



MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in
österreichischen medizinischen Einrichtungen
Selbstbild der russischsprachigen Dolmetscherinnen

Verfasserin:

Guzyal Vishnyakova, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, März 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 065 331 360

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Dolmetschen Deutsch Russisch

Betreuerin / Betreuer:

Ao.Univ.-Prof. Dr. Franz Pöchhacker

Danksagung

Diese Masterarbeit möchte ich meiner Mutter und meinem Bruder widmen, die mich moralisch immer unterstützt und mir den Rücken gestärkt haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt ao. Univ. Prof. Dr. Franz Pöchhacker für die hervorragende wissenschaftliche Begleitung, die hilfreichen Anregungen und die professionelle Betreuung und Beratung im Zuge des Entstehungsprozesses meiner Masterarbeit. Dank seines enormen Sprach- und Kulturwissens und seiner hohen didaktischen Kompetenz profitierte ich im Zuge der Redaktion dieser Arbeit sowohl von seinem professionellen Gespür für das große Ganze als auch von seiner Präzision und seinem Blick fürs Detail.

Sehr bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei Maria Kerschbaumer und Anna Karp für Änderungsvorschläge und für die vielen Stunden des Korrekturlesens.

Großer Dank gebührt auch den Interviewteilnehmerinnen, die sich bereit erklärten, an meiner Studie teilzunehmen.

Inhalt

0. Einleitung.....	7
1. Kommunaldolmetschen im medizinischen Bereich.....	11
1.1. <i>Community Interpreting</i>	11
1.2. <i>Dolmetschen im Gesundheitswesen</i>	15
1.2.1. <i>Kulturspezifische Aspekte</i>	18
1.2.2. <i>Die Rolle des Geschlechts</i>	20
1.2.3. <i>Sprachliche Aspekte</i>	21
1.2.4. <i>Der Faktor Vertrauen</i>	22
2. Dolmetschethik und Sichtbarkeit.....	28
2.1. <i>Allgemeines zur Dolmetschethik und zur Sichtbarkeit</i>	29
2.2. <i>Das Selbstbild der DolmetscherInnen am Beispiel von Angelellis Studie</i>	27
2.2.1. <i>Die Wahrnehmung der Parteien (ÄrztInnen / PatientInnen) aus der Perspektive der DolmetscherInnen</i>	29
2.2.2. <i>Worauf die DolmetscherInnen Stress und Anspannung in der Arbeit zurückführen</i>	31
2.2.3. <i>Wie die DolmetscherInnen ihre eigene Rolle beschreiben</i>	33
2.2.4. <i>Unterteilung der DolmetscherInnen in vier Gruppen nach Angelelli</i>	35
2.2.5. <i>Zusammenfassung von Angelellis Studie</i>	36
3. Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich	37
3.1. <i>Allgemeines zu Anforderungs- und Rollenprofilen für Dolmetschen im kommunalen Bereich</i>	37
3.2. <i>Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich nach Franz Pöchhacker</i>	38
3.2.1. <i>Anforderung an Dolmetschende (Nutzererwartungen)</i>	40
3.2.2. <i>Aufgabenprofil (Nutzererwartungen)</i>	41
3.2.3. <i>Rollenauffassung der Dolmetschenden</i>	41
3.2.4. <i>Fazit von Pöchhackers Studie: Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich</i>	42
3.3. <i>Rollen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen</i>	45
3.3.1. <i>Allgemeines zum Rollenbild der DolmetscherInnen</i>	45
3.3.2. <i>DolmetscherIn als Störfaktor und HelferIn</i>	46
3.3.3. <i>Die Rolle der Cultural Mediators oder KulturmittlerInnen</i>	48
3.3.4. <i>PatientInnen-FürsprecherInnen-Rolle</i>	49
3.3.5. <i>Die Rolle der Ko-TherapeutInnen</i>	50
3.3.6. <i>Die Rolle der InformationsmittlerInnen</i>	51
3.3.7. <i>Die TranslatorIn-Rolle</i>	51
3.3.8. <i>Zusammenfassung</i>	52
4. Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen.....	53
4.1. <i>TschetschenInnen in Österreich</i>	53
4.2. <i>Überblick über tschetschenische Kultur und Gesellschaft</i>	54
4.3. <i>Religion</i>	55
4.4. <i>Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge</i>	56

4.5. Der Sonderfall: Psychotherapie.....	59
5. Empirische Studie.....	62
5.1. Theoretische Vorüberlegungen.....	62
5.2. Methodisches Vorgehen.....	63
5.2.1. Auswahl der InterviewpartnerInnen.....	64
5.2.2. Transkriptionsmethode.....	65
5.2.3. Interviewleitfaden.....	66
6. Ergebnisse.....	68
6.1. Motivation.....	68
6.2. Vorbereitung auf die Einsätze.....	69
6.3. Anforderungen und Erwartungen an Dolmetscherinnen seitens des medizinischen Personals.....	70
6.4. Anforderungen und Erwartungen an Dolmetscherinnen seitens der tschetschenischen PatientInnen.....	73
6.5. Anforderungen und Erwartungen an die eigenen Aufgaben aus der Sicht der Dolmetscherinnen.....	75
6.6. Spezifische Schwierigkeiten beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in medizinischen Einrichtungen.....	78
6.7. Schwierigkeiten beim Dolmetschen in der Psychotherapie.....	83
6.8. Herkunft der Dolmetscherin.....	84
6.9. Auswirkungen der Verwendung der russischen Sprache beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge.....	86
6.10. Die Rolle des Geschlechts bei der Dolmetschung.....	87
6.11. Rollen der Dolmetscherinnen.....	88
6.12. Die aktive Rolle der DolmetscherIn: Zusammenfassen, Hinzufügen, Abklären, Auslassen.....	93
6.13. Sichtbarkeit vs. Unsichtbarkeit.....	97
6.14. Die Bedeutung von Neutralität und Unparteilichkeit beim Dolmetschen.....	99
6.15. Kultur.....	102
6.16. Emotionale Ebene.....	109
6.17. Der Faktor Vertrauen in der Medizin.....	111
6.18. Vereinnahmungsversuche.....	112
6.19. Redewiedergabe.....	114
6.20. Zeitdruck.....	115
6.21. Ungeduld.....	116
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	117
Literatur	
Anhang:	
Leitfaden	
Abstract	
Lebenslauf	

0. Einleitung

In der vorliegenden Masterarbeit werden mögliche auftretende Probleme beim Dolmetschen für russischsprachige tschetschenische Flüchtlinge in medizinischen Behandlungen mithilfe einer qualitativen Studie erörtert.

Laut den Asylstatistiken des Bundesministeriums für Inneres der Republik Österreich rangierte die Russische Föderation bei der Anzahl der AsylwerberInnen in den letzten 9 Jahren immer an erster oder zweiter Stelle (vgl. BM.I 2013). Im letzten Kalenderjahr wurden 17.415 Asylanträge gestellt. Schlepperberichten des Bundeskriminalamts Österreich zufolge stellten MigrantInnen aus der russischen Teilrepublik Tschetschenien 2011 die zweitgrößte Gruppe der Geschleppten dar (vgl. BK 2013). Der Mangel an Deutsch- bzw. Russischkenntnissen tschetschenischer Flüchtlinge sowie ihre traumatischen Erfahrungen durch den Krieg, Verfolgung und Flucht stellen MitarbeiterInnen von österreichischen medizinischen Einrichtungen und russischsprachige DolmetscherInnen vor enorme Herausforderungen. Darüber hinaus unterscheiden sich die kulturellen und religiösen Vorstellungen tschetschenischer PatientInnen von jenen der MitarbeiterInnen der medizinischen Einrichtungen oftmals, was das Dolmetschen zusätzlich erschwert.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu erforschen, auf welche spezifischen Probleme russischsprachige DolmetscherInnen für tschetschenische Flüchtlinge in den medizinischen Behandlungen stoßen und welche Fertigkeiten DolmetscherInnen in diesem Bereich besitzen müssen. Darüber hinaus wird ein besonderes Augenmerk auf die vielfältigen Rollen der DolmetscherInnen in der Medizin gelegt. Dabei sollen diese Rollen aus Sicht der in dieser Arbeit dargelegten theoretischen Ansätze sowie aus der Perspektive der DolmetscherInnen selbst betrachtet werden. In Anlehnung an Angelelli (2004) soll die Annahme überprüft werden, dass DolmetscherInnen im medizinischen Bereich sichtbar sind und aktiv agieren und dass die theoretischen Anforderungen, die in den Ehrenkodizes von DolmetscherInnen verlangt werden, mit den praktischen nicht übereinstimmen. Claudia Angelelli (2004) führte eine mündliche Befragung an DolmetscherInnen im Krankenhaus *California Hope* in den USA durch. Aus ihrer Studie geht hervor, dass sich DolmetscherInnen in der Medizin aktiv an den ÄrztInnen-PatientInnen-Gesprächen beteiligen und auf diese Weise einen erheblichen Einfluss auf die Behandlung der PatientInnen ausüben. Sie betont die sichtbare Rolle der

DolmetscherInnen und verteidigt die Ansicht, dass Unparteilichkeit der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich nicht immer erwünscht ist. Anhand von Angelellis Studie werden in der vorliegenden Arbeit u. a. folgende Fragen diskutiert: Welche Schwierigkeiten ergeben sich beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen? Welche Rollen nehmen DolmetscherInnen im medizinischen Bereich ein?

In der vorliegenden Arbeit werden DolmetscherInnen interviewt, die tschetschenische Flüchtlinge bei Krankenhausbesuchen und zu Nichtregierungsorganisationen begleiten. Die empirischen Daten werden anhand von qualitativen teilstrukturierten Interviews mit DolmetscherInnen erhoben und analysiert. Bei der Erstellung des Fragebogens stützte ich mich vor allem auf die Wiener *Community Interpreting*-Studie von Pöchlhammer (1997; 2000). Franz Pöchlhammers Untersuchung, welche im Auftrag der Stadt Wien im Rahmen eines WHO-Projekts durchgeführt wurde, behandelt die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Detail. Die im Jahr 1997 erhobenen empirischen Daten zu Anforderungen und Aufgabenprofil der DolmetscherInnen wurden von Pöchlhammer im Jahr 2000 erneut präsentiert und ausgewertet. Seine Untersuchung zeigt u. a., dass vom Betreuungspersonal der medizinischen Einrichtungen nur minimale Anforderungen an die Kenntnisse und Fertigkeiten von Dolmetschenden gestellt werden, denen sie gleichzeitig aber professionelles Rollenverhalten und professionelle ethische Verhaltensweisen abverlangen. Darüber hinaus gibt es Diskrepanzen zwischen den abstrakten Rollenbeschreibungen und den tatsächlichen fallspezifischen Praxisanforderungen.

Die vorliegende Masterarbeit behandelt u. a. die besonderen Anforderungen, mit denen DolmetscherInnen im Gesundheitswesen konfrontiert sind. Es soll nach Pöchlhammers Studie untersucht werden, ob diese Anforderungen an DolmetscherInnen seitens des medizinischen Personals und der PatientInnen jenen entsprechen, die in professionellen Berufskodizes dargelegt werden.

Die vorliegende Untersuchung kann somit als eine weiterführende Studie der beschriebenen Arbeit von Angelelli (2004) und Pöchlhammer (1997; 2000) gesehen werden, wobei in diesem Fall ausschließlich russischsprachige DolmetscherInnen befragt werden, die für tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen tätig sind. In meiner Arbeit werden die aus den Interviews gewonnenen

Aussagen über Dolmetscheinsätze für tschetschenische Flüchtlinge analysiert und die sichtbar gewordenen Rollen der DolmetscherInnen in diesem Bereich in den Vordergrund gestellt.

Meine Motivation zu dieser Masterarbeit entstand einerseits aus meiner beruflichen Erfahrung als Dolmetscherin für tschetschenische Flüchtlinge bei *Caritas* und *Amber-Med* und andererseits aus zahlreichen Erfahrungsberichten meiner KollegInnen, die in diesem Bereich tätig sind.

Auch meine persönliche Biografie beeinflusste die Wahl des Themas für meine Masterarbeit. Ich wurde in Kasachstan geboren. Mit 14 Jahren sind meine Familie und ich nach Russland gezogen und als ich 16 war, emigrierten wir nach Spanien. Zuerst hatte ich in Spanien Sprachprobleme und konnte mich mit den Einheimischen schwer verständigen, da meine Spanischkenntnisse dazu nicht ausreichten. Auch die komplett andere Kultur fand ich zunächst befremdend. Jetzt weiß ich aus eigener Erfahrung, wie wichtig Sprach- und Kulturkenntnisse sind. Vor allem, wenn es um Leben und Tod geht, was in meiner Erfahrung zum Glück nicht der Fall war, sind die Beherrschung der Sprache und Kulturwissen unentbehrlich.

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Das erste Kapitel bezieht sich auf *Kommunaldolmetschen im medizinischen Bereich*. Zu Beginn wird das *Community Interpreting* als allgemeiner Begriff erklärt. Ferner werden spezifische Eigenschaften des *Dolmetschens im Gesundheitswesen* anderen Arten des *Community Interpreting* gegenübergestellt und die wichtigen Faktoren für das Dolmetschen im medizinischen Bereich, wie *kulturspezifische Aspekte, die Rolle des Geschlechts, sprachliche Aspekte* und *der Faktor Vertrauen*, werden erörtert.

Das zweite Kapitel ist den Themen *Dolmetschethik und Sichtbarkeit* gewidmet. Zunächst wird die Unzulänglichkeit ethischer Kodizes in Anlehnung an Bahadir (2007), Stöcklmair (2003) und Hale (2007) diskutiert. Des Weiteren wird auf das Modell der sichtbaren DolmetscherInnen (*visible model*) von Angelelli (2004) näher eingegangen. Hier soll die Frage geklärt werden, ob DolmetscherInnen in medizinischen Settings neutral und unparteiisch bleiben sollen. Abschließend werden die Ergebnisse von Angelellis Studie und das *Selbstbild der DolmetscherInnen* dargestellt und Schlussfolgerungen gezogen.

Gegenstand des dritten Kapitels sind die *Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich*. An dieser Stelle werden die widersprüchlichen

Ansprüche an DolmetscherInnen nach Pöllabauer (2003) und Stöcklmair (2003) behandelt. Ferner wird die Studie von Franz Pöchhacker (2000) in Bezug auf *Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich* beleuchtet und im Anschluss daran wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse präsentiert. Abschließend werden in 3.3. *Rollen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen* zahlreiche Rollenbilder der DolmetscherInnen näher diskutiert.

Ein Überblick über das Thema *Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen* wird im vierten Kapitel gegeben. Dabei soll auf die Lage tschetschenischer Flüchtlinge in Österreich und auch auf die tschetschenische Kultur, Gesellschaft und Religion eingegangen werden. Ferner werden die Herausforderungen im Rahmen des Dolmetschens für tschetschenische PatientInnen in medizinischen und psychotherapeutischen Settings umrissen.

Das fünfte Kapitel der vorliegenden Masterarbeit stellt die empirische Studie dar. Nach der Beschreibung der theoretischen Überlegungen und der methodischen Vorgehensweise wird auf die Auswahl der InterviewpartnerInnen und die Transkriptionsmethode eingegangen. In weiterer Folge wird der Leitfaden nach Pöchhacker (2000), Angelelli (2004) und Klaus (2012) präsentiert.

Im sechsten Kapitel *Ergebnisse* werden die Aussagen der befragten Dolmetscherinnen anhand von teilstrukturierten, qualitativen Interviews über ihre Erfahrungen im Bereich des Dolmetschens für tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen präsentiert und ausgewertet.

Im siebten und letzten Kapitel *Zusammenfassung und Schlussfolgerungen* werden theoretische Ansätze der vorliegenden Masterarbeit mit dem empirischen Teil verknüpft und verglichen und es werden daraus Schlussfolgerungen gezogen.

1. Kommunaldolmetschen im medizinischen Bereich

1.1. *Community Interpreting*

Der bereits international eingebürgerte englische Ausdruck *Community Interpreting*, welcher das Dolmetschen im Bereich kommunaler Einrichtungen beschreibt, ist sehr umstritten und hat in der wissenschaftlichen Literatur über das Dolmetschen unterschiedliche Bezeichnungen. So bestehen unter den AutorInnen, die sich mit dem Begriff auseinandersetzen, Auffassungsunterschiede über den Inhalt und Umfang von *Community Interpreting* (vgl. Pöhhacker 2000: 36). Nicht nur bestimmte soziale und politische, sondern auch wissenschaftliche Rahmenbedingungen führen zu unterschiedlichen Termini für ähnliche, aber doch nicht gleiche Einsatzbereiche (vgl. Bahadir 2007: 56). In Anlehnung an zahlreiche AutorInnen weist Bahadir darauf hin, dass neben der im anglophonen Raum am häufigsten gebrauchten Bezeichnung *Community Interpreting* auch noch andere Termini wie u. a. *Public Service Interpreting*, *Liaison Interpreting*, *Three-cornered Interpreting*, *Contact / Dialogue Interpreting*, *Cultural Interpreting* oder *Cultural Mediation* existieren. Der Name gebe dabei Hinweise auf den Fokus der Tätigkeit, das Bild und die berufspolitische Position der DolmetscherInnen. Im Deutschen seien erklärende Bezeichnungen wie „Dolmetschen in medizinischen, sozialen und juristischen Einrichtungen/Bereichen“ verbreitet – oder es werde auch oft der englische Terminus *Community Interpreting* verwendet. Im österreichischen Kontext habe die Bezeichnung *Kommunaldolmetschen* an akademischen Ausbildungsstätten für ÜbersetzerInnen und DolmetscherInnen weitgehend Akzeptanz gefunden (vgl. *ibid.*).

Auch Pöllabauer (2005) macht darauf aufmerksam, dass der Begriff *Community Interpreting* selbst nach wie vor ein vages und diffuses Konstrukt ist und im Deutschen zumeist in der englischen Bezeichnung belassen wird. Dank des von Pöhhacker in seiner Habilitationsschrift eingeführten Begriffs *Kommunaldolmetschen*, scheine sich in der deutschsprachigen Fachliteratur dieser Begriff durchzusetzen (vgl. *ibid.*: 50-51).

Neben anderen AutorInnen sieht Bahadir (2007) eine Einführung des Terminus *Kommunaldolmetschen* im Deutschland-deutschen Kontext als hinderlich an, da dieser mit Assoziationen mit dem Adjektiv „kommunal“ verbunden sei. Aus diesem Grund plädiert sie für den Terminus *Fachdolmetschen* unter Angabe des Spezialisierungsbereiches (z.B. „im medizinischen Bereich“) (vgl. *ibid.*: 56-57). Im

Rahmen dieser Arbeit wird sowohl der Begriff *Community Interpreting* als auch *Kommunaldolmetschen* verwendet. Dabei wird manchmal die Abkürzung CI benutzt. Dadurch, dass der Schwerpunkt meiner Masterarbeit beim Dolmetschen im medizinischen Bereich liegt, werden neben dieser Bezeichnung auch andere Termini wie z.B. *Dolmetschen in der Medizin* oder *Medical Interpreting* parallel eingesetzt.

CI bezieht sich auf vermittelte Kommunikation in jeder Art von Institutionen: nicht nur auf Ämter und Behörden, Gerichte und Krankenhäuser, sondern auch auf Beratungsstellen privater Vereine, Arztpraxen und Anwaltskanzleien und sogar kommerzielle Einrichtungen. Es geht also prinzipiell um Dolmetschen in kommunalen Institutionen in jeglichen Situationen des Alltagslebens in der Gemeinde (vgl. Pöchlhammer 1997: 52). Diesbezüglich stellt Grbić (2002) einige typische Einsatzbereiche für KommunaldolmetscherInnen dar. Dazu zählen etwa Ämter und Behörden, Psychologie und Psychotherapie, der Sozialbereich, medizinische Einrichtungen sowie Arbeitswelt, Schule oder Wirtschaft (vgl. *ibid.*: 184).

Das CI unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von anderen Formen des Dolmetschens. Pöllabauer (2002) fasst die Merkmale des CI auf folgende Weise zusammen:

Community Interpreters ermöglichen Menschen, deren Mutter- und Bildungssprache nicht die des Gastlandes ist, den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen des Gastlandes (z.B. Krankenhäuser, Gerichte, Polizeistationen, Sozialeinrichtungen, Schulen etc.). Sie helfen zwei oder mehr Gesprächsparteien, die einander nicht gleichgestellt sind und über unterschiedliches Wissen und soziokulturelles Vorwissen verfügen, zu ihrer gegenseitigen Zufriedenheit zu kommunizieren. *Community Interpreters* tragen daher zum Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren bei. (Pöllabauer 2002: 197)

Aus dieser Bezeichnung geht hervor, dass zwischen den Gesprächsparteien des CI meist ein asymmetrisches Verhältnis besteht. In diesem Zusammenhang kommt Pöllabauer (2002) zu folgendem Schluss: Während VertreterInnen von Behörden, Institutionen und Einrichtungen, welche sich im Gastland befinden, die dominante (sprachlich und kulturell gesehen) Mehrheit darstellen, nehmen Angehörige von ethnischen oder sprachlichen Minderheiten – meistens MigrantInnen, AsylwerberInnen, GastarbeiterInnen oder Flüchtlinge – eine untergeordnete Position in der sozialen Rangordnung ein. Diese Ungleichheit im Machtgefüge erschwere zusätzlich die Arbeit von DolmetscherInnen im Kommunalbereich (vgl. Pöllabauer 2002: 197-199).

Darüber hinaus ist das CI laut Pöllabauer (2002) von dialogischen *face-to-face*-Interaktionen gekennzeichnet, in denen KommunaldolmetscherInnen in vielen Fällen

aus der Rolle des mechanischen, neutralen „Sprachrohrs“ in die einer aktiven dritten GesprächsteilnehmerIn wechseln. Pöllabauer weist darauf hin, dass DolmetscherInnen des CI damit erheblichen Einfluss auf die Richtung und das Ergebnis des Gesprächsverlaufes ausüben (vgl. *ibid.*: 199). Im Gegensatz zu vielen Ehrenkodizes, die für Unparteilichkeit und Neutralität der DolmetscherInnen plädieren, sind neben Pöllabauer viele AutorInnen der Meinung, dass diese aktive Teilnahme der DolmetscherInnen manchmal sogar gewünscht ist. Im Unterkapitel 3.3. *Rollen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen* werden die konkreten Aufgaben der Kommunal DolmetscherInnen näher behandelt und es wird untersucht, inwieweit DolmetscherInnen medizinische Behandlungen beeinflussen können und ob sie dabei neutral und unparteiisch bleiben.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal für CI ist nach Pöllabauer (2002) die Sprachkonstellation. Kommunal DolmetscherInnen werden nicht nur für die großen Weltsprachen benötigt, sondern auch für verschiedene Minderheitssprachen wie etwa Farsi, Urdu, Hindi, etc. Dadurch, dass es für diese Sprachen wenige professionelle DolmetscherInnen gibt, würden häufig LaiendolmetscherInnen die (Ver-)Mittlerrolle ausüben (vgl. *ibid.*: 199).

In diesem Zusammenhang hebt Bahadir (2007) hervor, dass in den meisten Migrationsländern das Dolmetschen bei Behörden, in medizinischen Einrichtungen und sogar manchmal in juristischen Kontexten oft immer noch als „Sache der MigrantInnen“ angesehen wird. Dies führe dazu, dass nichtprofessionelle DolmetscherInnen, die sogenannten „natürlichen DolmetscherInnen“ (meist Mädchen und Frauen aus der Verwandtschaft, Nachbarschaft, aus dem Freundeskreis) zum Zweck der Sprachmittlung eingesetzt werden (vgl. *ibid.*: 46-47). Prunč (2003) macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass das Recht auf Information ein Menschenrecht ist, das auch gegenüber den neuen Minderheiten einzuhalten ist. Laut ihm ist es die Aufgabe der gastgebenden Gesellschaft, professionelle DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen zur Verfügung zu stellen (vgl. *ibid.*: 7-9).

Die Palette der Kommunal DolmetscherInnen reicht von völlig unerfahrenen Laien bis hin zu universitär ausgebildeten Fachkräften. Der Grund dafür ist die Tatsache, dass das CI noch nicht so anerkannt ist wie etwa das Konferenzdolmetschen und es kaum ein professionell abgegrenztes Tätigkeitsfeld des CI gibt. Eine Ausnahme bildet das „Gerichtsdolmetschen“, wo rechtliche und organisatorische Grundlagen für

den Einsatz von DolmetscherInnen bei Gericht und in ähnlichen juristischen Kontexten vorhanden sind. Dieser faktische Unterschied zwischen dem etablierten „Gerichtsdolmetschen“ und dem sehr vage umrissenen Tätigkeitsfeld des CI erklärt, weshalb diese beiden Begriffe in der Fachliteratur oft nebeneinander gestellt werden (vgl. Pöchhacker 1997: 52).

In diesem Sinne spricht Pöchhacker (2000) von der Dolmetschwissenschaft der „Drei Welten“. Während das Konferenzdolmetschen die „Erste Welt“ repräsentiere und das Gerichtsdolmetschen sich „an der Schwelle zur Ersten Welt“ befinde, nehme de facto das Kommunaldolmetschen einen untergeordneten Stellenwert ein und stelle die „Dritte Welt“ dar, obwohl in der dolmetschwissenschaftlichen Theorie diese Bereiche als nebengeordnet erscheinen. Aus Grundsätzen wie Gleichberechtigung und Emanzipation plädiert Pöchhacker für eine Aufwertung des Kommunaldolmetschens und für Abbau dieser Klassenunterschiede (vgl. *ibid.*: 123-126). Bahadır (2007) weist dabei darauf hin, dass es Pöchhacker gelungen ist, durch seine Untersuchung über das Dolmetschen in Krankenhäusern und in anderen Gesundheitseinrichtungen die Aufmerksamkeit der Universitäten und Forschungseinrichtungen auf das CI zu lenken und so gewinnt das Kommunaldolmetschen heutzutage an Bedeutung (vgl. *ibid.*: 55).

Wie dieses Kapitel zeigt, ist die Bezeichnung des CI in der Fachliteratur ziemlich problematisch, da es eine Vielzahl von Definitionen und Merkmalen gibt, die sehr breit gefächert und komplex sind. In der vorliegenden Masterarbeit wird im Folgenden vor allem auf den Bereich des Dolmetschens im Gesundheitswesen eingegangen. Es soll eruiert werden, welche Fähigkeiten KommunaldolmetscherInnen in der Medizin besitzen sollen und welche Faktoren eine besondere Rolle in diesem Bereich spielen.

1.2. Dolmetschen im Gesundheitswesen

Die zunehmende internationale Mobilität, insbesondere aber Migrations- und Flüchtlingsbewegungen, konfrontieren Gesundheits- und Sozialeinrichtungen mit dem Problem der medizinischen Versorgung und der sozialen Betreuung von Personen, die sich nicht oder nur schwer in der Landessprache verständigen können. Der Einsatz von DolmetscherInnen kann die sprachlichen Kommunikationsbarrieren mit Nichtdeutschsprachigen überbrücken (vgl. Pöchlacker 1997: 35). Doch nicht alle DolmetscherInnen – und keinesfalls LaiendolmetscherInnen – können in der Medizin die Rolle der DolmetscherInnen ausüben.

Abgesehen von einer ausreichenden Sprach- und Kulturkompetenz in beiden Sprachen und Kulturen und umfassendem Wissen über medizinische Fachterminologie, müssen KommunaldolmetscherInnen in der Medizin auch Kenntnisse über die Strukturen der Gesundheits- und Sozialsysteme beider Kulturen besitzen, da von ihnen erwartet wird, dass sie die PatientInnen im ihnen noch unbekannten Versorgungssystem unterstützen (vgl. Rásky *et al.* 2003: 122-123). So müssen DolmetscherInnen im Gesundheitswesen u. a. administrative Informationen und solche, die Behandlungsabläufe eines bestimmten Krankheitsbildes oder Krankenhaus- und Stationsabläufe betreffen, vermitteln können (vgl. Allaoui 2005: 146).

Weiters müssen DolmetscherInnen im medizinischen Bereich über spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, um den unterschiedlichen, schwierigen Situationen, mit denen sie jeden Tag konfrontiert werden, gerecht zu werden. So müssen sie u. a. ihre eigenen Gefühle kennen und diese nicht in die Dolmetschsituation einfließen lassen. Der hektische Krankenhausalltag, in dem die PatientInnen in aller Eile über dringliche Operationen aufgeklärt werden müssen (vgl. Pöllabauer 2002: 201), schwierige Situationen wie etwa Vergewaltigung, Missbrauch oder Tod (vgl. Uluköylü 2006: 183), lebensbedrohende Diagnosen, psychische Störungen, etc. sind nur einige Stressfaktoren, die das Arbeitsumfeld der DolmetscherInnen in medizinischen Einrichtungen ausmachen. Daher erfordert das Dolmetschen im medizinischen Setting nicht nur gute emotionelle Belastbarkeit, Geduld und die Fähigkeit, unter Stress und Zeitdruck zu arbeiten, sondern auch professionelle Distanz oder – wie Bahadır (2007) es ausdrückt – „eine schnelle 'Entsorgung' der Dolmetschsituationen aus dem Gedächtnis“ (ibid.: 216).

Darüber hinaus ist zu beachten, dass das Krankheitsverhalten und das Krankheitsverständnis in der Kultur der PatientInnen oft ein anderes ist als in der Kultur der ÄrztInnen. Auch die Reaktion auf und der Umgang mit Krankheit können sich völlig von der westlichen Kultur unterscheiden. So ist es z.B. in manchen Kulturen undenkbar, dass Frauen in Gegenwart von Männern oder männlichen Dolmetschern gynäkologische Beschwerden ansprechen (vgl. Uluköylü 2006: 184-185). Die Bedeutung kultureller Aspekte wird im nächsten Unterkapitel 1.2.1. *Kulturspezifische Aspekte* näher betrachtet.

Zu den bereits genannten Herausforderungen an DolmetscherInnen in der Medizin kommt hinzu, dass die DolmetscherInnen mitunter auf Misstrauen seitens der PatientInnen stoßen. DolmetscherInnen in diesem Bereich müssen ein Vertrauensverhältnis zu den KlientInnen oder PatientInnen aufbauen können, um an wichtige Hintergrundinformationen zu gelangen (vgl. Uebelacker 2007: 45). Wenn DolmetscherInnen und PatientInnen aus verschiedenen ethnischen Gruppen stammen, zwischen denen Spannungen herrschen, oder unterschiedlichen religiösen oder politischen Gruppierungen angehören, kann die Vertrauensbildung sehr problematisch sein (vgl. Pöllabauer 2002: 202). In diesem Zusammenhang soll im Laufe dieser Masterarbeit überprüft werden, ob es eine Spannung zwischen tschetschenischen Flüchtlingen und aus Russland oder anderen GUS-Staaten stammenden DolmetscherInnen gibt und ob TschetschenInnen DolmetscherInnen aus ihrem Land bevorzugen würden.

Auch spezielle medizinische Umstände sind hier zu erwähnen. So kann es bei der medizinischen Behandlung vorkommen, dass die PatientIn unter Einfluss von Psychopharmaka steht, überreizt oder gar aggressiv ist, an das Bett fixiert oder aus anderen Gründen in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt ist, etc. In solchen Situationen muss die DolmetscherIn bestimmte Vorsichtsmaßnahmen treffen und diesbezügliche Anweisungen des Fachpersonals befolgen (vgl. Felgner 2009: 60).

Was die Sprachkompetenz anbelangt, sollen DolmetscherInnen auch dialektale Sprachvarietäten und umgangssprachliche Codes der KlientInnen verstehen (vgl. Pöllabauer 2002: 201). Im Bereich der Medizin spielt diese Kompetenz eine besondere Rolle, da missverstandene Information u. a. zu Fehldiagnosen, Zeit- und Geldverschwendung, etc. führen kann.

Um eine effiziente Kommunikation zwischen dem medizinischen Personal und den PatientInnen zu gewährleisten und kompetente Betreuung der KlientInnen zu ermöglichen, müssen *professionelle* DolmetscherInnen eingesetzt werden, die sich ihres Tätigkeitsbereiches und ihrer Rolle bewusst sind. Wie unterschiedliche Studien belegen, werden diese Anforderungen nicht immer eingehalten. So fungieren häufig Verwandte und Freunde der PatientInnen, deren Kinder, das in medizinischen Einrichtungen tätige Reinigungspersonal, andere PatientInnen, völlig unbekannte Personen, etc. als LaiendolmetscherInnen.

Grund für den Einsatz von unqualifizierten DolmetscherInnen ist häufig, dass diese billiger sind (vgl. Reisinger 2003: 137-138). Die nicht ausreichenden Sprach- und Kulturkenntnisse, die Unkenntnis von Fachtermini sowie die große psychische Belastung können nicht nur für PatientInnen, sondern auch für unqualifizierte DolmetscherInnen gravierende Folgen haben. Der Einsatz ausgebildeter DolmetscherInnen trägt dazu bei, nicht nur Fehlkommunikation aufgrund von Sprachbarrieren, sondern auch u. a. unterdrückte Emotionen, Frustration, Wut, Diskriminierung, Fehldiagnosen, Fehlentscheidungen und Vergeudung von Zeit, Energie und Expertise zu vermeiden (vgl. Pöllabauer 2003: 26) und in spannungsgeladenen Situationen auch Konfliktmanagement zu betreiben (vgl. Allaoui 2005: 146).

Aus diesem Unterkapitel geht hervor, dass DolmetscherInnen im medizinischen Bereich mit enormen Herausforderungen konfrontiert werden. Daher ist nicht jede DolmetscherIn für medizinische Settings geeignet. Der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen in diesem Bereich ist besonders wichtig. In diesem Unterkapitel wurden nur einige Aspekte erläutert, welche in der Medizin eine besondere Bedeutung haben. Im Folgenden wird auf einige dieser Aspekte näher eingegangen, welche beim Dolmetschen in medizinischen Einrichtungen zu beachten sind.

1.2.1. Kulturspezifische Aspekte

In der medizinischen Praxis kommt es häufig zu Missverständnissen aufgrund der kulturellen Unterschiede. Durch ihr Wissen über kulturelle Besonderheiten der beiden Parteien und Erfahrungen mit MigrantInnen üben DolmetscherInnen im medizinischen Bereich erheblichen Einfluss auf die Richtung und das Ergebnis des Gesprächsverlaufes aus (vgl. Pöllabauer 2002: 199). In diesem Unterkapitel wird besonderes Augenmerk darauf gelegt, welche Bedeutung kulturelle Aspekte beim Dolmetschen haben.

In der verbalen wie in der nonverbalen Kommunikation gibt es kulturelle Besonderheiten, die den ÄrztInnen häufig nicht vertraut sind. Dies sind z. B. die Bedeutung von Blickkontakt, von Zuhören und Sprechen, von Lächeln und Lachen, die Interpretation von „Ich weiß nicht“, von „ja / nein / vielleicht“, die Bereitschaft, Fragen zu beantworten, die Reihenfolge von vorgetragenen Fakten oder die Auswirkung des Geschlechts in der Gesprächssituation (vgl. Rásky *et al.* 2003: 111-112).

Die nonverbalen Kommunikationsformen, wie Blickkontakt, Mimik, Körpersprache und Tonfall, können neben anderen persönlichen und soziodemographischen Merkmalen das ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis beeinflussen. Das Verhalten, die Körpersprache und die Ausdruckweise der anderen werden stets gedeutet und können in der Medizin von Bedeutung sein (vgl. Reisinger 2003: 127-128). So beschreibt Uebelacker (2007) die Beratungsstelle einer Ärztin, die früher das Verhalten bulgarischer Frauen sehr schwer einschätzen konnte. Wenn ihre bulgarischen Patientinnen mit der Zunge schnalzten, verstand die Ärztin dies als „abwertende Äußerung“, und wenn sie ihr in die Wange kniffen, so empfand sie dies als „Übergriff“. Erst seit sie erfuhr, dass Schnalzen in Bulgarien ein Ausdruck der Zustimmung und in die Wange kneifen ein Kompliment sei, konnte sie das Verhalten richtig einordnen. Die Autorin ist der Ansicht, dass solche kulturellen Missverständnisse die Gefahr von fehlerhaften Diagnosen und Entscheidungen deutlich steigern (vgl. *ibid.*: 52).

In diesem Zusammenhang warnt Felgner (2009) vor der subjektiven Entschlüsselung der von PatientInnen gesendeten nonverbalen Informationen durch die DolmetscherIn (z. B. eine Über- oder Unterbewertung der nonverbalen Botschaft). So könne diese zu einer Inkongruenz zwischen gesendeter und empfangener Nachricht führen und eine Kette von Missverständnissen auslösen. Der Autor ist deswegen der Meinung, dass das Risiko für Fehldeutungen des nonverbalen Verhaltens im

interkulturellen Kontakt mit DolmetscherInnen wesentlich größer als in der intrakulturellen Kommunikation ist. Bei Letzterem glaube die EmpfängerIn, das Zeichen zu verstehen, und weise ihm die in ihrer Kultur konventionelle Bedeutung zu. Diese Bedeutung stehe aber möglicherweise im Gegensatz zur spezifischen Bedeutung des Zeichens in der anderen Kultur (vgl. *ibid.*: 48-51).

Weiters präsentiert Felgner (2009) ein Beispiel, das deutlich zeigt, wie schnell in der interkulturellen Kommunikation eine Bedeutungskluft zwischen gesendeter und empfangener Botschaft entstehen kann. So gelte z. B. in vielen asiatischen Ländern direkter Blickkontakt als Zeichen der Indiskretion, des Mangels an Respekt und der Missachtung bestimmter kultureller Tabus. Umgekehrt könne das Vermeiden von Blickkontakt ein Ausdruck von Respekt sein. Eine EmpfängerIn aus dem westeuropäischen Kulturkreis, welche mit diesem Kontextualisierungshintergrund nicht vertraut sei, werde einen ausweichenden Blick möglicherweise als Signal für Unsicherheit oder gar Lügen auslegen (vgl. *ibid.*: 48-51).

Zu den kulturellen Faktoren kommen auch unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen der PatientInnen sowie ihre Vorstellungen von Heilmöglichkeiten hinzu (vgl. Rásky *et al.* 2003: 117). DolmetscherInnen im medizinischen Bereich sollen genaue Vorstellungen davon haben, wie Körper und Krankheit in der Tradition des jeweiligen Kulturkreises bewertet werden, und auch in der Lage sein, Tabubereiche anzusprechen (vgl. Otto 2002). Doch häufig stoßen DolmetscherInnen auf kulturspezifische Probleme, die man nur schwer überwinden kann. In diesem Zitat werden einige kulturspezifische Probleme mit arabischen PatientInnen deutlich:

Kluge, einfühlsame, psychisch robuste Menschen, die unbekanntes Terrain selbstsicher betreten. Wie macht eine Arabisch-Dolmetscherin einer Frauenärztin klar, dass sich die junge, ledige Patientin aus Saudi-Arabien auf keinen Fall einer gynäkologischen Untersuchung unterziehen wird – auch wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist? Wie vermittelt man einem deutschen Ärzteteam, das um das Leben eines zweijährigen Mädchens ringt, dass der Vater des Kindes, obwohl er ein Stück seiner Leber abgeben könnte, nicht spenden wird, weil es ihm vom Großvater in Saudi-Arabien verboten wurde? (Otto 2002)

Unter diesen Umständen besteht die Rolle der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen darin, die beiden Parteien über kulturelle Nuancen aufzuklären und auf diese Weise Missverständnisse zu vermeiden. In diesem Zusammenhang sprechen Egger und Wedam (2003) von DolmetscherInnen in der Rolle eines Kulturcoaches, da sie auf kulturelle Normen, Tabus und soziokulturelle Bedeutungsgebungen hinweisen können (vgl. *ibid.*: 86). Andere Bezeichnungen für diese Rolle werden im Kapitel 3.3. *Rollen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen* dargestellt.

Die oben genannten Beispiele zeigen unmissverständlich, wie wichtig grundlegende kulturelle Kenntnisse für interkulturelle Kommunikation in medizinischen Einrichtungen sind und wie leicht man falsche Schlussfolgerungen ziehen kann, wenn diese Nuancen nicht berücksichtigt werden. Dieses Thema wird im Laufe der darliegenden Masterarbeit noch öfter angesprochen.

1.2.2. *Die Rolle des Geschlechts*

Auch das Geschlecht spielt in der medizinischen Behandlung von tschetschenischen Flüchtlingen häufig eine große Rolle. So ist es oft tschetschenischen Frauen nicht möglich, Ärzten gesundheitliche Probleme mitzuteilen oder sich körperlich untersuchen zu lassen. Vor allem wenn Frauen sexuelle Gewalt erlebten, sollten sie eine Dolmetscherin zur Verfügung gestellt bekommen (vgl. Becker 2003: 170). Auch Männer können Schwierigkeiten haben, bestimmte Problembereiche, beispielsweise solche, die ihre Sexualität betreffen, mit einer Ärztin zu besprechen (vgl. Rásky *et al.* 2003: 118).

Bei Patienten aus eher patriarchalischen Systemen kann es wichtig sein, dass mit einem Dolmetscher und nicht mit einer Dolmetscherin gearbeitet wird, um überhaupt Zugang zum Patienten zu finden. Und umgekehrt: Patientinnen aus solchen Systemen werden in Anwesenheit eines Mannes ihre Probleme nicht erzählen (vgl. Stöcklmair 2003: 157). Dies ist vor allem oft im Rahmen von gynäkologischer Gesundheitsvorsorge erkennbar. Uluköylü (2006) fügt hinzu, dass es besonders bei muslimischen Patientinnen wichtig sei, dass sie, z.B. bei Geburtshilfe-Untersuchungen, von einer Frau behandelt werden und dass dabei eine weibliche Dolmetscherin zum Einsatz kommt (vgl. *ibid.*: 189).

1.2.3. Sprachliche Aspekte

Sprache ist ein aus Prinzipien und Regeln erzeugtes System. Sie ordnet die wahrgenommene Welt und funktioniert als Ausdruck des Denkens und Bewusstseins sowie der Reflexion. Sie ist ebenso ein stabilisierender Faktor für die eigene Identität und dient einer symbolischen Verarbeitung unserer Wahrnehmung der Wirklichkeit (vgl. Egger / Wedam 2003: 84).

Das interkulturelle Zusammenleben von Menschen aus verschiedenen Gesellschaften, Kulturen und Ländern hängt von den kommunikativen Möglichkeiten der Menschen ab. Die Kommunikation erfordert weitgehende sprachliche und kulturelle Kompetenzen. Sind die Ressourcen der Verständigung eingeschränkt, bleibt dem Individuum der Zugriff auf wichtige Informationen zur Gestaltung seiner sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bedürfnisse versagt. Wenn die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten stark eingeschränkt sind, bekommt man das Gefühl, nicht mehr als vollwertiges, erwachsenes Mitglied einer Gesellschaft agieren zu können (vgl. Egger / Wedam 2003: 83-84).

Wer sich nicht verständigen kann, wird sprachlos und wird damit auch hilflos. Flüchtlinge und MigrantInnen, die der Landessprache nicht mächtig sind, sind, um kommunizieren zu können, auf die Unterstützung von DolmetscherInnen angewiesen. Dabei ist es notwendig, dass die DolmetscherIn sich in ihrer Ausdrucksweise dem Bildungsniveau der KlientIn anpasst. Eine KlientIn aus Ghana z.B., die nur geringe Schulbildung genossen hat, wird zwar in sehr einfachem Englisch befragt werden können, aber sicherlich kein „Oxford English“ verstehen (vgl. Egger / Wedam 2003: 156).

Nicht nur MigrantInnen, die der Landessprache nicht mächtig sind, haben Probleme, ÄrztInnen zu verstehen. Sogar wenn ÄrztInnen und PatientInnen derselben Kultur angehören und sich in einer gemeinsamen Muttersprache verständigen können, gibt es häufig Verständnisprobleme. Es liegt oft daran, dass ÄrztInnen viele lateinische Wörter verwenden, die die PatientInnen nicht verstehen oder auch daran, dass die meisten PatientInnen überhaupt keine Vorstellung von anatomischen und funktionellen Zusammenhängen haben (vgl. Rásky *et al.* 2003: 110). Auch Pöchlhammer (1997) betont in diesem Zusammenhang, dass durch Faktoren wie große Rollendistanz, ein stark unterschiedliches Bildungsniveau oder Zugehörigkeit zu einer anderen sozialen Schicht

die Kommunikation im Bereich einer Institution erheblich erschwert sein kann, sodass – auch innerhalb einer Sprach – und Kulturgemeinschaft – Kommunikationsbarrieren zu beobachten sind (vgl. *ibid.*: 53). Welche Rollen DolmetscherInnen bei der Überbrückung solcher Kommunikationsbarrieren in medizinischen Einrichtungen zukommen und ob diese mit den Erwartungen an Dolmetschende seitens der PatientInnen / des Betreuungspersonals übereinstimmen, wird im weiteren Verlauf dieser Masterarbeit diskutiert.

1.2.4. *Der Faktor Vertrauen*

Ein wichtiger Faktor beim Dolmetschen im medizinischen Bereich ist das Vertrauensverhältnis zwischen den DolmetscherInnen und den PatientInnen. Die PatientInnen müssen über ihre Probleme, die oft sehr heikler Natur sind, in Anwesenheit einer dritten Person, der DolmetscherIn, sprechen können. Wenn die PatientIn ihr kein Vertrauen entgegenbringt, kann die DolmetscherIn auch nur sehr schwer auf wichtige Hintergrundinformationen zugreifen.

Das Verhältnis zwischen den PatientInnen und den DolmetscherInnen ist nicht immer konfliktfrei. So hebt Pöllabauer (2005) hervor, dass z. B. viele AsylbewerberInnen den DolmetscherInnen misstrauen. Vor allem dann, wenn die DolmetscherInnen und die AsylwerberInnen aus verfeindeten Volksgruppen stammen, z. B. kurdische AsylwerberInnen aus der Türkei und türkische DolmetscherInnen (vgl. *ibid.*: 176 f.). Unter anderem soll in dieser Masterarbeit der Frage nachgegangen werden, ob russischstämmige DolmetscherInnen aufgrund der angespannten Situation zwischen beiden Ländern Misstrauen seitens tschetschenischer Flüchtlinge spüren.

2. Dolmetschethik und Sichtbarkeit

2.1. *Allgemeines zur Dolmetschethik und zur Sichtbarkeit*

Laut vielen Ehrenkodizes ist Unsichtbarkeit eines der wichtigsten Prinzipien für professionelle DolmetscherInnen. Dennoch sind viele AutorInnen der Meinung, dass im Gesundheitswesen eine aktive Teilnahme der DolmetscherIn im ÄrztIn-PatientIn-Gespräch nur von Vorteil ist.

In diesem Zusammenhang stellt Bahadir (2007) die Starrheit der erreichten Standardisierung, z. B. im Hinblick auf die Postulate der Neutralität und Objektivität, der Nichtinvolviertheit und Unsichtbarkeit (vgl. *ibid.*: 226), in Frage. Es gilt also, den durch das Konferenzdolmetschen verbreiteten Mythos des „richtigen“ Dolmetschens als neutrale, reibungslose, technisch perfektionierte, emotional unbelastete Transferleistung abzubauen (vgl. *ibid.*: 231).

Kodizes zielen per definitionem auf ein Ideal ab. Diese Idealtypen seien dabei oft enthumanisiert und „schauen von einem hohen Podest auf die 'normalpraktizierenden' Dolmetscher herab“ (Bahadir 2007: 234). Bahadir vertritt die Ansicht, dass DolmetscherInnen wie auch deren Ethik-ExpertInnen ein Bewusstsein dafür erlangen müssen, dass es „zwar, eher aus formalen Gründen, weiterhin Berufskodizes geben wird, dass diese aber in dem Augenblick, in dem sie 'aufgebaut' werden, auch schon den Abbau implizieren“ (*ibid.*: 235). Wenn eine DolmetscherIn sich auf die autorisierten Kodizes zu stützen versucht, müsse sie feststellen, dass „der Kode an der erlebten Situation vorbei geht, nichts mit der aktuellen Tätigkeit zu tun hat, sogar genau das verlangt, was kontraproduktiv wäre“ (*ibid.*: 213). Aus diesem Grund verleiten mehrere Faktoren die DolmetscherIn dazu, nicht die vom Berufskodex vorgeschriebenen Schablonen anzuwenden, sondern andere, bisher nicht in der professionellen Identität vorhandene Verhaltensweisen zu aktivieren (vgl. *ibid.*: 214).

Darüber hinaus kann eine Dolmetschung nicht neutral sein, weil die Sprachen erhebliche Unterschiede im grammatikalischen Aufbau und Wortschatz aufweisen und spezifische sozio-kulturelle und politische Hintergründe eine wesentliche Rolle für die Translation spielen. Sprache ist an sich also nicht wertneutral, sondern trägt immer spezifische Bewertungen und Färbungen in sich. Aus diesem Grund wird die

Übertragung in eine andere Sprache immer ein Interpretationsangebot mit der ganz persönlichen Färbung der DolmetscherIn sein (vgl. Stöcklmaier 2003: 152).

Angelelli (2004) zufolge besteht die schwere Aufgabe der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich nicht nur darin, die Verständigung zwischen den beiden Parteien zu ermöglichen, sondern auch darin, dass die DolmetscherInnen selbst aktiv an den ÄrztInnen-PatientInnen-Gesprächen teilnehmen. Ein Beispiel dafür wären die Entscheidungen seitens der DolmetscherInnen, je nach Situation höfliche oder weniger höfliche Anreden zu wählen oder das Register zu wechseln, abhängig davon, an welche Partei (ÄrztInnen oder PatientInnen) sich die Information richtet und wie hoch der Grad der Ausbildung der jeweiligen Partei ist. So werden z.B. schwierige technische Begriffe den PatientInnen seitens der DolmetscherInnen mit einfachen Worten erklärt oder beschrieben, um sicherzustellen, dass die Botschaft verstanden wurde:

For example, if a doctor uses a technical term, such as clear liquid diet, the interpreter takes ownership by expanding, explaining, or changing the register for the patient, in order to ensure that the patient understands. Clear liquids then become water, broth, and apple juice. (Angelelli 2004: 77)

Unter diesem Blickwinkel wird die Rolle der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen deutlich, weil die DolmetscherInnen die Verantwortung übernehmen, bestimmte Informationen auszulassen oder hinzuzufügen, etc. Gemäß der traditionellen Berufsethik und des Ehrenkodex ist dieses Verhalten der DolmetscherInnen, wie z.B. Inhalte weglassen, Pauschalisieren etc., natürlich diskutabel. Diese Sichtbarkeit und Teilnahme der DolmetscherInnen an medizinischen Behandlungen geht über die linguistischen Merkmale eines Gespräches zwischen den RednerInnen hinaus:

Visibility and participation are not just present in the linguistic construction of the conversation, they are also essential in:

- Communicating cultural gaps as well as linguistic barriers
- Communicating affect nuances as well as the content of the message
- Establishing trust between all parties to the conversation
- Facilitating mutual respect
- Putting the parties at ease during the conversation
- Creating more balance (or imbalance) during the conversation (by aligning with one of the parties)
- Advocating for or establishing alliances with either party
- Managing the requested and given information (Angelelli 2004: 11)

Aus diesem Zitat wird klar, dass die DolmetscherInnen in der Medizin durch das Abbauen der kulturellen und linguistischen Barrieren, das Aufbauen der Vertrauensbasis zwischen den Parteien, das Fördern des gegenseitigen Respekts, das Interessen-Vertreten der GesprächspartnerInnen, usw. sichtbar werden.

Unsichtbarkeit bedeutet, dass DolmetscherInnen und RednerInnen sowie RednerInnen untereinander nicht in Interaktion miteinander stehen. Die Rolle der DolmetscherInnen beschränkt sich auf jene eines Sprachrohrs (*language switching*). Zudem findet die Dolmetschung in einem sozialen Vakuum statt, da die kulturellen und sozialen Faktoren der Interaktions-TeilnehmerInnen nicht berücksichtigt werden (vgl. Angelelli 2004: 8).

Angelelli möchte durch die Entmystifizierung der unsichtbaren DolmetscherIn aufzeigen, dass eine Professionalisierung der Dolmetschtätigkeit in medizinischen Einrichtungen nur mit einer Neupositionierung und *empowerment* der dolmetschenden Person verwirklicht werden kann (vgl. Bahadir 2007: 72). Für diesen Zweck schlägt Angelelli ein Modell der Sichtbarkeit (*visible model*) vor, in dem die DolmetscherInnen nicht nur aufgrund ihrer linguistischen, sondern auch ihrer sozialen und kulturellen Faktoren sichtbar sind:

The model of visibility that I propose portrays interpreters who are not only linguistically visible, but who are also visible with all the social and cultural factors that allow them to co-construct a definition of reality with other co-participants to the interaction. Interpreters enter the interaction with all of their deeply held views on power, status, solidarity, gender, age, race, ethnicity, nationality, socio-economic status (SES), as well as the cultural norms and social blueprints that encompass the encounter; they use all of these to construct and interpret reality. (Angelelli 2004: 9)

Aus diesem Zitat lässt sich ableiten, dass die Ansichten der DolmetscherInnen bezüglich Status, Macht, Solidarität, Geschlecht, Alter, Rasse, ethnischer Zugehörigkeit, sozio-ökonomischer Status sowie kultureller Normen und des gesellschaftlichen Rahmens in Interaktion mit den Auffassungen anderer Beteiligten treten. Mit anderen Worten: DolmetscherInnen nutzen alle diesen Faktoren, um die Gegenwart zu interpretieren und zu gestalten. Auf diese Weise können sie das Ergebnis der Interaktion z.B. durch die Erleichterung des Zugangs zu Informationen ändern.

Mit ihrem neuen Ansatz will Angelelli (2004) die Komplexität der Dolmetschdynamik in den Vordergrund stellen und aufzeigen, wie die DolmetscherIn als „human being“ in ihrer Beziehung zu den Institutionen und AkteurInnen in der

Interaktionssituation an der Konstruktion von Wissen und Bedeutung beteiligt ist. Als Bestandteile einer Gesellschaft mit eigenen Werten, sozialen sowie kulturellen Normen und einer Interaktion, die von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Rasse etc. geprägt wird, kann von DolmetscherInnen nicht verlangt werden, dass sie sich dem sozialen Prozess, an dem sich alle Menschen beteiligen, entziehen. Ähnlich wie Wadensjö (1998) weist sie auf die Diskrepanzen zwischen den vorgeschriebenen Rollen der Unsichtbarkeit und den in der Praxis ausgeübten sichtbaren Rollen hin (vgl. Bahadir 2007: 73-74).

In diesem Sinne plädieren viele AutorInnen für eine neue Dolmetschethik im medizinischen Bereich. So weist Bahadir (2007) in Anlehnung an Bauman (1995) auf eine Beziehungslosigkeit zwischen Vorgängen in der Praxis des Dolmetschens und den festgefrorenen Verhaltensregeln, ethischen Leitfäden oder verallgemeinernden Forschungsergebnissen hin (vgl. *ibid.*: 236).

In diesem Zusammenhang wurden bereits einige Kodizes gemeinsam mit praktizierenden DolmetscherInnen erarbeitet. Diese stützen sich nicht nur auf die Theorie, sondern auch auf die Praxis. So wurden z.B. die ethnographischen Studien von Angelelli in den Regeln und Standards von *California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention* vom CHIA (Standards & Certification Committee der California Healthcare Interpreters Association) veröffentlicht. Obwohl die sechs ethischen Prinzipien *confidentiality, impartiality, respect for individuals and their communities, professionalism and integrity, accuracy and completeness* und *cultural responsiveness* hier als absolute Prinzipien dargestellt werden, wird das ethische Handeln von einer abstrakten Ebene auf die konkrete Praxis heruntergebracht. Für die AutorInnen dieser Standards existiert ein übergeordneter *Skopos*, der spezifisch für diese Einsatzbereiche ist (vgl. Bahadir 2007: 238):

In healthcare, when we say someone is ethical, we mean that this person has analyzed his or her reasons for a decision or an action, and that this action is aligned with the ultimate goal of supporting the patient's health and well-being and the patient/provider relationship. (CHIA 2000: 32)

Auch Hale (2007) stellte fest, dass sich die Mehrheit der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen nicht ganz an die existierenden Normen der Berufsethik und des Kodex – vollständige Übertragung der Information von einer Sprache in die andere, Neutralität – hält, weil viele der Auffassung sind, dass diese „normative“ Rolle der DolmetscherInnen unrealistisch und sogar unerwünscht ist. Aus diesem Grund bestehe in der Praxis eine große Kluft zwischen den theoretischen Erwartungen, die man an DolmetscherInnen im medizinischen Bereich stellt, und jenen, die in den Ehrenkodizes festgeschrieben sind (vgl. *ibid.*: 45).

Zahlreiche empirische Studien, wie etwa jene von Hale (2007), zeigen, dass manche theoretische Anforderungen an DolmetscherInnen unrealistisch sind, und plädieren deswegen dafür, dass die DolmetscherInnen selbst entscheiden, wie sie handeln und welche Rolle sie übernehmen:

The role prescribed by code of ethics is one that has been challenged by number of scholars (...). The early literature on the role of the interpreter and on what interpreters were expected to do was largely based on personal opinions rather than on any empirical research (...). A number of researches seem to indicate that since descriptive research has demonstrated that interpreters do not interpret accurately, such a norm is impossible, and in turn prescribe a different norm – that interpreters should be free to choose what to interpret and what not to interpret, and define their own role accordingly. (Hale 2007: 126)

Hale (2007) betont, dass die Vollständigkeit beim Dolmetschen nur dann erreicht wird, wenn DolmetscherInnen den Sinn des Gesagten in der anderen Sprache wiedergeben. Dabei wird eine gleiche oder ähnliche Reaktion der ZuhörerInnen erwartet. Mit anderen Worten: Es geht nicht darum, „everything accurately“ zu dolmetschen, so wie es in den meisten Ehrenkodizes steht, sondern um die Übertragung des Sinnes (vgl. *ibid.*: 42).

Aus diesem Kapitel geht hervor, dass den DolmetscherInnen im medizinischen Bereich gewisse Rollen, die auch Konferenz- und GerichtsdolmetscherInnen erfüllen müssen, zugeschrieben werden. Diese verlangen von den DolmetscherInnen u. a. Unsichtbarkeit und Unparteilichkeit. Dadurch, dass das Dolmetschen immer situations- und kontextgebunden ist, ist die Forderung nach absoluter Neutralität und wortgetreuer Verdolmetschung, die seitens zahlreicher Berufsverbände befolgt wird, unangebracht. Anhand unterschiedlicher empirischer Studien wurde gezeigt, dass DolmetscherInnen in der Medizin durch ihr aktives Handeln sichtbar werden. So belegte Angelelli (2004) durch ihre Untersuchung, dass voreingenommenes Handeln in der Praxis keine Seltenheit ist. In dieser Masterarbeit soll untersucht werden, ob DolmetscherInnen für

tschetschenische Flüchtlinge entsprechend Angelellis Modell der Sichtbarkeit agieren und bewusste Entscheidungen wie das Hinzufügen oder das Weglassen von Information treffen, oder sich eher an die Prinzipien der Berufskodizes wie Vollständigkeit und Neutralität halten. In weiteren Unterkapiteln wird die Sichtbarkeit der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich am Beispiel von Angelellis Studie beleuchtet.

2.2. Das Selbstbild der DolmetscherInnen am Beispiel von Angelellis Studie

In diesem Kapitel sollen das Selbstbild der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen sowie unterschiedliche Schwierigkeiten bei der Ausübung ihres Berufes analysiert werden. Ziel ist es dabei, die Antworten der von Angelelli befragten DolmetscherInnen zu sammeln, zu analysieren und herauszufinden, welche Vorstellungen die InterviewpartnerInnen von ihrer Tätigkeit haben, wann sie aktiv agieren, wie sie die anderen Parteien definieren und was aus ihrer Sicht Stress und Anspannung in der Arbeit auslöst.

Als Grundlage dienen die von Angelelli (2004) in einem öffentlichen Krankenhaus *California Hope* in den USA durchgeführten semistrukturierten Interviews mit elf DolmetscherInnen. Alle InterviewpartnerInnen agierten als DolmetscherInnen für lateinamerikanische PatientInnen. Dabei sollten sie vor allem auf die drei folgenden Fragen antworten:

- 1) die Wahrnehmung der Parteien (ÄrztInnen / PatientInnen) aus der Perspektive der DolmetscherInnen;
- 2) worauf die DolmetscherInnen Stress und Anspannung in der Arbeit zurückführen;
- 3) wie die DolmetscherInnen ihre eigene Rolle beschreiben (vgl. Angelelli 2004: 105).

Im Folgenden werden Ergebnisse aus diese Studie präsentiert und ausgewertet.

2.2.1. *Die Wahrnehmung der Parteien (ÄrztInnen / PatientInnen) aus der Perspektive der DolmetscherInnen*

Was den Aspekt der Wahrnehmung der PatientInnen anbelangt, so vertraten die DolmetscherInnen des Krankenhauses *California Hope* die Meinung, dass viele PatientInnen die Fragen seitens des medizinischen Personals nicht konkret beantworten und stattdessen Geschichten erzählen, die für die Erhebung der Krankengeschichte unerheblich sind, da sie über viel Freizeit verfügen und gehört werden wollen (vgl. Angelelli 2004: 111-129).

Manche PatientInnen können weder lesen noch zählen, weil sie aus armen Verhältnissen kommen. So berichtete der Dolmetscher Marcos von einem Fall, als ein Patient die Dosierung eines Medikamentes nicht nachvollziehen konnte, weil er Analphabet war (vgl. *ibid.*: 121).

Weiters schämen sich PatientInnen, wenn sie etwas nicht verstehen. Aus diesem Grund mussten die von Angelelli befragten DolmetscherInnen häufig sprachliche Anpassungen für PatientInnen durchführen und Informationen wiederholen (vgl. *ibid.*: 106-120).

Der Dolmetscher Julio (vgl. *ibid.*: 118-119) wies darauf hin, dass manche PatientInnen auf die Frage „Was tut Ihnen weh?“ nicht direkt antworteten. Stattdessen machten sie eine Selbstdiagnose. Julio musste dann die Frage umformulieren, um eine Antwort zu bekommen.

In ihrer Studie kam Angelelli außerdem zum Schluss, dass PatientInnen sehr expressiv und extrem vertrauensvoll gegenüber denjenigen, die sich um ihre Gesundheit kümmern, sind. Andererseits befolgen viele PatientInnen nicht immer medizinische Anweisungen, vor allem, wenn es ihnen besser geht und wenn es ihrem Volksglauben widerspricht (vgl. *ibid.*: 108-125).

Kulturbedingte Besonderheiten wurden in den Interviews oft hervorgehoben. So teilten einige DolmetscherInnen mit, dass mexikanische PatientInnen mit der amerikanischen Schmerzskala nicht vertraut sind und eine andere Vorstellung von Schmerz haben. Es stellte sich heraus, dass mexikanische PatientInnen nicht verstehen, wie man Schmerz nach amerikanischem System quantifizieren kann. Aus diesem Grund müssen DolmetscherInnen immer wieder die amerikanischen ÄrztInnen darauf

aufmerksam machen, dass die PatientInnen mehr Aufklärung in diesem Bereich brauchen (vgl. *ibid.*: 120-122).

Ferner waren viele befragte DolmetscherInnen der Auffassung, dass die PatientInnen manchmal sehr unhöflich sind. Dies war besonders dann der Fall gewesen, wenn sie lange Zeit auf ihre Behandlung warten mussten oder wenn sie von den ÄrztInnen nicht das Rezept bekamen, das sie, ihrer Meinung nach, brauchten. Es kam auch vor, dass PatientInnen das System missbrauchten und andere wie ihre Sklaven behandelten. So berichtete der Dolmetscher Joaquín, dass dies die Wahrnehmung des öffentlichen Krankenhauses seitens mancher PatientInnen war. Wenn sich ihre Erwartungen nicht erfüllten, so stritten sie mit Joaquín oder bezweifelten sogar seine Bereitschaft, ihnen zu helfen (vgl. *ibid.*: 116-122).

Was die Wahrnehmung der ÄrztInnen betrifft, sammelte Angelelli (2004) folgende Aussagen: Die ÄrztInnen seien „gut ausgebildet“, „mächtig“ und „human“ aber auch, wie manche behaupteten, „trocken“ und „unhöflich“. Sie stehen unter Zeitdruck und brauchen präzise Informationen seitens der PatientInnen. Auch das mangelnde Wissen der ÄrztInnen über die Kultur der lateinamerikanischen PatientInnen wurde in den Interviews erwähnt (vgl. *ibid.*: 105-122).

Die Hierarchie wurde seitens der DolmetscherInnen mehrmals betont. Dazu erläuterte der Dolmetscher Joaquín Folgendes: „[...] here the doctor is God and everyone is below him“ (*ibid.*: 116). Aus diesem Grund kann sich die DolmetscherIn nicht erlauben, die ÄrztIn zu korrigieren oder zu unterbrechen: „You can’t interrupt the doctor here because it is very important that you don’t lock horns with the doctors ...due to the hierarchy [...]“ (*ibid.*).

In Bezug auf kulturelle Unterschiede zwischen den beiden Parteien berichtete die lateinamerikanische Dolmetscherin Elda, dass sie selbst die ÄrztInnen in Nordamerika wegen deren Outfits nicht sehr ernst nimmt, denn „they show up to appointments wearing tennis shoes“ (*ibid.*: 112). Sie meinte, dass diese Tatsache bei manchen lateinamerikanischen PatientInnen einen Schock auslöst, weil diese gewohnt sind, die ÄrztInnen in ihren Ländern als Verkörperung von Autorität zu sehen. Manche PatientInnen konnten nicht glauben, dass sie ÄrztInnen vor sich hatten: „Some patients cannot believe that the person in front of them is, in fact, the doctor, [and they] keep asking me for the real one“ (*ibid.*: 113).

Eine andere Dolmetscherin berichtete außerdem, dass die ÄrztInnen in Mexiko nicht der ständigen Drohung von Anklagen seitens der PatientInnen ausgesetzt sind, da die mexikanischen PatientInnen ihnen mehr Respekt und Vertrauen entgegenbringen als die US-amerikanischen PatientInnen den ÄrztInnen in den USA. Sie glaubte, dass nordamerikanische ÄrztInnen aus Angst, angeklagt zu werden, Präzision und Genauigkeit anstreben (vgl. *ibid.*: 122). Auch Vicente war der Meinung, dass die ÄrztInnen in den USA weniger Respekt seitens der PatientInnen als in Lateinamerika genießen: „In the Hispanic culture, going to the doctor is like going to the priest.“ (*ibid.*: 126).

2.2.2. Worauf die DolmetscherInnen Stress und Anspannung in der Arbeit zurückführen

Als Stressfaktor wurden von den DolmetscherInnen des Krankenhauses *California Hope* häufig Fachtermini genannt. ÄrztInnen benutzen oft eine sehr komplizierte Fachsprache. In solchen Fällen versuchten die DolmetscherInnen, den PatientInnen die spezifischen Begriffe in einfachen Worten zu erklären, die Information zu paraphrasieren, die Sprache an das Niveau der PatientIn anzupassen, um sicherzustellen, dass sie mit den medizinischen Begriffen oder sonstigen Informationen zurechtkommen (vgl. *ibid.*: 108).

Auch umgekehrt mussten Anpassungen herbeigeführt werden. Wenn PatientInnen die Umgangssprache benutzten, wurde diese den ÄrztInnen auf höherem sprachlichen Niveau gedolmetscht (vgl. *ibid.*: 121).

Einen weiteren Stressfaktor stellten unterschiedliche Dialekte dar. Die Dolmetscherin Mariana berichtete, dass sie manchmal die PatientInnen nach einer Erklärung fragen musste, wenn sie einen Dialektausdruck nicht verstand. Ein Beispiel: Ein Patient benutzte den ihr unbekannten lateinamerikanischen Ausdruck „tengo grima“. Erst als der Patient ihr den Ausdruck erklärte, und zwar mit der Beschreibung „it makes you want to vomit“, konnte ihn Mariana richtig dolmetschen (vgl. *ibid.*: 122).

Wie im Verlauf dieser Arbeit bereits erwähnt wurde, können viele PatientInnen nicht konkret auf Fragen antworten. Aufgrund des Zeitmangels in medizinischen Einrichtungen führt diese Tatsache oft zu Irritationen seitens der ÄrztInnen. In diesem

Zusammenhang beschrieb Angelelli (2004) ein Interview mit dem Dolmetscher Joaquín auf folgende Weise: „Joaquín knows that the doctors are always pressed for time. He also realizes that patients sometimes contribute to these pressures by telling stories rather than answering the questions” (ibid.: 115). In diesem Zusammenhang fand es Angelelli berechtigt, dass DolmetscherInnen unter solchen Umständen unwichtige Aussagen auslassen und die Information filtern.

Dieses Filtern der Information sei aber gleichzeitig mit viel Verantwortung verbunden. So ist es manchen DolmetscherInnen bewusst, dass Glauben und Vorurteile Entscheidungen der DolmetscherInnen beeinflussen. Der Dolmetscher Joaquín war z. B. der Meinung, dass diese Verantwortung enorm ist, da er als Dolmetscher die Entscheidung trifft, welche Aussagen der PatientIn gedolmetscht werden. Aufgrund des Zeitmangels sei diese Fähigkeit, die Information zu selektieren, das Wichtigste in der Arbeit der medizinischen DolmetscherInnen (vgl. ibid.: 117).

Der Faktor „Vertrauen“ stellt manchmal auch eine Herausforderung beim Dolmetschen im Gesundheitswesen dar. So gibt es in der Praxis Fälle, in denen die ÄrztInnen bezweifeln, ob ihre Worte den PatientInnen korrekt gedolmetscht wurden. Die Dolmetscherin Annette erzählte, dass ein Arzt etwas Spanisch konnte und Annette fragte, ob sie die Information korrekt übertragen hatte, wodurch sie sich beleidigt fühlte (vgl. ibid.: 110).

Als Strategie, um ein Vertrauensverhältnis zu den PatientInnen und ÄrztInnen aufzubauen, benutzen viele befragte DolmetscherInnen ihre Stimme, die als entscheidendes Werkzeug für die Kommunikation gilt. So sprach etwa die Dolmetscherin Elda mit einer sehr weichen Stimme, wenn sie z. B. nach Symptomen der PatientInnen fragte oder ihr Vertrauen gewinnen wollte (vgl. ibid.: 113).

Für Dolmetscher Julio war das Vertrauen der PatientInnen eine Herausforderung, da manche von ihm nicht nur eine gute Dolmetschleistung, sondern auch eine moralische Unterstützung und manchmal sogar einen persönlichen Rat erwarteten (vgl. ibid.: 119).

Auch ÄrztInnen setzen DolmetscherInnen zusätzlich unter Druck, denn es kommt in der Praxis häufig vor, dass sie sich nach der persönlichen Meinung der DolmetscherInnen bezüglich der PatientInnen erkundigen. Dies geschieht manchmal sogar in der Anwesenheit der PatientInnen (vgl. ibid.: 119).

Aus den Interviews geht außerdem hervor, dass sich manche PatientInnen nicht auf die Behandlung konzentrieren konnten, weil sie ihre Kinder mitgebracht hatten und ihnen mehr Aufmerksamkeit als den ÄrztInnen schenkten. Der Dolmetscher Mauro berichtete diesbezüglich: „Often they bring two or three children to the appointment, who keep running around. They say yes to everything. The doctor is explaining something to them, they say yes, but they are paying more attention to the child who is climbing on the table“ (ibid.: 123).

Einen weiteren Stressfaktor beim Dolmetschen im Gesundheitswesen stellt der emotionale Druck dar. So teilte die Dolmetscherin Annette mit, dass sie instinktiv mütterliche Gefühle gegenüber einem jungen Patienten zeigte, der einen Unfall erlebt hatte. Danach stellte sie fest, dass dieses Verhalten zu schweren Missverständnissen führen könnte (vgl. ibid.: 110).

Auch die Dolmetscherin Consuelo betonte den enormen emotionalen Druck, dem sie während ihrer Einsätze ausgesetzt war. Aus diesem Grund versucht sie, nicht zu viele Dolmetschaufträge für die gleichen PatientInnen zu übernehmen, um die emotionale Bindung zu ihnen zu vermeiden (vgl. ibid.: 112).

2.2.3. Wie die DolmetscherInnen ihre eigene Rolle beschreiben

DolmetscherInnen in der Medizin nehmen multiple Rollen ein und tragen damit eine enorme Verantwortung. Im Folgenden werden Metaphern präsentiert, die die von Angelelli befragten DolmetscherInnen benutzten, um ihre Tätigkeit und Aufgaben zu beschreiben.

Annette sah sich als eine Brücke, die aus dem Vertrauen derjenigen besteht, die diese Brücke überqueren: „as a bridge that may exist built on the trust of those crossing it“ (ibid.: 110).

Consuelo beschrieb ihre Rolle folgendermaßen: „part of her role is to smooth things“, wenn ÄrztInnen mit PatientInnen zu abrupt sprechen und unhöflich sind (vgl. ibid.: 111).

Für Elda bedeutet eine Dolmetscherin im Gesundheitswesen zu sein, viele Rollen gleichzeitig einzunehmen. So musste sie nicht nur zwischen den Sprachen umschalten können, sondern auch die Information vereinfachen und einen Weg bahnen

(„a pathway paver“). Sie sei auch eine PatientInnen-Fürsprecherin („an advocate“) und auf diese Weise eine echte Partnerin in der Kommunikation (vgl. *ibid.*: 114).

Joaquín definierte sich selbst als Diamantenkenner („diamond connoisseur“), da er die Information aussondern musste. Das Dolmetschen sei für ihn wie das Suchen nach Diamanten im „Müll“, wobei die „Diamanten“ die wesentliche Information darstellen: „It is like looking for diamonds in the trash, right, what the patient is saying is important, and it is the interpreter’s and the doctor’s decision to want to hear it.“ (*ibid.*: 116).

Joaquín betonte außerdem, dass er manchmal Informationen hinzufügen muss, um die abrupten Aussagen der ÄrztIn etwas zu glätten, damit die PatientIn nicht das Gefühl bekommt, dass die ÄrztIn ihr nicht helfen will:

For example, a mother comes with a baby and asks for cough syrup, and the doctor says, „No, tell them that we do not like giving cough syrup to the babies,“ I take it upon myself to explain that doctors do not like to give babies cough syrup, because they think that the cough helps to clean the baby’s lungs and get rid of the phlegm, and if they give the baby [this] syrup, there is a risk of sediments accumulating. So, in five seconds I have explained the patient the reason and the patient does not feel that the doctor doesn’t want to help. (Angelelli 2004: 115)

Mauro und Mariana sahen sich selbst als Bindeglied zwischen den beiden Parteien, das notwendig war, damit bestimmte Informationen nicht verloren gehen. Mauro benutzte zahlreiche Metaphern, um seine Tätigkeit zu beschreiben: „a door opener“, „someone who helps patients navigate the system“, „the patient’s voice“ und „an arbitrator, having to mediate between both parties and deciding when he is going to tone down harsh comments, or when he will harden words that are a little too soft“ (*ibid.*: 123-124). Mariana beschrieb sich zusätzlich als „a team player in a very complex game“ (*ibid.* 121-122).

Roberto sah seine Position als „standing on the edge of a sea cliff“, als jemand, der ein Gleichgewicht zwischen den PatientInnen, die ihre Gefühle ausdrücken wollen, und den ÄrztInnen, die ungeduldig werden, wenn sie Zeit verlieren, wahren will: „He feels the need to maintain a balance between patients who are used to being heard and who need to express themselves, and doctors who get impatient when time is lost in building rapport“ (*ibid.*: 124).

Der Dolmetscher Vicente verglich sich selbst mit einem Minenarbeiter („mine digger“), weil er „tief graben“ müsse, um zur „versteckten und wertvollen“ Information

zu kommen. Er übernehme auch die Verantwortung, die schlechten Nachrichten seinen KlientInnen in einer kulturell angepassten Form zu übermitteln (vgl. *ibid.*:126).

2.2.4. Unterteilung der DolmetscherInnen in vier Gruppen nach Angelelli

Aus Angelellis Studie wird deutlich, dass das Selbstbild der DolmetscherInnen nicht immer den Definitionen entspricht, die in der Literatur beschrieben werden. DolmetscherInnen definieren sich selbst nicht einfach als „cultural brokers“ oder „Ko-TherapeutInnen“, sondern vergleichen sich mit anderen BerufsexpertInnen und verwenden zahlreiche Metaphern, um die Komplexität der DolmetscherInnenrollen zu unterstreichen. Im Folgenden wird die Unterteilung der DolmetscherInnen in vier Gruppen nach Angelelli präsentiert.

Zu der ersten Gruppe gehören DolmetscherInnen als DetektivInnen. Eine DolmetscherIn sei eine DetektivIn, weil sie PatientInnen Fragen stellt und dabei hofft, eine Antwort zu finden. Sie spüre eine große Verantwortung, nicht nur, weil das medizinische Personal auf sie angewiesen ist, um eine Entscheidung zu treffen, sondern auch, weil sie manchmal in Abwesenheit des medizinischen Personals agieren müsse. Das Hauptziel der DolmetscherIn als DetektivIn sei es, das Problem zu lösen. Es wird nur wenig an die enorme Verantwortung der DolmetscherInnen gedacht, wenn sie als DetektivInnen agieren (vgl. Angelelli 2004: 129-130).

Die zweite Gruppe sind DolmetscherInnen, welche die Rolle sogenannter „Mehrzweck-Brücken“ (*multi-purpose bridge*) einnehmen. DolmetscherInnen im medizinischen Bereich erfüllen wesentliche Aufgaben, da nur sie die beiden Parteien verstehen und die beiden Kulturen kennen. Sie sind gleichzeitig ZuhörerInnen und Stimmen der beiden GesprächspartnerInnen und schlagen eine Brücke zwischen diesen. Unter Zeitdruck sehen sich die DolmetscherInnen gezwungen, die PatientInnen zu unterbrechen, wenn sie keine konkreten Antworten bekommen, zu komprimieren und zusammenzufassen, ohne das medizinische Personal darüber zu informieren, etc. In diesem Sinne beschreiben sich DolmetscherInnen als „bridges for the different levels of the cross-linguistic and cross-cultural encounter“ (vgl. *ibid.*: 130-131).

Die dritte Gruppe sind DolmetscherInnen als „KennerInnen der Diamanten“ (*diamond connoisseur*). PatientInnen erzählen manchmal Geschichten, die für die

medizinische Behandlung nicht relevant sind. Ihre Erzählungen sind dabei wie ein Sack voll von Steinen, Diamanten und Erde. In dieser Metapher stehen Diamanten für wichtige Informationen, die Steine repräsentieren unwichtige Information und die Erde hält diese Teile zusammen („the dirt is the discourse that glues them together“). Es ist wichtig, dass DolmetscherInnen die Diamanten von den Steinen unterscheiden, also Information selektieren. Die Schwierigkeit besteht hier darin, dass etwas, das wie ein Stein aussehen kann, ein Diamant sein könnte und umgekehrt. Aus diesem Grund übernehmen DolmetscherInnen auch in dieser Rolle eine enorme Verantwortung, wenn sie die Aussagen der PatientInnen filtern müssen (vgl. *ibid.*: 131).

Die letzte Gruppe besteht aus DolmetscherInnen als „Bergmännern“. Wie viele DolmetscherInnen in Angelellis Studie betonten, sei es oft sehr schwierig, zu notwendigen Informationen über die PatientInnen zu gelangen. Unter solchen Umständen müssen DolmetscherInnen einen Weg finden, die Information zu extrahieren. In diesem Sinne graben DolmetscherInnen so lange, bis sie das Gold finden. Angelelli unterstreicht dabei, dass DolmetscherInnen auf dem Weg zum Gold auf verschiedene Schwierigkeiten stoßen können. Eine dieser Schwierigkeiten ist die fehlende Kooperationsbereitschaft seitens einiger PatientInnen. Eine andere ist das Gefühl der PatientInnen, unter Druck zu stehen, wenn sie mit zu vielen Fragen überhäuft werden. Hinzu kommt das Schamgefühl, wenn sie manche Fragen nicht beantworten können. In diesem Fall sollen DolmetscherInnen fähig sein, die gleiche Frage auf eine andere Art und Weise zu stellen. Sie müssen hartnäckig sein, um „das Gold“ zu finden (vgl. *ibid.*: 131- 132).

2.2.5. Zusammenfassung von Angelellis Studie

Aus Angelellis Studie geht deutlich hervor, dass DolmetscherInnen eine aktive Rolle beim Dolmetschen im medizinischen Bereich einnehmen. Sie ergreifen die Initiative und entscheiden, welche Information gedolmetscht und welche ausgelassen wird, fassen zusammen, fügen Erklärungen hinzu, machen die beiden Parteien auf kulturelle Besonderheiten aufmerksam, formulieren Fragen um, passen die Sprache an das Niveau der PatientInnen oder ÄrztInnen an, usw. Durch ihr aktives Handeln werden

DolmetscherInnen im medizinischen Bereich sichtbar und üben einen enormen Einfluss auf den Ausgang der Behandlung aus.

In der Ausübung ihres Berufes stoßen DolmetscherInnen auf viele unterschiedliche Probleme. Einige davon sind bestimmte Dialekte der PatientInnen, emotionale und zeitliche Belastung, medizinische Fachtermini, Vertrauensmangel seitens der beiden Parteien, etc.

Wie anhand unterschiedlicher Beispiele gezeigt wurde, greifen viele der von Angelelli befragten DolmetscherInnen bei der Beschreibung des Selbstbildes zu zahlreichen Metaphern und vergleichen sich mit unterschiedlichen BerufsexpertInnen. Diese Tatsache beweist noch einmal, dass die Rolle der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen aufgrund ihres Facettenreichtums nicht leicht zu definieren ist und weit über eine sprachliche Leistung hinausgeht.

3. Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich

3.1. Allgemeines zu Anforderungs- und Rollenprofilen für Dolmetschen im kommunalen Bereich

Für DolmetscherInnen eröffnet sich im medizinisch-therapeutischen Bereich ein komplexes und herausforderndes Tätigkeitsfeld, das oft widersprüchliche Anforderungen mit sich bringt (vgl. Pöllabauer 2003: 21). Nicht selten geraten DolmetscherInnen aufgrund der widersprüchlichen Anforderungen seitens der beiden Gesprächsparteien in Rollenkonflikte („HelferIn“ vs. neutrales „Sprachrohr“). Die beiden Parteien erwarten, dass die DolmetscherInnen ihre Interessen vertreten, und besitzen oft diskrepante Vorstellungen von den Aufgaben der DolmetscherInnen (vgl. *ibid.*: 203).

Zudem sind DolmetscherInnen auch immer wieder mit der Forderung nach einer „wörtlichen“ bzw. einer „Wort-für-Wort“-Übersetzung konfrontiert. Allerdings wird von ihnen u. a. auch eine kultursensitive Übertragung erwartet. Hier stellt sich die Frage, von welchen Prämissen DolmetscherInnen sich bei ihrer Tätigkeit leiten lassen und inwieweit ihr Verhalten von Berufs- und Verhaltenskodizes oder den Erwartungen bestimmter GesprächsteilnehmerInnen geleitet wird (vgl. Pöllabauer 2005: 76-77).

Darüber hinaus wird von DolmetscherInnen einerseits Neutralität verlangt – d.h. Transformation von einer Sprache in die andere, ohne Wertung, Zusammenfassung, Weglassen oder sonstige Beeinflussung. Andererseits wird die DolmetscherIn, besonders dann, wenn sie aus dem Herkunftsland der KlientIn kommt, oft auch als Auskunftsperson, LänderexpertIn oder sogar Sachverständige eingesetzt (vgl. Stöcklmair 2003: 152).

Im nächsten Unterkapitel werden die von Pöchhacker (2000) im Jahr 1997 im Rahmen der Wiener *Community Interpreting*-Studie erhobenen empirischen Daten zu Anforderungen und Aufgabenprofilen der DolmetscherInnen für die Zwecke dieser Arbeit erörtert und ausgewertet (vgl. *ibid.*: 237-270).

3.2. Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich nach Franz Pöchhacker

Im Folgenden werden Befragungsergebnisse der im Jahr 1997 von Pöchhacker durchgeführten Wiener *Community Interpreting*-Studie dargestellt, welche erst im Jahr 2000 ausgewertet wurden (vgl. Pöchhacker 2000: 237). Dabei ging es insbesondere um den Aspekt der *Aufgaben- und Rollenprofile von Dolmetschenden*. Neben den 508 befragten MitarbeiterInnen von zwölf Wiener Krankenhäusern und dem Personal der 17 Wiener Bezirksämter für Jugend und Familie nahmen an der Studie 16 Dolmetschende teil. Die befragten Dolmetschenden waren: sechs „Muttersprachliche BeraterInnen“, fünf Personen aus der Liste der „Fremdsprachkundigen“ des AKH und fünf ungeschulte DolmetscherInnen an den Ämtern für Jugend und Familie (AJF) (vgl. *ibid.*: 247). Pöchhacker stützte sich für seine Forschung auf eine quantitative Methode, bei welcher er Daten mittels der ausgefüllten Fragebögen erhob.

Unter dem Titel: „Welche Anforderungen sollten Ihrer Meinung nach Personen erfüllen, die eine problemlose Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen ermöglichen sollen?“ bat Pöchhacker (2000) das Betreuungspersonal, eine Reihe von Kompetenz- bzw. Eignungsfaktoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Anforderungsprofil zu beurteilen und erarbeitete einen Fragebogen mit insgesamt zehn im Folgenden dargelegten Fragepunkten:

- . gleiche Kulturzugehörigkeit wie PatientInnen bzw. KlientInnen
- . gleiches Geschlecht wie PatientInnen bzw. KlientInnen
- . perfekte Zweisprachigkeit
- . gründliches Verständnis der betreff. (Fremd-)Kultur
- . Schulabschluss auf Maturaniveau
- . gründliche medizinische Fachkenntnisse/Ausbildung in Sozialarbeit
- . Ausbildung im Dolmetschen
- . „allgemein gerichtlich beeideter Dolmetscher“
- . absolut neutrales Verhalten
- . Diskretion und Verschwiegenheit (Pöchhacker 2000: 245)

Spezifische Aspekte der translatorischen Kompetenz im Zusammenhang mit den Anforderungen an Dolmetschende nahm Pöchhacker in die Fragestellung zum „Aufgaben- und Rollenprofil“ auf. Diese setzten sich aus folgenden neun Aufgabenstellungen zusammen, welche über die idealtypischen Leistungsanforderungen eines möglichst genauen und getreuen Transfers ausgangssprachlicher Äußerungen hinausgehen:

- . Vereinfachen der fachlichen Ausdrucksweise für die Pat./Klient.
- . Erklären von Fachbegriffen für die Pat./Klient.
- . Zusammenfassen umständlicher Aussagen der Pat./Klient.
- . Weglassen nebensächlicher Aussagen zur Vermeidung von Zeitverlust
- . Abklären von unbestimmten Aussagen durch direktes Nachfragen
- . Erläutern fremdkultureller Hintergründe und Bedeutungen
- . Aufmerksam machen auf Missverständnisse im Gespräch
- . selbständige Fragen und Mitteilungen auf Ersuchen des Personals
- . Ausfüllen von Formularen mit den Pat./Klient. (Pöchhacker 2000: 245)

In seiner Forschung ging Pöchhacker anhand dieser Fragepunkte der Frage nach, ob sich KommundolmetscherInnen, wenn diese mit den HandlungspartnerInnen interagieren, mit komplexen *Anforderungen und Rollenerwartungen* konfrontiert sehen. Darüber hinaus wollte er herausfinden, inwieweit eine Überfrachtung der DolmetscherInnenrolle im Vergleich zur *Rollenauffassung der Dolmetschenden* gegeben ist (vgl. Pöchhacker 2000: 246).

Allerdings hob Pöchhacker bei der Auswertung der empirischen Daten hervor, dass eine differenzierte Betrachtung und Gegenüberstellung der Rollenprofile methodisch insofern problematisch war, als den über 600 MitarbeiterInnen der Krankenhäuser und Jugendämter nur eine kleine und überaus heterogene Gruppe von Dolmetschenden gegenüberstand, die zu diesem Thema befragt werden konnten. Dabei betonte Pöchhacker, dass diese Untersuchung keine klare Antwort auf die Frage nach extra-textuell manifestierten Translationsnormen für das Dolmetschen im medizinischen

und sozialen Bereich zu geben vermöge, sondern einen tiefgreifenden Reflexions- und Bewusstseinsbildungsprozess in Bezug auf Festlegung verbindlicher Ansprüche an Dolmetschleistungen und deren Aufgaben- und Rollenproblematik fördert (vgl. Pöchhacker 2000: 266-269).

Die Ergebnisse, die Pöchhacker in Zusammenhang mit der professionellen Funktion der Befragten und bezogen auf das Geschlecht darstellte, sowie die Befragung von GebärdensprachdolmetscherInnen, werden in der vorliegenden Masterarbeit nicht präsentiert, da diese für die Fragenstellungen dieser Arbeit nicht relevant sind.

Im Folgenden werden zu drei Teilaspekten der Fragestellung von Pöchhackers Studie – Anforderungen an Dolmetschende (Nutzererwartungen), Aufgabenprofil (Nutzererwartungen) und Rollenauffassung (Aufgabenprofil) der Dolmetschenden – die entsprechenden Befragungsergebnisse dargestellt.

3.2.1. Anforderung an Dolmetschende (Nutzererwartungen)

In seiner Studie stellt Pöchhacker (2000) fest, dass als wichtigste Anforderungen für die Befragten *Diskretion und Verschwiegenheit* (90% „sehr wichtig“) gelten. Zwei Drittel der Befragten verlangen von Dolmetschenden *absolut neutrales Verhalten*. Die *perfekte Zweisprachigkeit* wurde nur von knapp der Hälfte der Befragten als „sehr wichtig“ eingestuft und liegt damit nur an dritter Stelle. Ein *gründliches Verständnis der betreffenden (Fremd-)Kultur* wurde dagegen nur von 28% auf der höchsten Wichtigkeitsstufe bewertet (vgl. Pöchhacker 2000: 248-249).

Andererseits stellt Pöchhacker (2000) fest, dass Anforderungen wie die Qualifikationsbescheinigung „*allgemein gerichtlich beeideter Dolmetscher*“ (74%), *Schulabschluss auf Maturaniveau* (66%) und *gleiches Geschlecht wie die PatientInnen bzw. KlientInnen* (62%) als eindeutig „unwichtig“ eingestuft werden. Auch gleiche *Kulturzugehörigkeit wie die PatientInnen bzw. KlientInnen* wurde von 44%, und eine *Ausbildung im Dolmetschen* von 39% der Befragten als „unwichtig“ beurteilt (vgl. *ibid.*: 249).

Als „eher wichtig“ wurden die *gründlichen medizinischen Fachkenntnisse* (53%) bzw. eine *Ausbildung in Sozialarbeit* (53%) sowie ein *gründliches Verständnis der betreffenden (Fremd-)Kultur* (54%) bewertet. Für 43% der Befragten sind *gleiche*

Zugehörigkeit wie die PatientInnen bzw. KlientInnen und für 40% eine *Ausbildung im Dolmetschen* „eher wichtig“, wobei die gleichen Anforderungen von 44% bzw. 39% als „unwichtig“ eingestuft wurden (vgl. Pöchhacker 2000: 249).

3.2.2. Aufgabenprofil (Nutzererwartungen)

Was den Umfang des Aufgabenbereichs von DolmetscherInnen in der Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen anbelangt, so kommt Pöchhacker (2000) zum Schluss, dass das *Aufmerksammachen auf Missverständnisse* für 96% des befragten Personals sowie das *Ausfüllen von Erhebungsblättern und Formularen mit den PatientInnen bzw. KlientInnen* für 92% zur Aufgabe von DolmetscherInnen in ihrem institutionellen Umfeld gehört, obwohl „diese sich nicht auf die translatorische Wiedergabe als solche beziehen“ (ibid.: 252). Ähnliches gilt auch für das *Abklären von unbestimmten Aussagen durch direktes Nachfragen bei Pat. bzw. Klient.* (88% „ja“). Das *Weglassen von nebensächlichen Aussagen zur Vermeidung von Zeitverlust* wird dagegen nur von einem Drittel der Befragten gebilligt (vgl. ibid.).

Pöchhacker (2000) macht auch auf das geringere Maß an Zustimmung (jeweils 62%) in Zusammenhang mit zwei Aufgabenstellungen aufmerksam: *Erläutern fremdkultureller Hintergründe und Bedeutung für das Personal* und *eigenständiges Formulieren von Mitteilungen auf Ersuchen des Personals* (vgl. ibid.: 252).

Andere Aufgaben, wie das *Vereinfachen der Ausdruckweise für PatientInnen bzw. KlientInnen* (82%), das *Erklären von Fachausdrücken für PatientInnen bzw. KlientInnen* (87%) und das *Zusammenfassen umständlicher Aussagen der PatientInnen bzw. KlientInnen* (73%) werden hingegen deutlich befürwortet (vgl. ibid.: 252-253).

3.2.3. Rollenauffassung der Dolmetschenden

In seiner Studie geht Pöchhacker auf die Frage ein, inwieweit sich das Aufgabenprofil, das DolmetscherInnen von NutzerInnen zugeschrieben wird, mit jenem deckt, das sich aus der Rollenauffassung der Dolmetschenden selbst ergibt. Dafür hat er im Rahmen der *Community Interpreting*-Studie 16 LautsprachdolmetscherInnen befragt.

Für mindestens drei Viertel der befragten LautsprachdolmetscherInnen gehört sowohl das *Vereinfachen der Ausdrucksweise* als auch das *Erklären von Fachausdrücken für PatientInnen bzw. KlientInnen* zu ihrem Aufgabenprofil als DolmetscherInnen. Vier Fünftel der Befragten sehen auch das *Erläutern fremdkultureller Hintergründe und Bedeutung für das Personal* als Bestandteil ihrer DolmetscherInnenrolle. 94% befürworten das *Zusammenfassen umständlicher Aussagen der PatientInnen/KlientInnen* und nur 44% stimmen dem *Weglassen von nebensächlichen Aussagen zur Vermeidung von Zeitverlust* zu (vgl. Pöchhacker 2000: 256).

Als Teil ihrer DolmetscherInnenrolle sehen 63% der Befragten das *Ausfüllen von Erhebungsblättern und Formularen mit den PatientInnen* und 44% das *eigenständige Formulieren von Mitteilungen (zu Diagnose und Therapie) auf Ersuchen des Personals*. Alle Befragten bejahen das *Abklären unbestimmter Aussagen durch direktes Nachfragen* (100%) und für eine Mehrheit der Dolmetschenden stimmt das *Aufmerksammachen auf Missverständnisse* mit ihrer Rollenauffassung (94%) überein (vgl. Pöchhacker 2000: 256-257).

3.2.4. Fazit von Pöchhackers Studie: Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich

Die Untersuchung von Pöchhacker (2000) zeigt, dass vom Betreuungspersonal nur minimale Anforderungen an die Kenntnisse und Fertigkeiten von Dolmetschenden gestellt werden, denen sie aber gleichzeitig professionelles Rollenverhalten und ethisches Verhalten abverlangen. Pöchhacker hebt hervor, dass die Anforderungen an Personen, die eine problemlose Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen ermöglichen sollen, welche von den mehr als 600 befragten MitarbeiterInnen der Wiener Krankenhäuser und Jugendämter gestellt werden, sich primär auf das Verhalten (Neutralität und Verschwiegenheit) der Dolmetschenden beziehen. Bildungsbezogene Qualifikationen wie Sprach- und Kulturkompetenz, Allgemeinbildung, Sachkenntnisse oder eine Ausbildung im Dolmetschen sind dagegen nur von sekundärer Bedeutung. Bestenfalls wurden diese Anforderungen als „eher wichtig“, vielfach aber als „unwichtig“ eingeschätzt. Als ausschlaggebend scheint dabei die Auffassung, dass die

Forderung nach Allgemeinbildung (*Schulabschluss auf Maturaniveau*) von zwei Dritteln der Befragten für „unwichtig“ gehalten wird. Dies habe damit zu tun, dass in den Wiener Krankenhäusern vor allem (Schul)-Kinder und Reinigungskräfte als Dolmetschende fungieren (vgl. *ibid.*: 263-269).

Auch die *gleiche Kulturzugehörigkeit wie Pat./Klient.* und das *gleiche Geschlecht* sind als Anforderungen an Dolmetschende aus der Sicht des Betreuungspersonals nicht von Bedeutung (vgl. *ibid.*: 264).

Eine weitere Erkenntnis, zu der Pöchlhammer (2000) gelangt ist, ist jene, dass sich trotz der bescheidenen Anforderungen, welche NutzerInnen an die Kompetenz von Dolmetschenden stellen, in der Befragung durchaus anspruchsvolle Erwartungen manifestieren, was die Aufgabe(n) von DolmetscherInnen in der Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen bzw. KlientInnen betrifft (vgl. *ibid.*: 279). Im Zuge der Analyse des Aufgabenprofils aus Nutzerperspektive konzentrierte sich Pöchlhammer auf diverse Aspekte, die über den Transfer ausgangssprachlicher Äußerungen hinausgehen. Es stellte sich heraus, dass die Befragten die idealtypische Leistungsanforderung einer möglichst genauen und getreuen Wiedergabe befürworten (vgl. *ibid.*: 264). So lehnte eine Mehrheit der über 600 befragten NutzerInnen das *Weglassen nebensächlicher Aussagen zur Vermeidung von Zeitverlust* kategorisch ab (vgl. *ibid.*). In diesem Zusammenhang entspricht diese Erwartung den in den Ehrenkodizes vorgeschriebenen Anforderungen an DolmetscherInnen, die für Präzision und Genauigkeit plädieren.

Pöchlhammer (2000) macht ebenso darauf aufmerksam, dass den DolmetscherInnen durch *Vereinfachen der Ausdruckweise* und *Erklären von Fachbegriffen* einerseits eine „zusammenfassende Bearbeitung der Gesprächsanteile von KlientInnen (PatientInnen) zugemutet und andererseits auch die Verantwortung auferlegt wird, die Äußerungen des Betreuungspersonals für die Nichtdeutschsprachigen möglichst verständlich aufzuarbeiten“ (*ibid.*: 265). Dabei weist er darauf hin, dass „die Aufgabenstellung des Vereinfachens und Erklärens doch ein höheres Maß an Allgemeinbildung und Sachkompetenz erfordern dürfte, als die NutzerInnen laut ihren Angaben von Dolmetschenden erwarten“ (*ibid.*).

In seiner Studie kommt Pöchlhammer außerdem zu dem Schluss, dass Dolmetschende primär als Sprach- und InformationsmittlerInnen betrachtet werden, während dem Aspekt der Kultur(ver)mittlung geringere Bedeutung beigemessen wird.

Darüber hinaus tragen DolmetscherInnen durch *Aufmerksammachen auf Missverständnisse* und *Abklären von unbestimmten Aussagen durch direktes Nachfragen* auch weitgehende Verantwortung für den Gesprächsverlauf (vgl. 2000: 265-266). Pöchhacker unterstreicht des Weiteren, dass DolmetscherInnen laut Aufgabenprofil aus Nutzerperspektive „nicht nur dolmetschen“, sondern auch *selbständige Fragen und Mitteilungen auf Ersuchen des Personals* formulieren sollen (vgl. *ibid.*).

Schließlich erscheinen DolmetscherInnen dem Betreuungspersonal jedenfalls auch in einer Helferrolle für die KlientInnen (PatientInnen), da die Mehrheit der Befragten das *Ausfüllen von Erhebungsblättern/Formularen mit den PatientInnen/KlientInnen* als eine der Aufgaben der DolmetscherInnen sieht (vgl. *ibid.*).

Durch die Befragung von 16 DolmetscherInnen, welche keine Ausbildung im Dolmetschen haben, geht Pöchhacker (2000) der Frage nach, inwieweit das von den NutzerInnen erwartete Bearbeiten der Ausgangsäußerungen, Erläutern kultureller Hintergründe, Nachfragen sowie selbständiges Formulieren usw. der *Rollenauffassung von Dolmetschenden* im medizinischen und sozialen Bereich entspricht (vgl. *ibid.*: 280). Pöchhacker machte darauf aufmerksam, dass sich zwischen der sehr heterogenen Gruppe der Wiener KommunaldolmetscherInnen, die sechs muttersprachliche Beraterinnen, fünf DolmetscherInnen in Bezirksämtern für Jugend und Familie und fünf *ad hoc* als Dolmetscherinnen tätige Mitarbeiterinnen des Allgemeinen Krankenhauses umfasste, deutliche Parallelen zeigten. Allerdings ergaben sich Divergenzen vor allem zwischen dem Aufgabenprofil aus der Sicht des Krankenhauspersonals und der Gruppe der muttersprachlichen Beraterinnen, die besonders das *Erläutern fremdkultureller Hintergründe* betonten, während sie „paratranslatorische Aufgaben eher von sich wiesen“ (*ibid.*: 280).

In diesem Zusammenhang demonstriert Pöchhacker (2000), dass es Diskrepanzen zwischen den abstrakten Rollenbeschreibungen und den tatsächlichen fallspezifischen Praxisanforderungen an Dolmetschende in diesem Kontext gibt (vgl. *ibid.*: 243). Anhand ausgewählter Aspekte aus der Nutzerperspektive lässt sich ableiten, dass das Aufgabenprofil von DolmetscherInnen im Gesundheitswesen komplex und vielfältig ist (vgl. *ibid.*: 266). An dieser Stelle lässt sich als Schlussfolgerung, die aus der Arbeit von Pöchhacker hervorgeht, anführen, dass solche empirischen Befunde zum Aufgaben- und Rollenprofil aus Nutzer- und Dolmetscherperspektive als

Ausgangspunkt für weitere bewusstseinsbildende Bemühungen um Leistungsstandards im bislang unterentwickelten Metier des Kommunaldolmetschens in Österreich dienen sollen (vgl. *ibid.*: 280).

3.3. Rollen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen

3.3.1. Allgemeines zum Rollenbild der DolmetscherInnen

In der Fachliteratur werden die Funktionen und Aufgaben von DolmetscherInnen je nach Einsatzgebiet ganz unterschiedlich betrachtet. Metaphorisch werden DolmetscherInnen immer wieder als „Übersetzungsmaschinen“, „Sprachrohr“, „Bindeglied“, „HelferInnen“, „Vertrauenspersonen“, „VermittlerInnen“, „Brücke,“ etc. bezeichnet. Dabei wird oft mit derartigen Begriffen auf die Nichtbeteiligung der DolmetscherInnen im Kommunikationsakt hingewiesen, andererseits wird aber auch eine Beteiligung der DolmetscherInnen impliziert, welche eine gelungene Verständigung zwischen den Parteien gewährleistet.

Jedoch lässt sich die komplexe Tätigkeit von DolmetscherInnen metaphorisch nicht so einfach erklären. Darüber, wie genau das Rollenbild der DolmetscherInnen aussehen soll, wird in der Dolmetschwissenschaft viel und ausführlich diskutiert. Laut Pöllabauer (2005), die sich mit der Thematik insbesondere im Bereich von Asylverfahren auseinandersetzt, lassen sich die vielen unterschiedlichen Rollenauffassungen der DolmetscherInnen in zwei Hauptkategorien unterteilen (vgl. *ibid.*: 180-181). Die eine schließt eine rein mechanische Funktion von DolmetscherInnen als ÜbermittlerInnen von Sprachbotschaften mit ein und definiert DolmetscherInnen als völlig neutrale Gesprächsparteien. Die andere Rollenauffassung, welche das modernere Verständnis von DolmetscherInnen umfasst, besagt, dass DolmetscherInnen einen größeren Handlungsspielraum haben müssen und dass ihnen beim Dolmetschen mehr Rechte eingeräumt werden sollen. Darüber hinaus weist Pöllabauer darauf hin, dass die Forderung nach dem unparteiischen und unsichtbaren Handeln der DolmetscherInnen nicht nur in der älteren Literatur, sondern auch in aktuell gültigen Berufskodizes weiterhin tradiert wird. Jedoch hebt die Autorin hervor, dass laut verschiedenen empirischen Untersuchungen dieses „Neutralitätspostulat und

die Beschränkung ihrer Tätigkeit auf eine mechanische, rein sprachliche Übertragung von 'Sprachbotschaften' keine allgemeine Gültigkeit zu besitzen scheinen“ (ibid.).

Während ihrer Einsätze übernehmen DolmetscherInnen zahlreiche Rollen, die über die linguistischen Aspekte einer gedolmetschten Interaktion hinausgehen. Vor allem für PatientInnen können sich solche Rollen der DolmetscherInnen als FürsprecherInnen oder TherapeutInnen in medizinischen Behandlungen als vorteilhaft erweisen. Doch manchmal bergen sie Konflikte in sich und können sich auf DolmetscherInnen durchaus belastend auswirken. Abgesehen von dem enormen Druck, den beide InteraktionspartnerInnen auf die DolmetscherInnen ausüben, wenn sie die bestmögliche Vertretung ihrer Interessen fordern, können DolmetscherInnen auch anderen Stressfaktoren ausgesetzt sein. So kann es manchmal zur Rollenüberlappung bei den DolmetscherInnen kommen, wenn ihre Rollen nicht im Vorhinein genau definiert werden. In diesem Kapitel werden Vorteile und Nachteile einiger DolmetscherInnenrollen untersucht und u. a. die Rollenmodelle von Allaoui (2005), Leanza in Anlehnung an Jalberts Theorie (2007), Reisinger (2003) und Pöchhacker (2000) präsentiert.

3.3.2. DolmetscherIn als Störfaktor und HelferIn

Die DolmetscherInnen stellen die dritte Gesprächspartei dar, die einen entscheidenden Einfluss auf das Geschehen nehmen kann (Pöllabauer 2005: 76). Wenn ÄrztInnen und PatientInnen auf eine DolmetscherIn angewiesen sind, wird diese zugleich zur notwendigen HelferIn, aber auch zum Störenfried, da das ärztliche Gespräch und das so genannte Heilritual beeinträchtigt werden. Außerdem dauert das gedolmetschte Gespräch etwa doppelt so lange wie ein direkt geführtes und wenn dieser zeitliche Mehrbedarf nicht eingeplant wurde, dann muss unter erhöhtem Zeitdruck gearbeitet werden (vgl. Rásky *et al.* 2003: 110-111). Aus einem Dialog wird ein Trialog. Ein PatientInnengespräch und eine Behandlung im Trialog durchzuführen, ist für die ÄrztInnen ungewohnt und schwierig und wird als Herausforderung angesehen (Reisinger 2003: 132).

Auch in der Psychotherapie bringt das Hinzuziehen von DolmetscherInnen sowohl Nachteile als auch Vorteile mit sich. Egger und Wedam (2003) sehen unter den

Vorteilen der dolmetschgeführten Situation die zwangsläufig stärkere Konzentration auf die nonverbale Kommunikation zwischen TherapeutInnen und KlientInnen (vgl. 2003: 86). Durch den Translationsprozess werde die verbale Kommunikation verlangsamt und es verbleibe mehr Zeit zur Wahrnehmung von Körpersprache, Gestik, Klang der Stimme und Gesamtatmosphäre.

Als Nachteile werden u. a. kein unmittelbarer sprachlicher Kontakt, keine Einschätzung über das vorhandene Sprachverständnis, über den vorhandenen Sprachgebrauch, Wortschatz der KlientIn genannt (vgl. Egger / Wedam 2003: 86). Bei einer gedolmetschten Psychotherapie-Behandlung kann die TherapeutIn auf bestimmte Äußerungen nicht spontan reagieren und somit einzelne Wörter, Sätze, sprachliche Bilder, die in der Therapie entscheidend sein können, nicht unmittelbar wahrnehmen. Mit Verweis auf Arrojo fügt Bahadir (2007) in diesem Zusammenhang hinzu, dass die ÄrztIn oder TherapeutIn außerdem Neid hinsichtlich des Dolmetschenden verspüren kann. Für eine ÄrztIn, PsychiaterIn oder PsychologIn, die sich als die alleinige ExpertIn in der Interaktion definiert, ist die Anwesenheit der DolmetscherIn nicht einfach zu ertragen, vor allem, wenn diese andere Rollen wie z. B. jene der Ko-TherapeutIn übernimmt (vgl. *ibid.*: 33).

Darüber hinaus macht Bahadir (2007) in Anlehnung an Inghilleri darauf aufmerksam, dass die DolmetscherIn das Potential besitzt, aus ihrem noch nicht fixierten Zwischenraum heraus einen Status zu erlangen, der ihr erlaubt, als anerkannte Professionelle ihr Wissen einzusetzen, Macht für sich und ihre Tätigkeit auszuhandeln (vgl. *ibid.*: 71). Solange die DolmetscherInnen aber nicht für die Festigung ihrer professionellen Orientierung sorgen, an ihre Stärke, an ihre Kompetenzen glauben und eine kollektive berufliche Identität anstreben, bleibe der Status ihres Fachwissens, und damit ihrer Macht, verwundbar und hänge weiterhin von den Machtspielen der anderen AkteurInnen in den Interaktionssituationen ab.

3.3.3. Die Rolle der *Cultural Mediators* oder *KulturmittlerInnen*

Die DolmetscherInnen als *Cultural Mediators* oder *KulturmittlerInnen* tragen u. a. dazu bei, einen Konsens innerhalb unterschiedlicher Denksysteme der Gesprächsparteien zu erreichen (vgl. Allaoui 2005: 27), das Verständnis der medizinischen Behandlung der PatientInnen zu verbessern und unter Umständen einen Konflikt zu lösen (vgl. Leanza 2007: 12-14). Nach Jalbert werden in diesem Zusammenhang zwei Rollen unterschieden: man spricht über *Cultural Informant*, wenn die DolmetscherInnen dem medizinischen Personal durch ihr Wissen über kulturelle Werte und Normen helfen, die PatientInnen besser zu verstehen (vgl. Leanza 2007: 14). Der Begriff *Culture Broker* oder *Cultural Mediator* wird hingegen dann verwendet, wenn die DolmetscherInnen in der Rolle als *Cultural Informant* auftreten und zusätzlich versuchen, zwischen zwei Konflikt-, Wert- und Symbolsystemen zu verhandeln. Dabei geben die DolmetscherInnen bei Bedarf Erklärungen und fassen Äußerungen der ÄrztInnen und der PatientInnen zusammen, damit die beiden Parteien sich auf ein gemeinsames Behandlungs- und Verhaltensmodell einigen können. Nach Jalberts Theorie kommt diese Rolle nur in Konfliktsituationen in Frage (vgl. *ibid.*).

Die DolmetscherInnen als *KulturmittlerInnen* machen die sozialen und kulturellen Unterschiede deutlich, die in der ÄrztIn-PatientIn-Beziehung von Bedeutung sind. Reisinger (2003) weist darauf hin, dass die DolmetscherInnen in dieser Rolle unterschiedliche Auffassungen von Krankheitsursachen, die die PatientInnen oder die ÄrztInnen vertreten, fokussieren (vgl. *ibid.*: 133-134). Die sprachliche Wiedergabe ist dabei freier und erlaubt Erklärungen und Kommentare. Als Vorteile hebt Reisinger die Berücksichtigung von soziokulturellen Aspekten, die Möglichkeit von Erklärungen und Kommentaren, das Ausschöpfen der Ressourcen der DolmetscherInnen, die Fokussierung auf migrationsspezifische Krankheits- und Gesundheitsprobleme hervor. Unter den Nachteilen finden sich: die Belastung der DolmetscherInnen durch diskrepante verantwortungsvolle Aufgaben, die Gefahr eines Loyalitätskonflikts sowie die Gefahr der kulturellen Überbetonung individueller und sozialer Aspekte (vgl. *ibid.*).

Mit Verweis auf Weiss & Stuker schreibt Pöchhacker (2000), dass der Konzeption des *Cultural Interpreter* die Annahme zugrunde liegt, welche besagt, dass die dolmetschende Person durch ihre Zugehörigkeit zur Kultur der KlientInnen deren „Mentalität“ stellvertretend zur Geltung bringen kann (vgl. *ibid.*: 242). In Anlehnung an

MMIA (1996) *Code of Practice* hebt Pöchhacker hervor, dass diese auch im Rollenbild des *Cultural Interpreter* verankerte Fürsprecherfunktion (*advocacy*) zum Teil auch mit der Forderung nach aktivem Eintreten gegen Diskriminierung verbunden wird (vgl. *ibid.*). Die Rolle der *FürsprecherIn* oder *Advocate* wird im nächsten Unterkapitel näher erläutert.

3.3.4. *PatientInnen-FürsprecherInnen-Rolle*

Wenn DolmetscherInnen die *PatientInnen-FürsprecherInnen-Rolle* einnehmen, treten die Interessen der PatientInnen in den Vordergrund. Dabei unterstützen die DolmetscherInnen die PatientInnen mithilfe von Argumenten und nehmen eine aktive und parteiische Rolle ein, indem sie zugunsten der PatientInnen ins Gespräch eingreifen. Vor allem verbessert dieses Einschreiten der DolmetscherInnen die Situation der PatientInnen mit Migrationshintergrund, da unter solchen Umständen die Dolmetschersituation von einem Machtungleichgewicht geprägt ist (vgl. Allaoui 2005: 32).

Diesbezüglich hebt Leanza (2007) hervor, dass DolmetscherInnen durch ihr Verhalten in dieser Rolle der PatientIn das Gefühl vermitteln, mit Respekt wahrgenommen und behandelt zu werden (vgl. *ibid.*: 12-14). Diese Rolle können DolmetscherInnen vor allem in Konfliktsituationen einnehmen, wenn sie der Meinung sind, dass PatientInnen gegenüber Institutionen geschützt werden sollen. Dabei ist meistens die Kenntnis bestimmter Gesetze, Regeln und Abläufe in der gegebenen Einrichtung vorausgesetzt (vgl. *ibid.*).

Auch Reisinger (2003) ist der Meinung, dass DolmetscherInnen als *PatientInnen-FürsprecherInnen* eine aktive Rolle einnehmen, da sie sogar anstelle der PatientInnen sprechen, wenn sie der Auffassung sind, dass PatientInnen mit Sprachproblemen eine benachteiligte Gruppe seien und ihre Unterstützung brauchen (vgl. *ibid.*: 133-134). Als Vorteile sieht Reisinger die Unterstützung der PatientInnen, die Fokussierung auf migrationsspezifische Probleme der Behandlung und gesellschaftspolitische Aspekte. Unter den Nachteilen werden die Gefahr der Subjektivität der DolmetscherInnen, die Gefahr der Unmündigerklärung der PatientInnen, die unklaren Grenzen der Dolmetschung (Wer sagt was?) und

konfliktreiches Verhalten gegenüber der Behandelnden und somit eine erschwerte Behandlungssituation genannt (vgl. *ibid.*).

3.3.5. *Die Rolle der Ko-TherapeutInnen*

Beim Rollenkonzept als *Ko-TherapeutInnen* übernehmen die DolmetscherInnen therapeutische Mitverantwortung, gestalten das Behandlungskonzept mit und machen eigene therapeutische Interventionen (vgl. Allaoui 2005: 33). Das ist z.B. der Fall, wenn DolmetscherInnen gemeinsam mit TherapeutInnen PatientInnen-Hypnose durchführen (vgl. Leanza 2007: 16). In Bezug auf Jalberts Theorie (1998) nennt Leanza (2007) diese Rolle die Rolle des *Bilingual Professional* (vgl. *ibid.*: 14). Die DolmetscherIn nimmt diese Rolle dann ein, wenn sie eine medizinische Ausbildung absolvierte oder wenn sie mit der Routine der medizinischen Behandlung eng vertraut ist. In solchen Fällen führt die DolmetscherIn das Interview in der Sprache der PatientIn und dolmetscht dieses der ÄrztIn oder dem medizinischen Personal. Die DolmetscherIn genießt in dieser Rolle im Grunde die gleiche (symbolische) Position wie die ÄrztIn / TherapeutIn, etc. Nach Leanza ist, um Konflikte zu vermeiden, eine Vereinbarung zwischen dem medizinischen Personal und der DolmetscherIn vor der Behandlung notwendig (vgl. *ibid.*: 14).

Für Reisinger (2003) liegt der Vorteil der DolmetscherInnen als *Ko-TherapeutInnen* darin, dass Behandlungsmethoden aus anderen Ländern angewandt werden können (vgl. *ibid.*: 132). Der Nachteil ist das Verschwimmen der Rolle der DolmetscherInnen und der Behandelnden, sodass die Rollenzuweisung unklar bleibt. In diesem Sinne betont Reisinger die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit mit der ÄrztIn (vgl. *ibid.*).

3.3.6. Die Rolle der InformationsmittlerInnen

Die Rolle der *InformationsmittlerInnen* tritt ein, wenn die PatientIn der DolmetscherIn während bzw. nach der Therapiesitzung Informationen gibt, die die DolmetscherIn entweder an die TherapeutIn weitergeben soll oder nicht weitererzählen darf (Allaoui 2005: 34).

3.3.7. Die TranslatorIn-Rolle

Die *TranslatorIn*-Rolle wird dann eingenommen, wenn die DolmetscherIn „unsichtbar“ bleiben und jede Einmischung vermeiden möchte (vgl. Leanza 2007: 13-15). Die DolmetscherIn reduziert dabei ihre Anwesenheit so weit wie möglich und dolmetscht, ohne sich in die Äußerungen der Parteien einzumischen. Nur in dieser Rolle wird die „echte“ Unparteilichkeit bewahrt, da sich die DolmetscherIn weder mit der Gemeinschaft (z.B. bei *Cultural Informant*-, *Culture Broker*- und *FürsprecherIn*-Rollen), noch mit der Einrichtung (bei *Bilingual Professional*-Rolle) identifiziert (vgl. *ibid.*).

Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Bezeichnungen für DolmetscherInnen in dieser Rolle. So verwendet Reisinger (2003) dafür die Bezeichnung *KonsequativdolmetscherInnen*-Rolle (vgl. *ibid.*: 132-133). Nach Reisinger übertragen DolmetscherInnen in dieser Rolle alles Gesagte möglichst genau und behalten die vorgegebene Gesprächsstruktur bei. Dabei werden alle Informationen wiedergegeben, nichts wird verschwiegen, hinzugefügt oder verändert. Der Vorteil einer Konsequativdolmetschung ist die Einhaltung der Struktur und die Möglichkeit, einen Überblick über das Gesagte zu behalten. Unter den Nachteilen hebt Reisinger die fehlende Berücksichtigung von soziokulturellen Aspekten, das Fehlen von Erklärungen und Schwierigkeiten bei der Dolmetschung spezifischer Ausdrücke hervor (vgl. *ibid.*).

3.3.8. Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird deutlich, wie komplex und konfliktreich die Aufgaben von KommunaldolmetscherInnen sind. Es steht außer Zweifel, dass das Kommunaldolmetschen einen hohen Grad an Professionalität erfordert. In dieser Arbeit wurde ein theoretischer Rahmen gewählt, welcher u. a. die Positionen von Bahadir (2007) unterstreichen soll, dass die DolmetscherIn bereits ganz zu Beginn ihres Einsatzes als VertreterIn des Aufnahmelandes, Ko-TherapeutIn oder HilfspolizistIn wahrgenommen werden kann (vgl. *ibid.*: 75). Dies passiert leider oft erst in Krisensituationen, wenn anderweitige Kommunikationsprobleme und Interessenkonflikte entstehen.

Aus den oben genannten Auffassungen der DolmetscherInnenrollen kann geschlossen werden, dass ein parteiisches Auftreten der DolmetscherInnen nicht unbedingt als etwas Negatives zu betrachten ist, sondern als etwas, das sogar vorteilhaft für alle Parteien sein kann. Diese Beispiele zeigen, dass eine aktive Beteiligung der DolmetscherInnen in der Medizin u. a. zur Vermeidung etwaiger Missverständnisse und zum besseren Verständnis zwischen den KommunikationsteilnehmerInnen beitragen kann.

In der vorliegenden Arbeit wurde hier nur auf einige ausgewählte dolmetschwissenschaftliche Arbeiten eingegangen, die es sich zum Ziel gemacht haben, Theorie und Praxis zu verknüpfen sowie ferner die Unschärfe und die Komplexität des Rollenbegriffs beim Dolmetschen im kommunalen Bereich und insbesondere im Bereich der Medizin aufzuzeigen. Es gibt natürlich zahlreiche andere Arbeiten, die das Ziel haben, mehr Bewusstsein für die Rolle der in Gesundheitseinrichtungen tätigen DolmetscherInnen zu schaffen. Aus diesem Kapitel geht hervor, dass im kommunalen, genauer gesagt, im medizinischen Bereich viele Aufgaben der Dolmetschenden in der Praxis überfrachtet werden. Hiermit sollte auf die Diskrepanz zwischen den abstrakten Rollenbeschreibungen und den tatsächlichen fallspezifischen Praxisanforderungen aufmerksam gemacht werden.

4. Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen

4.1. TschetschenInnen in Österreich

Menschen verlassen ihre Heimat aus unterschiedlichen Gründen und suchen Zuflucht in einem anderen Land. Einige Gründe dafür sind Krieg, Verfolgung, Naturkatastrophen oder der Wunsch nach einem besseren Leben. Jedoch muss man zwischen jenen, die aus ihrer Heimat flüchten mussten, und jenen, die „freiwillig“ in ein anderes Land reisen, unterscheiden (vgl. UNHCR: 2012).

Laut Genfer Flüchtlingskonvention, welche die Rechte von Flüchtlingen bestimmt, ist ein Flüchtling eine Person, die:

[...] aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will. (UNHCR: 1951)

Nachdem im zweiten Tschetschenienkrieg ab 1999 ein Großteil Tschetscheniens durch russische Truppen besetzt worden war und es im Rahmen russischer „Antiterror-Operationen“ in den Jahren 2000 / 2001 zu massiven Menschenrechtsverletzungen gekommen war, flüchteten Zehntausende von TschetschenInnen zunächst in die Nachbarrepubliken, vor allem nach Inguschetien, aber bald auch in westeuropäische Länder.

Österreich hat sich seit 2002 zu einem der Hauptaufnahmeländer innerhalb der Europäischen Union entwickelt. TschetschenInnen sind heute mit circa 15.000 Personen die größte Gruppe innerhalb der letzten Flüchtlingspopulationen (vgl. Langthaler 2009: 165). Hier im „Fremdland“ finden sie sich wieder, meist unter schlechten und unsicheren Lebensbedingungen, verstört, desorientiert und überflutet von belastenden Erinnerungen und Sorgen. Sie werden Teil der anonymen Masse von Flüchtlingen oder MigrantInnen ohne Identität, ohne gesellschaftliches Ansehen, ohne Sprache (vgl. Egger / Wedam 2003: 83).

4.2. Überblick über tschetschenische Kultur und Gesellschaft

Um die TschetschenInnen verstehen zu können, muss man zuerst ihre Kultur und ihre Bräuche kennenlernen. Die tschetschenische Gesellschaft unterscheidet sich stark von der westlichen und hat tief verankerte Traditionen. Sie ist stark patriarchal und hierarchisch geprägt.

Traditionell gehört jeder Tschetschene und jede Tschetschenin zu einem komplexen Netzwerk aus ethnischen, sozialen und tribalen Identitäten (vgl. Schmidinger / Schinnerl 2009: 14). Der Kern der tschetschenischen segmentären Gesellschaftsstruktur besteht aus der Großfamilie *Tsa*, was „Männer des Hauses“ bedeutet. An wichtigen familiären Entscheidungen nehmen nur männliche Mitglieder der tschetschenischen Familie teil. Frauen sind davon ausgeschlossen, da diese in erster Linie für die Familie, das Haus und das Hüten des Feuers zuständig sind. Mehrere Großfamilien zusammen werden als *Neqe* bezeichnet und diese werden wiederum zu einer *Gar* zusammengefasst. Der nächsthöhere Zusammenschluss ist ein *Teip* und mehrere *Teipy* sind *Tuchum*. Diese tribale Organisationsform der Gesellschaft spielt in Tschetschenien bis heute eine wichtige Rolle.

Bei Frauen ist der Jungfräulichkeitskult weit verbreitet. Tschetscheninnen, die nicht als Jungfrau in die Ehe gehen, beschmutzen die Ehre der Familie und werden teilweise auch heute noch von der eigenen Familie ermordet (vgl. *ibid.*: 15). Ehen werden nicht nur vermittelt, sondern oft auch durch Brautraub (teilweise mit Einverständnis der Braut) geschlossen (vgl. *ibid.*: 17).

Es gibt eine Reihe von weiteren Verhaltensmerkmalen, die für die westliche Kultur fremd erscheinen können. So gilt es z.B. als unangebracht, sich in der Öffentlichkeit zu sehr um Kinder zu kümmern. Dabei handelt es sich nicht um Vernachlässigung oder Gleichgültigkeit, sondern um ein gesellschaftliches Tabu (vgl. Schmidinger / Schinnerl 2009: 16).

Im Bezug auf das Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge sollte man diese soziologischen und kulturellen Unterschiede berücksichtigen. Die Aufgabe der DolmetscherInnen besteht auch darin, bei Bedarf der anderen Partei ein bestimmtes Verhalten zu erklären, um Missverständnisse zu vermeiden. Unter solchen Umständen ist die sichtbare Rolle der DolmetscherInnen unabdingbar. Auch solche Kleinigkeiten wie ein anderes Verhalten der tschetschenischen Frauen in Anwesenheit ihrer Männer

oder die Tatsache, dass sich tschetschenische Frauen und Männer traditionell niemals die Hand geben (vgl. Schmidinger / Schinnerl 2009: 17), können unter gewissen Bedingungen entscheidend sein.

4.3. Religion

Bis heute spielt das Gewohnheitsrecht (*Adat*) eine gewisse Rolle und fungiert als Leitbild dafür, wie sich ein Tschetschene und eine Tschetschenin aus Sicht der Gesellschaft verhalten sollten (vgl. Schmidinger / Schinnerl 2009: 16). *Adat* bedeutet ungeschriebenes Gewohnheitsrecht, das parallel zum staatlichen Recht und zu religiösen Rechtsnormen existiert und die sozialen Beziehungen der Individuen untereinander regelt (vgl. Cremer 2007: 19). Hoher Respekt vor alten Menschen, eine strikte Geschlechtertrennung der patriarchalen Gesellschaftsordnung und der Zusammenhalt der Clans werden streng gepflegt. Weitere Bestandteile des Gewohnheitsrechtes sind Gastfreundschaft, Blutrache und Totenkult (vgl. Schmidinger / Schinnerl 2009: 16-17).

Die spätere Islamisierung der Region brachte oft ein Neben- und Miteinander vorislamistischer und islamistischer Vorstellungen mit sich, bei denen das traditionelle Gewohnheitsrecht im Konfliktfall von größerer Bedeutung war als das religiöse islamische Gesetz *Scharia* (vgl. *ibid.*: 17-18). *Scharia* bedeutet Islamisches Recht, das alle Bereiche des menschlichen Daseins regeln soll. Die *Scharia* umfasst moralische und juristische Komponenten und wird in verschiedenen Gegenden unterschiedlich angewandt (vgl. Cremer 2007: 19).

Die Regierung Maschadows veränderte die 1992 verabschiedete säkulare Verfassung und nahm Elemente der *Scharia* in das Rechtssystem auf. Es sei erwähnt, dass sich bei einer Umfrage 2001 rund 90 Prozent der Befragten für eine säkulare Staatsform aussprachen. Der islamische Fundamentalismus ist den muslimischen Völkern im Nordkaukasus seit jeher fremd. Hier werden traditionell *sufistische* religiöse Praktiken und Heiligenkulte gepflegt, die mit dem *Adat* in Einklang stehen (vgl. Cremer 2007: 19). *Sufismus* ist eine asketisch-mystische Richtung im Islam (vgl. Duden: 2012).

Auch eine militant-puristische Strömung, die pauschal als *wahhabitisch* bezeichnet wurde, hat ihre AnhängerInnen in Tschetschenien gefunden. Die *Wahhabiten* arbeiten weder mit den staatlichen Organen mit noch den offiziellen

Rechtsgelehrten, den *Muftis*, zusammen. Sie ignorieren die Clanstrukturen und bilden eigene Gemeinden. Daher werden sie von den lokalen Verwaltungen und der regierungsnahen Geistlichkeit als Extremisten und Terroristen abgestempelt (vgl. Cremer 2007: 18).

Die Brutalität der russischen Truppen gegen die Zivilbevölkerung ließ die Zustimmung zu den sonst zumeist unbeliebten Fundamentalisten steigen. Die Gruppen rekrutieren ihre AnhängerInnen vorwiegend unter Angehörigen von Opfern der Säuberungsaktionen, die sich rächen wollen (vgl. Cremer 2007: 20).

4.4. Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmen den psychischen und physischen Zustand der Flüchtlinge und ihre medizinische Behandlung. Die Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus, die sie häufig erleben, fehlende gesetzliche Bestimmungen über Integrationsprogramme u. a. Faktoren können negative Auswirkungen auf deren Gesundheit haben (vgl. Rásky *et al.* 2003: 114). Hierzu zählt auch die Angst vor rechtlichen Konsequenzen nach gesundheitlichen Untersuchungen, z.B. Ablehnung eines Asylantrags wegen schlechter Gesundheit (vgl. *ibid.*).

Oft können Flüchtlinge aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse ihre Verzweiflung nicht zum Ausdruck bringen (vgl. Leitner 2009: 210). Um ihr Anliegen mitteilen zu können und professionelle Hilfe beziehungsweise Beratung bei den österreichischen Behörden zu erhalten, sind sie auf die Hilfe von DolmetscherInnen angewiesen. Doch welche Rolle bzw. Rollen spielen KommunaldolmetscherInnen, die für tschetschenische Flüchtlinge in medizinischen Einrichtungen dolmetschen? Welche Anforderungen müssen DolmetscherInnen erfüllen?

Wie bereits im Verlauf dieser Arbeit erwähnt, steht das Vertrauensverhältnis zwischen den DolmetscherInnen und den Flüchtlingen im Vordergrund, da Letztere oft über sehr heikle Probleme und traumatische Erfahrungen in Anwesenheit der dritten Person, der DolmetscherIn, berichten müssen. Besonders wenn Flüchtlinge Opfer organisierter Gewalt waren, stehen das Vertrauen und die Sicherheit, die PatientInnen in Anwesenheit der DolmetscherInnen empfinden sollen, an vorderster Stelle (vgl. Cagala 2006: 248). Flüchtlinge aus Tschetschenien haben meistens sehr traumatische

Erfahrungen gemacht und haben Angst, dass das Erzählte weitergegeben wird. Vor allem fürchten TschetschenInnen, dass irgendwelche Informationen zu russischen Sicherheitsorganisationen kommen, z. B. zum FSB, dem ehemaligen KGB, und das ist für sie Gefahrenstufe eins (vgl. Leitner 2009: 213).

Andererseits könnte ein zu enges Vertrauensverhältnis zwischen der DolmetscherIn und der PatientIn zu einer zu starken emotionalen Belastung der DolmetscherIn führen. Daher sollte eine gewisse Distanz zwischen diesen beiden Parteien aufrechterhalten werden. Dies kann beispielsweise dann gewährleistet sein, wenn TherapeutIn und DolmetscherIn gemeinsam den Therapieraum betreten und wieder verlassen (vgl. Cagala 2006: 248-249). Auf dieses Thema soll im nächsten Kapitel näher eingegangen werden.

Die Herkunft der DolmetscherIn sowie die Sprache aus der / in die gedolmetscht wird, können eine sehr wichtige Rolle spielen, wenn man mit tschetschenischen Flüchtlingen arbeitet. TschetschenInnen wurden von russischen Soldaten verfolgt, misshandelt, gefoltert und vertrieben. Wird mit einer DolmetscherIn russischer Herkunft gearbeitet, so kann es passieren, dass die TschetschenIn die wahren Hintergründe ihrer Flucht nicht wahrheitsgetreu schildert, da sie ein Gefühl bekommen kann, das sich ihrem Verfolger gegenüber sieht. In diesem Fall ist es für sie unmöglich, dem Aggressor zu berichten, was dieser ihr angetan hat (vgl. Stöcklmair 2003: 155-156). Auch Becker (2003) ist der Meinung, dass es kaum akzeptabel ist, dass TschetschenInnen von RussInnen gedolmetscht werden (vgl. *ibid.*: 170).

Mann würde also glauben, dass tschetschenische Flüchtlinge ihre eigene Sprache und tschetschenische DolmetscherInnen bevorzugen würden. Doch wie eine Psychologin vom Therapieprojekt *OASIS* der Volkshilfe Linz berichtet, wollen viele TschetschenInnen keine TschetschenInnen als DolmetscherInnen, „[weil] es viele Überläufer gegeben hat, die von der russischen Armee bezahlt wurden, Spione waren, Geld kassiert haben“ (Leitner 2009: 213). Auch eine DolmetscherIn der Caritas Flüchtlingshilfe in Linz teilte diese Meinung: „Die Tschetschenen wollen nicht, dass ein Tschetschene oder eine Tschetschenin dolmetscht. [...] Die Volksgruppen, die so genannten Teips, sind nicht so groß und sie haben daher Angst, dass irgendwelche persönlichen Informationen anderen bekannt werden.“ (*ibid.*)

Ohne Zweifel sollten aus zahlreichen Gründen nur professionelle bzw. ausgebildete DolmetscherInnen für Flüchtlinge dolmetschen. Einige Gründe dafür sind:

LaiendolmetscherInnen können Informationen falsch verstehen, auslassen oder hinzufügen, sie können keine Schweigepflicht gewährleisten und die PatientInnen können in Anwesenheit einer verwandten / bekannten Person, die ad-hoc dolmetscht, nicht von ihren Problemen berichten (vgl. Cagala 2006: 244; vgl. Pöllabauer 2002: 200). Doch laut Österreichischem Verband der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher gibt es in Österreich kaum gerichtlich beeidete DolmetscherInnen für Tschetschenisch (vgl. ÖVGD 2012). Aus diesem Grund ist es sehr schwierig, ausgebildete DolmetscherInnen für Tschetschenisch zu finden. Stattdessen werden russischsprachige DolmetscherInnen eingesetzt, die kaum Tschetschenisch sprechen und die manchmal Kommunikationsprobleme mit tschetschenischen Flüchtlingen haben, da Russisch nicht die Muttersprache von TschetschenInnen ist.

Es gibt eine Reihe kulturspezifischer Aspekte, die bei der medizinischen Behandlung von Flüchtlingen aus Tschetschenien berücksichtigt werden müssen. So teilte eine Dolmetscherin der Caritas Linz mit, dass besonders bei muslimischen Familien manche Dinge tabu sind. Man darf beispielsweise in den islamischen Familien über manches nicht sprechen, da dies Familienbeziehungen zerstört (vgl. Leitner 2009: 213).

Wie bereits im Verlauf dieser Arbeit erwähnt, unterscheiden sich auch solche Kleinigkeiten wie die Begrüßungsform oder das Verhalten tschetschenischer Frauen in Anwesenheit ihrer Männer stark von den Konventionen der westlichen Kultur. In diesem Zusammenhang sind die DolmetscherInnen als *KulturmittlerInnen* besonders wichtig. Die Aufgaben der DolmetscherIn bestehen hier darin, in Konfliktsituationen auf diese kulturellen und religiösen Besonderheiten der anderen Partei hinzuweisen (*KulturmittlerInnen*) und auch den gegenseitigen Respekt zwischen den Parteien zu fördern (*Angelellis visible model*).

4.5. *Der Sonderfall: Psychotherapie*

Als Folge von Kriegen, politischer und religiöser Verfolgung waren Millionen Menschen Ende des 20. Jahrhunderts auf der Flucht. Entsprechende traumatische Erfahrungen machen in vielen Fällen eine Psychotherapie unbedingt notwendig (vgl. Wadensjö 1998: 47).

Beim Dolmetschen in der Psychotherapie sind die Anforderungen an DolmetscherInnen noch höher, als sie es im medizinischen Bereich ohnehin schon sind (vgl. Uluköylü 2006: 184). DolmetscherInnen im psychotherapeutischen Setting werden häufig unter enormen emotionalen Druck gesetzt. Wie Nuč (2006) in ihrer Studie hervorhebt, geraten viele DolmetscherInnen in eine Widersprüchlichkeit in Bezug auf emotionale Belastung (vgl. *ibid.*: 293-294). So versuchen die DolmetscherInnen einerseits ihre eigene Person und die eigenen Gefühle völlig aus dem Therapieprozess herauszuhalten, andererseits ist es für sie oft nicht möglich zu dolmetschen, ohne dass dabei eigene Gefühle miteinfließen würden (vgl. *ibid.*).

Eine besondere Schwierigkeit des Dolmetschens im psychotherapeutischen Setting besteht nach Wadensjö (1998) darin, dass die DolmetscherInnen aktiv zuhören sollen, um das Gesagte wiederzugeben, jedoch sollen sie vermeiden, direkt auf die Beiträge der PrimärinteraktantInnen zu reagieren (vgl. *ibid.*: 56). Während die TherapeutInnen gelernt haben sollten, sich die Gefühle der PatientInnen nicht „zu Herzen zu nehmen“, lässt sich dies nicht über alle DolmetscherInnen sagen. So zeigt eine Untersuchung, dass DolmetscherInnen aufgrund ihrer Tätigkeit an Burnout-Symptomen leiden und deshalb ihrerseits u. U. entsprechende Ängste aufarbeiten müssen (vgl. *ibid.*: 48).

Um negative Gefühle bei DolmetscherInnen zu vermeiden sowie Blockaden aufzulösen, schlägt Nuč (2006) vor, die persönliche Betroffenheit als solche zu erkennen und durch eine begleitende Supervision, das heißt durch eine ExpertIn, zu verarbeiten (vgl. *ibid.*: 270). Auf diese Weise haben die DolmetscherInnen die Möglichkeit, sich mit belastenden Themen auseinanderzusetzen.

Während es bei anderen Dolmetscharten wichtig ist, Blickkontakt mit den Parteien zu wahren, macht Wadensjö (1998) in ihrer Untersuchung darauf aufmerksam, dass alle acht DolmetscherInnen versuchten, bei therapeutischen Sitzungen Blickkontakt zu vermeiden und geradeaus zu blicken (vgl. *ibid.*: 60). Interessant waren

auch die Aussagen von drei DolmetscherInnen, die erwähnten, dass sie vom Therapeuten angewiesen wurden, keinen Blickkontakt mit dem Patienten aufzunehmen. Einige DolmetscherInnen hingegen meinten, dass gelegentlicher Blickkontakt Spannungen abbauen könnte (vgl. *ibid.*).

Die Psychotherapie ist ein sensibler Bereich, in dem die Beziehung zwischen den TherapeutInnen und den KlientInnen äußerst komplex ist. Wenn DolmetscherInnen in die Therapie mit einbezogen werden, entsteht eine Triade und deswegen ändert sich die Situation im therapeutischen Setting: einerseits sind DolmetscherInnen erforderlich, um den Austausch zwischen den Parteien zu ermöglichen, und andererseits wird der Aufbau einer Vertrauensbasis (*Angelellis visible model*) zwischen den TherapeutInnen und den KlientInnen gerade dadurch erschwert (vgl. Nuč 2006: 261-263).

Besonderes Augenmerk richtet Wadensjö (1998) auf die Positionierung der DolmetscherIn in Therapiesitzungen (vgl. *ibid.*: 59-60). So wird der gemeinsame Rhythmus in den Bereichen Gestik, Körpersprache und prosodische Muster u. a. durch die Positionierung der einzelnen TeilnehmerInnen zueinander bzw. durch das Teilen desselben kommunikativen Radius bedingt. In ihrer Analyse kommt sie zum Schluss, dass bei geteiltem Kommunikationsradius die Koordination der gedolmetschten Interaktion den PrimäraktantInnen (PatientIn und ÄrztIn) unmittelbar und gleichzeitig zugänglich ist. Bei geteiltem kommunikativem Radius kann die notwendige Unterscheidung zwischen der DolmetscherIn als *speaking self* und der *meaning other* unmittelbar verbal oder nonverbal signalisiert werden. Außerdem kann die DolmetscherIn über den gemeinsamen Fokus die geistige Nähe von PatientIn und TherapeutIn fördern, wenn die PatientIn bereit ist, sich auf die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse in Gegenwart von TherapeutIn und DolmetscherIn einzulassen (vgl. *ibid.*).

Ferner untersucht Wadensjö (1998), inwieweit es in face-to-face-Interaktionen für die DolmetscherIn entscheidend ist, fortlaufend Unterschiede zwischen dem *speaking self* und dem *meaning other* zu signalisieren (vgl. *ibid.*: 48-57). Am Beispiel einer Videoaufzeichnung von einer Therapiesitzung macht Wadensjö diese Unterschiede anschaulich. Dabei wird klar, dass jedes Mal, wenn der Patient die Dolmetscherin ansah und damit ihrer Meinung nach signalisierte, dass er an *ihrer* Reaktion interessiert sei, sie aufs Neue den Unterschied zwischen ihrer Rolle als

sprechende Dolmetscherin (the *speaking self*) und ihrer Rolle als Sinnstifterin eines Primärinteraktanten (the *meaning other*) signalisieren musste (vgl. *ibid.*).

Obwohl DolmetscherInnen in psychotherapeutischen Behandlungen oft als „Störfaktor“ empfunden werden, überwiegen – bei entsprechender Aufgeschlossenheit und Bereitschaft aller Betroffenen – die positiven Aspekte (vgl. Cagala 2006: 245). So stellte u. a. Nuč (2006) im Zuge ihrer Studie fest, dass die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen unter bestimmten Bedingungen sehr gut funktionieren kann (vgl. *ibid.*: 293).

Um erfolgreiche Arbeit im psychotherapeutischen Setting mit DolmetscherInnen zu gewährleisten, ist es wichtig, dass auch die Beziehung zwischen den DolmetscherInnen und den TherapeutInnen auf gegenseitigem Respekt und Vertrauen beruht (vgl. Nuč 2006: 267-268). Dafür empfiehlt Nuč offene Fragen, Ängste und wichtige Informationen im Erstgespräch und in der Nachbesprechung zu erörtern.

Im Hinblick auf kulturelle Unterschiede ist zu erwähnen, dass es in manchen Kulturen nicht üblich ist, sich in eine psychotherapeutische Behandlung zu begeben. So werden z.B. in der islamischen Kultur psychische Störungen weitgehend tabuisiert (vgl. Uluköylü 2006: 188). Die DolmetscherInnen sind hier als *KulturmittlerInnen* unabdingbar.

Für viele Flüchtlinge ist es auch besonders schwierig, ihr seelisches Leid verständlich zu machen, weil sich die Bilder von Krankheit und Gesundheit von jenen der westlichen Kultur stark unterscheiden. Das Benennen von Krankheiten und den daraus folgenden Behandlungen hängt vom jeweiligen sozialen Kontakt ab. Somit unterliegt dieser Prozess auch einem sozialen Konstrukt. Sowohl PatientInnen als auch ÄrztInnen stehen in einem kulturellen Kontext, der die Objektivität der Medizin und die Erfahrung der PatientInnen mit zu berücksichtigen hat (vgl. Wedam 2009: 184-185).

In der Psychotherapie ist primär eine Vertrauensbasis zwischen PatientIn und DolmetscherIn aufzubauen. Bahadir (2007) weist dabei darauf hin, dass der Einsatz der DolmetscherIn mit ihrer physischen Präsenz beginnt und dass sogar solche „Kleinigkeiten“ wie z.B. das Muster des Pullovers oder die Augenfarbe der DolmetscherIn dieses Vertrauen der PatientIn erwecken können (vgl. *ibid.*: 258).

Aus diesem Unterkapitel geht hervor, dass die Arbeit mit DolmetscherInnen in therapeutischen Settings sowohl Vorteile als auch Nachteile hat. Als Vorteil der therapeutischen Behandlung, die gedolmetscht wird, gilt die zwangsläufig stärkere

Konzentration auf die nonverbale Kommunikation zwischen der TherapeutIn und der KlientIn (vgl. Leitner 2009: 214). Andererseits gibt es jedoch keinen unmittelbaren sprachlichen Kontakt zwischen ÄrztIn und PatientIn und dies erschwert das Vertrauensverhältnis. Hinzu kommt noch, dass einzelne Sätze, Wörter und sprachliche Bilder, die in einer Therapie entscheidend sein können, nicht unmittelbar wahrzunehmen sind (vgl. *ibid.*).

5. Empirische Studie

5.1. Theoretische Vorüberlegungen

Die vorliegende Studie soll klären, mit welchen konkreten Schwierigkeiten russischsprachige DolmetscherInnen in ihrer Arbeit mit tschetschenischen Flüchtlingen in den medizinischen Behandlungen konfrontiert werden. Ebenso soll eruiert werden, welche Anforderungen seitens der PatientInnen und des medizinischen Betreuungspersonals an Dolmetschende gestellt werden und ob bzw. inwiefern diese zu inneren Konflikten bei DolmetscherInnen führen. In welchem Ausmaß diese Anforderungen und Erwartungen an DolmetscherInnen diskrepant und anspruchsvoll sind, wird in dieser Arbeit in erster Linie nach Pöchhacker (2000) analysiert. Ferner wird die Rollenauffassung von Dolmetschenden beleuchtet, und es wird der Frage nachgegangen, inwieweit eine Überfrachtung der Dolmetschrollen gegeben ist und ob die theoretischen Überlegungen bezüglich der DolmetscherInnenrollen im medizinischen Bereich mit den praktischen Anforderungen tatsächlich übereinstimmen. Damit in Zusammenhang stehende Fragestellungen bezüglich der Sichtbarkeit und der Einschätzung der eigenen Rolle werden mittels Interviews nach Angelelli (2004) erörtert.

Die Idee, das Rollenbild und die subjektiven Wahrnehmungen der DolmetscherInnen zu analysieren, entstand dank der persönlichen Erfahrung bei *Amber-Med* und *Caritas*, wo ich persönlich mehrmals eingesetzt wurde. In dieser Masterarbeit wird der Anspruch erhoben, die individuellen Wirklichkeitswahrnehmungen der DolmetscherInnen zu erfassen, die über ihre Einsätze berichten. Bei der Befragung ging es hauptsächlich um persönliche Meinungen und Erfahrungsberichte der einzelnen

Dolmetscherinnen. Es ist jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, die Gesamtheit aller Eindrücke widerzuspiegeln. Für die Beantwortung weiterer in der Masterarbeit gestellter Fragen sind deswegen weitere Studien erforderlich.

5.2. Methodisches Vorgehen

Für die Erhebung der Daten scheint ein qualitativer Ansatz am besten geeignet, da dadurch die Komplexität und Vielseitigkeit der Aspekte des Dolmetschens für tschetschenische Flüchtlinge im medizinischen Bereich am besten erkennbar wird. Diese Entscheidung für einen qualitativen Ansatz ist ferner dadurch begründbar, dass - im Gegensatz zur quantitativen Forschung - im Mittelpunkt der qualitativen Forschung die subjektive Sichtweise einzelner Individuen steht.

Der qualitative Ansatz erlaubt, die persönlichen Ansichten der befragten DolmetscherInnen umfangreicher zu erfassen und zu Erkenntnissen zu gelangen, auf die man als ForscherIn zunächst nicht gekommen wäre. Nach Helfferich (2009) ist der qualitative Ansatz für alle Forschungsfragen geeignet, welche die Innenwelt des Befragten erforschen möchten. Es geht also bei dieser Methode um die Erörterung subjektiver Wahrnehmungen eines Gegenstandes. Die Komplexität des vorliegenden Forschungsthemas wird bei diesem Ansatz erst später reduziert, wobei typische Muster anhand der Ergebnisse herausgefiltert werden (vgl. *ibid.*: 29). Qualitative Wissenschaft stellt den Anspruch zu verstehen in den Vordergrund und will also am Einmaligen, am Individuellen ansetzen, während quantitative Wissenschaft die Komponente des Erklärens prioritär behandelt, deren Ausgangspunkt allgemeine Prinzipien, Gesetze oder gesetzähnliche Aussagen bilden. Erstere versteht sich eher als *induktiv*, zweite eher als *deduktiv* (Mayring 2007: 18).

Mit Verweis auf Schön beschreibt Mayring (2007) die qualitative Analyse als ein Verfahren, welches die volle Komplexität ihrer Gegenstände zu erfassen versucht, im Gegensatz zur quantitativen Analyse, die „ihren Gegenstand zerstückele, atomisiere, in einzelne Variablen zerteile und ihm auf diese Art seine eigentliche Bedeutung nehme“ (*ibid.*: 18). Während das quantitative Verfahren Erkenntnisse anstrebe, bei denen „isolierte“ Daten und Fakten gefunden werden, berufe sich ein qualitatives

Verfahren auf die Erkenntnis der Sozialwissenschaften, dass menschliche Wirklichkeit vielfältig und komplex konstituiert werde (vgl. *ibid.*).

Für die vorliegende Masterarbeit werden Forschungsfragen erarbeitet, welche bereits in 5.1. *Theoretischen Vorüberlegungen* erläutert wurden. Es wurde ein teilstandardisierter Interviewleitfaden gewählt, der seitens der InterviewerIn auch spontane, situationsbedingte Fragen zulässt. Die Dolmetscherinnen werden mittels leitfadengestützter, problemzentrierter Interviews (vgl. Mayring 2002: 67) zum Thema *Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen* nach ihren Einschätzungen gefragt. Dabei wurden die notwendigen Bedingungen erfüllt: die Forschung setzte an konkreten gesellschaftlichen Problemen an, deren objektive Seite vorher analysiert wurde, die Interviewpartnerinnen sollten offen auf die Fragen reagieren und es herrschte eine Vertrauensbasis zwischen mir als Interviewerin und den Interviewten (vgl. *ibid.*).

Die transkribierten Gespräche werden anonymisiert (z. B. „Dolmetscherin 1“). Ferner werden die erhobenen Daten als Fallstudien analysiert und sie dienen dazu, die aus der Literaturrecherche gewonnenen Erkenntnisse zu stützen oder zu widerlegen. Da es sich hierbei um subjektive Einschätzungen von Befragten handelt und es um Einzelfallstudien geht (vgl. Mayring 2007: 18), lassen die Ergebnisse Verallgemeinerungen nur begrenzt zu.

5.2.1. *Auswahl der InterviewpartnerInnen*

Zu Beginn der Studie war nicht klar, welche und wie viele DolmetscherInnen an der empirischen Studie teilnehmen würden. Mit der Zeit konnte ich durch Kontakte innerhalb meiner Universität Interviewpartnerinnen für die Befragung gewinnen. Es ergab sich so, dass alle Befragten weiblich sind. Drei Interview-Partnerinnen sind semiprofessionelle Dolmetscherinnen, die während ihres Studiums für unterschiedliche Organisationen (z. B. *Caritas, Amber-Med, OASIS, Integrationshaus*) tätig waren oder tätig sind. Die anderen drei arbeiten bereits seit einigen Jahren als etablierte Dolmetscherinnen in unterschiedlichen Bereichen. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei etwa 29 Jahren. Fünf der befragten Dolmetscherinnen haben Russisch als A-Sprache, wobei eine der Interviewpartnerinnen zweisprachig aufgewachsen ist.

5.2.2. Transkriptionsmethode

Allen Dolmetscherinnen wurde angeboten, die Interviewsprache (Russisch oder Deutsch) frei zu wählen. Alle entschieden sich für Deutsch, wobei mitunter einige Sätze auf Russisch ausgedrückt wurden. Diese Sätze werden bei der Transkription in Klammern eingeschlossen und ins Deutsche übersetzt. Zur Entspannung der Atmosphäre und um die in diesem Kapitel bereits geschilderten Bedingungen zu erfüllen (siehe dazu 5.2. *Methodisches Vorgehen*) duzten wir uns in den Interviews.

Zur besseren Verständlichkeit werden die Aussagen mancher Interviewpartnerinnen etwas geglättet, dennoch werden die gewählten Worte, Syntax sowie die grammatische Struktur der Aussagen beibehalten und abgebrochene Sätze als solche gekennzeichnet. Es wird auf die wörtliche Transkription zurückgegriffen, bei welcher die Aussagen der Interviewpartnerinnen in Schriftdeutsch übertragen werden. Diese Vorgehensweise ist dadurch begründet, dass die Thematik und der Inhalt der Aussagen im Vordergrund stehen (vgl. Mayring 2002: 89).

Durchschnittlich dauerte jedes Interview etwa 45 Minuten. Aussagen, welche für die Zwecke der vorliegenden Arbeit nicht relevant waren, wurden weggelassen und für derartige Auslassungen wurde das Zeichen [...] verwendet. Mit der Zeichenfolge ????? werden jene Stellen gekennzeichnet, die bei der Transkription der Aufnahme unverständlich waren. Um Namen und Orte unkenntlich zu machen, wird ##### verwendet.

Abhängig davon, von wem die Rede ist, wird nur auf die weibliche oder die gleichgeschlechtliche Form zurückgegriffen. In allen anderen Fällen, in denen nicht klar ist, ob es sich um Männer oder um Frauen handelt, wird das Binnen-I verwendet. Sämtliche organisatorische Vorbereitungen wurden vorab mit den Dolmetscherinnen ausführlich besprochen.

5.2.3. Interviewleitfaden

Den Ausgangspunkt dieser Masterarbeit bildet die Frage, mit welchen spezifischen Schwierigkeiten DolmetscherInnen in ihrer Arbeit mit tschetschenischen Flüchtlingen konfrontiert werden und welche Rolle sie bei medizinischen Behandlungen von PatientInnen aus Tschetschenien spielen. Als Grundlage für die Liste der zu beurteilenden Fragepunkte dienten die Studien von Angelelli (2004) und von Pöchhacker (1997; 2000), wobei zu erwähnen ist, dass auf einige Fragestellungen bewusst verzichtet wird, während andere wiederum hinzugefügt bzw. abgeändert werden.

Pöchhackers Studie (2000) zufolge wird nach Sprach- und Kulturkompetenz sowie auch nach Aspekten des berufsethischen Verhaltens, wie etwa absolut neutrales Verhalten und Unparteilichkeit, gefragt. Zusätzlich werden weitere Aspekte erfragt, die für eine Dolmetschtätigkeit im medizinischen Bereich als relevant erachtet werden. Dazu zählen etwa die Zugehörigkeit der DolmetscherIn zur Kulturgemeinschaft der KlientInnen und die Forderung nach gleichem Geschlecht. Pöchhackers Modell (2000) zufolge wird außerdem nach folgenden Herangehensweisen gefragt:

- Vereinfachen der fachlichen Ausdrucksweise für die Pat./Klient.
- Erklären von Fachbegriffen für die Pat./Klient.
- Zusammenfassen umständlicher Aussagen der Pat./Klient.
- Weglassen nebensächlicher Aussagen zur Vermeidung von Zeitverlust
- Abklären von unbestimmten Aussagen durch direktes Nachfragen
- Erläutern fremdkultureller Hintergründe und Bedeutungen
- Aufmerksam machen auf Missverständnisse im Gespräch
- Selbständige Fragen und Mitteilungen auf Ersuchen des Personals
- Ausfüllen von Formularen mit den Pat./Klient. (2000: 245)

Auch das Modell der Sichtbarkeit von Angelelli (2004) dient für diese Arbeit als Ansatzpunkt für die Erarbeitung des Leitfadens. So werden die Dolmetscherinnen z. B. gefragt, ob sie bei ihren Einsätzen die Initiative ergreifen und ob sie sich als sichtbar definieren. Als weiterer Forschungsansatz ist, wie bereits in diesem Kapitel angemerkt, die Studie von Angelelli (2004) relevant. Es soll herausgefunden werden, wie die Dolmetscherinnen selbst ihre eigene Rolle definieren und welche Metaphern sie zur Beschreibung ihrer Tätigkeit verwenden.

Es entstand somit ein Leitfaden, welcher sich in sechs Fragenblöcke gliedern lässt. Die Teilung der Fragen erfolgt nach dem Modell von Klaus (2012), die ihre Masterarbeit zum Thema *Dolmetschen in der Therapie: Psychosoziale und emotionale*

Auswirkungen auf DolmetscherInnen mit einem qualitativen Ansatz erfasste. So entschied ich mich ebenso dazu, in die linke Spalte die allgemeinen Fragen zu stellen und in die mittlere die erweiterten, suggestiven Fragen, um die Fragestellung zu vertiefen. Der rechten Spalte fügte ich mögliche Erläuterungen hinzu, welche zum Verständnis der Frage dienen sollen, falls die Interviewpartnerinnen die Frage nicht verstehen sollen. Dies soll aber nicht heißen, dass die Befragten nicht offen antworten können. Diese Erläuterungen, welche Antwortmöglichkeiten enthalten, werden der Befragten im Vorhinein nicht gegeben, sondern nur dann als mögliche Beispiele erwähnt, wenn die Dolmetscherinnen nicht wissen, was genau mit der Frage gemeint ist.

Der erste Teil des Interviewleitfadens befasst sich mit persönlichen Angaben zur Person, wie etwa Alter, Studium, Herkunft oder Arbeitssprachen. Der zweite Teil geht gezielt auf die persönlichen Erfahrungen der Dolmetscherinnen im Rahmen ihrer Tätigkeit ein. Der dritte Teil ist den Anforderungen und Erwartungen gewidmet, welche an DolmetscherInnen seitens der KlientInnen und des medizinischen Personals gestellt werden. In weiterer Folge beinhaltet der vierte Teil Fragen zu Herausforderungen, auf welche DolmetscherInnen während ihrer Einsätze in österreichischen medizinischen Einrichtungen während der Arbeit mit tschetschenischen Flüchtlingen stoßen. Den Themenschwerpunkt des fünften Teils bildet die Sichtbarkeit der DolmetscherInnen. Unter anderem wird gefragt, ob die DolmetscherInnen bewusste Entscheidungen treffen, Informationen auslassen oder hinzufügen, etc. Abschließend werden im sechsten Teil die InterviewpartnerInnen nach ihrer Einschätzung des Rollenbildes befragt. Bei den aus Russland stammenden Dolmetscherinnen soll zusätzlich herausgefunden werden, ob sich ihrer Meinung nach ihre Herkunft negativ auf die Dolmetschung für tschetschenische Flüchtlinge auswirkt. Der vollständige Leitfaden findet sich im Anhang der vorliegenden Masterarbeit.

6. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden in zusammengefasster Form die Ergebnisse der durchgeführten Interviews präsentiert, welche nach Mayring (2007) analysiert wurden. Es handelt sich hierbei um die Sichtweise der befragten Dolmetscherinnen bezüglich ihrer Rollen und bezüglich der Schwierigkeiten, denen sie beim Dolmetschen mit tschetschenischen Flüchtlingen während der medizinischen Behandlungen begegnen. Im Zuge der Auswertung der erhobenen Daten werden in der vorliegenden Arbeit jene Fragen bzw. Aussagen nicht präsentiert, welche sich für die Forschungszwecke dieser Masterarbeit als irrelevant erweisen.

6.1. *Motivation*

Hinsichtlich der Frage „*Warum hast du dich als Dolmetscherin für tschetschenische Flüchtlinge engagiert?*“ teilen alle DolmetscherInnen mit, dass sie in erster Linie während ihrer Ausbildung als DolmetscherInnen die Sprachkombination Russisch-Deutsch in der Praxis üben wollten.

Dolmetscherin 1 berichtet, dass es sich so ergeben habe und dass dies eine gute Übung für sie gewesen sei. Auch jetzt, nach dem Abschluss ihres Studiums, arbeite sie mitunter als Dolmetscherin für tschetschenische Flüchtlinge.

Dolmetscherin 2 engagierte sich ehrenamtlich als Dolmetscherin, weil sie herausfinden wolle, ob dieser Bereich für sie als Betätigungsfeld geeignet war.

Dolmetscherin 3 spricht von dem Wunsch, tschetschenischen Flüchtlingen helfen zu wollen, ihre Motivation besteht also nicht in erster Linie darin, Erfahrungen im Bereich des Dolmetschens zu sammeln. Sie gibt an, sie sei zusätzlich als Freiwillige in einer Organisation für Flüchtlinge tätig.

Dolmetscherin 4 meint, dass es ein Bereich sei, in welchem man in Wien mit Russisch als Arbeitssprache am ehesten Arbeit fände. Sie habe auch die Fähigkeiten, als Kommunaldolmetscherin zu arbeiten und genieße die Anerkennung und das Vertrauen seitens der PatientInnen und des medizinischen Personals. Dieser Bereich gefalle ihr auch, weil sie nicht vor einem großen Publikum dolmetschen müsse. Sie tue es auch nicht nur für das Geld, sondern weil sie gerne helfe.

Dolmetscherin 5 teilt mit, dass sie zuvor nie die Absicht hatte, als Dolmetscherin für tschetschenische Flüchtlinge zu arbeiten, vielmehr ergab es sich für sie so.

Auch Dolmetscherin 6 will nur Erfahrungen sammeln, obwohl die Einsätze nicht gut bezahlt werden.

6.2. Vorbereitung auf die Einsätze

Die Vorbereitung auf die Dolmetscheinsätze spielt in der Medizin eine besondere Rolle. Wenn es um kurzfristige Einsätze geht, können sich DolmetscherInnen nicht rechtzeitig und umfassend vorbereiten, was die Qualität des Dolmetschens stark beeinflussen kann. Einige der befragten Dolmetscherinnen sprechen von Fällen, in denen sie aufgrund des Zeitmangels die Fachterminologie nicht vorbereiten konnten und während der Dolmetschung manche Termini umschreiben oder auf den Körper zeigen mussten, wo sich manche Organe befinden. Die Vorbereitung inkludiert für gewöhnlich das Lesen von Paralleltexten, das Erstellen von Glossaren und die Recherche im Internet, wenn das genaue Thema des Einsatzes bekannt gegeben wurde.

Dolmetscherin 1 schildert, dass ihr das konkrete Thema für die Dolmetschung im Vorhinein häufig nicht mitgeteilt werde. Die Organisation schicke ihr keinerlei Unterlagen, auch wenn es um medizinische Eingriffe gehe. Es werde nur seitens des administrativen Personals angegeben, ob es sich um ein medizinisches oder psychotherapeutisches Setting handle. Wenn sie versuche, nähere Informationen zu ihrem Einsatz zu erhalten, müsse sie meistens feststellen, dass auch die MitarbeiterInnen über diese nicht verfügen.

Dolmetscherin 2 erinnert sich an einen Einsatz, wo sie einen Tag davor angerufen wurde und mitgeteilt bekam, dass es um eine Abtreibung ging. Sie konnte somit am Vorabend grundlegende Fachtermini vorbereiten, hätte aber mehr Zeit gebraucht, um diese auswendig zu lernen. So war ihr während der Dolmetschung der Begriff „Kaiserschnitt“ auf Russisch zuerst nicht eingefallen, welchen sie folglich umschreiben musste.

Dolmetscherin 3 gibt an, bisher nur wenig Erfahrung im Bereich des Dolmetschens für tschetschenische Flüchtlinge im Kontext medizinischer Behandlungen gesammelt zu haben. Im Interview erzählt sie von einem Einsatz, bei

welchem ihr im Voraus das Thema „Schwangerschaft“ mitgeteilt wurde, sodass sie sich im Internet näher darüber informieren konnte.

Dolmetscherin 4 bekomme meistens die genauen Angaben zu ihrem Einsatz und die Diagnose der PatientInnen bereits bis zu drei Wochen im Voraus mitgeteilt. Sie könne sich deshalb gut darauf vorbereiten.

Wenn Dolmetscherin 5 nicht genug Information zur Person erhält, versuche sie, ihr eigenes Wissen einzusetzen, was die Lebensumstände der Flüchtlinge, Nachwirkungen der Flucht, etc. betrifft. Sie betont, dass manche Einsätze sehr kurzfristig erfolgen, was das Dolmetschen natürlich erschwert.

Dolmetscherin 6 versuche sich nicht nur sprachlich, sondern auch emotionell vorzubereiten, um schnell auf die Fragen und Antworten reagieren zu können. Sie bekomme oft die genaue Abteilung im Krankenhaus (z. B. Urologie) mitgeteilt.

6.3. Anforderungen und Erwartungen an Dolmetscherinnen seitens des medizinischen Personals

Ferner werden jene Anforderungen und Erwartungen an Dolmetscherinnen beleuchtet, die im Rahmen der Interviews erläutert wurden. An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass Erwartungen und Anforderungen von Seiten des medizinischen Personals bereits im Kapitel 3. *Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich* theoretisch erörtert wurden.

Dolmetscherin 1 spricht von sehr guten Sprachkenntnissen in beiden Sprachrichtungen, wobei sie das Gefühl habe, dass man vor allem ins Deutsche gut dolmetschen müsse, damit „die Behörden gut verstehen, worum es geht“. Sie sei nie gefragt worden, ob sie medizinische Kenntnisse hat. Sie vermutet aber, dass diese von DolmetscherInnen automatisch erwartet werden. Weiters erwähnte sie die Neutralität und das Aufbauen eines Vertrauensverhältnisses, um eine angenehme Atmosphäre in der Behandlung zu schaffen.

Dolmetscherin 1 berichtet außerdem, dass sie manchmal nach Anfrage der ÄrztInnen den PatientInnen erklären müsse, mit welchem Verkehrsmittel und wohin sie fahren müssen. Sie erzählt auch von der Erfahrung ihrer Kollegin, welche unterschiedliche Proben einer Dolmetschklientin ins Spital bringen musste.

Dolmetscherin 1: [...] Zum Beispiel wenn der Arzt sagt: „Bitte kommen Sie dorthin und nennen Sie die Adresse“, dann komme ich dorthin und erkläre, mit welchen Verkehrsmitteln, von wo fahren die, usw. [...] ich habe von einer anderen Kollegin gehört, die auch in einem Spital gearbeitet hat, sie wurde gefragt, dass sie verschiedene Urin- oder Stuhlproben irgendwohin bringt, obwohl sie Dolmetscherin ist. Es war nicht ihre Aufgabe, aber sie haben erwartet, dass sie dann auch das macht. Mich hat das nicht betroffen, bis jetzt.

Dolmetscherin 2 ist der Meinung, dass das medizinische Personal keine zu hohen Anforderungen an DolmetscherInnen stelle. Sie müsse manchmal vom Blatt dolmetschen. Des Weiteren verweist sie darauf, dass sie in diesem Bereich wenig Erfahrung gesammelt habe und dass diese Anforderungen bei den nächsten Einsätzen anspruchsvoller werden könnten. Zum Thema „Erwartungen seitens des medizinischen Personals“ äußert sie, dass sie alles „korrekt“ habe dolmetschen müssen. Darunter verstehe sie vor allem die vollständige Wiedergabe der Aussagen der Gesprächsparteien.

Dolmetscherin 3 müsse nicht nur alles präzise und möglichst vollständig dolmetschen, sondern auch während ihrer Einsätze unterschiedliche Rollen einnehmen, die über ihre Dolmetschtätigkeit hinausgehen. So habe sie einer Patientin den Weg zu den Stationen beschreiben müssen und sicherstellen, dass sie auch rechtzeitig zu den Terminen erscheint.

Dolmetscherin 3: Also, erstmal, natürlich, alles korrekt dolmetschen, dass die Tschetschenin alles gut versteht, aber auch dass ich in gewissem Sinne dafür Sorge, dass wir zu rechter Zeit am rechten Ort sind, weil sie wurde ins Krankenhaus geschickt, auf die Station, auf jene Station, dann Dokumente mitnehmen... Ich war auch ein bisschen ihr „Guide“ in diesem Krankenhaus, weil sie sich nicht ausgekannt hat. Sie konnte die Beschilderung nicht lesen. Sie haben auch von mir erwartet, dass ich sie da hinbringe...

Geringe Erwartungen bzw. Anforderungen an sich erlebte Dolmetscherin 4. Sie schildert nur einen Fall, in welchem sie seitens der Ärztin gelobt worden sei, weil sie nicht versuchte, für die Patientin zu sprechen.

Dolmetscherin 4: Ich habe einmal von einer Ärztin so ein Kompliment bekommen: „Endlich eine gescheiterte Dolmetscherin“. Ich habe von ihrem Kommentar verstanden, dass andere Dolmetscherinnen, die ihr schon begegnet sind, versucht haben, für die Person zu sprechen, nicht die Fragen stellen, sondern für die Person zu sprechen.

Außerdem vertritt sie die Meinung, dass ÄrztInnen fast damit rechnen, dass DolmetscherInnen die PatientInnen emotionell unterstützen.

Das anatomische Wissen wird von Dolmetscherin 5 als eine Anforderung an sie genannt. Medizinische Kenntnisse würden von ihr nicht erwartet, weil sie immer die Möglichkeit habe, bestimmte Abläufe mit den ÄrztInnen während der Dolmetschung abzusprechen. Zudem werde von ihr erwartet, dass sie ihre Meinung über eine Klientin äußere, um den sozialen Status dadurch einordnen zu können und um die Person besser verstehen zu können.

Dolmetscherin 5: Ja, aber nicht nach meiner Meinung, sondern nach einer Einschätzung, wie zum Beispiel, welches Niveau die Sprache hat, um man, sozusagen, den sozialen Status dieser Person einordnen zu können, welche Wörter sie benutzt, ob es ein bisschen einfachere Wörter sind oder schon mit medizinischen Vorkenntnissen. Also da wird meine Einschätzung über die Person gefragt, wo man sie einordnen kann, inwiefern sie wirklich nachvollziehen kann [...]

Dolmetscherin 6 erwähnt keine spezifischen Anforderungen abgesehen von Präzision, Schnelligkeit der Reaktion und Vollständigkeit der Aussagen, wenn diese für die Behandlung relevant seien.

Im Zuge der Datenauswertung wird ersichtlich, dass von keiner Dolmetscherin medizinisches Fachwissen verlangt wird. Vielmehr seien die Genauigkeit, die Neutralität und das Aufbauen von Vertrauen wichtig. Erwartet werde auch, dass Dolmetscherinnen unterschiedliche Rollen einnehmen, wie etwa selbst Termine zu

organisieren, die PatientInnen bei der Wegbeschreibung etc. zu beraten, sie emotionell zu unterstützen, die Verschwiegenheitspflicht einzuhalten, etc... Unterschiedliche Rollen der Dolmetscherinnen im medizinischen Bereich werden ausführlicher in 6. *Rollen der Dolmetscherinnen* behandelt.

6.4. *Anforderungen und Erwartungen an Dolmetscherinnen seitens der tschetschenischen PatientInnen*

Auch Anforderungen und Erwartungen seitens tschetschenischer Flüchtlinge wurden mit den Dolmetscherinnen ausführlich besprochen. Im Laufe der Interviews konnte festgestellt werden, dass die PatientInnen nicht nur eine vollständige und nachvollziehbare Dolmetschung erwarten, sondern auch häufig Unterstützung und emotionale Hilfe brauchen. Weiters rechnen viele von ihnen damit, dass Dolmetscherinnen ihnen auch nach der Besprechung zur Seite stehen. Besonders interessant sind in diesem Zusammenhang die Aussagen von Dolmetscherin 3. So schildert sie eine Situation, in der ihre KlientInnen gehofft hatten, dass sie ihnen unterschiedliche Sachen kaufen würde. In einer anderen Situation bat sie sogar eine Klientin, ihren Sohn zu heiraten, damit es für ihn in Österreich „*leichter wird*“.

Dolmetscherin 3: Ich habe dann schon Erfahrung mit anderen tschetschenischen Flüchtlingen, die dann... ja..., die erwartet haben, dass ich ihnen Dieses und Jenes kaufe, und dann ihnen dort und da helfe, alles Mögliche, vom Wörterbuch kaufen bis zu „Heirate meinen Sohn“, dann «emy так легче» (so wird es für ihn leichter), und sowas...

Auf die Frage „*Was hat die Patientin von dir erwartet?*“ antwortet Dolmetscherin 3, dass sie der Klientin eine gewisse psychologische Unterstützung geben musste und sie trösten musste:

Dolmetscherin 3: Also, dass ich ihr alles wiedergebe, was die Ärzte gesagt haben, und auch in gewissem Sinne, dass ich sie ein bisschen psychologisch betreue,

unterstütze, was ja auch das Ziel von unserer Organisation war, dass ich einfach bei ihr bin und dass ich sie tröste, weil das für sie psychisch eine schwere Situation war.

Dolmetscherin 1 macht ihren KlientInnen klar, dass sie nicht als Helferin gesehen werden möchte. Sie wolle eine professionelle Distanz halten und in ihrer Rolle als Dolmetscherin bleiben.

Dolmetscherin 1: [...] Ich glaube, sie hoffen auch darauf und sie rechnen damit, dass ich dadurch ihnen mehr helfe, ihnen mehr entgegenkomme und das versuche ich natürlich zu vermeiden, in solchen Fällen.

In diesem Zusammenhang erwähnt Dolmetscherin 4 die Verschwiegenheitspflicht und persönliche Beziehungen mit den KlientInnen sowie die Rolle von Einfühlsamkeit und Vertrauen:

Dolmetscherin 4: Sie möchten, dass es zwischen uns bleibt, deswegen wollen sie oft keine tschetschenische Dolmetscherin haben, weil sie glauben, dass irgendwelche persönlichen Sachen weitergesagt werden können, zum Beispiel. Sie wollen natürlich alles verstehen, was der Arzt sagt. Und sie haben es gern, dass auch die persönlichen Beziehungen mit mir klappen. Sie sagen sowas: „Du bist so ein lieber Mensch, ich möchte dich haben“. Natürlich fragen sie dann auch mich. Natürlich diese Einfühlsamkeit und Vertrauen gibt es dann.

Von Dolmetscherin 5 wird erwartet, dass sie ihren Standpunkt zu einem bestimmten medizinischen Prozedere gegenüber den tschetschenischen PatientInnen äußert.

Dolmetscherin 5: Ja, ich bleibe immer neutral, also bestimmt neutral und es wird oft mit mir angefangen zu reden, also meine Meinung gefragt. [...] Ja, ich sage dann, dass ich kein Arzt bin und dass ich die Frage weiterleite.

6.5. Anforderungen und Erwartungen an die eigenen Aufgaben aus der Sicht der Dolmetscherinnen

Auf die Frage „*Welche Eigenschaften sind deiner Meinung nach für DolmetscherInnen wichtig, um zum Erfolg der Behandlung von tschetschenischen Flüchtlingen beizutragen?*“ werden vor allem Geduld und Empathie genannt.

Für Dolmetscherin 1 spielt außerdem eine sinngemäße Wiedergabe der Aussagen der PatientInnen eine wichtige Rolle.

Dolmetscherin 1: Geduld, Verständnis, Neutralität, unverzerrte Wiedergabe, Sinnwiedergabe. Das ist wichtig.

Dolmetscherin 2 hebt unter anderem die für diesen Bereich wichtigen Eigenschaften der DolmetscherInnen, wie die Verschwiegenheitspflicht und auch die emotionale Stabilität, hervor.

Dolmetscherin 2: Auf jeden Fall wichtig ist, eine professionelle Ausbildung, dass man darauf trainiert wird, neutral zu bleiben und sich nicht einnehmen zu lassen [...] Eigenschaften... Man sollte loyal bleiben, eine Ausbildung haben in dem Bereich, im Dolmetschen solche Eigenschaften wie die Verschwiegenheit, man sollte eben keine Information weiterleiten, weil ziemlich privat ist und ziemlich vertrauliche Information. Man sollte sie nicht allen ausplaudern, weil es das nicht professionell ist, einfach. Man sollte emotional recht stabil sein. Wenn man selber depressiv wird oder wenn man selbstmordgefährdet ist, das sollte man nicht machen.

Medizinische Kenntnisse und Wissen über die Kultur, Religion und Lebensumstände der PatientInnen werden von Dolmetscherin 3 als wichtige Punkte für das Dolmetschen im medizinischen Bereich für tschetschenische Flüchtlinge genannt.

Dolmetscherin 3: Unabhängig davon, dass sie sich medizinisch schon auskennt und das entsprechende Vokabular beherrscht, sonst geht halt nichts, sie sollte ein

Minimum an Wissen über die Kultur haben, vielleicht auch eben über die Religion, also was im Islam auch üblich ist und sie sollte sich, ich weiß nicht, dessen bewusst sein, aus welchem kulturellen Hintergrund diese Menschen kommen und unter was für Umständen sie hier leben.

Wie Dolmetscherin 2 ist Dolmetscherin 4 der Meinung, dass man unbedingt emotional stabil sein müsse, um in solchen Settings dolmetschen zu können. Außerdem nennt sie Eigenschaften wie Sympathie und Einfühlungsvermögen als Anforderungen, die dabei eine wichtige Rolle spielen.

Dolmetscherin 4: Ich glaube, es geht um die Einfühlsamkeit. Sie sind fast alle stark traumatisiert und sie erzählen mir Erfahrungen und oft weinen sie dabei. Und eine labile Person würde das nicht aushalten. Es geht um ein Gleichgewicht zwischen Mitleid und emotionaler Stabilität von der Dolmetscherin. Ich sage mir: „Ich helfe schon, ich tue, was ich kann. Ich dolmetsche zwar für einen niedrigeren Lohn als ich sonst bekommen würde. Das ist meine Leistung und ich helfe wie ich kann. Geduld braucht man schon, weil sie schon ziemlich lang über ihre Sachen erzählen, auch wenn es nicht darum geht. Sie erzählen über ihre Situation und was ihnen passiert ist und so. Aber vor allem ist die Sympathie...

Dolmetscherin 5 hält es für essentiell, dass man über profundes geschichtliches Wissen verfügt, um zu verstehen, warum tschetschenische Flüchtlinge das Land verlassen haben.

Dolmetscherin 5: [...] man muss wissen, was in dem Land vorgekommen ist, man muss wissen, wie Tschetschenen zu Russland stehen, was in den letzten 10-20 Jahren dort gewesen ist. Man muss verstehen, wirklich, man kann nicht ganz nachvollziehen, aber man muss es versuchen zu verstehen, was in den letzten Jahren diese Menschen mitgebracht haben, also Familie, Heimat, die Flüchtlingslage, und man muss natürlich über die Situation in Tschetschenien informiert sein, was für eine politische Ordnung dort ist, dass es kleine Gruppen gibt in dem Land, die religiöse Situation. Also es ist ganz, ganz anders als in der ehemaligen UdSSR.

Außerdem betont Dolmetscherin 5 die Wichtigkeit der Loyalität sich selbst gegenüber sowie der Neutralität.

Dolmetscherin 5: Neutralität, auf keinen Fall werten, Loyalität sich selbst gegenüber, und geteilte Loyalität beiden Parteien gegenüber oder gar keine, ich weiß nicht, wie man das am besten erklärt, aber... darf nicht für keine von beiden Parteien entscheiden, das ist sehr wichtig.

Für Dolmetscherin 6 ist es wichtig, dass man in der Lage ist, Blickkontakt mit den KlientInnen zu wahren und sehr aufmerksam zuzuhören. Menschlichkeit im Sinne von entgegenkommendem bzw. sozialem Verhalten spielt für sie in diesem Kontext auch eine wichtige Rolle. Ferner ist für sie der persönliche Bezug zu den Menschen, für die sie dolmetscht, sehr wichtig.

Dolmetscherin 6: Aber wichtig ist in diesem Fall, dass man irgendwie offen ist, für diese Menschen, dass man sie versteht, ja. Ganz wichtig ist, ihn anzuschauen und zuzuhören, was er dir erzählt, ja. Also wirklich zuzuhören, nicht nur hören, sondern wirklich das zu bekommen, was er dir sagt. Ganz wichtig ist, dass man Mensch bleibt, dass man diese Geschichten, die er erzählt, dass man sie annimmt und sie weitererzählt. [...] Ich weiß nicht, bei solchen Gesprächen, man fühlt sich irgendwie, wenn man für diese Menschen dolmetscht, dass man auch eine gewisse Verantwortung für sie hat. Im medizinischen Bereich, weil, wenn man etwas nicht weitergibt, dann er hat nur eine kleine Möglichkeit bei diesem Termin [...] Dann bist du schon ein ?????, das Gewissen. Obwohl ist mir persönlich nicht passiert. Ich habe das gehört, von diesem Patienten, dass er solche Dolmetscher hatte. [...] Das ist schon ein individueller Einsatz, eine Verantwortung, persönlicher Bezug zu diesen Menschen.

6.6. Spezifische Schwierigkeiten beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in medizinischen Einrichtungen

Der Faktor *Spezifische Schwierigkeiten beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in medizinischen Einrichtungen* spielt eine besondere Rolle, da Flüchtlinge sich oft schlecht in der Medizin auskennen, Angst haben, anzugeben, dass sie die schwierigen medizinischen Termini nicht verstanden haben, etc. Hinzu kommt auch, dass Russisch nicht die Muttersprache tschetschenischer Flüchtlinge ist.

Dolmetscherin 1 stoße manchmal auf das Problem, wenn ihre KlientInnen sprachliche Defizite in der russischen Sprache aufweisen und aus ihren Aussagen nicht klar hervorgeht, wer was gemacht bzw. gesagt habe.

Dolmetscherin 1: Es gibt Leute, die sehr gut Russisch sprechen, es gibt die, die kaum Russisch gut sprechen, sie verwechseln viele Sachen. Ich glaube, im Tschetschenischen gibt es keinen Unterschied ob es „er“ oder „sie“ ist. Sie verwechseln es ständig im Russischen: „Er hat gesagt. Sie hat gesagt“, dass man nicht im Endeffekt weiß : „er“ oder „sie“. Natürlich kann man dann die Aussage nicht gleich verstehen, weil es nicht eindeutig ist oder unlogisch formuliert ist. Man muss natürlich immer nachfragen. Diejenigen, die Russisch nicht so gut sprechen, sie kommen in Begleitung. Und meistens gibt es eine andere Person, die besser Russisch spricht, die kann besser diese Person verstehen, diese Gedanken. [...]

Dolmetscherin 1 ist ebenso der Meinung, dass die Beherrschung der russischen Sprache bei tschetschenischen Flüchtlingen oft von ihrer Ausbildung abhängt. Abgesehen von dieser Problematik gehen einige PatientInnen nicht direkt auf die gestellte Frage ein und erzählen Geschichten, die für die Behandlung nicht relevant seien, was wiederum zu Zeitverlust führe. Sie fügt hinzu, dass viele TschetschenInnen wegen des Krieges stark traumatisiert seien und sich anscheinend nicht auf die Fragen konzentrieren können oder sich an die tragischen Erlebnisse nicht erinnern wollen.

Dolmetscherin 1: Sie sind alle sehr traumatisiert und manche können auch nicht zusammenhängend sprechen und auf die Fragen eingehen. [...] Ja, besonders wichtig

ist die Tatsache, dass sie alle schwer traumatisiert sind und der Arzt muss das natürlich berücksichtigen, oder die Ärztin. Das machen sie auch. Und manchmal wollen sie einige Sachen nicht erzählen, weil es zu traumatisch ist oder sie wollen sich nicht daran erinnern. Aber das ist wichtig, genau bei diesen psychotherapeutischen Gesprächen, dass sie dieses Trauma loswerden und dass dieses Trauma gelindert wird oder minder wird.

Das Thema des Krieges wird ebenfalls von Dolmetscherin 4 angesprochen. Sie weist darauf hin, dass diese Menschen die schrecklichsten Erlebnisse in der Vergangenheit und in der Gegenwart erlebt haben oder immer noch erleben und dass sie dadurch anders auf negative Nachrichten reagieren als Menschen in Europa. So nannte sie ein Beispiel von einer schwangeren tschetschenischen Patientin, die während der Dolmetschung ohne jegliche Emotionen berichtete, dass ihr Mann HIV-positiv war.

Dolmetscherin 4: [...] Ich weiß nicht, ob es etwas Kulturelles ist. Mich hat einfach schockiert, aber sie hat gesagt: „Ja, mein Mann ist HIV-positiv“. Also mir fällt oft auf, dass ich mit den Tschetschenen, mit denen ich Kontakt hab, so schlimme Krankheiten dort, Behinderungen, ganz schlimme Krankheiten... und es kommt irgendwie sehr häufig vor. Und man redet einfach darüber, „der hat das und das“...

Dolmetscherin 4 schockierte die Tatsache, dass die Frau so abgehärtet erschien. Sie erklärt diese Haltung aber auf folgende Weise:

Dolmetscherin 4: [...] Sie sind nicht immer gleichgültig, aber es ist in diesem Haufen von Elend, den sie erleben, nur noch eine weitere Komponente da. Und für uns, ich weiß nicht, der durchschnittliche Österreicher hat so... Leben in Frieden, mit gutem Essen, mit normaler Arbeit und dann...wuuum... so eine Krankheit. Und sie haben ein Leben in Trümmern, mit schlechtem Essen, mit Flucht und dann noch die Krankheit, ja. So ungefähr erkläre ich mir das, ja. Das hat sie abgehärtet.

Dolmetscherin 5 schildert, dass tschetschenische PatientInnen in Russland absichtlich schlecht behandelt werden und u. a. auch deswegen nicht nach Russland zurückkehren wollen.

Dolmetscherin 5: [...] und wir wissen wie schwierig es ist, einerseits... man muss zahlen, wenn man in Russland einen guten Arzt für eine gute OP will und zweitens in Moskau war diese Person in Behandlung und die Ärztin hat ihm gesagt, in Behandlung: „Du, du kommst aus Tschetschenien, Tschetschenen bringen russische Männer um und wir werden jetzt dich auch umbringen!“ Sie haben ihn schlecht behandelt, Sie haben ihn liegen lassen nach einer OP, wo ein Blutgefäß irgendwie nicht zu ????? war, und er hat eine schwere Blutung gehabt. Tatsächlich eine „лужа крови под кроватью“ (Blutlache unter dem Bett) und das hat tatsächlich seine Frau gesehen. Die hat die ganze Nacht damit verbracht, dass sie die Ärzte gesucht hat und versucht hat, sie zu ihrem Mann zu holen.

Dolmetscherin 5 berichtet auch vom ständigen Misstrauen seitens TschetschenInnen gegenüber „*allem und allen*“. Auf die Frage, woran das liegen könnte, antwortet sie, dass dies mit deren schlechten Erfahrungen zu tun habe.

Sie fügt zudem hinzu, dass sie es für problematisch halte, dass sich ÄrztInnen in österreichischen medizinischen Einrichtungen politisch-geschichtlich in Bezug auf Tschetschenien nicht auskennen, unter Zeitdruck stehen und manche kulturelle Besonderheiten von TschetschenInnen nicht verstehen.

Dolmetscherin 5: Das Verständnis der politisch-geschichtlichen Situation und das Zeitdruck. Ärzte müssen sehr schnell weg und dass vielleicht die Ärzte nicht verstehen, warum es sich jetzt die Frau weigert, eine Antwort zu geben. Vermeintlich ärztliche Fragen, aber doch sehr intime. [...] Man versucht dann, dem Arzt zu erklären, dass das zu intim ist und vielleicht später... eine andere Frage stellen [...] oder er bittet mich, der Frau zu erklären, dass das sehr wichtig ist.

Dolmetscherin 6 teilt mit, dass es vielen TschetschenInnen schwer falle, sich gegenüber anderen Menschen offen zu äußern. Dies habe mit ihren traumatischen Erlebnissen zu tun. Sie versuche, zu den Terminen früher zu erscheinen, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Dolmetscherin 6: Ich glaube, für das Dolmetschen ist es ganz wichtig, dass man schon vor dem Termin kommt, um mit der Person, zu unterhalten über ihn. Einfach um diese Verbindung einzustellen, versuchen, sie einzubauen. Ein bisschen was. Weil dann bist du mit einem fremden Menschen konfrontiert. Für diese Menschen, die ganz schlimme Erlebnisse hatten, es ist auch nicht so leicht, sich zu öffnen. Dann musst du auf den Punkt reagieren. Es ist nicht zu leicht, sich zu öffnen, sich zu offenbaren. Ich versuche auch ein bisschen früher zu kommen, ein bisschen mehr plaudern, wie Mensch zu Mensch. Man hat schon... gewisse Kontakte herstellen. Und das kann man danach transferieren.

Zusätzlich weisen fast alle befragten Dolmetscherinnen darauf hin, dass PatientInnen oft für die Behandlung unwichtige Geschichten erzählen. In solchen Fällen müssen sie sie freundlich bitten, das eigentliche Thema nicht zu wechseln.

Ferner schildern einige der befragten Dolmetscherinnen auch Schwierigkeiten, wenn sie die Aussagen der ÄrztInnen dolmetschen mussten. In diesem Zusammenhang merkt Dolmetscherin 3 an, dass manche ÄrztInnen PatientInnen nicht direkt ansprechen, sondern die Dolmetscherin. Außerdem werde sie seitens des medizinischen Personals manchmal wie eine Verwandte der PatientInnen wahrgenommen. Sie thematisiert im Folgenden das rasche Tempo der Aussagen der ÄrztInnen, das sie dazu veranlasst, die Aussage zusammenfassend wiederzugeben.

Dolmetscherin 3: Manche (ÄrztInnen) sprechen nicht mit den Kunden, sondern mit mir. Sie ????? für den Kunden spricht, das tue ich eher, wenn ich dolmetsche, aber sie behandeln mich wie eine Verwandte oder so, manche ÄrztInnen. Im ##### gibt es Ärzte, die wissen, wie man mit DolmetscherInnen arbeitet, aber in den ##### eher nicht. Und manchmal ist die Betreuerin dabei und dann sprechen sie mit der Betreuerin und nicht mit den Kunden. Und ich höre zu und dann muss ich noch zusammenfassend dolmetschen, weil es so schnell geht, dass ich das nicht schaffe, ins Detail zu gehen.

Dolmetscherin 3 erzählt in diesem Zusammenhang von einem Fall, als sie eine bestimmte Information für den Patienten nicht dolmetschen durfte, da dies das Arzt-Patient-Verhältnis nach Einschätzung des therapeutischen Personals beeinträchtigen und den Zustand des Patienten verschlechtern hätte können.

Dolmetscherin 3: Was mir noch passiert ist, dass der Arzt der Betreuerin etwas gesagt hat und das durfte ich nicht dolmetschen. Es ging um ein heikles Ding. Der hat gesagt, dass der Flüchtling, dieser Kunde, zurück nach Russland kehren soll, weil in Österreich sie eine gewisse Operation nicht machen können. Er muss, der Kranke, wach sein, und die Sprache verstehen können und mit dem Dolmetscher geht es aus irgendwelchem Grund nicht. Und da die Person kein Deutsch spricht, können sie diese OP nicht machen. Er solle nach Russland zurückkehren und dann einen guten Arzt finden. [...] Ich durfte das nicht dolmetschen, dass dieser Arzt ziemlich negativ eingestellt war und gesagt hat: „Er hat nichts in Österreich zu suchen“ und dass „er nach Russland soll“. [...] das hat er mir gesagt: „Das wirst du nicht dolmetschen“. Ich habe die Psychologin so angeschaut. Sie hat mir ein Zeichen gemacht: „Ja, lass das aus“. Ja... [...] Er wird nicht nach Russland kehren. Und... um seinen emotionellen Zustand nicht zu verschlechtern, wurde ihm nichts darüber gesagt.

Aufgrund der kaum vorhandenen Erfahrung einiger Dolmetscherinnen im medizinischen Bereich wurden die medizinischen Termini sowie lateinische Ausdrücke als Schwierigkeiten beim Dolmetschen genannt. So ist z. B. Dolmetscherin 2 das Wort „Kaiserschnitt“ während der Dolmetschung in die russische Sprache nicht eingefallen. Auch Dolmetscherin 3 wusste nicht, wie manche lateinische Ausdrücke auf Russisch heißen, da diese im Russischen häufig einen anderen Namen haben. In solchen Fällen gibt Dolmetscherin 3 an, ihr unbekannte Termini auf folgende Weise zu umschreiben:

Dolmetscherin 3: Ich hab es umschrieben oder ich hab ihr gesagt: „Na, Sie wissen schon, das was unter dem ist“, oder so. Hat funktioniert.

6.7. Schwierigkeiten beim Dolmetschen in der Psychotherapie

Wie bereits im Unterkapitel 4.5. *Der Sonderfall: Psychotherapie* erläutert wurde, sind die Anforderungen an DolmetscherInnen beim Dolmetschen in der Psychotherapie noch höher, als sie es im medizinischen Bereich ohnehin schon sind. So müssen DolmetscherInnen z. B. Aussagen der PatientInnen dolmetschen, die keinen Sinn ergeben.

Dolmetscherin 4: Ich habe bisher nur mit einer Patientin gearbeitet, die Schizophrenie hatte, hat immer noch. Aber da ist die ganze Kommunikation nicht gelungen. Da musste ich auch der Psychotherapeutin sagen, dass sie einzelne Wörter gesagt hat, die keinen Sinn machen. [...] Ich habe auch die Wörter schon genannt, was sie gesagt hat und sie haben aber keinen Sinn ergeben.

Auch Dolmetscherin 5 wies darauf hin, dass sie bei psychotherapeutischen Behandlungen nicht alles dolmetschen würde. Wenn es keine aussagekräftige Botschaft seitens der PatientIn gebe, dann frage sie nach.

Dolmetscherin 5: Nein, ich würde nicht alles dolmetschen, und würde nochmal nachfragen, damit ich nicht etwas ganz...wenn ich merke, dass jetzt ein Unsinn ist, was der Patient sagt, dann frage ich nochmal nach und interpretieren würde ich sowieso nicht. Es ist schon nicht ganz gut und versuche jetzt zu erfahren, warum der Patient jetzt diese Information sagt, weil die sind mit Dolmetschen nicht viel geübt, die Menschen. Und dann versuche ich eben das zu dolmetschen, was er als Erklärung dazu gegeben hat. [...] Aber ich dolmetsche nicht einfach bei jedem Satz darauf los. Also, wenn eine Aussage jetzt in einer ganz anderen Richtung... und sehr unsinnig ist, dann werde ich nachfragen.

6.8. Herkunft der Dolmetscherin

Aufgrund der angespannten Situation zwischen Russland und Tschetschenien ist die Herkunft der DolmetscherIn für tschetschenische PatientInnen besonders wichtig (siehe dazu auch 4.4. *Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge*). Einerseits könnte Misstrauen entstehen, wenn die DolmetscherIn aus Russland kommt, andererseits vertrauen tschetschenische Flüchtlinge häufig ihren Landsleuten nicht und sie sind oft erleichtert, wenn sie erfahren, dass die DolmetscherIn nicht aus Tschetschenien kommt.

In den Interviews wurde deutlich, dass tschetschenische Flüchtlinge in den meisten Fällen russische oder russischsprachige DolmetscherInnen bevorzugen, trotz der Tatsache, dass Russisch nicht ihre Muttersprache ist und trotz des langjährigen Konflikts zwischen den Ländern.

Dolmetscherin 1: [...] sie bevorzugen eine russischsprachige DolmetscherIn, weil die Tschetschenen, die hier in Österreich wohnen, sie wohnen in engen Gemeinden. ?????[...] auch wenn sie eine Dolmetscherin ist, unter Schweigepflicht steht, es kann sein, dass sie vielleicht einer Freundin gewisse Inhalte, ohne Namen zu nennen, aber trotzdem weitererzählt und man kann irgendwie mit dieser Person verbinden und dann dadurch entstehen für diese Person manche Probleme, vor allem in diesen tschetschenischen Gemeinden.

Auch Dolmetscherin 2 spricht von tschetschenischen Communities und von Misstrauen zwischen den Tschetschenen. Sie habe nie Misstrauen seitens der KlientInnen gespürt, obwohl sie aus Russland kommt.

Dolmetscherin 2: [...] Genau. Weil dort... die Community ist ziemlich eng, da kennt jeder jeden. Deswegen wollten... sie vom außerhalb haben. Ich weiß, es gibt genug Menschen aus Tschetschenien, die Deutsch sprechen und dolmetschen können, aber sie wollen jemanden, der unparteiisch ist. [...]. Umgekehrt hatte ich nie das Problem, weil ich Russin bin und nicht Tschetschenin, und da gibt es Spannungen, politische Konflikte, das habe ich nie zu spüren bekommen.

Dolmetscherin 3 ist ebenfalls der Meinung, dass ihre PatientInnen eine russischsprachige, anstelle einer tschetschenischsprachigen Dolmetscherin bevorzugen.

Dolmetscherin 3: Ich würde jetzt doch spontan sagen, eine russischsprachige, wegen dieses großen Misstrauens. [...] Das hat irgendwie damit zu tun, dass man in dieser Kultur so viel herumgeredet wird, so viel Gerüchte und Lügen und Intrige gibt, leider...

Dolmetscherin 4 spürt kein Misstrauen seitens der tschetschenischen KlientInnen, obwohl sie aus Russland kommt.

Dolmetscherin 4: [...] Und wie ich schon gesagt habe, die haben schon Angst, dass ihre Landsleute ihre Geheimnisse weitererzählen werden. Manche wollen nur Russisch haben.

Andere Erfahrungen machte Dolmetscherin 5. Obwohl ihre Eltern aus Russland kommen, sagt sie den tschetschenischen Flüchtlingen, dass sie aus der Ukraine sei, um mehr Vertrauen zu gewinnen. Früher, als sie sagte, dass sie eine Russin ist, habe sie Misstrauen gespürt.

Dolmetscherin 5: [...] Und dann spreche ich das ab, wie ich antworten soll, ob es für das Fachpersonal in Ordnung ist, wenn ich sage also, ich bin aus der Ukraine. Das... für die tschetschenischen Flüchtlinge nicht so schlimm ist, in Anführungszeichen, weil sie mehr vertrauen, oder ich muss auch sagen, „Nein, ich bin eine Frau, die Russisch spricht“. Das muss ich mit ihnen vorher absprechen. Aber es hat eine sehr große Bedeutung. [...] Na ja, wenn sie dann erfahren, dass ich aus der Ukraine ursprünglich komme, ist dann sofort eine Erleichterung. Und sie sprechen auch mehr. Also mir wurde gesagt von einer Psychotherapeutin, dass dieses Gespräch besonders offen gelaufen ist. Dass sie noch nie so offen... diese Person gesprochen hat und das sind meistens die Gespräche, wo ich gesagt habe, dass ich aus der Ukraine komme.

Weiters ist Dolmetscherin 5 der Meinung, dass tschetschenische Flüchtlinge doch ihre eigene Dolmetscherin, die ihre Sprache spricht, bevorzugen würden. Das Problem dabei

wäre, dass sie dann versuchen würden, die DolmetscherIn dazu zu bewegen, für sie Partei zu ergreifen.

Auf die Frage, ob TschetschenInnen eventuell eine tschetschenischsprachige Dolmetscherin bevorzugen würden, äußert Dolmetscherin 6 Zweifel und weist auf die Individualität jedes Falles und jeder Situation hin. Es gebe PatientInnen, die mit ihren Landsleuten nicht sprechen wollen.

Dolmetscherin 6: Es ist unterschiedlich. Ich habe einmal einen gefragt, ob er mit einem tschetschenischsprachigen Dolmetscher zufriedener wäre und er hat gesagt: „Nein, nicht unbedingt!“ Was er gemeint hat, ist auch, dass vom Menschlichen her, er wollte mit keinem Tschetschenen sprechen. Er hatte schon Probleme gehabt, mit seinen Landsleuten zu sprechen, und die Informationen weiterzugeben den Menschen, denen er nicht so zutraut...und ich glaube, dass ist auch mit dieser emotionalen Ebene verbunden.

6.9. Auswirkungen der Verwendung der russischen Sprache beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge

Die Tatsache, dass Russisch nicht die Muttersprache tschetschenischer Flüchtlinge ist, kann bei der Dolmetschung zu Missverständnissen führen (siehe dazu auch 4.4. *Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge*).

Dolmetscherin 4 verweist auch darauf, dass sich TschetschenInnen manchmal auf Russisch nicht verständlich ausdrücken.

Dolmetscherin 4: [...] Sie haben natürlich ihre eigene Sprache. Sie sprechen schon Russisch, aber verwenden Phrasen, die ich nicht verstehe.

Es gibt auch Fälle, in denen tschetschenische KlientInnen mittels Relais gedolmetscht werden müssen, da es kaum ausgebildete tschetschenisch-deutsche DolmetscherInnen gibt und manche TschetschenInnen kaum Russisch sprechen. In solchen Situationen, so Dolmetscherin 4, ist es auch, abgesehen von der zeitlichen Mehraufwandes, nicht klar, ob für PatientInnen tatsächlich die vollständigen Aussagen gedolmetscht werden.

Dolmetscherin 4: [...] Es gibt noch eine Dame im Caritas, mit der wir ein Relais-Dolmetschen haben. Das ist noch eine tschetschenische Frau dabei, die Russisch spricht und dolmetscht ins Tschetschenische. [...] Wahrscheinlich hat sie in einem Dorf gewohnt und kein Russisch gesprochen. [...] Da dauert es drei Mal so lange. Mit zwei Dolmetscherinnen und die andere ist auch keine professionelle Dolmetscherin. Ich weiß auch nicht genau, was sie genau da sagt, und ob alles so rüberkommt wie ich das gesagt habe.

Dolmetscherin 5 teilt mit, dass ihre KlientInnen gut Russisch sprechen, die Hochsprache aber meistens nicht verstehen. Aus diesem Grund müsse sie die Sprache anpassen.

Dolmetscherin 6 spricht von den Problemen der TschetschenInnen, sich auf Russisch auszudrücken. Weiters erinnert sie sich an einen Fall, in dem ein Patient tschetschenische Worte verwendete, die sie nicht verstand.

Dolmetscherin 6: Ja, mehrmals, es gab, wie wir wissen, Tschetschenen sind nicht Muttersprachler und in vielen Fällen vergessen sie auch die Wörter wie es auf Russisch heißt. Dann muss man abwarten, dass sie darauf kommen. Dann muss ich ihnen sagen: „Bitte beschreibe, was du damit meinst, damit ich das weiterleite, damit sich die Ärztin eine Meinung bilden kann. [...] Oder sie haben, es gab Fälle, wo sie sich nicht wirklich so gut ausgedrückt haben. [...] Ich habe erlebt, wo der Patient ein paar Wörter auf Tschetschenisch gesagt hatte und ich habe schon ein bisschen Zweifel gehabt, ob ich ihn verstehe. Dann habe ich nochmal gefragt. Er hat nicht sofort reagiert. Dann habe ich ihn gebeten: „Bitte, können Sie auf Russisch sprechen, sonst verstehe ich das nicht und kann das nicht weiterleiten, und das wäre schade für Sie“ ...

6.10. Die Rolle des Geschlechts bei der Dolmetschung

Dieser Faktor spielt für die Mehrheit der befragten Dolmetscherinnen bei der medizinischen Betreuung tschetschenischer Klientinnen eine besondere Rolle.

So teilt Dolmetscherin 1 mit, dass tschetschenische Patientinnen bei heiklen Themen ausdrücklich um eine Dolmetscherin bitten.

Dolmetscherin 2 ist der Meinung, dass die tschetschenischen Frauen nicht so viel Vertrauen haben würden und anders reagieren würden, wenn sie manche Themen mit männlichen Dolmetschern besprechen müssten.

Dolmetscherin 4 spricht ebenso davon, dass es auch „Sachen“ gibt, „die nur mit der Frau besprochen werden können“. So schildert sie eine Dolmetschsituation, in der eine Frau von ihren Brüdern, gefoltert wurde, weil sie unverheiratet eine Beziehung mit einem Mann eingegangen war. Deswegen konnte sie dieses Thema nicht mit männlichen Ärzten, Psychotherapeuten bzw. Dolmetschern besprechen.

Dolmetscherin 4: [...] Oder wenn eine Frau, die wurde von eigener Familie von männlicher Seite, von Männern, von Brüdern... gefoltert und verfolgt, weil sie mit einem Mann, die war nicht verheiratet und hatte eine Beziehung mit ihm. Und ein tschetschenischer Mann würde sie für schuldig halten. Ich weiß nicht, warum sie auch die österreichischen Männer sieht wie die tschetschenischen. Das hat wahrscheinlich mit ihren kulturellen Einstellungen zu tun. Die Kundin, die kann nicht mit den männlichen Ärzten, Psychotherapeuten, Dolmetschern... dieses Thema besprechen.

Keine der befragten Dolmetscherinnen weist darauf hin, dass sich männliche tschetschenische Klienten dagegen aussprachen, dass eine weibliche Dolmetscherin eingesetzt wurde.

6.11. Rollen der Dolmetscherinnen

Wie bereits im Unterkapitel 3.3. *Rollen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen* erläutert wurde, nehmen DolmetscherInnen im Rahmen von medizinischen Behandlungen unterschiedliche Rollen ein, die oft den theoretischen Anforderungen der Berufskodizes nicht entsprechen. So müssen DolmetscherInnen im medizinischen Bereich nicht nur die Aussagen der Parteien in die andere Sprache übertragen, sondern auch häufig vom Blatt dolmetschen, Termine organisieren, kulturelle Besonderheiten erläutern, PatientInnen psychologische Unterstützung leisten, etc. In der Praxis wird ersichtlich, dass sich die DolmetscherInnenrollen überschneiden.

Dolmetscherin 1 hat z. B. den Eindruck., dass das ÄrztIn-PatientIn-Gespräch meistens durch sie koordiniert wird.

Dolmetscherin 1: Die Dolmetscherin ist auch da, die Dolmetscherin ist eine Schnittstelle zwischen dem Arzt und den Patienten und natürlich ist in dem Fall wichtig, dass man als Schnittstelle das Gespräch koordiniert und das kann nur in diesem Fall, wenn eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher diese Aufgabe übernimmt, gut funktionieren, sonst ist es natürlich ein Chaos.

Auf die Frage, ob sie sich als Ko-Therapeutin bezeichnen würde, antwortet sie bejahend.

Dolmetscherin 1: Ja, so gesehen schon. Das kann man auch so bezeichnen. Und inwiefern ich eine Ko-Therapeutin bin...? Wenn es nur um... Stimme geht und um eine angenehme Atmosphäre, dann vielleicht schon, ja.

Dolmetscherin 2 bezeichnet sich als Kulturmittlerin und betont, dass sie keine Helferin sei, die Flüchtlingen hilft, sondern jemand, der professionell handle und seine Grenzen nicht überschreite. Nichtsdestotrotz sieht sie sich auch als Ko-Therapeutin.

Dolmetscherin 2: Wenn man das professionell macht, sollte man, wenn die eine oder die andere Seite, wenn man die Aussage nicht versteht, sollte man als Kulturmittler agieren und der Person es so erklären, auch. Ich finde es zulässig, die Informationen hinzuzufügen auch, solange sie dem Verständnis dienen, also. Das Ziel sollte sein – Vermitteln und Kommunikation herzustellen – und man sollte auch als Kulturmittlerin arbeiten. Das so der anderen Seite erklären, dass man das gut versteht. [...] man darf sich nicht als Helferin sehen, also diejenige, die Flüchtlingen hilft, oder so. Ich glaube das ist die Gefahr. Man ist Mittler und Kulturmittler beim Dolmetschen.

Obwohl Dolmetscherin 2 sich explizit als „keine Helferin“ bezeichnet, unterstreicht sie während des Interviews, dass es in der Medizin ganz wichtig sei, die KlientInnen auch psychologisch zu betreuen.

Dolmetscherin 2: [...] Ich denke schon, das ist mein persönlicher Gedanke, es ist natürlich immer schwer, wenn man professionell sein soll und den Abstand wahren soll. Und ich bin auch noch jung und unerfahren. Ich habe das Konzept des Ideals noch nicht gefunden, aber ich persönlich finde... wie soll ich sagen, dass man nicht ganz kalt, sage ich mal, nur professionell an die Sache angehen soll. Weil einfach die Situation so schwer ist, von diesen Menschen. Also, wenn ich da 2 Stunden bin, mit dem Arzt und ?????, es ist was Persönliches, da will ich sie ja schon unterstützen, in der Wartezeit, im Wartezimmer, die spricht mit mir.

Dolmetscherin 3 hingegen sieht sich als Helferin und als Unterstützung für PatientInnen, vor allem, wenn es um eine schwangere Patientin geht. Sie teilte auch mit, dass sie ihrer Patientin sehr gerne half, mit ihr während der Wartezeiten über Positives redete, um sie abzulenken, dass sie nach ihrer Kultur fragte, etc. Aus der im Folgenden angeführten Aussage ist ersichtlich, dass sich diese Dolmetscherin sehr engagiert und den persönlichen Beziehungen zwischen ihr und ihren KlientInnen einen besonderen Wert beimisst:

Dolmetscherin 3: [...] ein bisschen auch Unterstützung von der Patientin bist, vor allem wenn es zwei Frauen sind, eine Schwangere... und der Arzt ein Mann ist. Die wissen ja, dass man nichts zahlt für das Dolmetschen, dass ich wirklich eine Freiwillige bin, da bin ich nicht mehr kalt, da bin ich ihre Helferin, ja. [...] Ich habe mit ihr über positive Sachen geredet, um sie abzulenken...Ich habe sie über ihre Kultur gefragt, ich habe Interesse an ihrer Kultur gezeigt, von meiner Familie erzählt, versucht, Tschetschenisch zu lernen, ihre Hand gehalten, solche Sachen...

Dolmetscherin 4 macht deutlich, dass sie nicht als Koordinatorin des Gespräches fungiere, da sie nicht für diese Aufgabe zuständig sei.

Dolmetscherin 4: Das Gespräch versuche ich nicht zu steuern, das ist nicht meine Aufgabe. Ich versuche nur darauf zu achten, dass es für mich, für meine Tätigkeit, passt, einigermaßen, so gut wie ich das machen kann, damit ich eine gute Leistung erbringen kann.

Des Weiteren definiert sie einen deutlichen Unterschied zwischen den Rollen „Freundin“ und „Helferin“. Sie hält zu den KlientInnen Abstand und möchte keine freundschaftlichen Beziehungen mit ihnen aufbauen.

Dolmetscherin 4: Ich bin keine Freundin, ich bin eine Helferin, aber keine Freundin. Ich bin da in diesen Momenten, um den Patienten zu helfen, aber privat möchte ich auch mein eigenes Leben haben. Wie du sagst, es gibt Personen im Büro, die sich darum kümmern, dass die Leute Termine bekommen, sie rechtzeitig an irgendeinem Ort sind, aber das ist ihre persönliche Verantwortung. Sie sind keine kleinen Kinder. Ich bin dabei, ich dolmetsche. Vielleicht nehmen sie mich auch als eine Art Unterstützung wahr und das ist gut so.

Auf die Frage, ob sie sich als Ko-Therapeutin bezeichnen würde, antwortet sie negativ. Trotzdem spricht sie von einem sensiblen Umgang mit den PatientInnen, die sich in schwierigen Situationen befinden. Dieser finde aber außerhalb der medizinischen Behandlung statt.

Dolmetscherin 4: Nein. Es passiert, dass sie manchmal im Warteraum erzählen sie mir Geschichten aus dem Leben. Da höre ich zu, aber ich tue nichts damit, mit diesem Wissen. [...]. Ich versuche ihnen etwas zu sagen, damit sie sich ein bisschen besser fühlen. Draußen, nicht bei der Besprechung.

Dolmetscherin 5 beschreibt sich als „Bindeglied zwischen den Parteien“. Auch sie sieht sich nicht als Ko-Therapeutin.

Dolmetscherin 5: Ich sehe mich nicht als Ko-Therapeut. Sowohl ich gerne die soziale Komponente bei dieser Art von Dolmetschung einziehe, sprich ???? Gesichtsausdruck, wenn er Angst hat, dann werde ich mit ihnen sprechen ein bisschen weicher, nicht gebrochen, aber ich bin kein Ko-Therapeut.

Auf die Frage „Welche anderen Tätigkeiten musstest du erledigen?“ teilt Dolmetscherin 5 mit, dass sie manchmal nach Anfrage des Fachpersonals für PatientInnen Termine selbst organisieren müsse.

Dolmetscherin 5: Genau, doch es gibt manchmal die Möglichkeit, telefonisch Termine zu machen oder Änderungen abzuklären, dass man dann vom Fachpersonal... du wirst angerufen und gebeten, einen Termin zu machen und du machst das allein, ohne dass jemand Zweiter an der Leitung ist.

Dolmetscherin 6 räumt ein, dass sie die KoordinatorInnen-Rolle einnehme und sich selbst die Verantwortung auferlege, weitere Termine mit den ÄrztInnen zu vereinbaren. In einem Fall versuchte sie sogar, den Beginn der Behandlung zu beschleunigen, da ihr Klient lange Zeit warten musste und sich nicht gut fühlte.

Dolmetscherin 6: Ich hatte das Gefühl, dass ich in meisten Fällen die Koordinatorin-Rolle übernommen habe. Weil meistens das war bei diesen Terminen, er und ich, und wenn man ins Krankenhaus kommt, dann muss man sich anmelden, dann in der Schlange stehen, oder im Wartezimmer bleiben und dann wenn man nicht rechtzeitig, zu spät drankommt, dann muss man erinnern: „Wir sind noch da!“ Der Patient muss dann bald nach Hause, muss Medizin einnehmen und zu weiteren Terminen gehen. Und ich habe dann immer so das gemacht, dass ich koordinierte. Und ich versuchte immer, ihm Recht zu geben, dass er ins Gespräch kommt. Dass er nicht das Gefühl hat, dass er behindert ist. [...] Ich habe das koordiniert, wie er wollte, oder sogar ein bisschen mehr Verantwortung auf mich genommen und der Ärztin gesagt: „Bitte, er wartet jetzt. Wenn Sie uns ein bisschen schneller... Wenn es möglich wäre, ein bisschen schneller reinzukommen“, und dann ein bisschen ja... Auch bei der Ärztin mit den Fragen. Ich habe selbst sogar gesagt, wie er sich fühlte, oder ein sogar ein bisschen mehr also nicht so in der Form Fragen-Antworten, sondern ein bisschen mehr erzählt. Weil ich dachte, das war wichtig so. Und dann habe ich gefragt: „Wann ist der nächste Termin?“, oder „Wo? Was? Wie bekommen wir diese Information?“. Nachbehandlung...

Außerdem bezeichnet sich Dolmetscherin 6 als *Betreuerin, Ohr, Aushilfe, Psychotherapeutin* und *Freundin*. Sie ist der Meinung, dass DolmetscherInnen für tschetschenische Flüchtlinge im medizinischen Bereich „multitasking“ seien und spricht

in diesem Zusammenhang von dem Anspruch, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erfüllen.

Dolmetscherin 6: Ich würde sagen, dass ein Dolmetscher im medizinischen Bereich als Betreuer, als verwandte Seele sogar und als irgendwie Aushilfe in dem Sinne, dass man alles machen sollte. Auch das Ohr. Der beste Freund in der Situation schon [...] Du musst diesen Menschen zuhören. Koordinator auch. Ja, wahrscheinlich auch Psychotherapeut irgendwie, dass man ihn zuzuhören sollte, mit ihm sprechen sollte. In meisten Fällen man fühlt, als ob mit diesen Menschen niemand gesprochen hatte. Sie sind so zurückhaltend. Sie können nicht diese Emotionen... sie müssen sprechen. Ich habe das Gefühl bekommen, sie sprechen zu mir, als ob ich eine der besten Freundinnen wäre. Die ...sind alle Funktionen, „multitasking“.

Auch Dolmetscherin 6 müsse selbst Termine vereinbaren und eigene Initiative zeigen:

Dolmetscherin 6: Eben, genau, Termine vereinbart, dann auch mit der Ärztin Formulare ausgefüllt, dann auch die Vorgeschichte, er hatte so eine Mappe mit der medizinischen Geschichte...in dann in meisten Fällen muss man diese Mappe selbst öffnen und zeigen. „Das ist das. Und das Papier...“, und so. [...] Dann Anmeldeformular...

6.12. Die aktive Rolle der DolmetscherIn: Zusammenfassen, Hinzufügen, Abklären, Auslassen

Alle Dolmetscherinnen schildern, dass PatientInnen oft Geschichten erzählen, die für die Behandlung irrelevant seien. Die meisten versuchen, diese zu kürzen oder zusammenzufassen, weil sie unter Zeitdruck stehen. Auch das *Vereinfachen von Information für die KlientInnen*, um das Niveau auszugleichen, sowie das *Abklären der Aussagen*, wenn man das Gefühl bekommt, dass die PatientInnen nicht alles verstehen, werden von allen befragten Dolmetscherinnen bejaht.

Dolmetscherin 1 erzählt, dass sie vor allem bei den psychotherapeutischen Besprechungen zusammenfassen müsse, da in diesem Setting mehr Zeit zur Verfügung stehe und PatientInnen dadurch mitunter auch irrelevante Informationen liefern.

Dolmetscherin 1: Wenn sie sich wiederholen, dann fasse ich das zusammen. Aber das passiert meist bei den psychotherapeutischen Gesprächen und nicht bei den medizinischen, weil alle unter Stress sind und die Ärzte bekanntlich... haben nicht so viel Zeit und man erzählt nicht so viele Geschichten.

Auch das *Hinzufügen von Informationen* wird von vielen befragten Dolmetscherinnen bejaht. So erklärte z. B. Dolmetscherin 2 der Klientin aus eigener Initiative, wie Verhütungsmittel funktionieren:

Dolmetscherin 2: Ja, ich glaube, die Verhütungsmitteln habe ich erklären müssen, was die machen, weil sie, glaube ich, keine Ahnung hatte davon.

Außerdem berichtet sie, dass sie einmal selbst einen Termin für einen Klienten vereinbaren musste (siehe dazu auch 6.11. *Rollen der Dolmetscherinnen*).

Dolmetscherin 2: Damals, als ich die paar Male für ##### gedolmetscht habe, musste ich einen Termin für den Patienten organisieren, weil er ohne Termin ins ##### gegangen ist und wir haben da versucht, die ganze Zeit beim Schalter einen Termin zu bekommen. Da habe ich selbst eigene Initiative gezeigt. Da habe ich einen Termin ausgemacht.

Dolmetscherin 4 spricht explizit von ihrer aktiven Rolle in jenen Fällen, wenn es KlientInnen schwer fällt, das richtige Wort zu finden. In solchen Situationen greift sie auf ihr Wissen über das Fachgebiet Medizin zurück und verwendet dann bei der Dolmetschung für die ÄrztInnen das richtige Wort.

Dolmetscherin 4: Manchmal es ist so, dass sie ziemlich lang etwas erklären und dabei das richtige Wort nicht verwenden, weil sie das nicht kennen. Dann beim zweiten Mal kann ich die Zeit sparen, dass ich das Wort verwende, das ich schon weiß. Wenn

ich sicher bin, dass es tatsächlich das, was sie meinen. [...] Na, ich frag, wenn ich nicht sicher bin. Wenn es klar war, dass sie das meinen. Dann sage ich den Arzt, wie sie das beschreiben und dann das Wort verwenden. Es ging beim letzten Mal um die Biopsie und der Kunde hat es so umschrieben, dass die verwend... sie in den Magen schauen du dann... ein Stück vom Magen rausnehmen, um zu schauen, ob er irgendwelche Krankheit hat. Das heißt, sie haben eine Sonde, die durch die Röhre in den Magen eingeführt wird und ein Stück vom Schleimhaut abgerissen, abgeschnitten und dann analysiert. Das ist die Biopsie. Dann das zweite Mal hat es geheißen. „Die Biopsie.“ [...] Das hat der der Flüchtling gesagt und er wusste den Terminus nicht. Ich habe es zuerst so gesagt, wie er das gesagt hatte und dann, um die Zeit zu sparen, Biopsie gesagt.

Was das *Auslassen unwichtiger Information* betrifft, so weist Dolmetscherin 4 darauf hin, dass sie bei psychologischen Behandlungen versuche, alles ins Deutsche zu übertragen, damit die Psychologin wisse, wie die PatientIn denke.

Dolmetscherin 4: Bei der Psychotherapie will auch die PsychotherapeutIn wissen, wie die Personen denken und woran sie denken. Was sie mit dem Thema assoziieren und so. Ich dolmetsche es lieber, für Präzision. Das kann wichtig sein.

Auch das *Abklären aus eigener Initiative* ist im Gespräch mit Dolmetscherin 4 vorgekommen. So fragt sie erneuert die ÄrztInnen, wenn sie das Gefühl bekommt, dass die Frage der PatientInnen nicht bzw. nicht ausreichend beantwortet wurde.

Dolmetscherin 4: Manchmal ergibt es sich, dass die Flüchtlinge mit einer bestimmten Fragen kommen und sie erreichen das Ziel nicht, weil der Arzt in eine andere Richtung steuert. Aber das passiert mir auch als Patientin, die Deutsch spricht. [...] Wenn zum Beispiel der Arzt die Frage nicht beantwortet, dann dolmetsche ich, wie er gesagt hat. Und wenn die Kundin etwa unsicher ausschaut, kann ich nochmal versuchen, das zu klären. [...] Ich schreibe alles mit, damit ich dann tatsächlich weiß, was gesagt wurde und wenn ich was merke, irgendwas passt nicht, irgendwas wurde falsch verstanden. Dann finde ich... es ist auch meine Arbeit, das abzuklären...

Dolmetscherin 5 benutzt mitunter volkstümliche Bezeichnungen für bestimmte Organe, wenn sie merke, dass die PatientInnen Verständnisprobleme haben.

Dolmetscherin 5: Ich beginne zuerst zu dolmetschen die Fachtermini und wenn ich merke, dass dann da auf dem Gesichtsausdruck zu ersehen ist, dass das nicht verstanden wurde, dann wiederhole ich das in volkstümlich Bezeichnungen, sagen wird das mal so. [...] Manchmal, also, es kommt darauf an, wenn der Gesichtsausdruck besonders fragend ist, dann wiederhole ist dann volkstümlich aus meiner eigenen Initiative, ob es ein Wurmfortsatz oder Blinddarm [...]. Also Blinddarm ist wahrscheinlich jedem geläufiger als Wurmfortsatz. Aber manchmal frage ich nach, ob es wirklich verstanden wurde.

Im Zuge der medizinischen Dolmetschung passt Dolmetscherin 5 auch das Sprachniveau an.

Dolmetscherin 5: Ja, das mache ich zum Beispiel automatisch, wenn etwas Volkstümliches gesagt wird, vom Patienten zum Personal, sage ich, werden die volkstümlichen Termini dann zur Fachsprache.

Dolmetscherin 5 gibt an, politische bzw. geschichtliche Besonderheiten über den tschetschenischen Krieg erläutert zu haben.

Dolmetscherin 5: [...] Ab und zu schon. Aber nicht kulturelle, sondern politische Hintergründe, geschichtlich-politische Hintergründe. Also warum sie davon spricht, wie ihr Mann getötet wurde. Eine Patientin hat darüber erzählt, wie ihr Mann getötet wurde. Sie hat erklärt, wie die kriegerische Situation dort ist, dass er zu einer Gruppe gehörte, mit der anderen Gruppe... sie sind nicht gleich befreundet. Das hat zum Beispiel unsere Gesellschaft nicht. Die Kleinwirtschaft [...].

Dolmetschen 5 lässt Redundanzen aus und kürzt aufgrund des Zeitdrucks die Aussagen der PatientInnen. Sie fragt aus eigener Initiative nach, wenn bestimmte Aussagen keinen Sinn ergeben.

Dolmetscherin 5: *Ja, ich kürze schon oft, weil das Fachpersonal nicht eine Unmenge von Zeit hat. [...]. Manchmal wiederholen sie sich. Sind keine geübten Redner. Ich lasse diese Wiederholungen aus. [...] Die Sprache. Wenn ich merke, dass eine Aussage nirgendwohin führt, also ich kann natürlich alle Worte dolmetschen, aber ich sehe eine Aussage daran nicht, dann ergreife ich die Initiative und frage nach.*

Dolmetscherin 6 habe mehrmals die Initiative ergriffen, um, z. B. die Vorgeschichte der PatientIn der ÄrztIn zu erklären. Sie denkt, dass es für die Behandlung entscheidend sei, dass sie der ÄrztIn dieses Wissen weiterleitet.

Ein anderes Mal habe sie für den Patienten Partei ergriffen und die Ärztin gebeten, die Dosis des Schmerzmittels zu erhöhen, da die Ärztin der Meinung war, dass der Patient nur „Phantomschmerzen“ hatte.

Dolmetscherin 6: [...]Das sollte ich wirklich den Ärztinnen sagen. Und sie hat nicht reagiert darauf. Sie wollte nicht trotz diesen Schmerzen die Dosis erhöhen. Sie hat gemeint, es wird ihm nicht helfen. „Das sind nur diese Phantomschmerzen“. Vielleicht hat sie auch Recht gehabt, aber sie hat das so gesagt, als ob sie wirklich für ihn kein Gefühl hat, wie für einen Patienten, einen Menschen. Es war so kalt. Und ich habe auch reagiert darauf. Ich habe gesagt: „Aber bitte, Sie müssen für ihn etwas machen, weil er hat schon keine Hoffnung mehr. Weil er hat so schreckliche Schmerzen. Bitte, helfen sie ihm weiter.“ Und dann hat sie natürlich auch komisch reagiert. Sie hat nichts gesagt, aber ihr Gesichtsausdruck war nicht so angenehm, aber sie hat ihm danach die Dosis vergrößert....

6.13. Sichtbarkeit vs. Unsichtbarkeit

Die Sichtbarkeit von DolmetscherInnen in der Medizin ist immer noch ein umstrittenes Thema. So handeln nach wie vor manche Berufskodizes davon, dass eine DolmetscherIn während der medizinischen Behandlung unsichtbar bleiben solle (siehe dazu 2.1. *Allgemeines zur Dolmetschethik und zur Sichtbarkeit*). In der Praxis ist häufig das Gegenteil der Fall.

Dolmetscherin 1 berichtet, dass sie selbst die Initiative ergreife und sich selbst einmische, um z. B. manche kulturellen bzw. sprachlichen Angelegenheiten tschetschenischer PatientInnen zu erklären. Andererseits, wenn es um ÄrztInnen geht, bittet sie das medizinische Personal, die Aussagen einfacher zu formulieren, wenn die PatientInnen die erste Aussage nicht verstehen.

Dolmetscherin 1: Wenn ich irgendwas erläutern muss, dann mische ich mich selber ein und erkläre das selbst. Aber wiederum,... wenn es um sprachliche Sachen oder kulturspezifische Sachen geht. Aber sonst nicht. [...] Die Anpassung erfolgt in beide Richtungen. Aber ich meine, wenn der oder die PatientIn das nicht verstanden hat, dann würde ich den oder die ÄrztIn bitten, das einfacher zu erklären. Nicht versuchen, selber zu erklären, auch wenn ich wüsste, worum es geht. (...). Auch wenn ich das Gefühl habe, dass sie das nicht verstanden haben, ich würde dann die Ärztin oder den Arzt bitten, das einfacher zu erklären, damit ich dann meinerseits das einfacher erklären kann.

Auf die Frage, ob eine DolmetscherIn in diesem Bereich sichtbar ist, antwortet Dolmetscherin 1, dass es ein „Blödsinn“ wäre, zu behaupten, dass sie unsichtbar sei.

Dolmetscherin 2 ist ebenfalls der Meinung, dass eine Dolmetscherin, welche im medizinischen Bereich agiert, kulturelle Eigenschaften erläutern müsse.

Dolmetscherin 2: Schon sichtbar. Vor allem bei den kulturellen Sachen, bis einem gewissen Grad sollte sie sichtbar sein, aber im Rahmen des professionellen Auftretens der DolmetscherInnen. Dass man den Patienten oder dem Arzt Informationen liefert, die kulturspezifisch sind, die man als Laie nicht weiß, aber die für die Kommunikation wichtig sind.

Dolmetscherin 3 berichtet von einem Beispiel, als sie ihre Patientin korrigieren musste, da diese aufgrund von Nervosität ein falsches Geburtsdatum ihrer Tochter angab. Hier ist anzumerken, dass die sichtbare Rolle der Dolmetscherin in der Medizin dazu beiträgt, Missverständnisse zu vermeiden.

Dolmetscherin 3: Es ging darum, wann ihre Kinder geboren sind. Die ganzen Geburtsdaten. Ich glaube, sie selbst war so nervös, dass sie alles... vermischt hat. Ich habe ihr gesagt: „Nein, du hast mir gesagt, dass deine Tochter in jenem Jahr geboren ist“.

Dolmetscherin 4 erzählt von einem Fall, als ein Patient ungültige Befunde aus Russland mitgebracht hatte. Bei der Besprechung mit der Ärztin erklärte sie, dass dieser Befund nicht zu ernst zu nehmen sei.

Dolmetscherin 4: Ich mache manchmal Anmerkungen, nachdem wir schon etwas gesprochen haben. Beim letzten Mal hat eine kranke Person viele Befunde mitgebracht, manche auch aus Russland. Und es war eine sogenannte Computordiagnostik dabei [...]. Dann habe ich einfach gesagt, dass dieser Befund nicht zählen wird. Da stand auch keine Unterschrift, kein Stempel, nichts.

Dolmetscherin 4 ist ebenfalls der Meinung, dass eine DolmetscherIn in der Medizin sichtbar sein müsse, um zum Erfolg einer Behandlung beizutragen.

Dolmetscherin 4: Als Kommunikations- und Kulturexpertin muss die Dolmetscherin manchmal die Initiative ergreifen, um das Ziel zu erreichen, dass die beiden Parteien sich verstehen, dass die Behandlung klappt und wie gesagt, es ist mir schon passiert, dass mit meiner Hilfe irgendein wichtiges Detail aufgetaucht ist. Und die Person sagt: „Ich habe es tausendmal erzählt und erklärt“. Und die Ärzte sagen: „Das ist nicht passiert, das hören wir zum ersten Mal“. Das ist meine Aufgabe, das rüberzubringen.

6.14. Die Bedeutung von Neutralität und Unparteilichkeit beim Dolmetschen

Die Frage, ob eine DolmetscherIn bei medizinischen Behandlungen immer neutral und unparteiisch bleiben soll und kann ist sehr umstritten (siehe dazu auch 2. Dolmetschethik und Sichtbarkeit).

Dolmetscherin 1 versucht immer neutral zu bleiben, da es explizit von ihr an ihrem Arbeitsort verlangt wird. Neutral zu bleiben bedeutet für sie keinerlei Interpretationen zu machen und zu dolmetschen, „was gesagt wurde“.

Dolmetscherin 1: Ja, das ist wichtig für den Beruf, natürlich, dass es eine der Voraussetzungen, die man aufrechterhalten muss, wenn man bei einer solchen Behörde arbeitet wie in der #####. Da steht Schwarz auf Weiß: „Eine DolmetscherIn ist immer neutral und nie befangen“. [...] Darunter verstehe ich, dass man jetzt versucht, neutral zu bleiben und versucht man nicht zu interpretieren zugunsten einer Partei. [...] Genau, dass ich dolmetsche das, was gesagt wurde und ich persönlich wenn für mich das keinen Sinn macht, werde ich das trotzdem dolmetschen, weil das für die Diagnose wichtig ist.

Dolmetscherin 2 hingegen ist der Meinung, dass eine echte Neutralität nie erreicht werde. Aus ihrer eigenen Erfahrung, habe sie es noch nicht geschafft, völlig neutral zu bleiben, zumindest, wenn sie für die Patientin vom Blatt dolmetschen musste.

Dolmetscherin 2: Neutralität ich glaube ist das Ziel, das nie erreicht wird, das man aber anstreben sollte. Wenn man keine Ausbildung hat, dann ist der Problematik nicht bewusst. Aber man sollte neutral sein. Ich glaube es ist schwer, neutral zu bleiben. Ich habe es noch nie geschafft. [...] Na ja, bei der Dolmetschsituation, als ich dort zwischen dieser Frau und ihr gedolmetscht habe, war ich schon mehr oder weniger. Aber dann vom Blatt übersetzen oder so oder bei solchen Situationen ich glaube es ist schwieriger, wenn man da allein mit ihr sitzt, wenn man da mit ihr redet, über andere Sachen redet, da ist man nicht neutral. [...] Ah ja, ich fand es schwierig, quasi genau nur die Mittlerin zu sein, die von einer Sprache in die andere dolmetscht oder übersetzt eben. Als ich vom Blatt übersetzt habe, hat mir diese Person ihre ganze Lebensgeschichte erzählt und wie viel sie schon Abtreibungen hatte und das war ja ziemlich...Man muss ja als Mensch darauf reagieren. Relativ schwierig eben da nur „die Dolmetscherin“ zu bleiben. Man wird schnell einen Bezug zu der Person, diese Vertrauens Ebene vor allem in diesem heiklen Bereich oder bei solchen Themen. Da ist ich glaube die Schwierigkeit, dass man quasi wirklich neutral bleibt, objektiv und neutral, und auch nicht seine eigene Meinung nicht da hineinkriegt in diesen

Gesprächen, privaten Gespräche oder ja. Das war, ich glaube, die einzige Schwierigkeit.

Bei dem Thema *Unparteilichkeit* liefert Dolmetscherin 2 widersprüchliche Aussagen, als sie angibt, dass LaiendolmetscherInnen automatisch unparteiisch seien. Andererseits ist sie aber der Meinung, dass es unmöglich sei, unparteiisch zu sein, wenn man die Richtlinien nicht kennt.

Dolmetscherin 2: Wenn man wirklich keine Ahnung davon hat oder man nicht weiß, dass man neutral bleiben sollte, unparteiisch, dann hält man sich automatisch daran. Weil es ist schon so auch schwer, wenn man das weiß, aber wenn man das nicht vor Augen hat, dann ist es, glaube ich, unmöglich. Deswegen gibt's es diese Richtlinien.

Dolmetscherin 3 glaubt, dass die Neutralität im medizinischen Bereich keine wichtige Rolle spielt und dass von ihr seitens des medizinischen Personals sogar erwartet wird, dass sie PatientInnen emotionell unterstützt.

Auch Dolmetscherin 6 geriet beim Thema Neutralität mit ihren Aussagen in Widersprüche: „Mann muss neutral sein, aber auch mehr als neutral...“

Für Dolmetscherin 4 ist die Unparteilichkeit unwichtig, weil PatientInnen nicht nur sprachliche Unterstützung von den DolmetscherInnen brauchen.

Dolmetscherin 4: Ich finde es gerade beim Dolmetschen in der Medizin unwichtig. Auch wenn es ohne Dolmetscherin..., sucht der Patient einen Arzt, dem er vertrauen kann, der auf den Patienten hört, der die Fragen beantwortet und alles aufklärt. Und wenn eine Dolmetscherin in diesem Prozess drinnen ist, ist es auch wichtig, dass sie alles unternimmt, damit sich der Patient wohlfühlt.

6.15. Kultur

Kulturelle Aspekte spielen im medizinischen Setting eine besondere Rolle. Inwieweit die Kultur in den medizinischen Behandlungen wichtig ist, wurde im Unterkapitel 1.2.1. *Kulturspezifische Aspekte* ausführlich geschildert.

Dolmetscherin 1 erwähnt in diesem Zusammenhang das Ehre- und das Schande-Gefühl tschetschenischer Frauen. So dürfen sie auf keinen Fall ihren Männern erzählen, dass sie z. B. durch Soldaten misshandelt wurden, da dies die Ehe zerstören würde und Schande über die gesamte Familie brächte. In medizinischen Settings bedeutet dies, dass Frauen getrennt von ihren Männern befragt werden sollen.

Dolmetscherin 1: Ja, ich kann, zum Beispiel viele tschetschenische Frauen, es ist oft der Fall, dass während des Krieges werden viele Frauen vergewaltigt und es ist natürlich schrecklich und für tschetschenische... ist das viel schlimmer als für eine, sagen wir... westeuropäische Frau, die vergewaltigt wurde, weil sie dürfen das ihrem Mann nicht sagen und wenn sie zu zweit, natürlich, zu einer Behandlung kommen, dann darf der Mann das nicht erfahren. Das heißt, ich müsste da mich einmischen und sagen: „Es geht darum und darum, wenn ich weiß natürlich, worum es geht und bitten, dass der Mann nicht dabei ist. Es geht um solche sensiblen Themen. Damit es keine Auswirkungen auf die Ehe hat ist es besser, wenn der Mann nicht dabei ist. Die Aufgabe der Dolmetscherin ist dabei, dass sie sich einmischt und dem Arzt oder der Ärztin erklärt: warum ist es so wichtig, dass der Mann nicht dabei ist, in diesen Gesprächen. Der Mann darf auf keinen Fall erfahren, dass die Frau vergewaltigt wurde, sonst wird er nicht mehr mit ihr wohnen wollen und das ist eine Schande für die ganze Familie.

Auch religiöse Aspekte sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Dolmetscherin 1 erzählte von einer Dolmetschung, in der ein tschetschenischer Patient die Behandlung unterbrechen musste, da zu dieser Zeit Betstunde war.

Dolmetscherin 1: Einmal habe ich das erlebt, dass mittendrin in den Verhandlungen ein Mann sagte: „Ja, ich muss mich jetzt... meine Hände waschen. Das ist jetzt eine Betstunde und ich muss jetzt beten.“ Der Arzt hat dafür Verständnis gezeigt und hat gesagt: „Ja, bitte, Sie können jetzt beten.“ [...] Das war nicht bei einem

medizinischen Termin, das war bei einer psychotherapeutischen Behandlung. Also da hat man natürlich mehr Zeit und man braucht mehr Zeit für eine Behandlung. Bei einem medizinischen Gespräch haben sie sowieso nicht so viel Zeit. Man kann nicht das Gespräch unterbrechen und sagen,... wenn zwei Minuten oder fünf Minuten geblieben sind und sagen: „Jetzt mache ich einen Pause und ich werde beten.“ Das geht natürlich nicht. Aber bei den psychotherapeutischen Behandlungen habe ich bemerkt, dass ich sogar zwei oder drei Fälle habe ich erlebt. Einmal bei einem Mann, einmal bei einer Gruppe von Frauen, die auch gebetet haben, dass sie auch diese Möglichkeit bekommen.

Auf die Frage zu den Besonderheiten der tschetschenischen Kultur spricht Dolmetscherin 2 vom Verbot der Verhütung, welches mitunter besteht und welches in diesen Fällen für manche tschetschenische Frauen zu zahlreichen heimlich durchgeführten Abtreibungen führt.

Dolmetscherin 2: [...] Nur bei diesem Verhütungsgespräch, als ich da gedolmetscht habe, ich weiß nicht ob sie verhüten dürfte, meiner Meinung nach, sie hatte zu viel Abtreibungen gehabt. Ich glaube nicht, dass sie irgendwelche Verhütung angenommen hat und ich glaube, da hat sie sich ziemlich... abgeblockt, oder da hat sie sich das angehört, sich das anmerken lassen, aber nicht zu viel zu Herzen genommen.

Auch die unterschiedlichen Rollenbilder von Männern und Frauen im Vergleich zur europäischen Kultur und die Klan-Tradition in Tschetschenien sind häufig in den Interviews als Probleme angeführt worden.

Dolmetscherin 2: Es ist schon ein großer Unterschied zur österreichischen Kultur oder zur europäischen Kultur, wenn ich so sagen darf. Auf jeden Fall ist dort... komplett anderes Verhältnis... Mann und Frau. Das bekommt man auch mit, dass sie die ganze Zeit zu Hause sitzt und sie haben halt ziemlich starke kulturelle Regeln, die sie danach befolgen hier in Österreich. Sie leben in Communities. Sie... nur mit tschetschenischen Menschen verkehren [...] Die Kultur hat einen ziemlich hohen Stellenwert, bei den Tschetschenen.

Ähnlich wie Dolmetscherin 1 hebt Dolmetscherin 3 ebenfalls die Wichtigkeit der Ehre und der Religion in der tschetschenischen Gesellschaft hervor. Weiters erwähnt sie die Polygamie und erzählt, dass ihr von einer tschetschenischen Frau angeboten wurde, die zweite Frau ihres Mannes zu werden. Dies schockierte die Dolmetscherin:

Dolmetscherin 3: [...] Diejenige... mit denen ich Kontakt habe, die sind alle sehr religiös. Sie machen noch alle den Ramadan. Vor allem die älteren Frauen. Sie beschwerten sich, wie die österreichischen Frauen angezogen sind. [...] Die Ehre spielt eine große Rolle. [...] Andere Dinge: Polygamie. Einmal kommt eine andere Frau und sagt: „Ich hätte für meinen Mann eine andere Frau“ und fragt mich, ob ich nicht will. Es war schockierend. [...] Ich denke, dass die Frau nicht besonders respektiert wird, das ist schon bekannt. [...] Dass ein Mann [...] der Frau so weit ist, psychisch, dass sie bereit wird, ihrem Mann freiwillig eine zweite Geliebte zu finden. Da muss schon so viel passiert sein, dass sie alle Würde und Liebe verloren... kann. Das finde ich sehr schockierend. Polygamie, ладно (gut), und dann noch es. Dass sie ihm da hilft. Also da - es tut mir wirklich leid. Ich finde in der islamischen Kultur und Gesellschaft, arabische, dass die Frau dort eine untergeordnete Rolle spielt.

Die traditionelle Rolle tschetschenischer Frauen entspricht jener der Frau in einer patriarchalischen Gesellschaft. So wird von einer tschetschenischen Frau in der Regel erwartet, gut auszusehen, gut zu kochen und Kinder zu bekommen, damit ihr Mann stolz auf sie sein kann. In diesem Zusammenhang erwähnt Dolmetscherin 3 ein Phänomen, welches im Widerspruch dazu steht: Während tschetschenische Männer aufgrund traumatisierender Erlebnisse während des Krieges mitunter depressiv und infolge dessen passiv werden, treffen ihre Frauen in diesen Situationen wichtige Entscheidungen, um für die Familie Sorge zu tragen.

Dolmetscherin 3: Es herrscht der große Druck auf der Frau. Sie sollen schön sein und etwas sein, worauf der Mann stolz sein kann, weil sie so schön sind. Natürlich: es ist eine patriarchalische Gesellschaft. Die Frau soll... Herd hüten, Kinder bekommen, gut und viel kochen. Also diese typischen patriarchalischen Sachen. Sie sind aber auch sehr stark. Also gerade jetzt durch den Krieg. Ich habe also den Eindruck gehabt, dass die Frauen schon öfter die Initiative ergreifen, Männer neigen dann dazu,

depressiv zu werden und zu trinken [...]. Aber die Frauen sagen dann: „Aber ich muss mich trotzdem um die Kinder kümmern, und ich nehme das alles in die Hand, sonst... es geht nicht und fällt alles zusammen“. Doch, ich glaube bei diesen Situationen... sie ergreifen schon die Initiative zur Rettung der Situation. [...] Sie müssen dann so handeln, weil die Männer sich so verantwortungslos verhalten.

Auch die in bestimmten Regionen Tschetscheniens noch verbreitete Tradition, Frauen zu „stehlen“, kommt in dem Interview mit Dolmetscherin 3 zur Sprache. Ferner erwähnt sie häusliche Gewalt und den Zwang, welchem tschetschenische Frauen erliegen, möglichst bald zu heiraten und auf keinen Fall alleine zu bleiben, um der Schande zu entgehen.

Dolmetscherin 3: Ich beobachte, dass es vor allem bei den Tschetschenen besonders stark ist. [...] Es ist schon so, dass die Frauen gestohlen werden und vergewaltigt werden [...] In der Ehe. Ich habe sogar gelesen in dem Buch von Polikowskaja. [...] Und auch bei den Frauen, man muss heiraten. Also es ist wichtig. Eine Frau, man soll sie gleich verheiraten. Sie heiraten schon mit 15. Und ich bin 25 und ich habe keinen Freund. Und meine tschetschenische „Mama“ von der Familie, ja, sie sagt zu mir: „Ja, jetzt aber schon, ja“. Das ist bei ihnen wichtig. Und es ist lustig, weil alle Frauen, die mich dazu raten, die sind schon 40 und nach schrecklichsten Umständen geschieden, aber trotzdem hält sie einem Prinzip fest, möglichst bald wen zu heiraten. Also irgendwie ist es so verankert, dass trotz dieser Erfahrungen steigen sie nicht runter von dem Standpunkt, ja. Wenn ich geschieden wäre, dann würde ich sagen: „Молодец! (Gut gemacht!) Warte auf den Richtigen und laufe nicht wo rein!“ Aber für sie ist das nicht so. [...] das ist eine Schande, wenn dann... alleine bleibst, aber keine Kinder hast.

Hinsichtlich der kulturellen Besonderheiten im Umgang mit tschetschenischen Flüchtlingen sprach Dolmetscherin 4 über das Essen, die traditionellen Beziehungen in der Familie und die Blutrache.

Dolmetscherin 4: Sie kennen sich meistens aus und sie sagen mir in dem Spital, was sie essen dürfen, dass steht so ein Fragenbogen, ob sie das Schweinefleisch essen

dürfen oder nicht, zum Beispiel. Und in der Psychotherapie passiert es manchmal, dass traditionelle Beziehungen zwischen Männern und Frauen besprochen werden müssen. Da kennen sich aber die Psychologen und Psychotherapeuten aus. [...] Das war nicht bei #####, sondern bei der #####, wo ich erklären musste, was „Blutrache“ ist, dass es tatsächlich immer noch existiert und so.

Dass der Mann das letzte Wort bzw. das Sagen hat, spiegelt sich auch in medizinischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungen, in welchen die gesamte Familie anwesend ist.

Dolmetscherin 4: Sie sind eher, ich kann nicht sagen, dass sie unterdrückt sind, aber für manche... der Mann hat das Sagen. Ich habe zum Beispiel eine ganze Familie gedolmetscht, wo die Frau, der Mann und die Kinder dabei waren. Und die Frau versucht, was zu sagen und der Mann sagt ihr: „Jetzt schweigst du und ich werde reden.“ Und will alles selbst erzählen. Und wenn sie Kommentare hat, darf sie nicht sprechen, komischerweise, ja.

Die kulturellen Unterschiede in Bezug auf die Rolle der Frau werden auch von Dolmetscherin 5 explizit erwähnt. Diese Selbsteinschätzung von Männern und Frauen, welche mitunter sehr stark von jener im deutschsprachigen Kulturkreis abweicht, sei in der Dolmetschung im Bereich der Medizin besonders sichtbar. Vor allem werden diese Rollenbilder laut den Erfahrungsberichten von Dolmetscherin 5 deutlich, wenn das Thema Sexualität zur Sprache komme.

Dolmetscherin 5: Natürlich sind die kulturellen Einflüsse am wichtigsten. Zum Beispiel wie die Rolle der Frau einzuschätzen... wie sieht sich die Frau selbst oder wie sieht sich der Mann selbst, das unterscheidet sich natürlich sehr von westlichen Standards und kulturellen Gegebenheiten. [...] Es ist sichtbar. Also bei den Frauen, wie sich selbst über sich selbst sprechen, nicht wie zum Beispiel eine Österreicherin, auch keine Russin in dem Sinne, dass sie eine anständige Frau sind. [...] Also diese Tatsache eine gute und anständige Ehefrau zu sein, z. B., ist sehr, sehr wichtig. Über sexuelle Belange ist es sehr, sehr schwer für sie zu reden. Auch in medizinischer Hinsicht. Und was sind die Voraussetzungen dafür, dass sie eine gute Frau sind. Die unterscheiden

sich sehr. So habe ich das gemerkt, aber...Die Selbständigkeit ist dort keine große Tugend. Es ist eher eine Tugend, wenn man eine Mutter ist, zu Hause sitzt und für den Haushalt sorgt [...].

Zudem weist sie auf ihren Umgang in der Dolmetschung mit Floskeln hin, die mit der Religion zu tun haben, und sie gibt an, dass sie diese häufig auslasse.

Dolmetscherin 5: Ja, wenn man das wortwörtlich dolmetschen würde, dann muss man ständig „Gott sei dank“ oder Ähnliches dolmetschen. Es wäre nach jedem Satz. [...] Nicht immer, ganz ehrlich nicht immer, weil oft einfach nur Floskeln sind, die „eben“ oder „sozusagen“ sind. Aber manchmal, wenn der Patient sagt „So Gott will“ oder „Dein Wort in Gottes Ohr“.

Auch Dolmetscherin 6 schildert im Interview das unterschiedliche Mann-Frau-Verhältnis in der tschetschenischen Gesellschaft.

Dolmetscherin 6: Ich kann mich erinnern an einen Fall, wo der tschetschenische Mann bei einem Arzt, wo er das Gefühl hatte, dass er mehr erzählen kann, mehr Respekt von ihm hat, als von einer Ärztin, einer Frau. Er hat sogar mir persönlich gesagt, wenn er sich mit seinem Arzt trifft, dann kann er sich mehr offenbaren. Er erwartet von ihm ganz viel und er bekommt auch was. Und wenn er sich beschwert über irgendwelche Schmerzen, dann kann er sofort bekommen, was er will. Es kann natürlich nicht um diese Mann-Frau-Konstellation gehen. Es kann auch vom Persönlichen her gehen, dass dieser Arzt wirklich ein guter Mann war, der auch auf ihn eingegangen ist. Aber ich hab das Gefühl bekommen, dass es doch von diesem Kulturellen her, ein Mann eher sich ein bisschen kultureller näher spürt, als eine Frau, eine Ärztin.

Dolmetscherin 6 ist der Meinung, dass ihr Klient mit einem Arzt viel mehr über intime Themen sprechen könnte als mit einer Ärztin.

Dolmetscherin 6: Aber ich glaube, wenn er einen männlichen Dolmetscher hätte, könnte er wahrscheinlich irgendwie mehr über die intimen Sachen sprechen, über die... private Informationen. Ich glaube, er hätte sich mehr... entpuppt. Aber ich glaube

nicht, so viel... Zweifel, dass er mir alles erzählt hat [...]. Er hat wirklich ...ja, offenbart. Ja, ich hatte das Gefühl bekommen, dass er wirklich sagt, was er meint, was er auf der Seele hatte, was er im Kopf hatte. Und das hat ihm wirklich bedrückt. Ich hatte nicht so viel Differenz bekommen, dass er wirklich, sich dem Mann gegenüber mehr... enthüllt, als mir, als Frau.

Es wäre allerdings eine voreilige Schlussfolgerung, anzunehmen, dass alle tschetschenischen Flüchtlinge gläubig seien. Dolmetscherin 6 berichtet von einem Fall, in dem ihr Klient den Glauben an Gott verloren habe, weil sein gesundheitlicher Zustand sich nicht verbesserte.

Dolmetscherin 6: Ich habe nicht so viel gespürt... Eben dieser Patient aus Tschetschenien, den ich übersetzt hatte, er war ...Er ist schon der Religion gegenüber, er hat das abgelehnt. Weil er auch diese Erfahrung gemacht hatte. Sein Leben war wie ein Kartenspiel und er hat sogar..., er war fast tot. Wahrscheinlich hat er sich... den Gott abgewöhnt. Also wirklich nicht mehr an Gott geglaubt. Ich hatte so ein Gefühl bekommen. Er hat nicht so viel über Gott gesprochen. [...]. Dass er nicht so viel Glauben hatte, das was er...dass er auf den Beinen stehen kann. Als es am Anfang war, als er nach Österreich gekommen ist, er hatte das Gefühl, dass er wirklich gehen kann. Vielleicht nicht nach der ersten Operation,... zweiter, dritter. Aber er kann es wirklich. Aber er hat dann auch total diesen Glauben verloren, irgendwie implizit an Gott. Deswegen... die religiösen Elemente spielten nicht so eine Rolle, bei dem, in diesem Fall.

Zudem trifft es auch nicht auf alle tschetschenischen Ehen zu, dass die Frau eine untergeordnete Rolle spielt.

Dolmetscherin 6: In diesem individuellen Fall, der 35 Jahre alt war, er hatte schon eine Ehefrau gehabt und sogar 4 Kinder. Er hatte es geschafft, 4 Kinder zu bekommen, bevor er behindert wurde, zum Glück, natürlich. Und die Frau spielte eine sehr große Rolle in seinem Leben. Sie war seine Unterstützerin, seine Helferin, wirklich... alles in allem. Natürlich die Frau, die ihm am nächsten von allen Menschen war. [...]. Das war für ihn seine Göttin. Das war eine außerordentliche Beziehung. Das

Einziges, was er mir erzählt, dass seine Frau nicht in seinem Zimmer schläft, sondern in einem anderen Zimmer nebenan. Und das hat natürlich mich gewundert, dass sie nicht bei ihm schläft. Und er hat gesagt, das ist so darum, weil er nicht so gut schläft und er will sie nicht stören [...]. Er will nicht mehr ihr Kümmerer... bringen in dem Zustand, ... was er hat. Und das war natürlich sehr respektvoll ihm gegenüber, weil sie immer mit ihm in allen... Und er respektiert das voll, alles was sie macht. Ich glaube, er hat einen großen Respekt vor der Ehre. Natürlich, er spürt eine große Liebe. Eine Mutter, seine Frau, der wichtigste Mensch in seinem Leben.

6.16. Emotionale Ebene

Wie bereits im Unterkapitel 1.2. *Dolmetschen im Gesundheitswesen* erwähnt wurde, ist die emotionale Stabilität eine zentrale Voraussetzung, um als DolmetscherIn in der Medizin für tschetschenische Flüchtlinge tätig zu werden. In den Interviews ist es vorgekommen, dass einige Dolmetscherinnen im Verlauf ihrer Einsätze mit sehr schwierigen Emotionen, hervorgerufen durch die Thematisierung von Folter, Gewalt, Abtreibung, schweren Krankheiten etc., konfrontiert waren. Trotz der immer wieder auftretenden emotionalen Belastung während der Dolmetschungen im medizinischen Bereich nahm keine der Befragten eine Supervision in Anspruch.

Dolmetscherin 1 fühlte sich am Anfang ihrer Dolmetschtätigkeit überfordert, weil sie „*natürlich alles sehr ernst genommen*“ hatte. Bei einigen ihrer Einsätze ging es um Folter von Tschetschenen durch russische Soldaten.

Für Dolmetscherin 2 sind solche Einsätze emotionell insofern belastend, als sie nicht ganz objektiv und neutral bleiben könne. Sie empfand es als eine große Herausforderung, beim Thema Abtreibung emotionalen Abstand zu wahren, da sie nicht vermeiden konnte, darauf „*als Mensch*“ zu reagieren. Ihre KlientIn hatte schon mehrere Abtreibungen hinter sich gebracht und durfte aus religiösen Gründen offenbar keine Verhütungsmittel benutzen.

Auch für Dolmetscherin 3 war es immer wieder schwierig, Abstand zur Klientin zu halten. Sie beschreibt eine Dolmetschung im medizinischen Setting als etwas sehr Persönliches und sie ist der Meinung, dass DolmetscherInnen im medizinischen Bereich

PatientInnen auch unterstützen sollten und sie nicht „kalt und professionell“ bleiben sollten, auch wenn Ersteres emotionell schwierig sei.

Dolmetscherin 4 berichtet von anderen Erfahrungen: Sie könne sich auf der emotionalen Ebene sehr gut abgrenzen. Es gelinge ihr ferner, Mitleid zu fühlen, ohne emotionell zu werden.

Dolmetscherin 4: Ich versuche, eben dieses Gleichgewicht zu halten, nicht emotionell zu werden, aber doch einfühlsam und mein Bestes tun um zu helfen. [...] Na ja, schon Mitleid, schon. Aber ich nehme es nicht zu nah. Ich versuche, mich emotionell fernzuhalten. [...] Es geht, ohne emotionell zu werden.

Dolmetscherin 5 weist auf die schwierige emotionale Belastung beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge im medizinischen Bereich hin, besonders wenn es um Kinder geht. Sie schaffe es aber zumindest, nach außen hin ruhig zu wirken.

Dolmetscherin 5: Ja, vor allem weil ich als Außenstehende bin, ich mich nicht zu sehr hinein... setzen möchte, aber bei manchen solchen Geschichten, da nimmt man am besten ein Taschentuch. [...] Nein, ich versuche mich zu halten, ich versuche mich... rückzuhalten. Wobei es nicht immer leicht ist, besonders, wenn das Kinder betrifft. Aber ich hab es bis jetzt, Gott sei dank, immer geschafft, neutral und emotionslos nach außen zu wirken. [...] Ich wirke nur nach außen emotionsbefreiter. Ich ????? zum Beispiel wenn man... erzählt wird, wenn ein Kind aus einem brennenden Haus gerettet wird.

Dolmetscherin 6 macht sich über ihre KlientInnen auch nach ihrem Einsatz Gedanken. Nach dem Interview teilte sie mit, dass sie einen Klienten nach der Behandlung angerufen habe, um sich zu erkundigen, wie es ihm jetzt ginge.

Dolmetscherin 6: Natürlich verbindet sich... man mit diesen Menschen auf der emotionalen Ebene. Man fragt sich: „Wie geht’s ihnen jetzt?“, nachdem ich übersetzt habe. Das bleibt bei dir im Tieferen [...].

6.17. Der Faktor Vertrauen in der Medizin

Vertrauen zwischen den Parteien hat in der Medizin oberste Priorität. Ist dies nicht vorhanden, werden wichtige Information vorenthalten (siehe dazu auch 1.2.4. *Der Faktor Vertrauen*):

Dolmetscherin 1: Ich glaube, dass das Vertrauen im medizinischen Bereich ist sehr wichtig, weil wenn man dieses Vertrauen nicht hat oder nicht hergestellt hat zwischen den Parteien, dann wirkt es auf das Gespräch aus. Es wird versucht, nicht alles zu erzählen. Das ist sehr wichtig für diesen Patienten, für diese PatientIn, für die allgemeine Diagnose, wenn man nicht alles erzählt. Sie können manche Sachen verheimlichen, weil es peinlich ist so das zu erzählen, oder aus anderen Gründen, wenn die DolmetscherIn nicht gefällt oder sie glauben, dass die Dolmetscherin das alles weitererzählt usw. obwohl sie auch wissen, dass die Dolmetscherin und der Dolmetscher unter Schweigepflicht steht.

Um das Vertrauen der KlientInnen zu gewinnen, setzt Dolmetscherin 1 ihre Stimme bewusst ein und versucht, immer ruhig zu bleiben.

Dolmetscherin 1: Ich weiß es nicht, das passiert einfach von selbst. Man versucht so eine Atmosphäre zu schaffen, dass man ohne Stress, ganz, ganz ruhig, vielleicht mit deiner Stimme ein bisschen. Dass du so eine angenehme Stimme hast und keinen Stress machen auf gar keinen Fall.

Andererseits spricht Dolmetscherin 2 von der Gefahr, zu viel Vertrauen aufzubauen, und bezieht sich in weiterer Folge auf Vereinnahmungsversuche.

Dolmetscherin 2: Also ich hatte das noch nie, dass mir jemand nicht vertraut hat. Vielleicht liegt das an meiner Persönlichkeit, dass man mir schnell vertraut. Eben das ist auch das Problem gewesen, dass wenn zu viel Vertrauen gebracht wird, das ist auch nicht gut und das war auch der Fall.

Dolmetscherin 3 schafft eine Vertrauensbasis durch zusätzliche persönliche Fragen z. B. über die Familie während der Wartezeit.

Dolmetscherin 3: Vor allem in der Zeit wenn wir nur beide da allein waren, nicht bei der Dolmetschung dann, ich habe ihr Fragen gestellt, was sie macht, zur Schwangerschaft, zu der Familie....

Deutlich mehr Vertrauen lasse sich im Zuge des zweiten Dolmetscheinsatzes mit den selben KlientInnen beobachten, versichert Dolmetscherin 4: „[...] sie reden dann mehr, sie erzählen mehr“. Sie ist sicher, dass der Blickkontakt dazu beiträgt, Vertrauen aufzubauen: „Ja, ich finde schon, wenn man der Person direkt in die Augen schaut, das fördert das Vertrauen.“

6.18. Vereinnahmungsversuche

Dieser Faktor ist eng mit den Erwartungen bzw. Anforderungen seitens der KlientInnen verbunden. Fast alle befragten Dolmetscherinnen wurden zu den tschetschenischen Flüchtlingen nach Hause eingeladen und um ihre Kontaktdaten gebeten.

Dolmetscherin 1 gab ihre Nummer nicht weiter und lehnte die Einladung ab, da sie der Meinung ist, dass dies nicht professionell sei.

Dolmetscherin 1: Ich habe einmal so eine Situation gehabt. Als ich eine Studentin war, das war im #####, ein Flüchtling hat mich nach meinen Kontaktdaten angefragt, aber natürlich habe ich ihm nichts gegeben. Und sie haben mich auch eingeladen, zu ihnen zu Besuch - und das meinten sie auch so freundschaftlich, aber das darf ich nicht entgegennehmen...Dann bin ich halt nicht neutral, sozusagen, befangen.

Auch Dolmetscherin 2 berichtet von einem ähnlichen Fall. Sie nahm die Einladung aufgrund ihrer mangelnden Erfahrung an und stellte später fest, dass dies mit den professionellen Richtlinien nicht übereinstimmte.

Dolmetscherin 2: Das war auch die ersten Male, als ich gedolmetscht habe. Da kann ich mich erinnern, dass sie mich sogar zu sich eingeladen haben. Ich habe damals...ja..., ich war eigentlich Laie, ich habe nicht gewusst, dass man quasi nur als Dolmetscher oder als Dolmetscherin agiert, dass man nur dolmetscht und man sich nicht schnell vereinnahmen lassen darf. [...]. Sie versuchen, ein freundschaftliches Verhältnis aufzubauen und wenn es dir das nicht bewusst ist, dann ist es ziemlich...gefährlich nicht, aber, also, es ist nicht professionell. Ich glaube, dass das ziemlich oft vorkommt, weil Menschen, die jetzt keine Dolmetschausbildung haben, dass man eben sich schnell vereinnahmen lässt. Schnell auf eine Seite....Das wird aber eben in der Dolmetschausbildung ständig gepredigt, dass man eben nur dolmetschen darf und kein persönliches Verhältnis aufbaut zu den Menschen, für die man dolmetscht.

Dolmetscherin 3 erhielt sogar eine Einladung, nach Tschetschenien zu fliegen, die sie ablehnte. Sie gab ihre Kontaktdaten weiter und wurde angerufen und gebeten, etwas zu erledigen, bekam aber das Gefühl, dass ihre Klientin nicht dankbar, sondern fordernd war, was sie irritierte.

Dolmetscherin 3: [...] ich habe es schon öfter erlebt, als sie irgendwas nicht bekommen hat, wofür ich dolmetsche, sie hat telefoniert. [...] Und ich habe das Gefühl, sie ist mehr fordernd als dankbar. Ich hatte das Gefühl, sie ist nicht wirklich dankbar. [...] und ich war davon ein bisschen irritiert [...].

Auch Dolmetscherin 4 berichtet, dass sie nach ihren persönlichen Daten gefragt wurde. Sie gab ihre Nummer an drei Personen weiter, die sie mittlerweile gut kennt, aber darüber hinaus möchte sie „nicht gestört werden“, da sie „keine Freundin“ sei. Manche fragten sie auch, ob sie für sie etwas erledigen könnte, wobei sie ihr dafür eine Entlohnung anboten.

Dolmetscherin 4: [...] Nur denen, die ich schon kenne. Im Moment nur drei Personen [...]. Aber sonst möchte ich nicht gestört werden. Ich bin doch keine Freundin. [...] Eigentlich haben schon manche gefragt, ob ich für sie was tun könnte, aber sie meinen es auch gegen Bezahlung. Aber so ist das nicht passiert, weil ##### die Einsätze bezahlt und die sind von ##### betreut.

Nur Dolmetscherin 5 teilt mit, dass sie nicht nach ihren persönlichen Kontaktdaten gefragt wurde. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass sie bei ihren Einsätzen sehr bestimmt und neutral wirkt. Auch sie berichtete davon, seitens der Patientinnen in gewissem Sinne vereinnahmt zu werden.

Dolmetscherin 5: Ja, von der Seite der Patientinnen. Patienten selten...Es sind solche Aussagen: „Sie müssen mich doch verstehen“, „Sie kennen das am besten“, „Erklären Sie ihm“, „Sie wissen schon, wovon ich rede“, „Sie kennen das ja“, also so...

6.19. Redewiedergabe

Hinsichtlich der Redewiedergabe gibt es unter den Dolmetscherinnen keinen einheitlichen Standpunkt. So nutzten nicht alle Dolmetscherinnen die "Ich-Form".

Dolmetscherin 2 berichtet z. B., dass sie in der dritten Person gedolmetscht habe, um sich vom Gesagten zu distanzieren.

Auch Dolmetscherin 3 entschied sich bewusst für die dritte Person bei der Dolmetschung, und zwar, um Missverständnissen vorzubeugen.

Dolmetscherin 3: Ich weiß, es wäre professionell in der ersten Person, aber mich hat einfach die Situation dazu bewegt, doch in der dritten Person, weil ich bemerkt habe, das verwirrt die Leute dann.

Dolmetscherin 4 hingegen benutzt die dritte Person nur bei telefonischen Dolmetscheinsätzen oder beim Zusammenfassen.

Dolmetscherin 4: [...] Hängt von der Situation ab. Ich versuche, das in der ersten Person zu dolmetschen und sage auch den Kunden, was es... so üblich ist. Aber beim telefonischen Dolmetschen, dann in der dritten Person... und wenn zusammenfassend auch so: „Der Arzt sagt, dass...“.

Dolmetscherin 1 berichtet, dass sie in der ersten Person gedolmetscht habe, weil dies von ihr so verlangt wurde.

Dolmetscherin 5 versuche immer in der ersten Person zu dolmetschen, außer sie merke, dass die PatientInnen nicht verstehen, um wessen Aussage es sich handle.

Dolmetscherin 5: In der ersten Person, immer. Außer wenn ich merke, dass der Patient so unbedarft ist, mit Dolmetscherin so, noch nie mit Dolmetscherin gearbeitet hat. Dann stoppe ich das kurz und sage: „Jetzt dolmetsche ich, was der Arzt gesagt hat“. Genau. Wenn ich merke, dass angenommen ist, dass ich das sage, dass es meine Meinung ist. Ich habe es oft bemerkt [...].

6.20. Zeitdruck

Der Faktor *Zeitdruck* wird auf unterschiedliche Arten erlebt: Während Dolmetscherin 2 und 4 keinerlei Zeitdruck bei ihren Dolmetscheinsätzen empfinden, ist Dolmetscherin 1 der Meinung, dass es im medizinischen Bereich im Vergleich zu psychotherapeutischen Gesprächen immer mehr Zeitdruck gebe. Aus diesem Grund müsse man bei den medizinischen Behandlungen viel präziser sein.

Auch Dolmetscherin 3 weist auf den Zeitdruck hin, der sie nervös mache. Obwohl sie bestimmte Fragen anstelle der PatientIn persönlich beantworten könne, dolmetsche sie trotzdem aus Respekt ihr gegenüber die Frage der Ärztin, auch wenn sie durch die Auslassung dieser Zeit sparen könnte.

Dolmetscherin 3: Ich als Dolmetscherin bin nervöser, dass mir alles korrekt einfällt. Sie machten mich auch nervöser, weil ich jetzt alles so schnell wie möglich wirklich sagen muss und ich darf keinen Fehler machen, weil Fehler machen... Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Es ist eine riesige Verantwortung. Und ich habe das auch gespürt. Moment. Ich muss es mir überlegen, wie es war. Genau, sie haben mich Sachen gefragt, die ich von ihr schon wusste. Zum Beispiel: „Wie viele Kinder haben Sie?“ und „Welche Krankheiten hat Ihr Mann?“, so Zeug. Das hat mir schon vorher privat erzählt. Und dann hatte ich einen inneren Konflikt, es ist eh nicht schön, wenn ich mich... darüber mit der Ärztin rede, zur Zeitsparen, könnte ich eh

sofort antworten. Aber aus Respekt vor der Patientin habe ich immer sie formell gefragt, weil ich ihr gegenüber höflich sein wollte. [...]

Dolmetscherin 6 spricht den Zeitdruck bereits am Anfang des Interviews an. Auf die Frage „*Welche anderen Auswirkungen hat der Zeitdruck?*“ teilte sie Folgendes mit:

Dolmetscherin 6: Ja, man hat das Gefühl, dass man wirklich nicht so viel Zeit hat und das drückt natürlich auf die Schnelligkeit, auf die Bereitschaft, auf die Flexibilität [...]. Man muss einfach schnell reagieren [...]. Die müssen wirklich kurze und bündige Informationen sein. [...] Man muss nur dann das Entscheidendste, das Wichtigste...Natürlich muss man versuchen, das vollständig zu sagen. Was man bekommt, das weitergeben.

6.21. Ungeduld

Der Faktor *Ungeduld* kommt ausschließlich bei Dolmetscherin 3 und 4 zur Sprache. Dolmetscherin 3 berichtet von einer Situation, wo das administrative Personal eines Krankenhauses sehr ungeduldig und sogar negativ gegenüber MigrantInnen eingestellt gewesen sei.

Dolmetscherin 3: Das administrative Personal, die waren sehr ungeduldig. Die hat das alles sehr genervt, dass es wieder so eine Ausländerin [...].

Dolmetscherin 4 erzählt von der Ungeduld ihrer KlientInnen im psychotherapeutischen Bereich, dass sie keine Pausen machen wollen und lange Passagen sprechen. Die Dolmetschung erschwere sich außerdem durch die Fragen seitens der PsychotherapeutIn, die während der Dolmetschung zusätzliche Fragen stellte, ohne zu warten, bis die Dolmetscherin die vorherige Aussage zu Ende gedolmetscht hat.

Dolmetscherin 4: Die Geschichten sind tatsächlich lang und wenn ich die psychotherapeutischen Sitzungen dolmetsche, machen die Kunden keine Pause. Sie reden und reden und reden und reden und es kann bis 15 Minuten dauern. Ich mache

mir Notizen. Auch wenn ich sage: „Machen Sie jetzt eine Pause.“, machen sie keine, weil sie so aufgeregt sind und emotional. Ich muss mir dann Notizen machen und ein gutes Stück dolmetschen. Die Sache ist, dass die Psychologin will... dazu Fragen stellen. Und wenn sie eine Frage stellt, dann will sie eine Antwort sofort wissen. Und dann reden sie weitere 15 Minuten und es ist bis hier... mir nicht gelungen, den beiden beizubringen, wie man mit einem Dolmetscher arbeitet, eigentlich. Dass bei einem Gesprächsdolmetschen... sollten sie Pausen machen, damit das Ganze dynamischer wird. [...] Also, ich habe 15 Minuten zugehört, ich fange an zu dolmetschen, dann wird eine Frage gestellt, dann muss ich noch diese andere Geschichte rein tun und dann den beiden sagen: „Warte. Stell noch keine weiteren Fragen. Ich habe noch nicht bis zum Ende gedolmetscht.“ Dann dauert es natürlich ziemlich lang.

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Zielsetzung der vorliegenden Masterarbeit besteht darin, die spezifischen Schwierigkeiten beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen aus DolmetscherInnen-sicht im Rahmen einer qualitativen Studie zu erfassen. Insbesondere soll der Frage nachgegangen werden, wie sich DolmetscherInnen selbst definieren und welche Anforderungen und Erwartungen an sie seitens der PatientInnen und des medizinischen Personals gestellt werden. Neben diesen Aspekten konzentriert sich die Forschung auf die aktive Rolle der DolmetscherInnen durch deren bewusste Entscheidungen in sprachlichen, kulturellen und emotionalen Belangen in gegebenen Dolmetsch-situationen.

Es wurde ein Interviewleitfaden erörtert, der nach Angelelli (2004), Pöchlhammer (2000) und Klaus (2012) erstellt wurde. Mithilfe dieses Leitfadens wurden sechs Interviewspartnerinnen nach unterschiedlichen Aspekten ihrer Dolmetschtätigkeit in der medizinischen Betreuung von tschetschenischen Flüchtlingen befragt. Die in den Interviews gewonnenen Erkenntnisse zeigen die Einstellung und die subjektive Wahrnehmung der befragten DolmetscherInnen.

Wie bereits im Kapitel 1. *Kommunaldolmetschen im medizinischen Bereich* dargestellt wurde, werden den KommunaldolmetscherInnen tendenziell Rollenerwartungen und Aufgabenprofile von Konferenz- oder

GerichtsdolmetscherInnen zugeschrieben, was ihre Kompetenz sowie die Herangehensweise an deren Arbeit anbelangt. So gaben viele DolmetscherInnen in den Interviews an, dass die medizinischen Institutionen von ihnen vor allem vollständige Übertragung der Aussagen und Präzision erwarten. Eine weitere interessante Erkenntnis, die aus den Interviews hervorgeht, ist dass das medizinische Personal in der Regel keinerlei medizinische Kenntnisse von DolmetscherInnen erwartet. Andererseits wird erwartet, dass DolmetscherInnen Neutralität, Diskretion und die Verschwiegenheitspflicht einhalten und dass sie das Vertrauen zwischen den Parteien aufbauen. Diese Beobachtungen lassen sich mit der Schlussfolgerung von Pöchhacker (2000) in seiner Studie verknüpfen, 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 (vgl. *ibid.* 268).

Dass diese Anforderungen und Rollenerwartungen an KommunaldolmetscherInnen in der Medizin seitens der institutionellen Handlungspartner komplex und problematisch sind, wurde im Verlauf der Kapitel 3 *Anforderungs- und Rollenprofile für Dolmetschen im kommunalen Bereich* und 3.3. *Rollen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen* diskutiert. Im empirischen Teil wurde zudem deutlich, dass DolmetscherInnen häufig andere Aufgaben erledigen müssen, die weit über ihren professionellen Tätigkeitsbereich hinausgehen. Diese beinhalten das Ausfüllen von Fragebögen, das Beschreiben von Adressen / Verkehrsmitteln für PatientInnen, das Organisieren der Termine mit ÄrztInnen / PsychoterapeutInnen, etc. Auch Pöchhacker (2000) schreibt in diesem Kontext von der Überfrachtung der DolmetscherInnenrollen (*role overload*) durch allzu viele Aufgaben. Unter anderem macht er in diesem Zusammenhang auf die Diskrepanz zwischen der abstrakten Rollenbeschreibungen der DolmetscherInnen im kommunalen Bereich und den tatsächlichen fallspezifischen Praxisanforderungen aufmerksam (vgl. *ibid.*: 243). Um diese Unschärfe und Komplexität des Rollenbegriffs der DolmetscherInnen zu verdeutlichen, zitiert Pöchhacker (2000) Roda Roberts (1997):

the role of the community interpreter today is ill-defined or, more commonly, too vast. He is often expected to be not only a mediator between two languages, but also a heplmate and guide, cultural broker and even advocate or conciliator. In other words, he wears many hats (Roberts 1997: 20)

KommunaldolmetscherInnen müssen „viele Hüte tragen“ und zahlreiche Rollen einnehmen, die über die linguistischen Aspekte einer gedolmetschten Interaktion weit hinausgehen. Dolmetscherin 6 z. B. beschreibt in diesem Zusammenhang ihre Rolle in der Arbeit mit tschetschenischen Flüchtlingen in medizinischen Einrichtungen als „*multitasking*“ und weist damit auf multiple Identitäten und pluridimensionale Verantwortungsbereiche der DolmetscherInnen in diesem Bereich hin. In der Praxis werden DolmetscherInnen häufig zu *FürsprecherInnen*, *Ko-TherapeutInnen*, *HelferInnen*, *KoordinatorInnen*, *Kommunikations- und KulturexpertInnen*, etc., welche sich vor allem für PatientInnen als vorteilhaft erweisen können, jedoch in sich Konflikte bergen. Wie unterschiedliche Studien zeigen (siehe dazu 3.3. *Rollen der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen*), werden DolmetscherInnen enormem Druck ausgesetzt, wenn ihre Rollen nicht im Vorhinein genau definiert werden. In dieser Hinsicht teilten einige der interviewten DolmetscherInnen mit, dass manche PatientInnen auf weitere Betreuung nach der gedolmetschten Situation seitens der DolmetscherInnen hoffen, zu sich nach Hause einladen und versuchen, DolmetscherInnen auf ihre Seite zu ziehen. Interessant war eine Aussage von Dolmetscherin 3, die erzählte, dass ihre KlientInnen von ihr erwarteten, dass sie ihnen ein Wörterbuch und andere Gegenstände kaufen würde. In einer Situation wurde sie gefragt, ob sie den Sohn einer Patientin heiraten könnte, um ihm in Österreich „weiterzuhelfen“.

Um die Vielseitigkeit der Dolmetschtätigkeit im Bereich der medizinischen Betreuung tschetschenischer Flüchtlinge zu verdeutlichen und um ihr Rollenbild zu definieren (siehe dazu auch 2.2.3. *Wie die DolmetscherInnen ihre eigene Rolle beschreiben*), wurden von den befragten DolmetscherInnen folgende Metaphern verwendet: *Ohr*, *Aushilfe*, *Freundin*, *Bindeglied zwischen den Parteien*, etc., wobei einige DolmetscherInnen darauf hinwiesen, dass sie explizit nicht als *Freundinnen* / *Helferinnen* seitens der KlientInnen wahrgenommen werden wollten, um sich nicht vereinnahmen zu lassen und um sich professionell abzugrenzen.

Beim Versuch, zu bestimmen, auf welche spezifischen Schwierigkeiten DolmetscherInnen in ihrer Arbeit mit tschetschenischen Flüchtlingen in der Medizin stoßen, wurden etwa folgende Probleme geschildert: der fehlende Wortschatz und die mangelnde Grammatik in der russischen Sprache mancher TschetschenInnen, die Unkenntnis bestimmter medizinischer Begriffe, der Zeitdruck in medizinischen

Einrichtungen, der emotionelle Druck, kulturelle Besonderheiten und religiöse Gepflogenheiten, traumatisierte PatientInnen, die Unkenntnis der ÄrztInnen der politischen Situation in Tschetschenien und die Besonderheiten der gesellschaftlichen Ordnung, die Rolle der Frauen und die Wichtigkeit der Ehe in Tschetschenien, das Scham- sowie das Schandengefühl der Tschetscheninnen, etc (siehe auch dazu 2.2.2. *Worauf die DolmetscherInnen Stress und Anspannung in der Arbeit zurückführen*). Wie die empirische Studie zeigte, lassen sich diese Schwierigkeiten durch das aktive Eingreifen der DolmetscherInnen ins ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch weitgehend beseitigen. In diesem Sinne werden DolmetscherInnen sichtbar.

Bezüglich der Sichtbarkeit (siehe dazu 2. *Dolmetschethik und Sichtbarkeit*) herrscht unter den befragten DolmetscherInnen die Meinung vor, dass es kaum zu vermeiden ist, während der Behandlung unnötige Aussagen der PatientInnen zum Zwecke der Zeitersparnis auszulassen, sich selbst einzumischen und die Initiative zu ergreifen, die Aussagen einfacher zu formulieren, die Sprache an KommunikationspartnerInnen anzupassen, durch zielgruppenspezifische Aufbereitung der Information Missverständnisse zu vermeiden, kulturelle Besonderheiten zu erläutern, etc. Diese Beobachtungen lassen sich mit den Schlussfolgerungen Angelellis (2004) in ihrer Studie vergleichen:

Visibility is evidenced by the following behaviors on the part of the interpreters: exploring answers, expanding and summarizing statements, brokering comprehension and explaining technical terms, bridging cultural gaps, expressing affect, and replacing interlocutors. As the interpreter becomes the owner of the text, visibility increases. (Angelelli 2004: 102)

Die vorliegende Studie liefert ebenso eine andere wichtige Erkenntnis: Trotz der Annahme, dass TschetschenInnen aufgrund der angespannten Situation zwischen Russland und Tschetschenien nicht durch russischsprachige DolmetscherInnen gedolmetscht werden möchten (siehe dazu Unterkapitel 4.4. *Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge*) stellte sich in den meisten Interviews heraus, dass TschetschenInnen russischsprachige DolmetscherInnen gegenüber eigenen Landsleuten bevorzugen. Der Grund sei das Misstrauen gegenüber den eigenen Landsleuten, traumatische Erfahrungen der TschetschenInnen in ihrem Land und kulturelle Besonderheiten der tschetschenischen Kultur.

Im theoretischen Teil der vorliegenden Masterarbeit wurde das Thema *Die Rolle des Geschlechts* im Unterkapitel 1.2.2. beleuchtet. Viele AutorInnen sind der Meinung, dass es vor allem in stark patriarchalisch geprägten Kulturen das Geschlecht der Parteien eine besondere Rolle spielt. Als besonders relevant für die Behandlung tschetschenischer Patientinnen erwies sich der Faktor *Geschlecht der DolmetscherInnen*. So berichten während der Interviews mehrere der befragten Dolmetscherinnen mehrmals, dass Tschetscheninnen bei heiklen Themen ausdrücklich um eine Dolmetscherin bitten. Umgekehrt stellte sich heraus, dass Tschetschenen in der Regel nichts gegen den Einsatz einer Dolmetscherin haben.

Die durchgeführte Studie beleuchtet einige Aspekte des medizinischen Dolmetschens für tschetschenische Flüchtlinge und unternimmt den Versuch, mehr Bewusstsein für die Vielfalt und die Komplexität dieses Bereiches zu schaffen. Aufgrund der Tatsache, dass ein Großteil der in Österreich lebenden Flüchtlinge aus Tschetschenien kommt, ist des Weiteren die Forschung im Bereich des Dolmetschens für Flüchtlinge in medizinischen Einrichtungen zu forcieren, sodass neue Erkenntnisse mithilfe von weiteren Studien aus anderen Blickwinkeln dargestellt werden.

Literatur

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

Angelelli, Claudia (2004) *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bahadir, Şebnem (2007) *Verknüpfungen und Verschiebungen. Dolmetscherin, Dolmetschforscherin, Dolmetschausbilderin*. Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag.

Becker, Thomas (2003) Dolmetscher im Asylverfahren. In: S. Pöllabauer / E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 161-178.

BM.I – Bundesministerium für Inneres (2013). Asylwesen.
http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/start.aspx (11.02.2013).

BK – Bundeskriminalamt (2013). Schlepperberichte.
http://www.bmi.gv.at/cms/BK/publikationen/Statistiken_Schleppe.aspx (11.02.2013).

Cagala, Elfi (2006) Eine Frage der Menschlichkeit? Psychotherapie traumatisierter Flüchtlinge mit DolmetscherInnenbeteiligung. In: N. Grbić / S. Pöllabauer (Hg.) *„Ich habe mich ganz peinlich gefühlt.“ Forschung zum Kommundolmetschen in Österreich: Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Selbstverlag. Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft (ITAT), 229-260.

Cremer, Marit (2007) *Fremdbestimmtes Leben. Eine biographische Studie über Frauen in Tschetschenien*. Bielefeld: transcript Verlag.

Duden (2012). „Sufismus“. <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/sufismus> (02.05.2012).

Egger, Ingrid / Wedam, Uta (2003) Eure Sprache ist nicht meine Sprache. „Übersetzen“ – Psychologie mittels Dolmetscherinnen. In: S. Pöllabauer / E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 83-92.

Felgner, Lars (2009) Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch. In: D. Andres / S. Pöllabauer (Hg.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Martin Meidenbauer, 45-70.

Grbić, Nadja (2002) Kein Fall für Notfälle. Gebärdensprachdolmetschen. In: I. Kurz / A. Moisl (Hg.) *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher: Perspektiven nach dem Studium* (2., erweiterte Auflage). Wien: WUV-Universitätsverlag, 181- 189.

- Hale, Sandra Beatriz (2007) *Community Interpreting*. New York: Palgrave Macmillan.
- Helfferich, Cornelia (2009) *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klaus, Elisabeth (2012) *Dolmetschen in der Therapie: Psychosoziale und emotionale Auswirkungen auf DolmetscherInnen*. Masterarbeit. Universität Wien.
- Langthaler, Herbert (2009) Tschetschenische Fluchtmigration nach Österreich. In: H. Schinnerl / T. Schmidiger (Hg.) *Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich*. Wiener Neustadt: Verein Alltag Verlag (VAV), 165-177.
- Leanza, Yvan (2007) Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. In: F. Pöchhacker / M. Shlesinger (eds.) *Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 11-34.
- Leitner, Theresa (2009) DolmetscherInnen als wertvolle VermittlerInnen. Kommunikation und Sprache. In: H. Schinnerl / T. Schmidiger (Hg.) *Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich*. Wiener Neustadt: Verein Alltag Verlag (VAV), 209-219.
- Mayring, Philipp (2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2007) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Nuč, Alexandra (2006) Wenn Welten aufeinander treffen – Dolmetschen in der Psychotherapie. In: N. Grbić / S. Pöllabauer (Hg.) „*Ich habe mich ganz peinlich gefühlt*.“ *Forschung zum Kommundolmetschen in Österreich: Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Selbstverlag. Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft (ITAT), 261-296.
- ÖVGD – Österreichischer Verband der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher (2012). Dolmetscherverzeichnis. http://www.gerichtsdolmetscher.at/index.php?option=com_content&view=article&id=5:5:dolmetscherverzeichnis&catid=34&Itemid=64 (01.07.2012).
- Otto, Jeannette (2002) „Mamma mia... Medizindolmetscher erklären Ärzten, was ausländische Patienten auf dem Herzen haben. Das Mamma-mia-Syndrom.“ <http://www.zeit.de/2002/47/C-Med-Dolmetscher> (14.11.2002).
- Pöchhacker, Franz (1997) *Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen*. Wien: MA 15 / III Gesundheitsplanung.
- Pöchhacker, Franz (2000) *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg Verlag Brigitte Narr GmbH.

Pöllabauer Sonja (2002) Community Interpreting. Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren. In: I. Kurz / A. Moisl (Hg.) *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher: Perspektiven nach dem Studium* (2., erweiterte Auflage). Wien: WUV-Universitätsverlag, 196- 204.

Pöllabauer, Sonja (2003) Dolmetschen im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich- eine Gratwanderung zwischen Interessenskonflikten und Streben nach Professionalität. In: S. Pöllabauer / E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 17-35.

Pöllabauer, Sonja (2005) *“I don’t understand your English, Miss.” Dolmetschen bei Asylanhörungen*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.

Prunč, Erich (2003) Brücken und Netzwerke. Vorwort des Herausgebers der Reihe GTS. In: S. Pöllabauer / E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 7-12.

Rásky, Éva / Ressi, Gerald / Anderwald, Christine (2003) Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz. In: S. Pöllabauer / E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 107- 126.

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: S. Pöllabauer / E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 127- 140.

Schmidinger, Thomas / Schinnerl, Herwig (2009) Tschetschenien: Gesellschaft und Geschichte. In: H. Schinnerl / T. Schmidinger (Hg.) *Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich*. Wiener Neustadt: Verein Alltag Verlag, 13-44.

Stöcklmair, Daniela (2003) Beratung und Betreuung mit DolmetscherIn. In: S. Pöllabauer / E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 151-159.

Uebelacker, Johanna (2007) Sprach- und Kulturmittlung aus der Sicht des Personals eines Berliner Bezirksamtes. In: Borde, Theda / Albrecht, Niels-Jens (Hrsg.) *Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder*. Frankfurt am Main: IKO - Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 42–73.

Uluköylü, Sevgi (2006) „...manchmal streite ich auch.“ Sprach- und Kulturmittlung für türkische Migrantinnen im medizinischen Bereich. In: N. Grbić / S. Pöllabauer (Hg.) *„Ich habe mich ganz peinlich gefühlt.“ Forschung zum Kommunal Dolmetschen in*

Österreich: Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale. Graz: Selbstverlag. Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft (ITAT), 181-228.

UNHCR – Flüchtlingshochkommissariat der Vereinten Nationen (2012). Flüchtlinge. <http://www.unhcr.at/mandat/fluechtlinge.html?L=ywpgwitjyldmld> (01.07.2012).

UNHCR – Flüchtlingshochkommissariat der Vereinten Nationen (1967). Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. http://www.unhcr.at/fileadmin/user_upload/dokumente/03_profil_begriffe/genfer_fluechtlingskonvention/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf (01.07.2012).

Wadensjö, Cecilia (1998) Erinnerungsarbeit in Therapiegesprächen mit Dolmetschbeteiligung. In: B. Apfelbaum / H. Müller (Hg.) *Fremde im Gespräch. Gesprächsanalytische Untersuchungen zu Dolmetschinteraktionen, interkultureller Kommunikation und institutionalisierten Interaktionsformen.* Frankfurt: IKO - Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 47-62.

Wedam, Uta (2009) Sprachkultur - Plädoyer für das Dolmetschen im therapeutischen Kontext. In: D. Andres / S. Pöllabauer (Hg.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich.* München: Martin Meidenbauer, 181- 195.

Anhang:**Leitfaden**

Allgemeine Fragen	Erweiterte Fragen	Mögliche Antworten
1. Fragen zur Person:		
Woher kommst du?		
Was ist deine Muttersprache?		
Sprichst du Tschetschenisch?		
Hast du eine Dolmetschausbildung absolviert?		
2. Allgemeine Fragen zur beruflichen Erfahrung:		
Wo und wie lange bist du als Dolmetscherin für tschetschenische Flüchtlinge tätig?		
Warum hast du dich als Dolmetscherin für tschetschenische Flüchtlinge engagiert?		
Handelt es sich dabei um medizinische oder um psychotherapeutische Behandlungen?		
Wie bereitest du dich auf deine Dolmetscheinsätze vor?	Wird dir die Krankheit Behandlungsmethode im Voraus mitgeteilt?	
3. Fragen zu Anforderungen / Erwartungen an DolmetscherInnen:		
Welche Anforderungen werden an dich seitens des medizinischen Personals gestellt?		exakte Übertragung der Aussagen perfekte Zweisprachigkeit / fundierte medizinische Fachkenntnis
Wird seitens der ÄrztIn nach deiner Meinung gefragt?		
Welche Anforderungen werden an dich seitens der tschetschenischen PatientInnen gestellt?	Bitten sie darum, etwas auszulassen? Bitten sie um deine persönlichen	

	Kontakt Daten	
Welche anderen Anforderungen werden an dich gestellt?		Kenntnis der Strukturen der Gesundheits- und Sozialsysteme beider Kulturen / administrative Informationen
Welche Eigenschaften sind deiner Meinung nach für DolmetscherInnen wichtig, um zum Erfolg der Behandlung von tschetschenischen Flüchtlingen beizutragen?		Empathie / Geduld / emotionale Stabilität
4. Fragen zu Herausforderungen in der Arbeit:		
Welche Schwierigkeiten kannst du beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in der medizinischen Behandlung nennen?		lange Geschichten / keine direkten Antworten / Selbst-Diagnose / Redundanzen / schwierige Emotionen / PatientInnen unter Wirkung von Arzneimitteln / Aggressivität / gute / schlechte Russisch-Kenntnisse / Umgangssprache / Analphabetismus / geduldig / ungeduldig / misstrauisch
Welche Schwierigkeiten kannst du beim Dolmetschen der Aussagen der ÄrztInnen für tschetschenische Flüchtlinge nennen?		fachliche Begriffe / lateinische Termini / Zeitmangel / fehlendes Engagement...
In welchen Situationen fällt es dir schwer zu dolmetschen?		Geschichten von Folterungen / schwere Krankheiten / heikle Themen

Welche Gefühle empfindest du während der Dolmetschung?	Wurde dir eine Supervision angeboten?	
Arbeitest du mit denselben KlientInnen / ÄrztInnen?	Überforderung?	
Welche Rolle spielt der Zeitdruck beim Dolmetschen?	Wie verändert dies den Gesprächsverlauf zwischen der ÄrztIn und der PatientIn?	
Wer regelt in der Behandlung, wann wer spricht?		
Wie gehst du mit dem Blickverhalten um?	Schafft das Blickverhalten Vertrauen?	
Welche Rolle spielt die Hierarchie (ÄrztInnen vs. PatientInnen) bei medizinischen Behandlungen?		ÄrztInnen sind ExpertInnen / die Meinung von Flüchtlingen wird nicht beachtet / starke Abhängigkeit
Worauf ist Stress in der Arbeit zurückzuführen?		Zeitdruck / Emotionen / zu hohe Erwartungen seitens der Parteien
Wie beeinflusst die Verwendung der russischen Sprache die Behandlung?	Welche Konsequenzen hat beim Dolmetschen die Tatsache, dass die tschetschenischen Flüchtlinge nicht ihre Muttersprache sprechen?	Verwirrung aufgrund der mangelhaften Russisch-Kenntnisse seitens der PatientInnen
Denkst du, dass die Verwendung der tschetschenischen Sprache diese Spannung abbauen würde?		
Gibt es Spannungen zwischen dir und tschetschenischen Flüchtlingen aufgrund der schwierigen Situation zwischen der Russischen Föderation und der Tschetschenischen Republik?		

Welche Rolle spielen Frauen in der tschetschenischen Gesellschaft?	Wie beeinflusst diese Rolle die medizinische Behandlung?	
Spielt das Geschlecht bei medizinischen Behandlungen eine Rolle?		
Welche anderen Schwierigkeiten kannst du beim Dolmetschen für tschetschenische Flüchtlinge in der Medizin nennen?		bestimmte Vorsichtsmaßnahmen / Anweisungen des Fachpersonals / Heikle Themen
Welche Rolle spielt das nonverbale Verhalten der KlientInnen?	Blickkontakt? Mimik? Körpersprache? Tonfall?	kulturelle Besonderheiten beeinflussen die Sitzungen / Behandlung
5. Fragen zur Sichtbarkeit / Unsichtbarkeit von DolmetscherInnen:		
Musst du andere Tätigkeiten erledigen?		Prozedere erklären / vom Blatt übersetzen / Formulare ausfüllen
Wie gehst du mit verwendeten Fachtermini um?		
Vereinfachst du die fachliche Ausdrucksweise für die PatientInnen?		
Erklärst du die Fachbegriffe für die PatientInnen?		
Wie schaffst du es, unterschiedliche sprachliche Niveaus der GesprächspartnerInnen auszubalancieren?	Wie dolmetschst du für ÄrztInnen die Umgangssprache der TschetschenInnen?	
Musst du den ÄrztInnen kulturelle bzw. religiöse Besonderheiten der tschetschenischen PatientInnen erklären?		
Fügst du etwas hinzu?		
Lässt du nebensächliche Aussagen zur Vermeidung von Zeitverlust weg?		

Fasst du die umständlichen Aussagen zusammen?		
Klärst du die unbestimmten Aussagen durch direktes Nachfragen ab?		
Musst du beim Dolmetschen manchmal die Initiative ergreifen?		
Machst du auf Missverständnisse im Gespräch aufmerksam?		
Was unternimmst du, um beim Dolmetschen Missverständnisse zu vermeiden?		
Gibt es bestimmte Richtlinien, an die du dich beim Dolmetschen hältst?	Was hältst du von Berufskodizes?	genaue und wortgetreue Wiedergabe
Inwiefern ist das Vertrauen zwischen einer DolmetscherIn und einer tschetschenischen PatientIn wichtig?		
Wie baust du dieses Vertrauensverhältnis auf?		
Hat es Situationen gegeben, in denen tschetschenische Flüchtlinge seitens des medizinischen Personals unfair behandelt wurden?	Hast du etwas dagegen unternommen?	
Welche Rolle spielt die Unparteilichkeit beim Dolmetschen im medizinischen Bereich?		
6. Fragen zum Selbstbild der DolmetscherInnen:		
Wie würdest du deine Rolle als DolmetscherIn für tschetschenische Flüchtlinge beschreiben?	Welche Metaphern würdest du dafür benutzen?	
Was sollte deiner Meinung nach die Tätigkeit als DolmetscherIn für tschetschenische Flüchtlinge im medizinischen Bereich umfassen und was nicht?		

Tabelle 1: Leitfaden für DolmetscherInnen

Abstract

In der vorliegenden Masterarbeit werden spezifische Probleme beim Dolmetschen für russischsprachige tschetschenische Flüchtlinge in österreichischen medizinischen Einrichtungen aus der Perspektive der DolmetscherInnen im Rahmen einer qualitativen Studie erfasst. Insbesondere soll der Frage nachgegangen werden, welche Anforderungen und Erwartungen an sie seitens der tschetschenischen Flüchtlinge sowie des medizinischen Personals gestellt werden und wie DolmetscherInnen ihre eigene Rolle definieren. Neben diesen Aspekten konzentriert sich die Forschung auf den erheblichen Einfluss, den DolmetscherInnen ausüben, wenn sie bewusste Entscheidungen in sprachlichen, kulturellen und emotionalen Belangen in gegebenen Dolmetschsituationen treffen.

Für mein Forschungsfeld waren vor allem die Studien von Claudia Angelelli (2004) und von Franz Pöchhacker (1997; 2000) von Bedeutung, welche auf die sichtbare Rolle der DolmetscherInnen in medizinischen Behandlungen aufmerksam machen sowie die Diskrepanzen zwischen den theoretischen Anforderungen an DolmetscherInnen im medizinischen Bereich und der Praxis diskutieren.

Lebenslauf

Persönliche Angaben:

Vorname: Guzyal
Nachnahme: Vishnyakova
Geburtsdatum: 15.11.1983
Geburtsort: Kasachstan
Staatsbürgerschaft: Russland
E-Mail: gouzial@yahoo.de

Ausbildung:

2013 – z.Z. Ausbildung zur FremdenführerIn, WIFI
2009 – 2013 Masterstudium *Konferenzdolmetschen*, Universität Wien
Russisch – Deutsch – Spanisch
2009 Sommerkurs *Media Advertising*, Loyola University of Chicago
2005 – 2009 Bachelorabschluss *Dolmetschen und Übersetzen*
Universidad de Granada
Spanisch – Deutsch – Englisch – Russisch
2005 Selectividad (Abitur), Madrid
1997 – 2000 Grundschule in Russland
1990 – 1996 Grundschule in Kasachstan
1990 – 1996 Kunstschule in Kasachstan

Berufliche Erfahrung:

Zur Zeit Fremdenführerin, Wien
Lehrerin für Russisch, VHS
Dolmetscherin und Übersetzerin
03/2012 – 06/2012 Dolmetscherin für *Caritas*
10/2011 – 02/2012 Betreuerin an Welcome Desk und Post Sales, *Hewlett-Packard*, Barcelona
03/2011 – 06/2011 Dolmetscherin für *Amber-Med*, *Rotes Kreuz*, Wien
09/2008 – 01/2009 Englischlehrerin, Akademie *S.E.S*, Barcelona

06/2004 – 09/2004 Telefonassistentin, Versicherungsfirma *MAPFRE*, Madrid

Sprachkenntnisse:

Russisch	Muttersprache
Spanisch	Fließend in Wort und Schrift <i>Instituto de Cervantes</i> , 2003
Deutsch	Oberstufe, <i>TestDaF</i> , 2009
Englisch	Oberstufe, <i>TOEFL</i> , 2009

Besondere Fähigkeiten:

EDV, Grafik Design, Malerei