfern ausdrücken. (vgl. Allaoui 2005, 14)

Das Krankheitsverständnis von fremdsprachigen Patienten ist meist ebenfalls exogen. In anderen Ländern herrschen andere medizinische Traditionen vor, welche zu weiteren Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und fremdsprachigen Patienten führen. (vgl. ebd., 15).

So gesehen kann das ärztliche Gespräch als „[...] ein Aushandeln von Denkkonzepten[...]“ (ebd., 16) gesehen werden, mit der Intention, dass man „[...] zu einer gemeinsamen Verständigungsgrundlage [findet]“ (ebd. 16)

Durch sprachliche und kulturelle Verständigungsschwierigkeiten tasten sich Ärzte bei fremdsprachigen Patienten mit einem Beschwerdevortrag und dem Erklären möglicher Symptome vor, wobei diese sprechende Medizin oftmals zugunsten einer teuren apparativen Diagnostik in den Hintergrund tritt. (vgl. ebd., 16)

Ausländische Patienten erleben Krankheit eher als ganzheitliches Phänomen, das nur schwer lokalisierbar ist. Für Ausländer ist oft nicht einsehbar, dass nur ein einzelner Körperteil erkrankt sein soll. Dazu kommt noch das oft niedrige Bildungsniveau von ausländischen Patienten, dass das Begreifen von Krankheitsbildern innerhalb der Arzt-Patienten-Kommunikation noch schwieriger macht (vgl. Westermilies 2004, 31).

Während ausländische Patienten, wie türkische Patienten, Schmerzen intensiver ausleben als westliche Patienten, so ist die Symptomatik was die Lokalisation betrifft jedoch weit diffuser. Die unterschiedliche Wahrnehmung von Schmerzen resultiert auch aus einer unterschiedlichen Sozialisation von Schmerzen in den verschiedenen Kulturen. (vgl. ebd., 31) Bei vielen ausländischen Patienten kann eine Somatisierungstendenz festgestellt werden. Dabei werden somatische Symptome häufig betont und psychische und soziale Einflüsse von vornherein ausgegrenzt, um beim Arzt nicht eventuell als psychisch Erkrankter stigmatisiert zu werden. Für den Patienten ist es wichtig, dass sein Leiden akzeptiert wird und die Krankheit ihre Berechtigung hat. Die Somatisierungstendenz kann auch als Resultat der biomedizinischen Vorgehensweise des Arztes gesehen werden. Wenn der Arzt selbst symptomorientiert arbeitet, wird sich auch der Patient der Situation anpassen.

Kulturelle Missverständnisse beruhen nicht selten auf einer sehr diffusen Symptompräsentation. Dabei kann man sagen, dass es in allen Kulturen bestimmte Organe gibt, welche im Mittelpunkt des Krankheitsgeschehens stehen. So sind z. B. in südeuropäischen und vorderorientalischen Gesellschaften Beschwerden vor allem im Kopf sowie im Ober- und Unterbauch lokalisiert. Im Orient gilt die Leber neben der Lunge als das anfälligste Organ. Dabei werden unspezifische Bauchbeschwerden immer als Probleme der Leber empfunden. Die Leber gilt auch als Sitz negativer emotionaler Befindlichkeit wie Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Vitalitätsverlust und Traurigkeit. (vgl. Zimmermann 2000, 48) Daneben spielt auch der Magen als Bezugsort für Beschwerden eine Rolle.

Wichtig ist in anderen Gesellschaften vor allem „[...] die ganzheitliche Auffassung von Leib und Seele und somit auch die Vorstellung des ganzheitlichen Betroffenseins aller Organe durch die Krankheit [...]“ (ebd., 49).

Für ausländische Patienten ist die naturwissenschaftlich orientierte Medizin des Westens fremd. Ganzheitliches Empfinden von Krankheit steht für ausländische Patienten im

Vordergrund. Daher sind Aussagen wie „alles schmerzt“ kein Ausdruck von Verständigungsschwierigkeiten, sondern Ausdruck eines anderen Krankheitsverständnisses.

Die Krankheit selbst steht für ausländische Patienten anders als bei Patienten aus Mitteleuropa nicht im Mittelpunkt, sondern Krankheit gilt als individuelles Geschehen, das in seiner Ursache und Wirkung gesehen wird.

Ausländische Patienten schätzen Krankheiten oft viel gefährlicher und bedrohlicher ein, traditionelle Vorstellungen spielen eine große Rolle.

Krankheit betrifft in anderen Gesellschaften aber nicht nur den Leidenden, sondern auch seine Mitwelt, d. h. der Beistand von Angehörigen, Verwandten, Nachbarn, Freunden etc. wird wesentlich intensiver ausgedrückt. (vgl. ebd., 52) So sollen durch Zuwendung, Trost und Beistand dem Patienten das Gefühl der Geborgenheit gegeben werden, das er oft in den anonymen Kliniken nicht bekommt.

„Nicht nur die Auffassungen von der Kausalität der Krankheit und ihrer Wirkweise, von ihrer entsprechenden Diagnostik und Therapie sind, wie gezeigt, kultur- und schichtspezifisch, sondern ebenso auch das Erleben, Erleiden und die Formen des Äußerns der Krankheit“ (Zimmermann 2000, 54)

Das Empfinden von Krankheit bzw. wie Krankheit erlebt wird hängt vor allem von der soziokulturellen Struktur der betreffenden Gesellschaft ab.

Oftmals werden Migranten vom sogenannten „Heimwehssyndrom“ gequält, welches auch als „nostalgisches Syndrom“ bezeichnet wird. Dabei geht es vor allem um den Verlust der Heimat und die Beziehungslosigkeit zur neuen Umwelt. Je größer die Diskrepanz zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland, desto stärker ausgeprägt ist das „nostalgische Syndrom“. Folgende Symptome inkludiert dabei das Heimwehssyndrom: Traurigkeit, Angst, Apathie, Appetitlosigkeit, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, starkes Heimweh, Verwirrheitszustände. Vor allem das sogenannte Entwurzelungssyndrom, welches unter Migranten sehr verbreitet ist, verstärkt solche Symptome. Dabei denken viele Migranten an eine Rückkehr in die Heimat und integrieren sich daher bewusst nur partiell in die Aufnahmegesellschaft. (vgl. ebd., 56f.)

Während psychische Erkrankungen von ausländischen Patienten auch auf die organische Ebene bezogen werden, so werden organische Erkrankungen auch auf die psychische Ebene übertragen. Man kann also bei Ausländern von einem holistischen Krankheitsverständnis ausgehen, bei dem Krankheiten „diffus als körperlich - seelisches Leiden erlebt [werden]“ (vgl. ebd., 58).

Ausländische Patienten drücken sich entsprechend ihres traditionellen ganzheitlichen Krankheitsverständnisses sehr allgemein aus was ihre Krankheit betrifft. Für die behandelnden Ärzte ist es jedoch sehr schwierig die Problematik genauer zu lokalisieren. Ausländische Patienten bräuchten mehr Zeit und Verständnis, damit der Arzt ihre Probleme aus den gesamtheitlichen Äußerungen herausfiltern kann. (vgl. ebd., 58)

In muslimischen Gesellschaften werden auch Operationen, Amputationen bzw. andere „Beschädigungen“ am menschlichen Leib als schwere Entstellungen erlebt. Sogar Blutentnahmen werden als sehr dramatisch empfunden, da Blut „Träger allen leiblich-seelisch-geistigen Seins“ (ebd., 59) ist und es konstant und nicht regenerierbar ist. Für sie stellt eine Blutabnahme einen Verlust an wichtigen Körperkräften dar.

Körperlichkeit und der Bezug zum Körper sind in muslimischen Gesellschaften wesentlich stärker ausgeprägt als in Mittel- und Nordeuropa. Berührungen spielen eine wesentlich größere Rolle als in orientalischen Gesellschaften. Vom Kleinkindalter an wird körperliche Zuwendung viel stärker ausgelebt als bei uns. Ebenso wird Nacktheit dort nicht so beschämend erlebt.

Zimmermann (2000, 61) spricht auch die wesentlich intensiver ausgelebte nonverbale Kommunikation in Krisensituationen an. In anderen Kulturen diskutieren und analysieren die Menschen nicht so viel wie in Mitteleuropa, sondern signalisieren Zuwendung direkt durch Berührungen, Umarmungen und Küsse. Die unterschiedliche Einstellung zum Körperbewusstsein prägt die Menschen für ihr ganzes Leben.

Im Krankheitsfall sind die körperlichen Zuwendungen noch viel stärker „[...] da das Gefühl der Zusammengehörigkeit, des intensiven Beiseins und des Festhaltens, des nicht Loslassens, des Mitfühlens und Mitleidens dem Kranken die emotionale Verbundenheit und die uneingeschränkte Unterstützung demonstriert [...]“ (ebd., 61).

Der Aufbau einer Vertrauensbasis ist gerade für ausländische Patienten wesentlich. Sogar der Aufbau einer über die Behandlung hinaus gehenden Freundschaft ist für viele Ausländer denkbar und in anderen Ländern nicht unüblich. Doch die heimischen Ärzte erweisen sich meist als zu verklemmt, um solche zwischenmenschlichen Beziehungen aufzubauen, obwohl eigentlich alle Menschen in Not und Krankheit gerne die Zuwendung von anderen Menschen hätten.

Zimmermann (2000, 62) beschreibt in folgendem Textausschnitt sehr gut, wie die Behandlung von Patienten optimalerweise ausschauen sollte:

„Es sind ja so bescheidene Handlungen, die so hohen Symbolwert besitzen: Bei dem Patienten ein paar Augenblicke am Bett sitzen, ihm vielleicht einmal die Hand auf die schmerzende Stirn legen oder ihm auch mal die Hand halten in Momenten der Angst. Oder ihm einmal den Arm um die Schulter legen, ein Stück Arm in Arm mit ihm gehen und ihn vielleicht sogar zu umarmen in den Momenten tiefster Verzweiflung oder auch überschäumender Freude. Wie schade, wenn man sieht, wie Chirurgen fast zur Salzsäule erstarren und völlig unbeholfen, verlegen mit rotem Kopf Patienten abwehren, die ihnen nach einer gelungenen Operation in dankbarster tiefempfunder Freude die Hand oder gar die Wange küssen möchten, worauf diese ihnen dann linkisch erklären, sie hätten eben nur ihre Pflicht getan (wie das Gesetz es befahl!)“ (Zimmermann 2000, 62)

Ausländische Patienten sind beim Eintritt in Gesundheitsinstitutionen wesentlich verunsicherter als heimische Patienten, da die Gegebenheiten nicht so vertraut sind, Sprachprobleme hinzukommen etc. Gerade aber die Rahmenbedingungen sind jedoch oft von entscheidender Bedeutung für den Genesungsprozess. Um ihre Ängste und Verunsicherungen auszugleichen, versuchen ausländische Patienten meist eine persönliche Beziehung zum Arzt aufzubauen. Verwandte und Bekannte von ausländischen Patienten haben auch das Bedürfnis, permanent bei ihrem erkrankten Angehörigen zu sein und ihm beizustehen. Durch die von den Gesundheitsinstitutionen umgesetzte Abschirmung der Patienten fühlen sich Verwandte und Bekannte häufig ihrer sozialen Verantwortung entzogen. (vgl. ebd., 63 ff.) Aufgrund der von ausländischen Patienten erlebten Isolation von ihrem gewohnten Umfeld bzw. ihrer vertrauten Mitmenschen kommt es zu erhöhter Sensibilität und egozentrischer Wahrnehmung und schließlich auch zu sehr regressiven Verhaltensweisen. Der Patient begibt sich in eine eher passive Rolle, fügt sich dem Behandelnden bzw. macht sich emotional von diesem abhängig. Ausländische Patienten brauchen meist aus Unkenntnis und dem Nichtdurchschauen der modernen westlichen Medizin mehr Information über Diagnose, Therapie und Behandlungsmöglichkeiten als einheimische Patienten. (vgl. ebd., 66)

4.3. Schmerzempfinden von ausländischen Patienten

Wie Schmerz unterschiedlich erlebt werden kann, beschreibt Zimmermann (2000, 55) in folgendem Textausschnitt:

„Inwieweit der Schmerz ins Bewusstsein treten kann, zugelassen, eingeordnet und bewertet wird, gelebt, sich ihm hingeeben, oder er unterdrückt, verdrängt oder gar durch autosuggestive Methoden völlig ausgeschaltet wird, ist grundsätzlich verschieden von Kultur zu Kultur, von Gesellschaft zu Gesellschaft und innerhalb der Gesellschaft zwischen Stadt und Land und selbst jeweils von Schicht zu Schicht, und dabei noch geschlechts- und altersdifferenziert.“ (Zimmermann 2000, 55)

In Mitteleuropa und Nordeuropa wird, wie bereits angesprochen, mit dem Krankheitsempfinden und mit Schmerzáußerung gänzlich anders umgegangen als beispielsweise in orientalischen Ländern. In Mitteleuropa werden Verletzungen weit weniger tragisch empfunden als in orientalischen Ländern. Die Empfindlichkeit des Körpers wird in unseren Breiten von klein an unterdrückt. (vgl. ebd., 58)

Für die westliche Medizin ist es wichtig zu verstehen, dass „[...] Krankheitsäußerungen nicht schlechthin mit dem Schweregrad der Krankheit korrespondieren müssen“ (vgl. ebd., 68).

Problematisch sind intensive Krankheitsäußerungen dahingehend, dass sie in westlichen Gesundheitseinrichtungen falsch interpretiert werden können bzw. durch die Annahme von Hypochondrie schwere Krankheitsbilder leichter übersehen werden können. Außerdem neigen Ausländer gerade in westlichen Einrichtungen dazu, ihr Leid oft noch zum ursprünglichen verstärkten Krankheitsausdruck zu verstärken, um mehr Aufmerksamkeit zu bekommen. (vgl. ebd., 68)

Auch laut Kohnen (2003, 9) ist Schmerzwahrnehmung von kulturellen und individuellen Einflüssen geprägt. Dabei spielen gesellschaftliche Normen und Werte, biographische Aspekte und eigene Bewältigungsstrategien eine Rolle.

Kohnen (2003, 9) spricht auch die Empfindungsschwelle an, welche in allen Kulturen gleich ist, während die eigentliche Schmerzschwelle, welche als Punkt, an dem eine Person einen Reiz als schmerzhaft empfindet, von Kultur zu Kultur recht unterschiedlich sein kann. So nehmen Südeuropäer beispielsweise Schmerzen intensiver wahr als Nordeuropäer. Ebenso ist die Schmerztoleranz, als jener Punkt, an dem man sich dem Schmerz entziehen will, kulturell unterschiedlich. (vgl. ebd., 10f.)

„Schmerzwahrnehmung ist von der Erziehung, den kulturellen Normen und Werten, dem erlernten Verhalten sowie von eigenen Sozialisationserfahrungen abhängig“ (Kohnen 2003, 11)

Auch die Schmerzáußerung ist von Kultur zu Kultur unterschiedlich ausgeprägt.

Nach der International Association for the Study of Pain (IASP) (zitiert nach Kohnen 2003, 18) wird Schmerz definiert als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit

aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“

Kellnhauser und Schewior-Popp (1999, 55) betonen, dass oftmals noch ein biomedizinisches Schmerzverständnis anzutreffen ist, wo noch primär auf Medikamente als Schmerzbekämpfung gesetzt wird. In moderner Sicht wird Schmerz genauso als psychisches Phänomen gesehen.

„Schmerz wird als existentielles Bewusstseinsphänomen erlebt und ist auf diese Weise eng mit dem kulturellen Hintergrund verbunden, insofern der Schmerz die Deutung erfährt, die die jeweilige Kultur entwickelt hat“ (Kellnhauser & Schewior-Popp 1999, 56)

Einerseits sehen sich viele Migranten bei Schmerzen nicht veranlasst einen Arzt zu konsultieren, auf der anderen Seite existiert das sogenannte Mamma-Mia-Syndrom, welches impliziert, dass ausländische Patienten Schmerzen intensiv mit verbalen und nonverbalen Elementen ausdrücken. So kommt es zu einem Schmerzverhalten, welches „[...] sich auf den Menschen in seiner biopsychosozialen Einheit bezieht und dadurch kulturellen Missdeutungen unterliegen kann.“ (ebd., 45)

Die häufige intensive Schmerzáußerung von ausländischen Patienten wird von heimischem Personal nicht selten als Übertreibung abgetan.

5. Gesprächsanalyse von drei exemplarischen Community Interpreting – bzw. Kommunikationssituationen mit russischsprachigen Patienten

Anhand der folgenden transkribierten Gesprächsaufzeichnungen sollen drei verschiedene Community Interpreting-Situationen analysiert und schließlich verständlich die Komplexität solcher Situationen aufgezeigt werden. Dabei werden vier Analyseschwerpunkte gesetzt.

Bei der folgenden Analyse wird die rein sprachliche Ebene wie Phonetik, Phonologie, Intonation und Morphologie nicht berücksichtigt, da diese Kategorien zu sehr in den theoretischen Teil gehen würden. Die Analyse soll jedoch eher praktischen Charakter haben und daher werden auch Syntax und Lexik nur soweit analysiert, als es direkt praktischen Nutzen hat bzw. inwieweit diese formalen Grundlagen auch den Inhalt modifizieren. Daneben können weiters die Dimensionen der nonverbalen Kommunikation und auch der Sitzkonstellation, welche im theoretischen Teil besprochen wurden, aufgrund der rein textuellen transkribierten Grundlage nur peripher bis gar nicht berücksichtigt werden.

Folgende vier Analyseschwerpunkte werden vorgenommen:

- 1.) Die Ebene der Rollen und des Rollenverhaltens der drei Aktanten und allgemeine Aspekte der triadischen Kommunikation (Community Interpreter, Arzt und russischsprachiger Patient)
- 2.) Die Ebene der Transferprozesse
- 3.) Die Ebene der Gesprächsorganisation
- 4.) Die Ebene kulturspezifischer Phänomene

In der Gesprächsanalyse bzw. Reflexion der transkribierten Kommunikationssituationen werden diese vier Analyseschwerpunkte jeweils nacheinander abgearbeitet, wobei jene Punkte bzw. Fragestellungen, welche für die jeweilige Gesprächssituation nicht relevant erscheinen bzw. aufgrund des Nichtvorkommens der zu bearbeitenden Thematik, schließlich auch nicht analysiert werden.

Die vorgestellten Community Interpreting-Situationen wurden zunächst im Krankenhaus bzw. in Arztpraxen mittels Tonbandgerät aufgezeichnet und schließlich im Nachhinein von mir transkribiert. Die vorkommenden Personen werden hier nicht namentlich erwähnt. Strenge Anonymität wird in dieser Arbeit gewährleistet.

Die einzelnen Textsequenzen bzw. Segmente der Transkriptionen werden der Reihe nach durchnummeriert, um besser in den Analysen verwendbar zu sein. Die kursiv gesetzten Textteile entsprechen den von mir vorgenommenen Übersetzungen der russischen Verdolmetschungen und sind für die Analyse ebenfalls relevant. Diese Teile kommen auf der Originalaufnahme nicht vor, sondern sind nach der Transkription zugefügt worden.

Die Transkriptionen wurden weiters genau nach dem vorhandenen Tonmaterial erstellt, d. h. die Aussprache bzw. dialektale Färbungen der Gesprächsaktanten wurden nicht an konventionelle Standardsprachen angepasst, sondern genau wie im Originaldiskurs belassen.

Die einzelnen Gesprächsaktanten werden in den Transkriptionen mit folgenden Sprechersignalen vermerkt:

Sprechersignale:

Aw, Am Ärztin, Arzt

Dw, Dm Dolmetscherin, Dolmetscher bzw. Community Interpreter

Pw, Pm Patientin, Patient

Mw Mutter

(Mutter verlässt den Raum) situationsrelevante Zusatzinformationen

Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass die Feldforschung in den Krankenhäusern und Arztpraxen mit sehr viel Aufwand verbunden gewesen ist. Einerseits zeigten leider nur wenige Ärzte Interesse für die Thematik, da die Forschungsarbeit vor allem mit großem Zeitaufwand verbunden und das Organisieren der Settings ziemlich kompliziert war, andererseits war es nicht einfach Patienten zu finden, die sich bereit erklärten, an meiner Studie teilzunehmen.

5.1. Analyseschema

5.1.1. Rollen und Rollenverhalten der Gesprächsaktanten und allgemeine Aspekte der Kommunikation

5.1.1.1. Rolle und Rollenverhalten des Arztes – Fragestellungen

- Wie eröffnet der Arzt das Gespräch?
- Wie geht der Arzt mit dem Community Interpreter um?
- Wie geht der Arzt mit dem Patienten um?
- Kommuniziert der Arzt in erster Linie mit dem Community Interpreter oder mit dem Patienten?
- Verhält sich der Arzt neutral in der Situation oder wertet er die besondere Kommunikationssituation auf/ ab?
- Geht er auf die besonderen Bedürfnisse des fremdsprachigen Patienten ein?
- Nimmt er sich ausreichend Zeit für die spezielle Kommunikationssituation?
- Wie geht er mit den Verdolmetschungen um?
- Wie geht er mit Missverständnissen um?
- Bleibt er beim Gespräch sachlich oder lässt er Gefühle zu?
- Wie geht er mit Gefühlen und Gefühlsausbrüchen des fremdsprachigen Patienten um?
- Versucht er eine Annäherung zu der ihm fremden Sprache und Kultur?
- Geht er auf Distanz zu der für ihn fremden Sprache und Kultur?
- Sieht er im Community Interpreter bloß einen neutralen Mittler oder versucht er sich mit dem Community Interpreter auch in beratender Hinsicht auszutauschen?
- Sind alle Mitteilungsintentionen des Arztes sinngemäß und vollständig beim Patienten angekommen?
- Wie erlebt er die ungewohnte Situation mit Sprach- und Kulturmittlung im Allgemeinen?
- Ist er am Ende des Gesprächs zufrieden/ unzufrieden mit der durchgeführten Kommunikation?

5.1.1.2. Rolle und Rollenverhalten des russischsprachigen Patienten – Fragestellungen

- Wie eröffnet der Patient das Gespräch?
- Wie geht der Patient mit dem Arzt um?
- Wie geht der Patient mit dem Community Interpreter um?
- Kommuniziert der Patient in erster Linie mit dem Arzt oder dem Community Interpreter?

- Fühlt sich der Patient vom Arzt bzw. vom Community Interpreter ernst genommen bzw. verstanden?
- Vertraut der Patient dem Arzt bzw. dem Community Interpreter?
- Wie geht er mit den Verdolmetschungen um?
- Wie geht er mit Missverständnissen um?
- Bleibt er beim Gespräch sachlich oder lässt er Gefühle zu?
- Verhält er sich dem Community Interpreter gegenüber neutral oder versucht er Unterstützung durch ihn zu bekommen?
- Wie geht der Patient mit der für ihn fremden Sprache und fremden Kultur um?
- Versucht er eine Annäherung zu der ihm fremden Sprache und fremden Kultur?
- Sind alle Mitteilungsintentionen des Patienten sinngemäß bzw. vollständig beim Arzt angekommen?
- Wie erlebt der Patient die Kommunikationssituation im Allgemeinen?
- Ist er am Ende der Kommunikation zufrieden/ unzufrieden mit der durchgeführten Kommunikation?

5.1.1.3. Rolle und Rollenverhalten des Community Interpreter – Fragestellungen

- Wie eröffnet der Community Interpreter das Gespräch?
- Wie geht der Community Interpreter mit dem Arzt um?
- Wie geht der Community Interpreter mit dem Patienten um?
- Verhält sich der Community Interpreter als neutraler Mittler oder steht er eher auf der Seite eines der beiden anderen Gesprächsaktanten?
- Welchem der verschiedenen Rollenmodelle entspricht am ehesten das Verhalten des Community Interpreter?
- Fühlt sich der Community Interpreter von den beiden anderen Gesprächsaktanten ernst genommen oder überflüssig in der Kommunikationssituation?
- Dolmetscht der Community Interpreter die Mitteilungsintentionen von Arzt und Patienten sinngemäß und vollständig?
- Wie geht er mit Missverständnissen um?
- Hat er eine Affinität zu einer der beiden miteinander interagierenden Sprachen und Kulturen? Wenn ja, warum?
- Ist der Community Interpreter mit medizinischer Fachterminologie vertraut oder gibt es Wissenslücken?

- Ist der Community Interpreter mit institutionsspezifischen Aspekten des Gesundheitssystems vertraut?
- Welche anderen Rollen erfüllt der Community Interpreter innerhalb des Gesprächs außerhalb der Rolle des Sprach- und Kulturmittlers?
- Hatte der Community Interpreter Vorinformationen über den Patienten? Wenn ja, welche Auswirkungen hat dies auf den Gesprächsverlauf?
- Beeinflusst eine eventuelle Verwandtschaft oder gute Bekanntschaft des Community Interpreter mit dem Patienten in irgendeiner Weise den Gesprächsverlauf bzw. die Gesprächsqualität?
- Steht der Community Interpreter bei den Verdolmetschungen unter Zeitdruck? Wenn ja, welche Auswirkungen hat dies auf den Gesprächsverlauf?
- Wie geht der Community Interpreter mit langen Äußerungen von Arzt bzw. Patient um?
- Wie geht der Community Interpreter mit nicht verstandenen Äußerungen von Arzt bzw. Patient um?
- Wie geht der Community Interpreter mit Gefühlen und Emotionen innerhalb des Gesprächs um? Versucht er auch diese zu dolmetschen?
- Wie geht es dem Community Interpreter bei den sprachlichen Transferprozessen von der Ausgangssprache in die Zielsprache? Hat er irgendwo besondere Schwierigkeiten?
- Schafft es der Community Interpreter, unterschiedliche sprachliche Niveaus der Gesprächsaktanten im Transferprozess auszubalancieren?
- Wie erlebt der Community Interpreter die Kommunikationssituation im Allgemeinen?
- Ist er am Ende der Kommunikation zufrieden/ unzufrieden mit der durchgeführten Kommunikation?

5.1.1.4. Allgemeine Aspekte der Kommunikation

- Wie gehen die drei Gesprächsaktanten im Allgemeinen miteinander um?
- Beeinflussen äußere Faktoren, z. b. institutionsspezifische Aspekte, den Gesprächsverlauf bzw. die Gesprächssituation?
- Welche Wirkung hat das Zusammentreffen verschiedener Sprachen und Kulturen auf die Kommunikationssituation im Allgemeinen?
- Wie beeinflussen die individuellen Krankengeschichten den Gesprächsverlauf?
- Welche Rolle spielen genderspezifische Aspekte in der Kommunikationssituation?
- Welche Rolle spielen die unterschiedlichen kulturellen Auffassungen bezüglich des Krankheitsverständnisses beim Gesprächsverlauf?
- Ist die Gesprächsatmosphäre eher offen oder rein pragmatisch?

- Ist die Gesprächsatmosphäre eher geprägt durch Vertrauen oder Misstrauen?
- Auf welchem sprachlichen Niveau drücken sich die Aktanten aus?
- Wie geht man mit Intimitäten um?
- Welche Bedeutung hat der Faktor Zeit für die Kommunikation?
- Welche sprachlichen bzw. kulturellen Missverständnisse treten am häufigsten auf?
- War die Kommunikationssituation insgesamt erfolgreich?

5.1.2. Die Ebene der Transferprozesse:

Auf der Ebene der Transferprozesse unterscheidet Wadensjö (1992; zitiert nach Chiba 1997, 38) zwischen impliziten und expliziten Koordinierungsmaßnahmen. Implizite Koordinierungsmaßnahmen sind demnach z. B.: Auslassungen, Zusammenfassungen, Wiederholungen, während es sich bei expliziten Koordinierungsmaßnahmen um Klarstellungen handelt. Auch metakommunikative Äußerungen zählen zu den expliziten Koordinierungsmaßnahmen. Hier verweist der Dolmetscher darauf, dass einer der Aktanten etwas nicht verstanden hat. (vgl. Chiba 37 f.)

Die richtigen Strategien, wie man in einer Vermittlungssituation agiert sind situationsabhängig. Die Aufgabe des Dolmetschers bzw. Sprachmittlers liegt nicht nur darin, eine passende Übersetzung zu schaffen, sondern vielmehr auch das gesamte Verhalten eines Gesprächs vermitteln zu können.

Aus inhaltlicher und sprachlicher Sicht auf der Ebene der Transferprozesse geht es darum, wie der Sprach- und Kulturmittler die Redebeiträge der Aktanten vor dem Mitteln aufbereitet, um gegebenenfalls redundante Inhaltselemente wegzulassen. Mittels interpretativer Prozeduren muss der Mittler für jeden turn eine Textbasis erstellen. Inhaltselemente werden hier als propositionaler Gehalt gesehen. Der Mittler selektiert die für die Mittlung relevanten Inhaltselemente heraus, was wiederum durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird. Dazu gehören Signale wie Akzentuierung, Wiederholung, syntaktische Mittel der Hervorhebung, Interpretation der Thematik des bisherigen Diskursverlaufes, die Interpretation der Interessen der Aktanten usw.

Illokutive Akte müssen möglichst getreu wiedergegeben werden. (vgl. Knapp & Knapp-Potthoff 1985, 454f.)

Wesentlich auf der Ebene der Transferprozesse ist ebenso die Perspektivierung von Äußerungen. Dadurch wird erkenntlich gemacht, wer der Urheber einer Mitteilungsintention ist, weil auch vom Mittler selbst die Mitteilungsintention ausgehen kann.

Dabei wird zwischen einer verbal nicht perspektivierten Form und einer verbal perspektivierten Mitteilung unterschieden. Bei der ersteren Form kann die Urheberschaft der Mitteilungsentention aus dem gesamten Diskurskontext erkenntlich gemacht werden.

Die verbal perspektivierte Mitteilung beherbergt hingegen die Form einer indirekten Redeerwähnung. Bei der ersten Form der verbalen Perspektivierung handelt es sich um eine Transformation von personaldeiktischen Ausdrücken, um die Referenzidentität zu wahren.

In der zweiten Form der verbalen Perspektivierung wird die Urheberschaft des jeweiligen Sprechakts gekennzeichnet. Dabei dienen Begleitsätze als Mittel. Diese werden nach Knapp und Knapp-Potthoff (1985, 456) als „mittler-performative Formeln“ bezeichnet. Es ist die expliziteste Form der Zuweisung der Sprechakturheberschaft.

Vor allem bei expressiven Äußerungen sollte der Mittler diese kennzeichnen und kann sie nicht direkt übertragen. Ausgedrückte affektive Äußerungen müssen deskriptiv charakterisiert werden. Auch wenn der Mittler durch einen Sprecher zu einer Mitteilungsentention veranlasst wird, muss dies ebenfalls vom Mittler transformiert werden. Die Transformation personaldeiktischer Ausdrücke ist zur Wahrung der Referenzidentität zwingend. (vgl. ebd., 455ff.)

Bei der inhaltlichen und sprachlichen Analyse der Transferprozesse sollen neben der erwähnten Perspektivierung von Äußerungen vor allem die sprachlichen Veränderungsmöglichkeiten untersucht werden, welche auch eine inhaltliche Veränderung nach sich ziehen bzw. inhaltliche Konsequenzen ergeben. Bei der Analyse der transkribierten Gespräche werde ich mich dabei auf die von Jochen Rehbein (1985) aufgestellten Verfahren zum Sprachmitteln stützen, da diese im Wesentlichen alle Möglichkeiten von sprachlichen Transferprozessen beinhalten. Rehbein (1985, 422- 443) führt dabei folgende Verfahren zum Umwandeln von Sprache A in Sprache B an:

- Umwandlungen in die Sprache des Klienten:

- Reduzieren und Hinzufügen (Addition)

Dies wird häufig angewandt, wenn fachsprachliche Äußerungen nicht adäquat bzw. professionell gedolmetscht werden können, z. B. aufgrund von mangelndem Wissen, es ändert sich auch der propositionale Gehalt.

- Überführen von Erklären / Erläutern in Anweisungen und Begründungen

Sprachmittler transferieren oft ärztliche Ratschläge allgemeinverständlich in praktisch umsetzbare Handlungsanweisungen oder Erklärungen in praktisch verständliche Handlungsbegründungen. Oft wird auch jenes Wissen aus den Aussagen herausgefiltert, bei dem der Sprachmittler denkt, dass es für den Klienten verständlich ist und hierauf die Aussage auf das Wissen reduziert. Es ändert sich der illokutive Gehalt.

- Verallgemeinern

Hier werden Erklärungszusammenhänge generalisiert bzw. auch verflüchtigt. Es werden also keine reinen Formulierungsveränderungen vorgenommen, sondern es finden auch Veränderungen an der Wissensstruktur statt.

- Fokusverschiebung

Hier verschiebt der Sprachmittler den Schwerpunkt in der Aussage des Arztes und lenkt die Aufmerksamkeit des Klienten auf andere Elemente. Außerdem kann hier der Sprachmittler Aussagen des Arztes sukzessive bzw. diskursiv vorbereiten, indem er sich auf die Aussage fixiert und schließlich steuernd über die gesamte Diskurstrecke sich über mehrere Äußerungen hinweg arbeitet, um dann zur kompletten Verbalisierung des Wissens zu kommen.

Durch diese Strategien wird den Klienten das zur Verfügung gestellte Wissen „handlungsspezifischer“ (Rehbein 1985, 430) aufbereitet.

- Unterratschläge :

Typisch für den Unterratschlag ist die Rückbestätigung beim Arzt im Deutschen, wodurch der vom Sprachmittler zusätzlich gegebene Ratschlag durch den Arzt noch autorisiert werden soll, es kann sogar soweit kommen, dass der Sprachmittler schon fast ein Beratungsgespräch durchführt, hier bringt der Sprachmittler sein eigenes Institutionswissen und seine eigenen Erfahrungen mit ein.

- Prozessierung des mündlichen Diskurses:

- Planungserscheinungen

Nach einem bestimmten Diskursabschnitt muss der Sprachmittler die Formulierung in der anderen Sprache vornehmen, hierfür benötigt er eine gewisse Planungszeit, die Tätigkeit wird durch ein Einleitungselement (z. B. also) begonnen, aber auch innerhalb von Aussagen gibt es Leerformeln mittels derer weitere Aussagen angekündigt werden, es kann auch wiederholendes Umschreiben des propositionalen Gehalts vorkommen.

- Nachfragen auf Deutsch

So wird diskursiv ein Reparaturmechanismus in Gang gesetzt, welcher ein professionelles Verstehensdefizit auffüllen soll.

- Bestätigungsfragen

Durch Rückfragen an den Arzt kann der Sprachmittler eigene unautorisierte Ratschläge durch ihn bewerten lassen. Der Sprachmittler fordert den Arzt auf, dem Unterratschlag öffentlich zuzustimmen und ihn gleichzeitig zu ratifizieren.

Die Rückfragen werden hier als Versuche der Partizipation an der Bewertungskompetenz des Arztes gesehen. Die Verbindung zur Autorität wird durch nachträgliche Legitimation hergestellt.

- Umwandlungen aus der Sprache der Klienten:

- Zusammenfassen

Dadurch werden dem Arzt wesentliche Informationen vorenthalten, der Arzt kann den Antworten entsprechend nicht nachfragen. Zusammenfassen kann dahingehend problematisch werden, da die Wertung in wichtige und unwichtige Informationen nach dem Maßstab der Alltagserfahrung getroffen wird.

- Abblocken

Es werden hier die Ausdrucksbedürfnisse der Klienten abgewürgt

Rehbein (1985, 443) meint bezüglich seiner aufgestellten Verfahren des Sprachmittlens, dass die Veränderungen von Aussagen seitens der Sprachmittler ihre Begründung in „[...] der zu

geringen Ausbildung der Sprachmittlerin in der professionellen umgangssprachlichen Fachsprache des Arztes, also ihrer Unvertrautheit mit medizinischen Sachverhalten [haben]“. Der Sprachmittler sollte jedoch im Optimalfall die Äußerungen des Patienten vollständig übersetzen.

5.1.3. Die Ebene der Gesprächsorganisation

Auf der Ebene der Gesprächsorganisation ist anzumerken, dass die Interaktionspartner auf dem Gebiet der Diskurssteuerung nicht gleichberechtigt sind. (vgl. Knapp & Knapp-Potthoff 1985, 457)

Durch den Mittler wird den Aktanten die Turn-Übernahme ermöglicht. Der Wechsel der Sprecherrollen wird als Turn Taking bezeichnet.

Der Mittler kann den Diskursablauf steuern und hat somit eine starke Position inne. Außerdem kann er die Länge eines Turn begrenzen, um auch den jeweilig anderen Sprecher zu Wort kommen zu lassen. Je länger der Turn eines Aktanten ist, desto eher muss der Mittler die Urheberschaft der geäußerten Mitteilungsententionen explizit anzeigen. Genauso gilt auch, dass wenn zwischen Mittler und Sprecher ein mehrfacher Turn-Wechsel stattfindet, die Urheberschaft ebenfalls dem wartenden Sprecher explizit gemacht werden muss. Dies kommt daher, dass bei längeren Turns dem wartenden Aktanten die Korrespondenzen zwischen Äußerungen des Sprechers und dem gemittelten Beitrag des Mittlers nicht so klar sind. (vgl. ebd., 457f.)

Sprecherwechsel bzw. Turn-Takings werden oft begleitet durch nonverbale Elemente, wie Körperhaltung oder Absenken der Stimme. Der Dolmetscher kommt jeweils zum Einsatz, wenn eine Frage oder Antwort beendet wird. Dabei kann die Problematik entstehen, dass der Dolmetscher häufig kleinere Sinneinheiten konsekutiv dolmetscht, auch wenn der Aktant vielleicht noch etwas ausführen möchte. So können Aussagen aus dem Zusammenhang gerissen werden. Hier muss der Dolmetscher die Situation unter Kontrolle haben und das Gespräch in seinem Fluss erhalten. Daneben können auch Unterbrechungen von Dolmetschungen die Kommunikation sehr stören. Außerdem können auch Situationen entstehen, wo der Dolmetscher einen der Aktanten in seinem Redefluss unterbrechen muss, um Dinge klarzustellen bzw. nachzufragen. (vgl. Chiba 1997, 35- 37)

In der Arzt-Patient-Kommunikation ist es nach Slapp (2004, 19) wichtig, den Unterschied zwischen Speaking Self (das was der Dolmetscher selbst sagt) und Meaning Other (die Übersetzung) klar zu machen.

Was im Community Interpreting wesentlich zu Erleichterung des Vermittelns beiträgt ist die Tatsache, dass der Dolmetscher bei den Gesprächsteilnehmern nachfragen kann, wenn er etwas

nicht verstanden hat. Dazu kommt noch, dass der Dolmetscher erst zu dolmetschen beginnt, wenn der Gesprächsteilnehmer einen Textteil abgeschlossen hat und nicht simultan dolmetscht. (vgl. ebd., 19)

In der Alltagskommunikation sind die Sprecherrollen relativ frei. Jeder kann zu jeder Zeit etwas von sich geben. Im Community Interpreting ist der Speaking Space sehr wichtig, als Zeitpunkt an dem der Sprecherwechsel zustande kommt.

Mittelpunkt des Turn Taking sollte demnach der Dolmetscher bzw. Sprachmittler sein, der hier die Kontrolle über das Gespräch hat und den Gesprächsteilnehmern signalisieren kann wann sie zu reden beginnen können. Er koordiniert sozusagen seinen eigenen Speaking Space und den der anderen Gesprächsteilnehmer und versucht Unterbrechungen aller Gesprächsteilnehmer möglichst zu vermeiden. (vgl. ebd., 19)

Fragestellungen:

- Welcher Aktant steuert das Gespräch?
- Wie versuchen die einzelnen Aktanten das Gespräch zu steuern?
- Wie begrenzt der Community Interpreter das Turn-Taking?
- Welche Gesprächsabläufe finden statt?
- Gibt es mehrfache Turns einerseits zwischen Arzt und Community Interpreter, andererseits zwischen Patient und Community Interpreter? Welchen Zweck erfüllen diese?

5.1.4. Die Ebene kulturspezifischer Phänomene

Die Analyse kulturspezifischer Phänomene soll ebenfalls bei der Gesprächsanalyse berücksichtigt werden. Dabei geht es vor allem darum, ob unterschiedliche Krankheitskonzepte bzw. Vorstellungen von Krankheit den Gesprächsverlauf beeinflussen.

Es geht dabei ebenfalls um das kulturell abweichende unterschiedliche Krankheits- und Schmerzempfinden bzw. den unterschiedlichen Krankheits- und Schmerzausdruck.

Fragestellungen:

- Wie empfindet der Patient sein Krankheitsgeschehen?
- Wie drückt der Patient das Krankheitsgeschehen verbal aus?
- Wie empfindet der Patient seine Schmerzen?
- Wie drückt der Patient seine Schmerzen verbal aus?
- Wie geht der Arzt mit dem vom Patienten geschilderten Krankheitsbild um?

- Welche Vorstellungen von Krankheit drückt der Arzt aus?
- Wie transportiert der Community Interpreter die unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen und das Schmerzempfinden?
- Welche Rolle spielen sonstige interkulturelle Faktoren, wie unterschiedliche Vorstellungen bezüglich Therapien?

5.2. Setting 1

Transkriptionsname: CI 1
Aufnahmedatum: 24/04/2008
Aufnahmeuhrzeit: 08:20
Dauer: 10 min.
Transkriptionsdatum: 24/04/2008

Kurzbeschreibung der Situation:

Krankenhaus / interne Ambulanz: Eine 69-jährige russischsprachige Patientin aus Dagestan hat Herzprobleme und Probleme mit dem Blutdruck. Als Community Interpreter fungiert eine junge Tschetschenin, die als Dolmetscherin arbeitet und kurz vor Beendigung ihrer Dolmetscherausbildung steht.

Die Situation ist sehr unruhig und unentspannt, neben der Anwesenheit von Dolmetscherin, Patientin und Ärztin sind auch eine Krankenschwester sowie ein daneben liegender Patient anwesend. Die Ärztin wird immer wieder durch andere hereinkommende Ärzte zu anderen Patienten befragt.

1) Aw: Gut, was fehlt Ihnen denn? Weswegen sind Sie denn da?

2) Dw: Почему вы сюда пришли?

Warum sind Sie hergekommen?

3) Pw: Потому что ночью не могу щас спать вообще. У меня всегда давление 160 – и я принимаю лекарство.

Weil ich in der Nacht überhaupt nicht schlafen kann – ich habe immer einen Blutdruck von 160 und ich nehme Medikamente.

4) Dw: Ich kann in der Nacht überhaupt nicht schlafen – ah ah ich habe hohen Blutdruck und ich nehme Medikamente.

5) Aw: Mhm mhm.

6) Pw: А сейчас вот голова как будто наполнена песком.

Und jetzt ist mein Kopf als wäre er mit Sand gefüllt.

7) Aw: Gegen Kopfschmerzen wahrscheinlich gell?

8) Dw: Вам ... У вас головокружение или головная боль ?

Ihnen.... Haben Sie Schwindel oder Kopfschmerzen?

9) Pw: Головокружение как будто песком заполненная голова.

Schwindel als ob der Kopf mit Sand gefüllt wäre.

10) Dw: Ich habe so ein Gefühl als ob ich – so vollen schweren Kopf hätte.

11) Aw: Ja ok und können Sie bitte fragen ob sie auch im Brustraum Schmerzen hat?

12) Dw: У вас есть в области груди боль?

Haben Sie im Brustbereich Schmerzen?

13) Pw: Такой острой боли нет – Отдышка!

So einen stechenden Schmerz nicht – Atemnot!

14) Dw: Starke Schmerzen hab ich nicht, aber - Atemnot.

15) Pw: Вот иду, дышать трудно.

Wenn ich gehe, habe ich Schwierigkeiten beim atmen.

16) Dw: Beim Gehen, beim Stiegensteigen und in der Nacht.

17) Pw: И ночью понимаете у меня щас такое удивительное и бывало это ночью у меня как будто.

In der Nacht verstehen Sie habe ich so einen komischen und es war früher in der Nacht als ob ich.

18) Aw: (zu Kollegen rufend) Ja, ich komme gleich.

19) Pw: Какой- то ураган, какой-то ураган вот нервный такой, вот ноги гудят, голова гудит.

Einen Wirbelsturm, so ein nerviger Wirbelsturm hätte, die Beine schmerzen, der Kopf schmerzt.

Туда сюда. Туда сюда от усталости я засыпаю чтоб ураган кончился.

Hin und her. Hin und her, von der Müdigkeit schlafe ich ein, damit der Wirbelsturm aufhört.

20) Dw: Und in der Nacht habe ich so eine totale Unruhe und ich hab auch...

21) Aw: Was nimmt sie denn ein für den Blutdruck?

22) Dw: Что... какие медикаменты вы принимаете против давления?

Was...welche Medikamente nehmen Sie gegen den Blutdruck?

23) Pw: Против вот Енап.

Dagegen Enap.

24) Aw: Enap. Seit wann nehmen Sie denn das ein?

25) Dw: С каких пор вы принимаете их?

Seit wann nehmen Sie sie?

26) Pw: Ну уже я год принимаю.

Naja, schon seit einem Jahr.

27) Dw: Seit einem Jahr.

28) Pw: Раньше Veraton принимала. Он мне не помогал.

Früher habe ich Beraton genommen. Es hat mir nicht geholfen.

29) Dw: Beraton. Das hat nicht geholfen.

30) Pw: Потом это всякие разные там.

Danach so verschiedene.

31) Aw: Mhm mhm gemma trotzdem einen nitro – moch ma daun EKG – Sie bekommt jetzt einen hoch Nitro unter die Zunge, des is etwas was schnell wirksam ist für den Blutdruck, dann senken wir den Blutdruck und dann schauen wir nach aaa mit einer Blutabnahme ob das Herz auch alles in Ordnung ist, aber im Prinzip is es so, dass der Blutdruck wahrscheinlich neu eingestellt gehört, das Enat wird wahrscheinlich nicht ausreichen für ihre Blutdrucksituation.

32) Dw: Они вам сейчас дадут каплю такого медикамента специального чтоб ваше давление понизилось. Потом они будут делать вам кардиограмму. Вот и они говорят, что возможно медикамент вам не подходит и его надо заново для вас назначить.

Sie geben Ihnen gleich so einen Tropfen eines Medikaments speziell damit Ihr Blutdruck sinkt. Danach werden sie Ihnen EKG machen. Auch sie sagen, dass das Medikament möglicherweise nicht passt und er neu festgesetzt werden muss.

33) Pw: Это которые понизит давление?

Ist es das, was den Blutdruck senkt?

34) Dw: Это понижающее давление, да.

Das ist Blutdrucksenkend, ja.

35) Aw: Zu Kollegin: Sie hat mi jetzt am Handy augruafm...jo...So genau und jetzt warten wir, das heisst das muss jetzt wirken a zeitlang und dann komm ich nochamal, ich muss jetzt zu ana Dienstbesprechung und daun schaun wir und daun moch ma weiter.

36) Dw: Мы должны сейчас подождать пока оно подействует а потом она обратно придёт и она будет проводить эти все процедуры.

Wir müssen jetzt warten bis es gewirkt hat und dann kommt sie wieder zurück und wird diese Prozeduren durchführen.

37) Pw: А проблемы с кишечником кому сказать?

Und die Probleme mit dem Darm soll ich wem sagen?

38) Dw: Это вы потом скажите.

Das sagen Sie später.

5.2.1. Rollen, Rollenverhalten und allgemeine Aspekte der Kommunikation

5.2.1.1. Rolle und Rollenverhalten des Arztes

Die Ärztin bleibt in CI 1 von Beginn des Gespräches an bis zum Schluss in einer sehr sachlichen Rolle (1, 7, 11, 21, 31) und geht hier aus Zeitmangel kaum auf die ausführlichen Beschreibungen des Patienten ein. Vor allem zeigt sich hier in Segment 11, dass die Ärztin die intensive Krankheitsbeschreibung der Patientin zwar zustimmend wahrnimmt, jedoch sogleich im Fragekatalog fortsetzt und nicht näher auf die Symptomatik der Patientin eingehen möchte. Auch in Segment 21 wird dieses Abgrenzen von den Befindlichkeiten des Patienten offensichtlich, nachdem die Patientin ihre Symptomatik detailliert beschreibt. Schließlich wird die Ärztin gegenüber der Patientin erst in Segment 31 ausführlicher, als sie den fortlaufenden Behandlungsvorgang schildert, wonach eine weitere Untersuchung sowie die Umstellung auf ein anderes Präparat gegen den hohen Blutdruck beschrieben werden. Generell steht die Ärztin in der Ambulanz unter Zeitdruck (18, 35), was sich direkt auf die Kommunikation auswirkt. Detailliertes Fragen erlaubt alleine der Zeitfaktor nicht, die Ärztin versucht sich auf das Wesentliche zu beschränken und fragt nicht weiter nach. Durch den Faktor Zeit ist die Vermutung naheliegend, warum die Ärztin während des Gesprächs auch verbal immer mehr Abstand vom Patienten nimmt, was vor allem durch den Wechsel der Anrede an den Patienten in der 1. Person (1) in die 3. Person (11, 21, 24) gekennzeichnet ist. Die Ärztin drückt sich in ihrer Redeweise sachbezogen aus und meidet ganz klar die affektive Ebene. Im Umgang mit dem Community Interpreter bleibt die Ärztin neutral, versucht sich weder mit diesem auszutauschen bzw. irgendwelche Zwischengespräche zu initiieren noch irgendwelche anderweitigen persönlichen Gespräche zu führen. Die Ärztin verlässt sich in dieser Situation stark auf den Community Interpreter als Mittler, da es keinerlei Rückfragen an diesen gibt bzw. auch Zwischengespräche zwischen Community Interpreter und Patienten ohne Rückfrage bzw. Erkundigen hingenommen werden, wobei schließlich auch der Zeitdruck das Einhängen behindert hat und man nicht unbedingt von einem Desinteresse oder blindem Vertrauen der Ärztin ausgehen muss. Jedoch scheinen die Zwischengespräche zwischen Community Interpreter und Patienten den abgehakten sachlichen Fragestil der Ärztin in ihrer Qualität und ihrem Verlauf kaum bis gar nicht zu beeinflussen, wenn man die Segmente 12 bis 20 betrachtet und die Fragestellung von Segment 21 dazu vergleicht, bzw. auch die Segmente 33 und 34 im Vergleich zu 35, wo die Ärztin nach ausführlicheren Zwischengesprächen zwischen den beiden anderen Aktanten sofort in ihrem Fragenkatalog fortfährt.

Die Ärztin scheint im Gespräch weder Zuneigung noch Abneigung gegenüber der ihr fremden Sprache und Kultur zu haben, jedenfalls kann man aufgrund des sehr sachlichen Gesprächsstils kaum auf eine klare Antwort kommen. Insgesamt sind die Mitteilungsintentionen der Ärztin generell bei der Patientin angekommen, wenn auch manche Textpassagen weggelassen wurden (vgl. Segmente 31 und 32 sowie 35 und 36), wo der Community Interpreter beispielsweise nicht auf die Blutabnahme und das konkrete neue Medikament hinweist bzw. auch nicht auf die anstehende Dienstbesprechung der Ärztin. Dies hätte theoretisch wiederum zu Missverständnissen seitens des Patienten führen können, bzw. ist aus der Aussage (Und die Probleme mit dem Darm soll ich wem sagen? Segment 37) ersichtlich, dass der Patient das plötzliche Verschwinden der Ärztin fast panikartig erlebt.

5.2.1.2.Rolle und Rollenverhalten des russischsprachigen Patienten

Die Patientin eröffnet das Gespräch direkt mit der Antwort auf die von der Ärztin gestellten Frage, wobei sie hier in Segment 3 direkt in eine direkte und detaillierte Krankheitsschilderung übergeht, welche in Segment 6 und 9 fortgesetzt wird. Vor allem die Beschreibung „...mein Kopf als wäre er mit Sand gefüllt“ zeigt bereits, dass die Patientin sprachlich versiert ist und sich sehr genau ausdrücken kann. Durch die doppelte Erwähnung dieser Beschreibung in Segment 6 und 9 versucht sie die Ärztin nochmals auf ihre persönliche Problematik hinzuweisen, da die Ärztin durch das bereits erwähnte punktuelle Weiterfragen nicht auf die Beschreibung eingehen möchte. Hier könnte man bereits ein generelles Misstrauen der Ärztin gegenüber herauslesen, welches sich schließlich in Segment 38 durch die Frage „Und die Probleme mit dem Darm soll ich wem sagen?“ in gewisser Weise bestätigt. Typisch für ein punktuelles Fragen des Arztes mit stark ausschweifender Beantwortung des Patienten sind die Segmente 12 bis 19, wo die Patientin auf die einfache Frage „Haben sie im Brustbereich Schmerzen?“ mit einer langen und kreativ dargestellten Beantwortung folgt. So ist in Segment 19 von einem nervigen Wirbelsturm die Rede, von schmerzenden Beinen und dem schmerzenden Kopf, wobei die Frage der Ärztin rein auf den Brustbereich fokussiert gewesen ist. Die Patientin geht sowohl mit dem Community Interpreter als auch mit der Ärztin eher unpersönlich um. Sie bezieht sich im Gesprächsverlauf ausschließlich auf ihr Krankheitsgeschehen und verlässt diesen Themenbereich nicht, sondern verzettelt sich eher in Einzelheiten. Sie lässt sich auch durch Unterbrechungen seitens der Ärztin (18) nicht aus dem Konzept bringen. Mit den Verdolmetschungen kommt die Patientin gut zurecht, nur in Segment 33 gibt es eine Rückfrage an den Community Interpreter („Ist es das, was den Blutdruck senkt“), da sie nicht ganz die Ausführungen in Segment 32 verstanden hat. Den Gesprächsaktanten gegenüber verhält sich die Patientin neutral, es gibt keine offensichtliche

Affinität der Ärztin oder dem Community Interpreter gegenüber. Durch die abgeblockte Kommunikation, welche durch den Arzt veranlasst wird, hat man den Eindruck, dass die Mitteilungsintentionen der Patientin entweder nicht angekommen sind, obwohl sie sinngemäß alle gedolmetscht wurden oder sie einfach bewusst aufgrund von Zeitdruck ignoriert werden. Durch die abschließende Bemerkung in Segment 37 könnte man durchaus meinen, dass die Patientin nicht ganz zufrieden mit dem Gesprächsablauf war.

5.2.1.3. Rolle und Rollenverhalten des Community Interpreter

Der Community Interpreter beginnt wie die beiden anderen Gesprächsaktanten ebenfalls das Gespräch ohne eine explizite Begrüßung, sondern sofort mit den sprachlichen Transfers. Das Verwenden der 1. Person bei der Verdolmetschung lässt bereits zu Beginn darauf schließen, dass der Community Interpreter im professionellen Bereich tätig ist. Auffallend sind bei einigen Segmenten (8, 16, 20, 32, 36) das Ergänzen und das Weglassen von Informationen. Vor allem bei Segment 16 lässt sich ersichtlich machen, dass der Community Interpreter eventuell bereits Vorinformationen über den Patienten hatte, da er ergänzende Informationen „...beim Stiegensteigen und in der Nacht“ dolmetscht, ohne dass dies die Patientin erwähnt hat. Ein aufklärendes Gespräch im Vorfeld der Untersuchung ist demnach wahrscheinlich. Auffallend in Segment 32 ist, dass der Community Interpreter für die Aussagen der Ärztin die 3. Pers. Plural verwendet und hier die wichtige Information der Blutabnahme aus dem Transfer wegekürzt. Auch der Community Interpreter geht neutral mit den Gesprächsaktanten um und geht kaum auf Persönliches ein.

5.2.1.4. Allgemeine Aspekte der Kommunikation

Die Kommunikation zwischen Ärztin, Patientin und Community Interpreter ist in CI 1 generell einerseits durch Zeitnot bzw. Zeitmangel seitens der Ärztin geprägt, die immer wieder signalisiert, dass sie gleich weg muss (18, 35), andererseits ist das Bedürfnis der Patientin offensichtlich, wonach sie ihr Krankheitsgeschehen detailliert ausdrücken möchte, dies jedoch nicht berücksichtigt wird. Das Gespräch ist von Beginn an rein auf den medizinischen Kontext ausgerichtet. Persönliches wird nicht erwähnt. Institutionsspezifische Rahmenbedingungen wie die Atmosphäre in einer Ambulanz lassen das Gespräch sicherlich sehr sachlich erscheinen. Das sprachliche Niveau der Ärztin ist rein pragmatisch ausgerichtet und sehr einfach, während die Patientin sehr kreativ das Krankheitsgeschehen beschreiben möchte. Das Aufeinandertreffen der verschiedenen Sprachen und Kulturen ist in diesem Kontext unkompliziert, weder gibt es besondere Missverständnisse, noch gibt es eine Tendenz

zur sprachlichen und kulturellen Annäherung. Alle drei Gesprächsaktanten erfüllen in diesem Kontext stark abgegrenzte Rollen, die Atmosphäre ist nicht unbedingt offen.

5.2.2. Die Ebene der Transferprozesse

Zu dem von Knapp und Knapp-Potthof (1985, 455ff.) angesprochenen wichtigen Analysepunkt der Perspektivierung von Äußerungen in der Vermittlersituation kann man zu CI 1 sagen, dass mittler-performative Formeln außer in Segment 32 (auch sie sagen, dass...) nicht vom Community Interpreter verwendet werden. Dagegen versucht der Community Interpreter mittels personaldeiktischer Ausdrücke die Referenzidentität des jeweils sprechenden Aktanten zu markieren.

Bezüglich der Transferprozesse kann man sagen, dass der Community Interpreter bereits in Segment 4 eine wichtige Information reduziert, nämlich den Wert des Blutdruckes. Anstatt den Wert 160 auch gegenüber der Ärztin zu erwähnen übersetzt der Community Interpreter dies mit „hohen Blutdruck“. Weiters modifiziert der Community Interpreter die Frage der Ärztin in Segment 7, indem sie die Frage nach dem Symptom mit der Frage nach Schwindel erweitert. Die Antwort aus Segment 9 „...будто заполненная голова“ wird in Segment 10 als „...als vollen schweren Kopf“ transferiert, was man ebenfalls als Modifikation deuten kann. Aus lexikalischer Sicht ist auch der Transfer von „stechenden“ (13) in „starken“ (14) interessant, da das Adjektiv „stark“ doch das Adjektiv „stechend“ sehr stark semantisch verallgemeinert. Höhepunkt an translatorischen bzw. kommunikativen Modifikationen ist der Transfer der Segmente 17 und 19 in das Segment 20. Hier werden die ausschweifenden Erläuterungen der Patientin, die kreativ ihr Krankheitsgeschehen schildert, kurz und bündig in „und in der Nacht hab ich so eine totale Unruhe...“ zusammengefasst bzw. reduziert, worauf dann trotz der langen Textpassage der Patientin von ärztlicher Seite nicht näher darauf eingegangen wird. Interessant ist auch der Transfer von Segment 31 in 32, wo der Community Interpreter bestimmte Informationen bei der Verdolmetschung bewusst oder unbewusst weglässt. Zunächst wird das Medikament „Nitro“ mit „...каплю такого медикамента специального...“ übersetzt, weiters bleibt die bevorstehende Blutabnahme unübersetzt.

Generell kann man sagen, dass es bei den Verdolmetschungen zu keinen Veränderungen des propositionalen Gehalts und der Illokution kommt. Durch die vom Community Interpreter durchgeführten Reduktionen und in einem Fall einer Erweiterung von einzelnen Wörtern wird der Inhalt nicht grundlegend verändert, während die Genauigkeit des Transfers dadurch jedoch vernachlässigt wird.

5.2.3. Die Ebene der Gesprächsorganisation

Auf der Ebene der Diskursorganisation kann man bei CI 1 generell sagen, dass der Community Interpreter die Turnwechsel nicht bewusst festsetzen bzw. organisieren muss, da die einzelnen Turns in diesem Diskurs ziemlich kurz gehalten sind und somit auch der Turnwechsel klar ersichtlich ist. Der Community Interpreter kennzeichnet die Begrenzungen der Turns nicht explizit. Weiters lässt sich hier anmerken, dass sich der Community Interpreter sehr stark an die Aussagen der beiden anderen Aktanten hält und weder versucht sich inhaltlich in die Thematik einzumischen, noch sonstige Zwischengespräche initiiert. So belässt er den Diskurs zwischen Arzt und Patient auf rein sachlicher Ebene und fungiert rein in der Rolle eines Dolmetschers, wenngleich nicht alle Informationen adäquat wiedergegeben werden. Zusammenfassend kann man sagen, dass durch die Beendigung jeder Textsequenz jedes der drei Aktanten eindeutig die Begrenzung der Turns sichtbar wird sowie der Turnwechsel nicht geregelt werden muss, um den Diskurs zu organisieren.

5.2.4. Die Ebene kulturspezifischer Phänomene

Auf der Ebene kulturspezifischer Phänomene ist innerhalb des gesamten Diskurses eine Tendenz der Patientin zur intensiven Schmerzäußerung und Krankheitsdarstellung sichtbar. Die Patientin versucht dabei mit medizinischen Ausdrücken, wie „Wirbelsturm“ (19) oder „als ob der Kopf mit Sand gefüllt wäre“ (6, 9) ihre Krankheit darzustellen. Dabei prallt diese intensive Darstellung während des gesamten Diskurses jedoch bei der Ärztin ab, da diese nicht darauf eingeht, sondern ihren Fragekatalog konsequent fortsetzt.

5.3. Setting 2

Transkriptionsname: CI 2
Aufnahmedatum: 11/06/2008
Aufnahmeuhrzeit: 12:10
Dauer: 12 min.
Transkriptionsdatum: 11/06/2008

Kurzbeschreibung der Situation:

Kinderärztin/ Ordination: Die Patientin ist ein 7-jähriges Kind aus Tschetschenien. Anwesend ist die 34-jährige Mutter, die kaum Deutsch spricht. Community Interpreter ist ein Telefondolmetscher mit russischen Wurzeln. Die Kinderärztin hat Grundkenntnisse in der russischen Sprache. Die Atmosphäre ist angenehm und entspannt. Die tschetschenische Mutter und ihr Kind machen einen sehr lebensfrohen und freundlichen Eindruck. Das Kind spricht während des Gesprächs überhaupt nicht, die Mutter übernimmt die Verantwortung.

1) Aw: Hallo, sprichst du Deutsch, gehst du noch in die Schule? Hm? Schule? Школа?

Komm, Ausziehen gö!

2) Mw: Раздевай сейчас пожалуйста!

Zieh dich jetzt aus!

3) Aw: Das darfst auch noch ausziehen (Unterleiberl), so jetzt werden wir amal gründlich untersuchen.

(Unterbrechung: Die Mutter telefoniert während die Ärztin das Kind abklopft.

Die Assistentin legt das Telefon in die Ordination.)

4) Aw: Sind Sie informiert über die Probleme des Kindes das bei mir ist?

5) Tm: Ja.

6) Aw: Ja.

7) Tm: Bitteschön, reden Sie mit dem Patienten.

8) Aw: Ich wollte fragen, welche Symptome das Kind hat? Welche Beschwerden hat das Kind? Sie können sprechen!

9) Tm: Sie können sprechen.

10) Mw: Добрый день!

11) Tm: Расскажи пожалуйста что с вашим ребёнком?

Erzähl bitte was mit Ihrem Kind ist?

- 12) Mw: Она вот на сердце жалуется, часто как будто так мячик стучит и дома и дома говорили что у ней там когда она дышит там, тоже когда она сидит, и говорит, что там шум есть.
Sie beschwert sich, dass sie mit dem Herz Probleme hat, oft als ob ein Ball klopft und zu Hause hat man gesagt, dass wenn sie atmet, auch wenn sie sitzt und spricht, dass da ein Geräusch ist.
- 13) Tm: Das Kind hat mit dem Herz Probleme, Herzschmerzen Beschwerden hat er oder sie, weiss nicht was für ein Kind ist bei ihnen...
- 14) Aw: Na Herzschmerzen ist also ein seeehr diffuser Begriff. Hat sie beim Laufen Probleme, hat sie also, dass wenn sie läuft, dass sie stehen bleiben muss, oder es tut ihr nur einfach so gelegentlich weh?
- 15) Tm: Ok bitte geben sie mir.
- 16) Aw: Ja sie können schon reden.
- 17) Mw: Слуши!
Höre!
- 18) Tm: Смотри, когда она бегаеа ааа болит или нормально? когда она стоит тоже болит?
Schau, wenn sie läuft aaa, schmerzt es oder ist es normal. Wenn sie steht, schmerzt es auch?
- 19) Mw: Ага, она вот часто говорит, что даже не то что бегаеа, она бегаеа она не жалуется, вот когда сидит там или волнуется или вот что-то она вот часто...
Aha, sie sagt sehr oft, dass es beim Laufen keine Beschwerden gibt, nur wenn sie sitzt oder sich aufregt oder sonst etwas, dann hat sie oft...
- 20) Tm: Какой год назад это появилась, какой, какой время это было?
In welchem Jahr ist das entstanden, welche, welche Zeit war das?
- 21) Mw: Это как она родилась мне сказали, что кардиологу отправлял ну водила.
Als sie geboren wurde, hat man mir gesagt, dass man an den Kardiologen wenden soll und sie war dort.
- 22) Tm: Ага.
Aha.
- 23) Mw: И я вот нет нет вот, сидела дома ни водила и когда она часто говорит про это я хотела, решила...
Und ich naja naja, ich bin zu Hause gesessen oder habe sie hingbracht und wenn sie oft davon gesprochen hat, ich wollte, ich hab entschieden...

- 24) Tm: Истина, когда бегают ааа сильно болит или...?
Ist es wahr, wenn sie läuft – schmerzt es stark oder?
- 25) Mw: Нет, нет, это редко у неё бывает.
Nein, Nein, sie hat das selten.
- 26) Tm: Редко.
Selten.
- 27) Mw: Mhm.
- 28) Aw: Also sie hat nur gesagt, dass ihr das Herz weh tut so wie ich das verstanden habe, aber nicht bei Belastungen gö?
- 29) Tm: Nein, nein.
- 30) Aw: Ja, sie hat nämlich ganz ein normales Herz, ich mach jetzt noch ein EKG.
- 31) Tm: Mhm.
- 32) Aw: Aber es ist sicher nur rein psychisch.
- 33) Tm: Mhm.
- 34) Aw: Und es wird also sicher nur hineininterpretiert also ich glaub, dass da im Herzen gar nichts ist und dass das nur psychologische Probleme sind.
- 35) Tm: Ok ich sags ihnen.
- 36) Aw: Ja ok, Sie können schon reden.
- 37) Tm: Она сказала, это вообще нормально, щас ЕКГ делает, да, думает, что это психологическая проблема, как вас зовут дівчина?
Sie sagt, das ist generell normal, jetzt macht sie ein EKG, ja, sie denkt, dass das ein psychologisches Problem ist, wie heisst das Mädchen?
- 38) Mw: Елиса.
Elisa.
- 39) Tm: Меллита?
Melitta?
- 40) Mw: Елиса!
Elisa!
- 41) Tm: Вы в лагере живёте да?
Wohnen Sie im Lager?
- 42) Mw: Да.
- 43) Tm: В какой комнате?
In welchem Zimmer?
- 44) Mw: Восьмой корпус.

Im Haus 8.

45) Tm: Восьмой корпус. Ага не знаю... щас она ЕКГ делает и потом она вам скажет нормально ли это...и вы смотрите...

Haus 8. Aha kenn ich nicht....jetzt macht sie ein EKG und nachher sagt sie Ihnen, ob es normal ist...und Sie werden sehen...

46) Mw: Хорошо.

Gut.

47) Aw: Ok, wir machen jetzt noch das EKG – und ich sags der Mutter dann ob es normal ist oder nicht, das kann ich es auch so der Mutter sagen, gö, danke sehr, auf wiederhören

48) Tm: Wiederhören

5.3.1. Rollen, Rollenverhalten und allgemeine Aspekte der Kommunikation

5.3.1.1. Rolle und Rollenverhalten des Arztes

Bereits in Segment 1 von CI 2 wird die Grundhaltung und Einstellung der Ärztin gegenüber der Patientin sichtbar. Einerseits wendet sich die Ärztin mit der Begrüßung direkt an die Patientin, fragt dann, ob sie auch Deutsch spreche, was als Annäherung verstanden werden kann, andererseits versucht die Ärztin durch ihr Nachfragen bezüglich des Schulbesuchs, sich für das Privatleben der Patientin zu interessieren. Interessant ist bereits im ersten Segment die russische Fragestellung Школа?, wo zumindest grundlegende Russischkenntnisse der Ärztin eine sprachliche und kulturelle Annäherung an die Patientin erlauben. Dies hat in jedem Fall eine positive Auswirkung auf das Gesprächsklima. Mit der Aussage „...so jetzt werden wir amal gründlich untersuchen“ zeigt die Ärztin, dass sie sich für die Patientin Zeit nimmt und nicht unter Druck steht, was ebenfalls für die Kommunikation sehr positiv ist. Mit der Wahl eines Community Interpreter als Telefondolmetscher ergibt sich eine besondere Kommunikationssituation und Kommunikationskonstellation, da nonverbale Elemente vollkommen fehlen. Die Ärztin spricht den Community Interpreter in Segment 5 direkt darauf an, ob er bezüglich der Probleme des Kindes informiert sei. Hier möchte sich die Ärztin absichern, ob die Situation für den Community Interpreter bereits im Vorfeld abgeklärt wurde oder nicht. Schließlich spricht die Ärztin in Segment 8 die Patientin in der dritten Person an. Dies lässt sich eventuell auch auf den fehlenden Blickkontakt zwischen den teilnehmenden Aktanten zurückführen. In Segment 14 distanziert sich die Ärztin mit der Aussage „Na Herzschmerzen ist also ein sehr diffuser Begriff“ einerseits von einer patientennahen Formulierung, andererseits nimmt sie Abstand von den inhaltlichen Behauptungen der Mutter der Patientin. Skepsis bezüglich der vorgetragenen Beschwerden der Mutter der Patientin scheint die Ärztin zu bewegen, eine solche Aussage zu tätigen. Schließlich geht sie aber doch nicht in ihrem Fragekatalog weiter, sondern fragt in Segment 14 genauer bezüglich der Beschwerden nach, um doch auf eine zufriedenstellende Lösung zu kommen. Nachdem es dann zu längeren Zwischengesprächen zwischen dem Community Interpreter und der Mutter der Patientin kommt, ohne dass dieses von der Ärztin initiiert worden wäre, fasst die Ärztin den Dialog zwischen den beiden Aktanten in Segment 28 mit Aussage „Also sie hat nur gesagt, dass ihr das Herz weh tut, so wie ich das verstanden habe, aber nicht bei Belastungen“ zusammen und zeigt dadurch, dass sie die Zwischengespräche sehr genau mitverfolgt hat und doch einen beträchtlichen Teil des russischsprachigen Dialogs verstanden hat. In Segment 30 relativiert sie jedoch wiederum die Aussagen der Mutter, indem sie der Mutter und der Patientin versichert, dass die Patientin „...nämlich ein ganz normales Herz [hat]“. Mit der

Aussage in Segment 32, dass alles nur eine psychische Angelegenheit sei, stellt die Ärztin die körperlichen Symptome in Frage. Hier ist die Ärztin eventuell von der Sicht vieler anderer Ärztekollegen beeinflusst, wonach viele Symptome von Flüchtlingen und Migranten rein durch psychische Konflikte und Traumatisierungen verursacht werden, ohne jedoch konkrete Beweise für diese Annahmen zu haben. Ob die Neutralität der Ärztin gegenüber der Patientin und ihrer Mutter mit diesen Annahmen noch gewährleistet wird, lässt sich schwer beurteilen. Gerade mit der Meinung der Ärztin „...wird also sicher nur hineininterpretiert, also ich glaub, dass da im Herzen gar nichts ist...“ unterstellt die Ärztin der Mutter und der Patientin eine andere falsche Krankheitsauffassung und bagatellisiert die genannten Symptome bzw. reduziert diese auf eine rein psychische Ebene, was jedoch fatale Folgen in einer nichtadäquaten Behandlung haben kann. Die Ärztin erscheint mit ihrer Handlungsstrategie sehr voreingenommen der Patientin und der Mutter gegenüber.

In Segment 47 signalisiert die Ärztin schließlich dem Community Interpreter, dass sie ihn nicht mehr braucht, da sie den Rest quasi selbst erledigen könne. Dies zeigt im Prinzip eine recht unpersönliche Haltung der Ärztin gegenüber dem Community Interpreter. Dieser ist für die Ärztin in CI 2 reiner Sprachmittler und hat hier keine anderen Rollen inne. Lediglich in Segment 28 bittet die Ärztin den Community Interpreter um Rückbestätigung, ob ihre Schlussfolgerung aus dem gehörten Diskurs zwischen der Mutter der Patientin und dem Community Interpreter richtig sei. Die Rolle der Ärztin ist in CI durch verschiedene gegensätzliche Aspekte geprägt. Einerseits zeigt die Ärztin aktiv durch Zuwendung zur russischen Sprache ein Interesse an der anderen Kultur und durch das anfängliche Nachfragen Interesse an privaten Angelegenheiten, andererseits bleibt sie in der Beurteilung des Krankheitsbildes stark reserviert und sehr skeptisch, was vielleicht auf Erfahrungen mit anderen ausländischen Patienten zurückzuführen ist. Sachlichkeit und Objektivität stehen hier nicht im Vordergrund. Die Ärztin scheint aufgrund ihrer Sprachkenntnisse und ihrer Voreingenommenheit bereits Vorerfahrungen mit ausländischen Patienten und Community Interpretern gemacht zu haben.

5.3.1.2.Rolle und Rollenverhalten des russischsprachigen Patienten

Die sieben Jahre alte Patientin in CI 2 wird durch ihre Mutter vertreten. Deshalb bezieht sich die Analyse auf die vertretende Mutter. Die Mutter eröffnet das Gespräch in Segment 3 mit einer befehlsartigen Anweisung dem Kind gegenüber. Auf die Frage des Community Interpreter nach den Problemen des Kindes (11) antwortet die Mutter in Segment 12 mit detaillierten Beschreibungen, wie „...часто как будто так мячик стучит ...“ oder „...когда она дышит там, тоже когда она сидит, и говорит, что там шум есть.“ Sie beschreibt das

Krankheitsbild der Tochter in medizinischer Sprache, aber doch recht verständlich. In den Segmenten 19, 20 und 23 beschreibt die Mutter auf Anfrage des Community Interpreter weitere Details des Krankheitsgeschehens der Tochter. Dabei wirkt ihr Redestil eher sehr zerstreut wie in Segment 23: „сидела дома ни водила и когда она часто говорит про это я хотела, решила...“ In den Segmenten 19 bis 28 entsteht ein intensiver Dialog zwischen der Mutter und dem Community Interpreter, wo sich die Mutter dem Community Interpreter sichtlich anvertraut, bevor diese Zwischengespräche durch das Nachfragen der Ärztin in Segment 28 unterbrochen werden. Eine Erweiterung bzw. Intensivierung des Vertrauensverhältnisses zwischen der Mutter und dem Community Interpreter zeigt sich in den Segmenten 37 bis 46, wo die Mutter das Nachfragen des Community Interpreter bezüglich privater Angelegenheiten beantwortet. Hier schweifen die Mutter und der Community Interpreter vom Krankheitsgeschehen ab und sprechen über die Wohnsituation von Mutter und Tochter. Die Mutter spricht im Laufe des Gesprächs kein einziges Mal direkt die Ärztin an, sondern beantwortet ausschließlich die Fragen des Community Interpreter. Eine direkte Annäherung zwischen der Mutter und der Ärztin findet nicht statt, während die Ärztin zumindest anfangs eine Annäherung sucht. Schließlich erfährt die Mutter, nachdem die Ärztin die Symptome quasi bagatellisiert und auf die reine psychische Ebene abschiebt, emotionale Unterstützung und Interesse durch den Community Interpreter.

5.3.1.3. Rolle und Rollenverhalten des Community Interpreter

In CI 2 nimmt der Community Interpreter eine besondere Rolle ein, da er als Telefondolmetscher handelt. Dabei wurde der Community Interpreter über ein schnurloses Telefon per Lautsprecher freigeschaltet, damit die übrigen Gesprächsaktanten den Wortlaut des Community Interpreter mitverfolgen konnten. Da nonverbale Kommunikation zwischen Community Interpreter und Patientin bzw. Mutter der Patientin und zwischen Community Interpreter und der Ärztin nicht möglich war, ergibt sich eine besondere Gesprächssituation. Beim Gesprächseinstieg des Community Interpreter geht es in den Segmenten 4 und 5 im Wesentlichen darum, ob der Community Interpreter bereits über die Situation der Patientin aufgeklärt wurde. Aus der Bejahung des Community Interpreter kann man schlussfolgern, dass bereits im Vorfeld des Arztbesuchs Kontakt zur Patientin bzw. zur Mutter der Patientin bestanden haben muss. Die Vorinformation hat höchstwahrscheinlich auch Einfluss auf die folgende stark vertrauliche Interaktion zwischen der Mutter der Patientin und dem Community Interpreter. In Segment 11 wird die Frage der Ärztin aus Segment 9 nach den Beschwerden bzw. Symptomen sehr allgemein in „Расскажи пожалуйста что с вашим ребёнком?“ umformuliert. Die sehr ausführlichen Darstellungen der Mutter bezüglich der

Herzprobleme ihres Kindes werden vom Community Interpreter für die Ärztin in Kurzversion aufbereitet, wobei hier einige wichtige Details für die Diagnose, wie „...часто как будто так мячик стучит...“ oder „...у ней там когда она дышит там, тоже когда она сидит, и говорит, что там шум есть“ der Ärztin vorenthalten werden. In diesem Segment zeigt sich jedoch auch ein Informationsdefizit hinsichtlich der Vorinformation des Community Interpreter, da er nicht darüber Bescheid weiß, ob es sich bei der Patientin um ein Mädchen oder einen Jungen handelt. Nachdem in Segment 18 nochmals auf das Beschwerdebild der Patientin eingegangen wird, kommt es dann schließlich zu einem erweiterten inhaltlichen Ausfragen, wo der Community Interpreter die Mutter von sich aus nach dem Entstehungsjahr der Beschwerden fragt. Danach geht er in Segment 24 mit der Aussage „Истина, когда берает - сильно болит или?“ auf die Intensität der Schmerzen ein. So ist der Community Interpreter in den Segmenten 20 und 24 zum Co-Therapeuten geworden und versucht ohne weitere Erklärungen und Fragen der Ärztin durch eigenes Nachfragen die Krankheitsgeschichte der Patientin zu verstehen ohne dies bei der Ärztin rückzumelden. Durch die kurze Zusammenfassung des Diskurses zwischen dem Community Interpreter und der Patientin zwischen den Segmenten 18 und 27 seitens der Ärztin in Segment 28 bleibt dem Community Interpreter die Verdolmetschung der Informationen in diesen Segmenten erspart. Auf die Diagnose der Ärztin in den Segmenten 32 und 34, dass alle Beschwerden auf ein psychologisches Problem zurückzuführen seien, geht der Community Interpreter bei der Verdolmetschung in Segment 37 wiederum auf die persönliche Ebene ein, indem er sich nach dem Namen des Mädchens erkundigt, mit dem er im Vorfeld noch nicht vertraut gemacht wurde und sich nach der Wohnsituation von Mutter und Tochter in Segmenten 41 und 43 erkundigt.

5.3.1.4. Allgemeine Aspekte der Kommunikation

Die Kommunikation ist in CI 2 generell geprägt von einer recht persönlichen Interaktion zwischen den Gesprächsteilnehmern, obwohl der Community Interpreter als Telefondolmetscher hinzugezogen wurde und daher diesbezüglich nonverbale Elemente in der Kommunikation zwischen diesem und anderen Aktanten völlig fehlen. Durch das Fehlen der nonverbalen Elemente kommt es innerhalb der Kommunikation immer wieder zu Unterbrechungen, damit die Turn-Übernahme zwischen der Ärztin und dem Community Interpreter ausgehandelt werden kann. Dabei kommen einzelne Segmente (7, 9, 15, 16, 17, 36, 47, 48) vor, welche reinen Überbrückungscharakter haben. Die Kommunikation ist nicht rein sachlich, es bleiben Zeit und Raum für Interaktionen auf persönlicher Ebene, wie die Segmente 1, 13, 37 - 45 zeigen.

Auffallend in CI 2 ist eine intensivere Vertrauensbasis zwischen dem Community Interpreter und der Mutter der Patientin, die sich durch die Zwischengespräche und vor allem in den Segmenten 37 bis 45 durch einen Diskurs auf persönlicher Ebene zeigt. Auf der einen Seite ist das Gespräch geprägt durch dieses Vertrauen, auf der anderen Seite agiert die Ärztin gewissermaßen misstrauisch, was man aus der Aussage „Na Herzschmerzen ist also ein sehr diffuser Begriff“ in diesem Kontext interpretieren kann. Die Ärztin schiebt das Symptombild der Patientin vollkommen auf die psychische Ebene. Dies lässt sich aus den Segmenten 32 „Es ist sicher nur rein psychisch“ und 34 „Und es wird also sicher nur hineininterpretiert, also ich glaub, dass da im Herzen gar nichts ist und dass das nur psychologische Probleme sind“ herauslesen. Die Ärztin betont hier gar zweimal, dass ja alles nur rein psychisch bzw. psychologisch erklärbar sei. Hier scheint die Ärztin eventuell von ausländischem Krankheits- und Schmerzverständnis eine Ahnung zu haben, da sie konkrete Symptome sofort mit der Psyche in Verbindung bringt. Schließlich veranlasst höchstwahrscheinlich diese Annahme der Ärztin den folgenden privaten Diskurs zwischen Community Interpreter und der Mutter der Patientin. Die Kommunikation ist generell nicht durch den Stressfaktor Zeit geprägt, da die Ärztin den privaten Diskurs zwischen den beiden anderen Aktanten zulässt und diesen nicht unterbricht. Dennoch ist der Diskurs gekennzeichnet durch recht kurze Beiträge der Aktanten und nicht durch lange Monologe bzw. Erklärungen. Nachdem die Mutter immer wieder über die Probleme ihres Kindes Bescheid gibt (12, 19, 21, 23, 25) wird alles seitens der Ärztin negiert. Interessant dabei ist, dass die Mutter bis zum Ende des Gesprächs nichts dagegen sagt bzw. dies nicht kritisiert. Wahrscheinlich hängt dies auch damit zusammen, dass ihr diesbezüglich bis zum Schluss keine Gelegenheit gegeben wird.

5.3.2. Die Ebene der Transferprozesse

Bei der Perspektivierung der Äußerungen verwendet der Community Interpreter sowohl personaldeiktische Ausdrücke also auch häufig mittler-performative Formeln, wie in Segment 18 „...sie sagt sehr oft...“ oder in Segment 37 „Sie sagt...“ oder „...sie denkt...“.

Auf der Ebene der Transferprozesse kommt es in Segment 13 sowohl zu einer Reduktion als auch zu einer Addition. Der Community Interpreter lässt hier einerseits Details, wie „...oft als ob ein Ball klopft...“ weg, während er andererseits den Begriff Herzschmerzen hinzufügt, obwohl die Mutter in Segment 12 mit keinem Wort Schmerzen erwähnt. Dies modifiziert den propositionalen Gehalt, was Konsequenzen für den Fortlauf des Gesprächs hat. Die Ärztin greift in Segment 14 den Begriff „Herzschmerzen“ auf und interpretiert diesen Begriff als sehr diffus. Schließlich erkundigt sie sich weiter nach den vom Community Interpreter gedolmetschten Herzschmerzen. Auch in Segment 18 verändert der Community Interpreter

die Wissensstruktur, indem er die Frage der Ärztin, ob das Kind beim Laufen stehen bleiben muss, in ein Erkundigen nach Schmerzen, wenn das Kind steht. Der erwähnte Begriff Schmerzen, der in den Erzählungen nirgendwo vorkommt, modifiziert das Gespräch offensichtlich bis zu Segment 28. Die Aussagen der Mutter in den Segmenten 19, 21, 23 und 25 können vom Community Interpreter nicht mehr gedolmetscht werden, da die Ärztin in einer Bestätigungsfrage dem Community Interpreter gegenüber den propositionalen Gehalt dieser Segmente mit den Worten „Also sie hat nur gesagt, dass ihr das Herz weh tut so wie ich das verstanden habe, aber nicht bei Belastungen, gö?“ zusammenfasst und den Community Interpreter diesbezüglich nicht mehr zu Wort kommen lässt. Die Textpassage „Und es wird also sicher nur hineininterpretiert...“ wird vom Community Interpreter in Segment 37 weggelassen, dagegen meint er „Она сказала, это вообще нормально.....“. Auch hier kommt es zu einer Veränderung des Inhalts. Schließlich fragt er nach dem Namen des Kindes, was keine Frage der Ärztin war, sondern er von sich aus erfragt. Der Community Interpreter beeinflusst mit seinen Verdolmetschungen und erweiternden Fragen durchaus den Gesprächsverlauf.

5.3.3. Die Ebene der Gesprächsorganisation

Die Diskursorganisation ist in CI 2 vor allem durch die Besonderheit des Dolmetschens geprägt. Durch das Fehlen der nonverbalen Elemente in der Kommunikation mit dem Community Interpreter müssen die Gesprächspartner das Turn-Taking markant kennzeichnen, um den jeweiligen anderen Aktanten klare Signale zur Gesprächsübernahme zu geben. Dies ist vor allem in den Segmenten 7, 9, 15, 16, 17, 35, 36, 47, 48 offensichtlich. Da die einzelnen Turns relativ kurz gehalten sind, begrenzen sich diese von selbst und ein bewusstes Anzeigen des Turnwechsels seitens des Community Interpreter ist in CI 2 nicht notwendig.

5.3.4. Die Ebene kulturspezifischer Phänomene

Auffallend sind die detaillierten Schilderungen der Mutter in Segment 12 mit den Aussagen „часто как будто так мячик стучит и дома и дома говорили что у ней там когда она дышит там, тоже когда она сидит, и говорит, что там шум есть“, wo das Krankheitsgeschehen sehr kreativ und medizinfremd dargestellt wird.

Die Ärztin interpretiert die Schilderungen der Mutter sofort als psychische Probleme. Eventuell ist die Ärztin hier voreingenommen und sieht die Symptome in Verbindung mit dem Migrationshintergrund der Patientin. Interessant ist auch die Frage nach dem Namen der Patientin mit „...как вас зовут дівчина?“. Hier kann man auf ukrainische Wurzeln des Community Interpreter schließen, da das Wort „дівчина“ die ukrainische Bezeichnung für

Mädchen ist. Die Information über die Unterbringung der Mutter und der Patientin in einem Flüchtlingslager lässt ebenfalls einen kulturellen Hintergrund mit einfließen.

5.4. Setting 3

Transkriptionsname: CI 3

Aufnahmedatum: 17/07/2008

Aufnahmeuhrzeit: 14:00

Dauer: 12 min.

Transkriptionsdatum: 18/07/2008

Kurzbeschreibung der Situation:

Praktischer Arzt/ Ordination: Die Patientin ist eine 28-jährige tschetschenische Frau. Community Interpreter ist ihre Schwester, welche nebenbei auch für eine NGO als Flüchtlingsbetreuerin und Russisch-Dolmetscherin arbeitet. Die Situation ist sehr ruhig und entspannt.

- 1) Dw: Die Frau hat einige Probleme, aaa sie wohnt jetzt vom 1. Juni in St. Pölten glaub ich, ja in St. Pölten wohnt und hat als praktischen Arzt die Frau Dr. X gehabt, und Sie haben schon einen Befund, dass mmmhmm. Ein Jahr wurde die Schilddrüse behandelt.
- 2) Am: jaaa mhm mhm.
- 3) Dw: Und ein Jahr hat sie die Pille genommen und jetzt will sie es noch mal untersuchen lassen und schaun ob es funktioniert hat etwas, und zwar mit den Venen hat sie auch Probleme, sie hat auch Probleme mit der Schwangerschaft gehabt und wenn sie auch etwas dagegen machen können ohne Opiade.
- 4) Am: Das heisst die Schmerzen in den Beinen kommen dann hauptsächlich beim Gehen oder beim Stehen oder ist das die ganze Zeit.
- 5) Dw: Это получается твой боль когда приходишь или стоишь или сидишь и вообще бывает боль где?
Du bekommst diesen Schmerz wenn du kommst oder du stehst oder sitzt und überhaupt wo ist der Schmerz?
- 6) Pw: В данном моменте нет боли.
Im diesem Moment keine Schmerzen.
- 7) Dw: Also im Moment gibts keine Schmerzen.
- 8) Am: Mhm, mhm, mhm.
- 9) Dw: Also sie war beim Hautarzt und er hat gesagt, dass er sie ohne Op behandeln kann und es gibt eine Spritze so etwas, eine Vakzine, Lösung, die sie einspritzen können, das kann sie, das kann sie im Oktober machen.

10) Am: Ja mhm nur schwanger sollte man da nicht sein, von dem her ist es sonst kein Problem, das sollte man auf alle Fälle vor einer Schwangerschaft machen, ja und ca. auch ein bis zwei Monate nachher warten, von der Schilddrüse her ist es auf alle Fälle so, das Medikament kann man durchaus weiternehmen, also man soll es auch weiternehmen, also nicht aufhören wenn man schwanger ist und auch nicht zur Geburt hin, ja das auf alle Fälle weiternehmen, dann würd ich sagen am nächsten Mittwoch machen wir eine Blutabnahme, dann haben wir wieder aktuelle Befunde, dann wissen wir wie das aussieht, ob wir so weitermachen müssen, oder ob wir von der Therapie her was ändern müssen, ahh und ahh, nachdem Sie ganz neu bei uns sind werden wir gleich einen Gesamtüberblick machen..., Blutbild, Cholesterin, und hier schauen, obs das Probleme gibt.

11) Dw: Ist das dann nächsten Mittwoch?

12) Am: Ja genau richtig, das immer von 7 Uhr bis 7 Uhr 30.

13) Dw: Mhm mhm ja das werd ich weitersagen, У тебя следующую среду есть термин, они будут тебя делать проверку крови на холестерин, тогда они возьмут тебя кровь и проверить её и полное обследование будет этой крови. Насчёт этой щитавитки они говорят, что тебя надо принимать таблетки. Только случай беременности ты можешь не принимать, насчёт вен тоже, ты будешь принимать эти таблетки только ты не будешь бременя и операцию тебя сделают тоже, если ты будешь или не будешь, в любом случае если ты забеременишь, то это будет называться проблема, что тебя там и там не помогут, это всё запишем...

Du hast nächsten Mittwoch einen Termin, sie werden eine Blutuntersuchung auf Cholesterin machen, da nehmen sie dir Blut ab und wird untersucht und es wird eine vollständige Untersuchung dieses Blutes gemacht. Bezüglich dieser Schilddrüse sagen sie, dass du Tabletten einnehmen musst. Nur im Falle einer Schwangerschaft kannst du das nicht nehmen, bezüglich der Venen auch, du wirst diese Tabletten einnehmen nur wenn du nicht schwanger wirst und die Operation machen sie dir auch, falls du es sein wirst oder nicht sein wirst, auf jeden Fall wenn du schwanger bist, dann wird es ein Problem sein, dass sie dir dort und dort nicht helfen werden, das schreiben wir alles auf...

14) Am: Die Eukirux, die Medikamente haben Sie da noch genug zu Hause oder brauchen sie da noch etwas?

15) Dw: Это таблетки, которые ты принимала для щитавитки, есть ещё, дома лежать?

Diese Tabletten, welche du für die Schilddrüse genommen hast, gibt es noch, sie liegen zu Hause?

16) Pw: Десять.

Zehn.

17) Dw: Zehn Pillen hat sie noch.

18) Am: Ok, na dann schreib ich ihnen gleich ein neues Pakerl auf gö.

19) Dw: Die Dame wollte auch noch wissen, während sie diese Pille genommen hat, sie hat zugenommen und es kann mit den Pillen verbunden sein, dass sie zunimmt immer.

20) Am: Jaaa, prinzipiell schon, dann is meistens so, dass eine Spur zu niedrig noch ist, dass man eventuell etwas mehr nehmen muss von den Medikamenten, aber das hängt dann immer wieder von den Blutbefunden ab ja, also das heisst bis zu nächsten Blutabnahme müss ma noch schau'n, müss ma noch so weitermachen ja und wenn dann herauskommt, dass eine Tablette von dem zu wenig ist, dann kann man das leicht erhöhen, dann funktioniert die Schilddrüse wieder besser und dann aaaa verbraucht der Körper wieder mehr Kalorien.

21) Dw: Вот что, он говорит, что до следующей проверки твоей крови ты должна как будто продолжать и если они найдут, что эти таблетки как бы они не достаточно действуют, чтобы твоя щитовидка заработала, а так: лучше заработать то твое тело будет потерять больше калории, то есть твои калории не будут а сидят в твоём теле и ты не будешь от того полнеть.

Это всё от щитовидки просто она плохо работает от этого, ты набираешь вес.

Und so, er sagt, dass bis zur nächsten Untersuchung deines Blutes du sollst fortsetzen als ob und falls sie was finden, dass diese Tabletten nicht genug wirken, um deine Schilddrüse zum arbeiten zu bringen, dann so: besser wenn sie zu arbeiten beginnen, dann wird dein Körper mehr Kalorien verlieren, dann werden diese Kalorien nicht in deinem Körper bleiben und du wirst davon nicht dicker. Das ist alles von der Schilddrüse, sie funktioniert einfach schlecht und du nimmst an Gewicht zu.

22) Am: Das is halt, wenn die Schilddrüse einfach zu wenig funktioniert, dann speichert der Körper ganz viel und wenn die dann normal funktioniert oder zu viel funktioniert, dann verbraucht er einfach mehr.

23) Dw: Он так сказал, если твоя щитовидка не хорошо работает, то все твои калории, которые ты употребляешь, они действуют на твоё тело, ты полнишься от этого.

Er hat gesagt, falls deine Schilddrüse nicht richtig arbeitet, dann werden alle deine Kalorien, welche du verbrauchst, sie werden auf deinen Körper wirken, du nimmst davon zu.

24) Am: Darf ich sonst noch was tun?

25) Dw: Ammm nnein glaub ich.... Ты хочешь ещё делать полне обследование?
Möchtest du noch eine vollständige Untersuchung machen?

Und mmm wir haben gehört, dass es beim praktischen Arzt oder im Klinikum wir wissen es das nicht genau, es eine Ganzkörperuntersuchung gibt.

26) Am: Ja mhm ja.

27) Dw: Das man einmal im einem Jahr macht.

28) Am: Jaa genau eine Gesundenuntersuchung, ja da is sozusagen Voraussetzung dazu, dass man eine Blutabnahme macht, aaa und wenn dann die Blutbefunde da sind, dann kann man sich einen Termin ausmachen für eine Gesundenuntersuchung und da macht man einfach dann gleich alles durch, das heisst man schaut nach, ob es vom Gynäkologen her Befunde gibt, das heisst Bruströntgen aaaa einen Abstrich vom Gynäkologen aaaa es wird dann auch der Harn angeschaut, der Stuhl wird angeschaut, ob da irgendwelche Auffälligkeiten sind, man hat dann gleich so einen Überblick über den Gesundheitszustand.

29) Dw: Aaa das heisst, es is alles inkludiert in der Gesundenuntersuchung.

30) Am: Ja genau mhm mhm.

31) Dw: В первых опять этот кровь проверим а после этого будет заключение от гинеколога, заключение какого-то ответа, всё это входит в этот как мы на русский получается проверка здоровья, с перва проверка крови и только потом ...

Als erstes wieder untersuchen wir dieses Blut und danach gibt es den Befund vom Gynäkologen, der Befund seiner Antwort, das alles gehört zu dem, wie wir auf russisch sagen, es ist eine Gesundenuntersuchung, als erstes Blutuntersuchung und nachher...

32) Dw: Ok alles klar dankeschön Ihnen.

33) Am: Ok das geb ich der Dame noch mit.

5.4.1. Rollen, Rollenverhalten und allgemeine Aspekte der Kommunikation

5.4.1.1. Rolle und Rollenverhalten des Arztes

Der Arzt eröffnet das Gespräch in CI 3 in Segment 4 mit einem gezielten Nachfragen nach den vom Community Interpreter erwähnten Problemen in Segment 3. Bereits ab Segment 10 wird ersichtlich, dass der Arzt sehr ausführlich und sehr genau die Patientin aufklärt. Dabei

schlägt er initiativ vor, ein gesamtes Blutbild zu machen, um einen „Gesamtüberblick“ zu bekommen. Durch das Verwenden der 1. Person Plural „wir“ betont er von Anfang an die Kooperation und Zusammenarbeit mit der Patientin und dem Community Interpreter. Der Arzt fragt von selbst in Segment 14, ob die Patientin noch genügend Medikamente zu Hause hat. Auch in den Segmenten 20 und 22 geht der Arzt sehr ausführlich auf die Fragen des Community Interpreter ein. In Segment 24 zeigt sich mit der Frage „Darf ich sonst noch was tun“, dass sich der Arzt ausreichend Zeit für die Patientin nimmt. Die Rolle des Arztes ist in diesem Gespräch geprägt von Zuneigung und Fürsorglichkeit. Der Arzt erklärt medizinische Zusammenhänge in den Segmenten 10, 20, 22 und 28 sehr detailliert und schafft somit eine grundlegende Vertrauensbasis zur Patientin und zum Community Interpreter. Insgesamt scheint der Arzt mit dem gedolmetschten Gespräch zufrieden zu sein, zumindest gibt es keinerlei negative Bemerkungen seitens des Arztes. Die ärztliche Gesprächsführung in CI 3 kommt dem psychosozialen Modell der ärztlichen Gesprächsführung sehr nahe. Der Arzt geht nicht strikt nach einem Fragekatalog vor, sondern passt sich der jeweiligen Gesprächssituation flexibel an und versucht Verunsicherungen durch genaues Zuhören und Erklären aus dem Weg zu schaffen. Vor allem nimmt sich der Arzt viel Zeit, um auf die Bedürfnisse von Patientin und Community Interpreter einzugehen. Problematisch erscheint hier eventuell nur, dass der Arzt fast zur Gänze mit dem Community Interpreter kommuniziert, während die Patientin nur schweigend passiv am Gespräch partizipiert.

5.4.1.2. Rolle und Rollenverhalten des russischsprachigen Patienten

Die Patientin kommt in CI 3 außer in den Segmenten 6 und 16 nicht zu Wort und wird praktisch fast immer durch den Community Interpreter vertreten. Daraus kann man schließen, dass es im Vorfeld des Arztbesuches ein ausführliches Gespräch zwischen Community Interpreter und der Patientin gegeben haben muss, bei dem Informationsaustausch stattgefunden hat. Durch das schweigende Teilnehmen an der Kommunikation überlässt die Patientin die Verantwortung über ihre Gesundheit überwiegend dem Community Interpreter bzw. ihrer Schwester. Dies kann nicht unbedingt als optimal interpretiert werden.

5.4.1.3. Rolle und Rollenverhalten des Community Interpreter

Der Community Interpreter vertritt von Beginn des Gesprächs an sehr stark den Patienten, sodass dieser kaum zum Reden kommt. Dabei ist der Community Interpreter sehr gut vorinformiert.

Die Community Interpreting-Situationen sind vor allem dahingehend charakteristisch, dass

der Community Interpreter den propositionalen Gehalt der Äußerungen des Arztes immer wieder verändert. Insgesamt lässt sich hervorheben, dass der Community Interpreter praktisch ständig stellvertretend für die Patientin spricht. Die Satzstellungen im Deutschen sind etwas holprig und ungeschickt gewählt, wie man in den Segmenten 1, 3 und 9 sehen kann. Das Gespräch beschränkt sich generell auf den medizinischen Diskurs, private Angelegenheiten werden nicht besprochen. Die Besonderheit in der Rolle des Community Interpreter machen hier die Transferprozesse aus. Als Schwester der Patientin übernimmt der Community Interpreter fast alleine die Verantwortung für die Gesundheit der Patientin. Die Rollenmodelle der Patienten-Fürsprache und der Co-Therapie vermischen sich hier und der Community Interpreter erfüllt quasi eine multifunktionale Rolle.

Generell lässt sich sagen, dass das nahe Verwandtschaftsverhältnis zwischen dem Community Interpreter und der Patientin den gesamten Diskursablauf nachhaltig prägt. Der Community Interpreter weißt sehr genau über die gesundheitliche Situation Bescheid und nimmt fast gänzlich das Gespräch alleine in die Hand. Die Patientin muss sich aufgrund ihrer mangelnden Deutschkenntnisse dem Verhalten ihrer Schwester anpassen und ihr gänzlich vertrauen.

5.4.1.4. Allgemeine Aspekte der Kommunikation

Das Gespräch in CI 3 wird eröffnet mit der Problemschilderung durch den Community Interpreter. Dabei schildert sie detailliert das Leiden der Patientin und bittet den Arzt mit „... und wenn sie auch etwas dagegen machen können ohne Opiade“ in Segment 3 darum, etwas zu unternehmen. Der Community Interpreter mischt sich auch in beratender Funktion ein, so meint er in Segment 9, dass der Arzt eine Lösung einspritzen könnte, was man dann im Oktober machen könnte. Dabei bekommt das Gespräch seitens des Arztes ab Segment 9 einen stark beratenden und aufklärenden Charakter, vor allem in den Segmenten 10, 20 und 22.

Die Gesprächssituation ist sehr offen und locker, es gibt keine Zeitprobleme und sonstige negative externe Einflussfaktoren. Der Diskurs findet auf hohem sprachlichem Niveau statt, da man sich sogar über detaillierte medizinische Zusammenhänge unterhält.

5.4.2. Die Ebene der Transferprozesse

Bei der Perspektivierung der Äußerungen verwendet der Community Interpreter hauptsächlich personaldeiktische Ausdrücke, es kommen aber auch mittler-performative Formeln zu Einsatz, wie „Die Dame wollte auch noch wissen...“ in Segment 19, „вот что, он говорит...“ in Segment 21 oder „он так сказал...“ in Segment 23.

Auf der Ebene der Transferprozesse kommt es immer wieder zu Veränderungen des propositionalen Gehaltes einerseits durch Veränderungen auf der lexikalischen Ebene, andererseits durch Kürzungen bzw. Zusammenfassen. In Segment 4 fragt der Arzt danach, ob die Schmerzen in den Beinen beim Gehen oder Stehen vorkommen, oder ob sie die ganze Zeit da sind. Der Community Interpreter übersetzt dies mit „Это получается твой боль когда приходишь или стоишь или сидишь и вообще бывает боль где“ und ändert markant die Frage nach der Dauer des Schmerzes um in eine Frage nach dem Ort des Schmerzes.

Ebenfalls wird in Segment 13 der propositionale Gehalt von Segment 10 verändert. Vor allem fügt der Community Interpreter Inhalte hinzu, welche vom Arzt in Segment 10 nicht erwähnt wurden, u. z. „...только ты не будешь бремени и операцию тебя сделают тоже, если ты будешь или не будешь, в любом случае если ты забеременешь, то это будет называться проблема, что тебя там и там не помогут, это всё запишем...“. Diese Hinzufügung könnte für die Patientin in der Folge sehr verwirrend sein.

Auch die in Segment 28 vom Arzt erklärte Gesundenuntersuchung wird vom Community Interpreter in Segment 31 sehr stark verkürzt und Details werden bewusst weggelassen. Dabei wird auf Details, wie das Bruströntgen, den Abstrich beim Gynäkologen, die Harn- und Stuhlkontrolle nicht eingegangen.

5.4.3. Die Ebene der Gesprächsorganisation

Die Interaktion zwischen Arzt und Community Interpreter ist vor allem gekennzeichnet durch lange Textpassagen ohne Unterbrechungen. Dabei ist das Turn-Taking nicht direkt ersichtlich, bzw. grenzen sich die einzelnen Turns nach der Beendigung der jeweiligen Gesprächsabschnitte praktisch von selbst ein.

5.4.4. Die Ebene kulturspezifischer Phänomene

Auf der Ebene kulturspezifischer Phänomene lässt sich aus dem transkribierten Gespräch nicht viel herausfiltern, da das Gespräch sehr sachbezogen und auf den medizinischen Bereich fokussiert ist. In Segment 31 weist der Community Interpreter mit „...всё это входит в этот как мы на русский получается проверка здоровья, с перва проверка крови и только потом ...“ auf die Gesundenuntersuchung in Russland hin. Dies ist der einzige kulturspezifische Aspekt in diesem Gespräch.

5.5. Fazit

Die drei analysierten Gesprächssituationen mit russischsprachigen Patienten zeigen deutlich, dass völlig verschiedene Gesprächsvarianten im alltäglichen medizinischen Gebrauch möglich sind.

In CI 1 zeigt der Gesprächsverlauf, dass Zeitmangel und die institutionellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus die Qualität des Gesprächs negativ beeinflussen. Die Ärztin steht unter Stress, wird durch umliegende externe Faktoren abgelenkt, und geht nur kurz und punktuell nach erlernten Schemata auf die Patientin ein. Die Patientin selbst erzählt ihre Beschwerden sehr kreativ und geht von einem völlig anderen Krankheits- und Schmerzverständnis aus. Das Gespräch in CI 1 kann durchaus der traditionellen biomedizinischen Gesprächsführung zugeschrieben werden, wonach Ganzheitlichkeit und einfühlsames Eingehen auf den Patienten nicht im Vordergrund stehen, sondern sogenannte Hard Facts für den behandelnden Arzt essentiell sind.

CI 2 zeigt eine sehr spezielle Community Interpreting-Situation, da hier ein Telefondolmetscher als Community Interpreter eingesetzt wird. In diesem Gespräch geht die Ärztin einerseits persönlich auf die Patientin und ihre Mutter ein, verlässt auf diese Weise den Bereich der Hard Facts und nähert sich einer psychosozialen Gesprächsführung an, andererseits werden Misstrauen gegenüber der ausländischen Patientin und ein mitteleuropäisches Krankheitsverständnis durch einzelne Textpassagen offensichtlich. Das Verhalten des Community Interpreter kann als sehr positiv betrachtet werden, da er trotz des anonymen Aspekts des Telefondolmetschens ein starkes Interesse für private Belange der Patientin zeigt.

Der Gesprächsverlauf in CI 3 unterscheidet sich von den beiden anderen Kommunikationssituationen vor allem dadurch, dass der Arzt hier viele Aspekte einer psychosozialen Gesprächsführung miteinbezieht und das herkömmliche asymmetrische Machtverhältnis zwischen Arzt und Patienten durch einen sehr demokratischen und sehr einfühlsamen Umgang mit der Patientin und dem Community Interpreter auflöst. Markant in diesem Gespräch sind auch viele Aspekte der Patienten-Fürsprache und der Co-Therapie seitens des Community Interpreter. Leider kommt der Patient in CI 3 kaum zu Wort, was im Unterschied zu den anderen erwähnten Punkten als negativ betrachtet werden kann.

Generell zeigen die drei Gespräche bzw. die Gesprächsanalysen, dass jede Kommunikationssituation völlig andere Aspekte wichtig erscheinen lässt, was das Aufstellen eines Analyseschemas im Vorfeld einer Studie nicht unbedingt einfach macht.

Aus den Analysen lässt sich ableiten, dass Ärzte im Umgang mit ausländischen bzw. fremdsprachigen Patienten noch viel zusätzliches Know-How benötigen würden, um eine qualitativ hochwertige Konversation mit Community Interpretern und ausländischen bzw. fremdsprachigen Patienten führen zu können. Einerseits sind den Ärzten viele ganzheitliche Krankheitsvorstellungen und Krankheitsdarstellungen fremder Kulturen und Völker nicht bekannt, andererseits ist die Arbeit mit Dolmetschern für viele Ärzte sehr ungewöhnlich.

Aus der Sicht des Community Interpreting zeigt sich, dass Professionalisierung in diesem Bereich aktueller ist denn je, um viele Fehler in Zukunft vermeiden zu können. Die Analyse der Transferprozesse zeigt deutlich, dass Additionen und Reduktionen von Informationen bei den Verdolmetschungen üblich sind, und somit auch aus inhaltlicher Sicht viele Folgefehler und schlussendlich viele Folgekosten für das gesamte medizinische System entstehen können. Eine professionelle Ausbildung für Dolmetscher im Bereich des Community Interpreting wäre dringend notwendig.

Die ideale Rolle eines fremdsprachigen Patienten zu erreichen, gestaltet sich sicherlich am schwierigsten, da man diesem, im Gegensatz zu den beiden anderen Aktantengruppen, keine professionelle Ausbildung zukommen lassen kann. Vielmehr wäre es wichtig, dass Immigranten in ihren neuen Heimatländern versuchen, sich mit den Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen aktiv auseinanderzusetzen, um schneller Vertrauen in medizinische Settings zu bekommen.

Die durchgeführte Gesprächsanalyse soll abschließend betrachtet Problemfelder auf verschiedenen Ebenen aufzeigen und Denkanstöße für Optimierungsvorschläge liefern. Ich hoffe, dass ich hier einen Beitrag leisten konnte.

6. Резюме на русском языке

6.1. Предисловие

Тема моей дипломной работы является «Коммуникация с иноязычными и иностранными пациентами в медицинской и социальной сфере и существующие в этом контексте методы перевода». Во многих австрийских больницах и частных практиках врачей всё ещё существуют сложности в этой области.

В данной работе представлены разные проблемы, связанные с этой тематикой, так же как и пути их разрешения. К тому же производится анализ конкретных примеров, чтобы наглядно объяснить теоретическую часть.

В первой главе представлена тематика переводов в социальной и медицинской сфере. К тому же описываются требования к переводчикам и состояние этой профессии в Австрии и в некоторых других странах.

Во второй главе введение в коммуникацию между врачом и пациентом и представлены основные понятия теории коммуникации.

К тому же анализируются модель коммуникации между врачом и отечественным пациентом и общие условия, в которых такие беседы проходят.

В конце главы представлены ещё и особенности коммуникации между немецкоговорящим врачом и иноязычным пациентом.

В третьей главе речь идёт о роли переводчика в социальной и медицинской сфере.

В четвёртой главе говорится о разных представлениях о болезни и разных видах восприятия боли иноязычных и иностранных пациентов.

В пятой главе анализируются три беседы между врачами и русскоговорящими пациентами и работа переводчиков.

Данная работа может принести практическую пользу и наверняка может способствовать тому, чтобы межкультурная коммуникация обрела более значимый статус в австрийской системе здравоохранения.

6.2. Основы языкового посредничества и посредничества между культурами

Термин «перевод в общественном секторе» (Community Interpreting) означает разные методы устного перевода в медицинской и социальной сфере. В странах немецкого языка существует ещё и термин «Sprach- und Kulturmittlung» (языковое посредничество и посредничество между культурами) хотя оно всё больше вытесняется термином CI.

Перевод в общественном секторе отличается от других видов перевода (как, например, переводы на конференциях или переводы на переговорах) тем, что собеседники не равноправны, так как один из собеседников (например врач, судья или полицейский) имеет положение, дающее власть.

Поскольку переводчики на конференциях обычно являются профессионалами они имеют высокий статус в обществе в отличие от переводчиков в медицинской и социальной сфере, у которых часто нет соответствующего образования.

Для переводчиков в общественном секторе важнее иметь социальную и эмоциональную компетентность, чем для переводчиков на конференциях, поскольку они часто имеют дело с бедными людьми из кризисных регионов, у которых мало доверия к принимающей их стране.

Итак переводчик для мигрантов является человеком, которому можно доверять, потому что он знает их язык и их культуру.

В области общественного перевода к тому же намного чаще востребованы знания редких языков, чем в области переводов на конференциях. Существуют и различия в методе работы – переводчик в медицинской и социальной сфере осуществляет переводы с родного языка и переводы на родной язык и он работает один. Переводчик на конференциях работает только на родном языке и всегда вместе с другими.

Переводчик в медицинской и социальной сфере должен быть намного чаще в состоянии реагировать спонтанно, чем переводчик на конференциях, поскольку он не всегда знает, какие темы его ожидают в разговоре.

Примечательно что в области перевода в медицинской и социальной сфере в Австрии в первую очередь работают не профессионалы (как, например, члены семьи пациента, его знакомые или обслуживающий медперсонал), которые часто не справляются со сложными задачами соответственного перевода. Иногда бывает даже, что общение в таких случаях возможна только невербальным образом.

Переводчик в медицинской и социальной сфере должен знать разные методы перевода и быть посредником не только между двумя языками но и между двумя разными культурами на профессиональном уровне.

Поэтому важно способствовать созданию специального образования для переводчиков, работающих в общественном секторе.

Но в Австрии фактически нет государственного финансирования в этой сфере, хотя доля иностранных жителей в стране составляет больше 5%. Только в Вене живёт около 300 000 иностранцев.

Профессиональные переводчики в медицинской и социальной сфере могли бы снять языковые барьеры, улучшить коммуникацию, сократить длительность разговора и снизить количество неправильных диагнозов и решений.

Было бы хорошо, если бы в первую очередь «двуязычные» не профессиональные переводчики получили бы соответствующее образование. Надо отметить что именно те языки, которые востребованы для переводов в общественном секторе, не изучаются в ВУЗах.

К тому же отсутствуют единые рабочие нормы. Соответствующие исследования выяснили что ни работа ни роль переводчиков в медицинской и социальной сфере чётко не определены.

В других странах, как, например, в США, Австралии, Швеции и Англии работа переводчиков в медицинской и социальной сфере имеет высший статус чем в Австрии и в Германии. Особенно Швеция является примером для остальных европейских стран – с 60-х годов там существует соответствующее образование и профессия полностью признана.

6.3. Коммуникация между врачом и пациентом

Коммуникация между врачом и пациентом является ассиметричным отношением, в котором человек, нуждающийся в помощи, обращается к человеку со специальными знаниями, который по этой причине имеет определённую власть.

В коммуникации с пациентом врач обычно придерживается биомедицинской концепции, согласно которой ум и тело не связаны друг с другом.

Итак, пациент является объектом в процессе лечения и врача интересуют в первую очередь только факты касающиеся его болезни. В этой концепции пациент фактически не имеет возможности говорить о своих собственных желаниях и страхах.

Итак, врач обычно не обращает никакого внимания ни на психическое состояние пациента, ни на какие-либо другие жизненные обстоятельства, которые могли бы иметь значение для течения болезни.

Для лечения важен лишь симптом болезни. Пациенты часто следуют этой форме разговора с врачом и принимают пассивную позицию в коммуникации.

Следовательно, врач может осуществлять свою привычную схему выборочных вопросов и избегает длительных рассказов пациента.

Таким образом, противопоставлены два совершенно разных ожидания – если врач хочет получить точную информацию от пациента, то тот часто желает рассказать всю свою историю страданий и ищет понимание и утешение со стороны врача.

Другой формой коммуникации между врачом и пациентом является психосоциальная концепция.

Она больше соответствует нуждам пациента, так как болезнь воспринимается как следствие телесных, психических и социальных факторов. Возникновение болезни всегда анализируется в контексте личности пациента, его жизненных обстоятельств и его физического состояния. Тело и душа в этой концепции воспринимаются как единство.

Чтобы поставить диагноз, врач должен учитывать не только чисто биологические данные, но и психосоциальные и субъективные факторы.

Врачи, работающие согласно этой модели, должны обращаться очень внимательно с пациентом, чтобы заслужить его доверие.

Однако особенно в первом разговоре между врачом и пациентом, в котором пациент излагает свою историю болезни (анамнез), стороны чаще всего придерживаются традиционной модели, в которой врач рассматривает лишь физические данные.

Врач ожидает от пациента краткое хронологическое описание его истории болезни. Если пациенты не достаточно активны в этом деле, то врачи часто не дают им достаточно информации о диагнозе и лечении.

Напряжённый график работы врачей является дополнительным фактором, снижающим качество разговора.

К тому же надо отметить, что врачи часто обращаются более авторитарно со старыми людьми, с людьми, не имеющими высшего образования и с иностранцами.

Коммуникация с иностранными пациентами осложняется тем, что они часто плохо говорят на языке принимающей страны.

Поэтому врачи в таких случаях могут прекращать разговор преждевременно и обратить внимание прежде всего на данные медицинского осмотра. Такая практика, однако, ведёт к неправильным диагнозам и большим расходам в системе здравоохранения.

Иностранные пациенты иногда в знак благодарности обращаются на ты с врачом, что часто воспринимается отрицательно. Врачи к тому же отрицательно реагируют, когда иностранцы ненамеренно путают глаголы и говорят «я хочу» вместо «я хотел бы».

К тому же бывает, что иностранные пациенты не хотят, чтобы про них думали, что они не интеллигентные – поэтому они иногда подтверждают, что они всё поняли, что врач им говорил, хотя это не так.

6.4. Перевод в общественном секторе в коммуникации между врачом и пациентом

Переводчик способствует коммуникации и доверию между собеседниками, потому что он знает оба языка.

Он и посредничает между культурами собеседников и часто занимается социальным обслуживанием пациента перед разговором с врачом и после него.

Переводчик должен уметь объяснить научные высказывания врача так, чтобы пациент их понял и, с другой стороны, переводить несведущие высказывания пациента в научный язык врача.

Внештатные переводчики однако часто не в состоянии правильно оценить разные ситуации в разговоре между врачом и пациентом.

Штатные переводчики были бы большим преимуществом для больниц, потому что они были бы знакомы с обстоятельствами в отделениях и с рабочим процессом. Они могли бы предотвратить возникновение многих недоразумений и таким образом снижать расходы больниц.

Не рекомендуется использование переводчиков без соответствующего образования, потому что они часто не знают специальную лексику и плохо разбираются в научном контексте.

Не желательно также использование членов семьи пациента в качестве переводчиков, так как они могут очень волноваться и неправильно перевести медицинские детали.

Также не подходят для этой деятельности и двуязычные члены персонала больниц – их работа как переводчик не оплачивается отдельно, что может сказаться на их мотивации.

Дети считаются совсем не подходящими в качестве переводчиков – они не справляются с ситуацией и оказываются под большим психическим давлением.

Профессиональные переводчики фактически не встречаются в системе здравоохранения, потому что они дорого стоят.

В крайнем случае и, если нет другой возможности, возможен перевод по телефону, хотя в этом случае теряются важные элементы невербальной коммуникации.

Что касается возможных языковых барьеров в коммуникации между врачом и пациентом, то надо отметить, что для некоторых мигрантов не важно выучить язык принимающей страны, потому что они надеются вернуться на родину в ближайшем будущем.

Жители принимающей страны часто говорят с иностранцами на упрощённом языке, обращаются с ними на ты или говорят громко, что иностранцами воспринимается как унижение.

Существуют четыре концепции перевода в медицинской и социальной сфере – первая модель это дословный перевод, в котором переводчик не вмешивается в ход разговора и придерживается нейтральной позиции.

Во второй модели культурное посредничество главное всего – переводчик в первую очередь старается быть посредником в разных культурных пространствах.

Третья модель соответствует второй с той разницей, что переводчик выступает защитником пациента.

В четвёртой модели, которая однако часто критикуется, переводчик тоже несёт ответственность за ход лечения – он консультируется с собеседниками и имеет право давать советы.

В реальности эти модели не существуют отдельно друг от друга, а перемешиваются.

Важную роль в коммуникации между врачом и пациентом играет к тому же положение в котором собеседники сидят. Переводчик должен иметь незаметную позицию, чтобы способствовать близости между врачом и пациентом. Рекомендуется располагать собеседников в форме треугольника, чтобы одинаковое расстояние подчёркивало соблюдение равенства каждого.

Важно ещё, чтобы переводчик хорошо знал не только собственную культуру, но и культуру пациента.

Культура имеет большое влияние на понятие здоровья и болезни. Она влияет на восприятие этих состояний, на возникновение и распространение болезней и на наше отношение к болезням.

6.5. Выражение болезни и восприятие боли в разных культурах

В этнологии существуют три вида медицины – первый называется популярным сектором и относится к обеспечению здоровья в рамках семьи; второй называется профессиональным сектором и означает научную традиционную медицину; третий вид это народная медицина, где лечение проводится так называемыми целителями.

В разных культурах преобладают разные виды медицины – если в западных странах традиционная медицина стоит на первом месте, то в родных странах многих мигрантов предпочтение часто отдаётся народной медицине.

Эти разные концепции имеют определённые влияния на представления о болезни пациентов.

В странах, где народная медицина играет большую роль, люди часто думают, что болезнь судьба, которая является следствием внешних обстоятельств.

Пациенты из западных стран, наоборот, склонны к более прагматическому взгляду и воспринимают болезни как физическую и психическую слабость.

Хотя западная медицина формировалась под сильным влиянием культурных факторов, наука позиционирует себя более важной, чем народная медицина.

Культурные аспекты сегодня признаны только в народной медицине. Схемы понятий, которые вытекают из влияний культуры, особенно важны для иностранных пациентов.

Это надо учитывать, иначе возможны недоразумения.

Религия также часто играет важную роль в восприятии болезни, как, например, в исламе. Однако на эту тему врачи из-за нехватки времени лишь редко говорят с пациентами.

Важно к тому же, чтобы врачи осведомили семью пациента о его лечении, так как в других странах семья часто намного больше интересуется заболеванием одного из её членов, чем принято на Западе.

В других культурах языческие и религиозные представления часто играют важную роль. Болезни обычно воспринимаются в более широком контексте и не относятся исключительно к одной определённой физической проблеме.

Поскольку иностранцы обычно воспринимают ум и тело как одно целое, они часто не понимают, как болезни могут относиться к одной единственной части тела.

Низкий уровень образования, который часто свойствен мигрантам, также может осложнять понятие диагноза с их стороны.

Мигранты к тому же часто болеют потому, что они скучают по родине и не могут привыкнуть к новому окружению, в котором они находятся. Это состояние может способствовать возникновению различных психических и физических симптомов, как, например, грусть, страх, апатия, отсутствие аппетита и т. п. Поскольку многие мигранты на самом деле хотят вернуться на родину, они сознательно не полностью интегрируются в общество принимающей страны.

Боль, так же как и болезнь, в разных культурах воспринимаются по-разному. В Центральной Европе ранения воспринимаются, например, намного менее трагически, чем в восточных странах.

Восприятие боли зависит не только от обстоятельств, обусловленных данной культурой, но и от индивидуальных факторов – важную роль здесь играют ещё и общественные нормы, жизненная история пациента и его характер.

6.6. Анализ трёх ситуаций в сфере перевода в общественном секторе с русскоговорящими пациентами

Анализ этих трёх бесед производится по четырём пунктам – 1. Роль и ролевое поведение трёх собеседников (переводчик, врач и русскоговорящий пациент) и общие аспекты коммуникации; 2. Трансферные процессы; 3. Структура разговора; 4. Особенности, обусловленные данной культурой.

В трансферных процессах существуют имплицитные и эксплицитные меры координации. Имплицитными мерами координации являются, например, пропуски, обобщения и повторения. Эксплицитными мерами координации являются выяснения и метакоммуникационные высказывания (например, когда переводчик замечает, что один из собеседников что-то не понял).

Анализ трансферных процессов производится по модели Иохена Ребейна, согласно которой переводы на язык клиента состоят из следующих пунктов – сокращения и дополнения (сложения), переводы объяснений/ пояснения с использованием инструкций и обоснований, обобщения, сдвиги фокуса беседы, пояснительные консультации между переводчиком и врачом, процессуализация беседы (как, например, паузы для обдумывания для переводчика, наполненные вступительными словами, вопросы на немецком языке, если переводчик что-то не понял, вопросы подтверждения).

Переводы из языка клиента включают обобщения и блокировки (клиенту не дают возможность высказаться по какому-то поводу).

Насчёт структуры разговора надо отметить, что собеседники не равноправны в том, что касается управления беседой.

Переводчик отвечает за это и таким образом имеет сильную позицию в разговоре. Смена ролей выступающих называется «turn taking». Его центром является переводчик, который имеет координирующую функцию.

В четвёртом пункте анализа изучается вопрос влияния разных концепций болезни и представления о болезни на ход разговора. Разные виды восприятия болезни и боли, обусловленные данной культурой, здесь играют важную роль.

Проанализированные в этом контексте беседы показывают, что существуют сильно отличающиеся друг от друга варианты ведения анамнеза со стороны врачей.

В первой беседе нехватка времени, при которой врач работает, снижает качество беседы. Пациентка, наоборот, очень креативно рассказывает о своей болезни. Но врача интересуют только точные и объективные факты заболевания. Поэтому первая беседа приписывается традиционной модели ведения анамнеза, существующей в биомедицинской концепции.

Во второй беседе переводчик работает по телефону. Врач интересуется личностью пациентки и, таким образом, частично придерживается и психосоциальной модели беседы. Поведение переводчика также оценивается довольно положительно, поскольку он очень интересуется личными фактами.

В третьей беседе врач придерживается больше психосоциальной модели, чем врачи в предыдущих беседах. Переводчик отличается тем, что он на стороне пациентки и интересуется ходом лечения. К сожалению, пациентке не даётся достаточно возможности самой говорить.

Анализ этих бесед показывает, что врачам нужны ещё многие дополнительные знания в общении с иноязычными и иностранными пациентами, чтобы улучшить качество анамнезов.

С одной стороны, они не знакомы с разными восприятиями болезни других культур и народов и, с другой стороны, они не привыкли работать с переводчиками.

К тому же было бы очень важно ввести специальное образование для переводчиков в общественном секторе, чтобы избежать многих ошибок и высоких расходов в медицинской системе.

Что касается мигрантов, то было бы хорошо, если бы они ознакомились с медицинской системой принимающей страны, чтобы лучше понять, как она работает.

7. Zusammenfassung (Abstract)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Thematik des Community Interpreting (Dolmetschleistungen im öffentlichen Bereich) mit Fokussierung auf die Kommunikation mit fremdsprachigen und ausländischen Patienten im medizinisch-sozialen Sektor. Es ist auffallend, dass in diesem Bereich in Österreich hauptsächlich nichtprofessionelle Dolmetscher zum Einsatz kommen (wie Familienangehörige des Patienten, Krankenhauspersonal, Kinder oder Personen mit rein bikulturellem Hintergrund, jedoch ohne fachliche Ausbildung), die oftmals den hohen Anforderungen einer professionellen Dolmetschung nicht entsprechen können.

Es wäre wichtig und wünschenswert, in Österreich einen entsprechenden Ausbildungszweig einzuführen, da professionelle Dolmetscher im medizinisch-sozialen Bereich die Kommunikation verbessern, Arzt-Patienten-Gespräche verkürzen, die Anzahl falscher Diagnosen und Therapien vermindern und somit zu einer Verringerung der Ausgaben im Gesundheitsbereich beitragen könnten. Es gibt jedoch diesbezüglich kaum staatliche Finanzierungsmaßnahmen.

Die Kommunikation zwischen Ärzten und ausländischen Patienten ist oft deshalb problematisch, da beide Seiten unterschiedliche Erwartungen an das Gespräch haben. Der Arzt geht von einer punktuellen und faktenorientierten Erhebung der Krankengeschichte aus, während der Patient seine Geschichte erzählen möchte und sich Verständnis und Trost seitens des Arztes erhofft. Der Dolmetscher hat hier die Aufgabe, nicht nur auf sprachlicher Ebene sondern auch zwischen den verschiedenen Kulturen zu vermitteln, da die Kultur einen entscheidenden Einfluss auf das Krankheitsempfinden und die Schmerzwahrnehmung der Patienten hat.

Die Analyse von drei exemplarischen Kommunikationssituationen zwischen Arzt, Patient und Dolmetscher verdeutlicht die Probleme, die in diesem Bereich auftreten. Es zeigt sich, dass die meisten Komplikationen in den Gesprächen vermieden werden könnten, wenn erstens eine professionelle Dolmetschung gewährleistet wäre und zweitens auch die Ärzte und Patienten eine bessere Vorstellung von den an sie gestellten Erwartungshaltungen hätten und ihr Verhalten dementsprechend anpassen könnten.

8. Literaturverzeichnis

Abu-r-Rida, Muhammad Ibn Ahamad Ibn Rassoul (2000): Der Muslim lebt nicht vom Brot allein. Speise und Gesundheit der islamischen Völker. Köln: IB

Allaoui, Raoua (2005): Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse. Interdisziplinäre Reihe Band 1. Migration. Gesundheit. Kommunikation. Albrecht, N., Borde, T., Durlanik, L. (Hrsg.). Göttingen: Cuvillier

Biefang, Sibylle (1977): Die Befragung des Patienten. Interview und Anamnese. Heidelberg: Hüthig

Binder Susanne & Tosic Jelena (2002): Refugee Studies and Politics. Human Dimensions and Research Perspectives. Wien: WUV

Böttger, C. & Probst J. (2000): Zur Kulturspezifität in der Übersetzung medizinischer Texte. In: Bührig, K., Durlanik, L. & Meyer, B. (2000): Dolmetschen und Übersetzen in medizinischen Institutionen. Arbeitsblätter zur Mehrsprachigkeit. Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit

Bowen, Margareta (2003) Community Interpreting. In: Snell- Hornby, M., Hönl, H., Kussmaul, P. & Schmitt, P. (Hrsg.) (2003): Handbuch Translation. (S. 319-321) Tübingen: Stauffenberg

Bührig, K., Durlanik, L. & Meyer, B. (2000): Dolmetschen und Übersetzen in medizinischen Institutionen. Arbeitsblätter zur Mehrsprachigkeit. Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2003): Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen

Chiba, Doris (1997): Dolmetschen im Gesundheitsbereich in ausgewählten englischsprachigen Ländern. Kommunikationswissenschaftliche Aspekte. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Csitkovics, M., Eder, A., Matuschek, H. (1997): Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien. Teil 1. MA 15/ Dezernat für Gesundheitsplanung. Wien: Lischkar

Driesen, Christiane J. (2003): Gerichtsdolmetschen. In: Snell-Hornby, M., Hönig, H., Kussmaul, P. & Schmitt, P. (Hrsg.) (2003): Handbuch Translation. (S. 312-316) Tübingen: Stauffenberg

Duden-Fremdwörterbuch (1997): hrsg. und bearb. vom wissenschaftlichen Rat der Dudenredaktion. Mannheim: Dudenverlag

Durlanik, Latif M. (2000): Dolmetschen im Krankenhaus am Beispiel Türkisch-Deutsch. In: Bührig, K., Durlanik, L. & Meyer, B. (2000): Dolmetschen und Übersetzen in medizinischen Institutionen. Arbeitsblätter zur Mehrsprachigkeit. Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit

Eddaoudi, Jaqueline (2003): Community Interpreting im medizinischen Bereich für arabische Patienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Karl-Franzens Universität Graz

Gattringer, Eva- Maria (2003): Denkwelten, Kulturelle Verhaltensmuster und Dolmetschen. Ausgewählte Aspekte des Community Interpreting. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Genböck, Monika (2005): Migration und Gesundheit. Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Flüchtlingen unter besonderer Berücksichtigung von Flüchtlingsfrauen aus Tschetschenien. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Göhring, Heinz (2003): Interkulturelle Kommunikation. In: Snell-Hornby, M., Hönig, H., Kussmaul, P. & Schmitt, P. (Hrsg.) (2003): Handbuch Translation. (S. 112-115) Tübingen: Stauffenberg

Götz, Roland & Halbach, Uwe (1994): Politisches Lexikon Russland. München: Beck

Gulis, Wolfgang & Laurin, Kornelia (2004): Kultursensible Betreuung im Krankenhaus. Pilotprojekt des Hanusch-Spitals in Wien, In: zebratl 3/ 2004, 17-18

Hochgerner, Christine (2005): Wie sage ich's bloß? Kommunikation im Krankenhaus. Ein Ratgeber für Patienten. Wien: Maudrich

Kalina, Sylvia (2000): Community Interpreting als Aufgabe der Dolmetschlehre. In: Bühlig, K., Durlanik, L. & Meyer, B. (2000): Dolmetschen und Übersetzen in medizinischen Institutionen. Arbeitsblätter zur Mehrsprachigkeit. Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit

Kappeler, Andreas (2000): Russische Geschichte. München: Beck

Kappeler, Andreas (2001): Russland als Vielvölkerreich. Entstehung. Geschichte. Zerfall. München: Beck

Kellnhauser, Edith & Schewior-Popp Susanne (1999): Ausländische Patienten besser verstehen. Stuttgart: Georg Thieme

Knapp, Karlfried & Knapp-Potthof, Annelie (1985): Sprachmittlertätigkeit in der interkulturellen Kommunikation. In: Rehbein, Jochen (Hrsg.) (1985): Interkulturelle Kommunikation (S. 450-464)

Kohnen, Norbert (2003): Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen. Ratingen: pvv

Kraemer, Horst (2003): Das Trauma der Gewalt. Wie Gewalt entsteht und sich auswirkt. Psychotraumata und ihre Behandlung. München. Kösel

Kuljuh, Emir (2003): Kinder als Dolmetscher. In: Pöllabauer, Sonja & Prunc, Erich (Hrsg.) (2003): Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen,

medizinischen und therapeutischen Bereich. Graz: Selbstverlag. Institut für theoretische und angewandte Translationswissenschaft, S. 143-151

Lalouschek, J., Menz, F. & Wodak, R. (1990): Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Tübingen: Gunter Narr

Lalouschek, Johanna (1992): Möglichkeiten, Probleme und Grenzen der Arzt-Patienten-Kommunikation. Eine diskursanalytische Studie zur Gesprächsausbildung von Medizinstudenten. Dissertation. Universität Wien.

Lalouschek, Johanna (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Opladen: Westdeutscher Verlag

Lalouschek, Johanna (2002): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, G., Fiehler R.& Kindt, W. (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung

Lalouschek, Johanna (2002): Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung

Löwe, Barbara: (1990): Funktionsgerechte Kulturkompetenz von Translatoren. Desiderata an eine universitäre Ausbildung (am Beispiel des Russischen). In: Vermeer, Hans J. (1990) Kulturspezifik des translatorischen Handelns. (S. 89- 103).Heidelberg: Ferdinand

Lueger-Schuster, Brigitte (1996): Leben im Transit. Über die psychosoziale Situation von Flüchtlingen und Vertriebenen. Wien: WUV-Universitätsverlag

Lux, Thomas (2003): Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss. In: Lux, Thomas (Hrsg.) (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin. Medizinethnologie. Medical Anthropology. Berlin: Dietrich Reimer, S. 145-177

Lux, Thomas (Hrsg.) (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin. Medizinethnologie. Medical Anthropology. Berlin: Dietrich Reimer

Maletzke, Gerhard (1996): Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Opladen: Westdeutscher Verlag

Menz, F., Lalouschek, J. & Gstettner, A. (2008): Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Wien: Lit

Menz, Florian (1988): Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Wien

Meyer, Bernd (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche, Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit. Folge B. Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.

Meyer, Bernd (2004): Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus. Münster: Waxmann

Moser, Catherine, Nyfeler, Doris & Verwey, Martine (2001): Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich: Seismo

Nolte, Hans- Heinrich (1998): Kleine Geschichte Russlands. Stuttgart: Philipp Reclam

Ölz, Veronika (2006): Übergänge in Anamnesegegesprächen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

Opitz, Peter J. (1998): Das Weltflüchtlingsproblem. Ursachen und Folgen. München: Beck

Patels, Werner (1996): Community Interpreting in Canada. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien

Pfleiderer, Beatrix & Bichmann, Wolfgang (1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin: Dietrich Reimer

Pinzker, Inge (2005): Erfolgreiche Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten im dolmetschvermittelten Arzt-Patient-Gespräch. Konzept zu einem Fortbildungsseminar für Ärzte. Unveröffentlichte Abschlussarbeit des Universitätslehrganges Kommunal Dolmetschen. Karl-Franzens-Universität Graz

Pöchhacker, Franz (1992) : Simultandolmetschen als komplexes Handeln. Ein Theorie- und Beschreibungsrahmen, dargestellt an einer Fachkonferenz. Dissertation. Universität Wien.

Pöchhacker, Franz (1997): Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Teil 2. MA 15/ Dezernat für Gesundheitsplanung. Wien: Lischkar

Pöchhacker, Franz (2007): Dolmetschen – Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen. Tübingen: Stauffenburg

Pöchhacker, Franz (2003): Simultandolmetschen. In: Snell-Hornby, M., Hönig, H., Kussmaul, P. & Schmitt, P. (Hrsg.) (2003): Handbuch Translation. (S. 301- 304) Tübingen: Stauffenburg

Pöchhacker, Franz (2001): Translationskultur im Krankenhaus. In: Hebenstreit, Gernot (Hrsg.) Grenzen erfahren – sichtbar machen – überschreiten. Festschrift für Erich Prunc zum 60. Geburtstag

Pöllabauer, Sonja (1998): Nema problema, alles paletti...? – Community Interpreting aus der Sicht von NGOs – Eine empirische Erhebung der Situation in Graz unter besonderer Berücksichtigung möglicher Implikationen für die Ausbildung. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz.

Pöllabauer, Sonja (2003): Dolmetschen im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich – eine Gratwanderung zwischen Interessenskonflikten und Streben nach Professionalität. In: Pöllabauer, Sonja & Prunc (Hrsg.) (2003): Brücken bauen statt Barrieren.

Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich. Graz: Selbstverlag. Institut für theoretische und angewandte Translationswissenschaft, S. 17 - 39

Projekt: „Macht. Migration. Krank“: Erhebung: Zugangschancen und Zugangsbarrieren von Migrantinnen im Gesundheitsbereich in St. Pölten aus Sicht von Beratungseinrichtungen für Migrantinnen/ Flüchtlingen, Mitarbeiterinnen im Gesundheitseinrichtungen, Migrantinnen & Flüchtlingen. Fachhochschule St. Pölten

Rásky, E., Ressi, G. & Anderwald, C. (2003): Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz. In: Pöllabauer, Sonja & Prunc, Erich (Hrsg.) (2003): Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich. Graz: Selbstverlag. Institut für theoretische und angewandte Translationswissenschaft, S. 107-127

Rau, Johannes (2002): Politik und Islam in Nordkaukasien – Skizzen über Tschetschenien, Dagestan und Adygea. Wien: Braumüller

Rehbein, Jochen (1985): Ein ungleiches Paar – Verfahren des Sprachmittels in der medizinischen Beratung. In: Rehbein, Jochen (Hrsg.) (1985): Interkulturelle Kommunikation (S. 420- 450) Tübingen: Narr

Rehbein, Jochen (1985): Einführung in die interkulturelle Kommunikation. In: Rehbein, Jochen (Hrsg.) (1985): Interkulturelle Kommunikation. (S. 7- 42) Tübingen: Narr

Rehbein, Jochen (1985): Interkulturelle Kommunikation. Tübingen: Narr

Reisinger, Ann Marie (2003): Wie verbessert man die sprachliche und interkulturelle Kommunikation im Kranken- und Gesundheitswesen in einer Gesellschaft mit wachsender Migration und kultureller Vielfalt. In: Pöllabauer, Sonja & Prunc, Erich (Hrsg.) (2003): Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich. Graz: Selbstverlag. Institut für theoretische und angewandte Translationswissenschaft, S. 127-143

Rosenegger, Hans (1994): Leben im Flüchtlingslager. Zeitverwendung und psychische Befindlichkeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien

Salem, Ingrid (2006): Kulturspezifische Erscheinungsformen posttraumatischer Symptomatik bei Flüchtlingen aus Afghanistan, Tschetschenien und Westafrika. Dissertation. Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Schmidt, Lothar R. & Kessler Bernd H. (1976): Anamnese. Methodische Probleme, Erhebungsstrategien und Schemata. Weinheim und Basel: Beltz

Shlesinger, Miriam & Pöchhacker, Franz (Hrsg.) (2005): Interpreting. International journal of research and practice in interpreting. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamin

Slapp, Ashley Marc (2004): Community Interpreting in Deutschland. Gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft. München: Martin Meidenbauer

Snell-Hornby, M. (2003): Translation (Übersetzen/ Dolmetschen). Translationswissenschaft. Translatologie. In: Snell-Hornby, M., Hönig, H., Kussmaul, P. & Schmitt, P. (Hrsg.) (2003): Handbuch Translation. (S. 37-39) Tübingen: Stauffenberg

Snell-Hornby, M., Hönig, H., Kussmaul, P. & Schmitt, P. (Hrsg.) (2003): Handbuch Translation. Tübingen: Stauffenberg

Snell-Hornby, Mary (1986): Übersetzen, Sprache, Kultur. In: Snell-Hornby, Mary (Hrsg.) (1986): Übersetzungswissenschaft. Eine Neuorientierung. Zur Integrierung von Theorie und Praxis.(S. 9-30). Tübingen: Francke

Snell-Hornby, Mary (Hrsg.) (1986): Übersetzungswissenschaft. Eine Neuorientierung. Zur Integrierung von Theorie und Praxis. Tübingen: Francke

Strolz, Birgit (2003): Konferenzdolmetschen. In: Snell-Hornby, M., Hönig, H., Kussmaul, P. & Schmitt, P. (Hrsg.) (2003): Handbuch Translation. (S. 308-311) Tübingen: Stauffenberg

Transkom Gesund & Sozial, Diakonie Wuppertal, AIM: Vergleichende Studie zur Sprach- und Kulturmittlung in verschiedenen Europäischen Ländern

Vallant, Jeanette Maria (2001): Nonverbale Kommunikation in der Arzt-Patienten-Interaktion. Die Notwendigkeit einer interdisziplinären Forschung und ihrer Resultate. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien

Vermeer, Hans J. (1986): Übersetzen als kultureller Transfer. In: Snell-Hornby, Mary (Hrsg.) (1986): Übersetzungswissenschaft. Eine Neuorientierung. Zur Integrierung von Theorie und Praxis. (S. 30- 54). Tübingen: Francke

Vermeer, Hans J. (Hrsg.) (1990): Kulturspezifik des translatorischen Handelns. Heidelberg: Ferdinand

Verwey, Martine (2003): Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit. In: Lux, Thomas (Hrsg.) (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin. Medizinethnologie. Medical Anthropology. Berlin: Dietrich Reimer, S. 277-296

Wagemann, Gertrud (2005): Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen. Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (2000): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Hans Huber

Werner, Roland (2001): Transkulturelle Heilkunde. Der ganze Mensch. Frankfurt am Main: Peter Lang

Wesselmann, E., Lindemeyer, T. & Lorenz, A. (2004): Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der hausinterne Dolmetscherdienst. Frankfurt am Main: Mabuse

Westermilies, Inga (2004): Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten. Medizinisch-ethische Aspekte. Münster: Lit

Witte, Heidrun (2003): Die Rolle der Kulturkompetenz. In: Snell-Hornby, M., Höning, H., Kussmaul, P. & Schmitt, P. (Hrsg.) (2003): Handbuch Translation. (S. 345-348) Tübingen: Stauffenberg

Wodak, Ruth (1981): Das Wort in der Gruppe. Linguistische Studien zur therapeutischen Kommunikation. Wien: Verlag der österreichischen Akademie der Wissenschaften

Zapotoczky, Klaus & Samhaber, Irmgard (Hrsg.) (2002): Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand. Wie sag ich's meinem Patienten? Linz: Rudolf Trauner

Zimmermann, Emil (2000): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Bern: Hans Huber

9. Lebenslauf

Name: Stefan Josef Zimmermann

Geburtsdatum: 26. 8. 1981

Geburtsort: Waidhofen/ Thaya (Niederösterreich)

Eltern: Vater: Josef Zimmermann, Diplom- KH.-Betriebswirt, kaufmännischer Direktor des Landeskrankenhauses Waidhofen/ Thaya

Mutter: Elisabeth Zimmermann, Volksschullehrerin

Geschwister: Bruder: Mag. Bernhard Zimmermann, AHS-Lehrer für Musikerziehung und Englisch

Schulbildung:

1987-1991	Volksschule Waidhofen/ Thaya
1991-1999	Bundesgymnasium Waidhofen/ Thaya (neusprachlicher Zweig)
Juni 1999	Ablegung der Reifeprüfung am Bundesgymnasium Waidhofen/ Thaya

Wehrdienst:

September 1999-April 2000:

ordentlicher Präsenzdienst beim Panzerartilleriebataillon 3 in der Liechtensteinkaserne Allensteig (Niederösterreich); Ausbildung zum staatlich geprüften Sanitätsgehilfen und Verwendung als Truppensanitäter

Studium:

WS 2000/ 01: Immatrikulation und Inskription des Studiums LA Russisch/ LA

Geographie und Wirtschaftskunde an der Universität Wien

SS 2001: Inskription des Erweiterungsstudiums LA Geschichte und Sozialkunde

SS 2003: Inskription des Diplomstudiums Slawistik/ Russisch mit
Wahlfachschwerpunkt Geographie

Erworbene einschlägige Zusatzqualifikationen:

Juli 2002: Russisch-Intensivseminar des Österreichischen Ost- und Südosteuropainstitutes in Eisenstadt

August 2003: Österreichisch-russisches Sommerkolleg des Österreichischen Ost- und Südosteuropainstitutes und der Wirtschaftsuniversität Wien an der Staatlichen Universität St. Petersburg

Februar 2005: Russisch-Intensivseminar des Österreichischen Ost- und Südosteuropainstitutes in Wien

Februar 2005: Erwerb des staatlichen russischen Sprachzertifikats ТРКИ (Stufe B1)

Juli/ August 2007: Praktikum beim Verein Menschen.Leben in der Erstaufnahmestelle Traiskirchen als Sprachtrainer, Russisch-Sprach- und Kulturmittler und Flüchtlingsbetreuer

Beruf:

Seit Juli 2008: Tätigkeit als Sprachtrainer und Flüchtlingsbetreuer bei Flüchtlingsprojekten des Vereins Menschen.Leben in Traiskirchen und Bad Vöslau (Niederösterreich)