



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Dolmetschen im Gesundheitswesen“

Anforderungen und Kompetenzen aus Sicht
der DolmetscherInnen am Beispiel von AmberMed

verfasst von / submitted by

Maja Čehajić, BA

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

Wien, 2019 / Vienna, 2019

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

A 070 331 363

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

Masterstudium Translation Deutsch
Bosnisch/Kroatisch/Serbisch

Betreut von / Supervisor:

Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Pöchhacker

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei **Herrn ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Pöchhacker** bedanken, der zu jeder Zeit ein offenes Ohr für meine Fragen und Zweifel hatte. Herzlichen Dank für Ihre Literaturtipps, prompten Antworten und wertvollen Kommentare. Eine bessere Betreuung meiner Masterarbeit hätte ich mir nicht vorstellen können.

Ebenfalls möchte ich mich beim gesamten Team von **AmberMed** bedanken. Danke, dass ich bei Ihnen nicht nur erste berufliche Erfahrungen als Dolmetscherin sammeln durfte, sondern auch für die Zustimmung zu meiner Interviewstudie. Zudem gilt ein großes Dankeschön meinen **InterviewpartnerInnen**, ohne die meine Studie nicht möglich gewesen wäre.

Da die Masterarbeit schließlich die Krönung eines langen, schönen und manchmal auch holprigen Weges ist, möchte ich diese Gelegenheit nutzen, um mich bei all denjenigen zu bedanken, die meine Studienzeit zu etwas Besonderem gemacht haben. Ich bedanke mich bei all meinen tollen **Freunden** aus allen Teilen dieser Welt. Ein großes Dankeschön gilt meinen Freunden aus Wolfsberg und Graz, meinen Italienern aus Forlì und Triest, meinen Wienern und natürlich all meinen Ex-Jugoslawen, denen ich glücklicherweise überall begegnet bin.

- Danke meine lieben Freunde! - Grazie amici miei! - Hvala dragi moji prijatelji! -

Nicht zuletzt möchte ich mich bei **meiner ganzen Familie** bedanken. Danke **Schwesterherz** und Schwager, dass ihr mich damals ohne zu zögern bei euch in der Wohnung aufgenommen habt und mich zur Tante befördert habt. Der **größte Dank** gebührt definitiv **meinen Eltern**, die mir buchstäblich alle Tore dieser Welt geöffnet haben. Ich danke euch aus tiefstem Herzen, dass ihr bei all meinen Entscheidungen hinter mir gestanden habt und mich stets moralisch und finanziell unterstützt habt. Hvala **MAMA** i **TATA** za sve!

*Der Geist einer Sprache offenbart sich am
deutlichsten in ihren unübersetzbaren Worten.*

Marie von Ebner-Eschenbach

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Einleitung.....	5
1 Begriffliche Grundlagen	7
1.1 Was ist Dolmetschen?	7
1.2 Dolmetschmodi	9
1.3 Kommunaldolmetschen	11
1.3.1 Abgrenzung vom Konferenzdolmetschen.....	13
1.4 Medizin- vs. Gerichtsdolmetschen	16
2 Kompetenzen für das Dolmetschen	19
2.1 Begriffsdefinition: Kompetenz.....	19
2.2 Kompetenzmodell nach Albl-Mikasa	21
2.2.1 Präperformatorische Kompetenzen	23
2.2.2 Periperformatorische Kompetenzen	26
2.2.3 Performanzdeterminierende Kompetenzen	27
2.2.3.1 Verstehensfertigkeiten	28
2.2.3.2 Transferfertigkeiten	29
2.2.3.3 Produktionsfertigkeiten.....	30
2.2.4 Postperformatorische Kompetenzen.....	32
2.2.5 Paraperformatorische Kompetenzen.....	33
2.3 Kompetenzen nach Gentile et al.....	35
2.4 Zusammenführung der Kompetenzen.....	37
3 Dolmetschen im Gesundheitswesen	42
3.1 Besonderheiten des Dolmetschens im Gesundheitswesen.....	43
3.1.1 Die Sprache im medizinischen Kontext.....	43
3.1.2 Die Kultur im medizinischen Kontext.....	45
3.2 Die Rollen der KommunaldolmetscherInnen.....	46

3.3	Qualifiziert - nicht qualifiziert?.....	49
4	AmberMed	51
4.1	Die Institution	51
4.2	Gründung von AmberMed.....	51
4.3	Das Team	52
4.4	Die PatientInnen.....	52
5	Fragestellung und Methode	54
5.1	Zielsetzung und Forschungsfrage.....	54
5.2	Datenerhebungsmethode.....	54
5.2.1	Interviewleitfaden.....	55
5.2.2	InterviewpartnerInnen	56
5.2.3	Vorgehensweise bei den Interviews	57
5.2.4	Transkriptionsmethode	57
5.2.5	Qualitative Inhaltsanalyse.....	59
6	Analyse der Interviews.....	62
6.1	Gesprächstypen	62
6.2	Anforderungen	63
6.2.1	Anforderungen seitens der PatientInnen.....	63
6.2.1.1	HelferInnen.....	63
6.2.1.2	Ansprechpersonen	65
6.2.1.3	SprachmittlerInnen.....	66
6.2.2	Anforderungen seitens der ÄrztInnen.....	67
6.2.2.1	Assistenz.....	67
6.2.2.2	Fachwissen und Fachterminologie	68
6.2.2.3	Sprachmitteln	69
6.2.2.4	Effizienz und Schnelligkeit.....	70
6.2.3	Anforderungen seitens des Personals	70
6.3	Kompetenzen	72
6.3.1	Allgemeine Kompetenzen für AmberMed.....	72

6.3.1.1 Sprachkompetenz	72
6.3.1.2 Kulturkompetenz.....	74
6.3.1.3 Fachwissen und Fachterminologie	76
6.3.1.4 Gesprächskoordination	77
6.3.1.5 Emotionale und psychische Stabilität	79
6.3.1.6 Soziale Kompetenz.....	80
6.3.2 Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz bei AmberMed.....	81
6.3.3 Vor- und Nachgespräche bei AmberMed	83
6.3.4 Feedback zur Dolmetschleistung.....	83
6.3.5 Reflexion der Dolmetschleistung	84
6.3.6 Dolmetschtechniken	85
6.3.7 Herausfordernde Dolmetschsituationen.....	87
6.3.8 Verwendung einer Lingua Franca	88
6.3.9 Aneignung der Kompetenzen.....	89
7 Diskussion und Schlussfolgerung	93
Bibliografie	99
Anhang: Interviewleitfaden	106
Zusammenfassung	108
Abstract.....	109

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hauptarten des Dolmetschens (Kautz 2000:291).....	10
Abbildung 2: Three specific forms of community interpreting (Roberts 1997:9).....	16
Abbildung 3: Model of overlapping circles (Garber 2000:15).....	18
Abbildung 4: Process- and experience-based model of interpreter competence (Albl-Mikasa 2012:63)	22
Abbildung 5: Kompetenzmodell (nach Albl-Mikasa 2012 und Gentile et al. 1996).....	41
Abbildung 6: Interpreter roles (Niska 2002:138)	47
Abbildung 7: The community interpreter's roles (Leanza 2005:186).....	48
Abbildung 8: Kompetenzanforderungsmodell am Beispiel von AmberMed	96

Einleitung

Im Rahmen meines Masterstudiums absolvierte ich ein ehrenamtliches Praktikum in der Gesundheitseinrichtung AmberMed. Im Zuge des Praktikums bekam ich als angehende Dolmetscherin für Bosnisch/Kroatisch/Serbisch und Italienisch erste Einblicke in das Dolmetschen im Gesundheitswesen. Diese Erfahrung sowie das große Interesse für das Dolmetschen im medizinischen Bereich bewegten mich, als Thema dieser Abschlussarbeit „Dolmetschen im Gesundheitswesen“ zu wählen, und den Fokus auf die Anforderungen und Kompetenzen aus Sicht der DolmetscherInnen bei AmberMed zu legen. In einer Parallelstudie untersucht mein Kollege Devid Blagojević die Anforderungen und Kompetenzen aus der Sicht der bei AmberMed tätigen ÄrztInnen.

Zahlreiche wissenschaftliche Beiträge und Studien (u. a. Pöchhacker 2000; Allaoui 2005) betonen, dass die DolmetscherInnen im Gesundheitswesen nicht nur als reine Sprach- und KulturmittlerInnen fungieren, sondern mehrere Rollen übernehmen, denen weitere Anforderungen und Kompetenzen zugeschrieben werden. Welche Anforderungen und Kompetenzen für das Dolmetschen aus Sicht der DolmetscherInnen besonders von Bedeutung sind, soll in der vorliegenden Masterarbeit mithilfe von Interviews am Beispiel der Gesundheitseinrichtung AmberMed erforscht werden. Außerdem soll die Frage beantwortet werden, inwiefern der Erwerb der nötigen Kompetenzen am Zentrum für Translationswissenschaft Wien möglich ist, da es sich bei den DolmetscherInnen von AmberMed vorwiegend um Studierende der genannten Ausbildungsstätte handelt.

Im ersten Teil der Arbeit werden die theoretischen Grundlagen behandelt. Es werden wichtige Begriffe wie „Dolmetschen“, „Dolmetschmodi“ und „Kommunaldolmetschen“ geklärt. Außerdem werden typische Charakteristika des Kommunaldolmetschens dargestellt, um dieses vom Konferenzdolmetschen abzugrenzen. Anschließend folgt eine Gegenüberstellung von Medizin- und Gerichtsdolmetschen. Das zweite Kapitel wird sich mit dem Dolmetschkompetenzmodell nach Aibl-Mikasa (2012) und den Kompetenzbereichen nach Gentile et al. (1996) auseinandersetzen. Gleich zu Beginn soll der Schlüsselbegriff „Kompetenz“ definiert werden. Anschließend werden die Kompetenzmodelle miteinander verglichen und ihre Relevanz für das Forschungsvorhaben abgewogen. Dabei werden die jeweiligen Kompetenzbereiche in einem eigenen Kompetenzmodell zusammengeführt. Im dritten Kapitel wird der Fokus auf das Dolmetschen im Gesundheitswesen gelegt. Es wird auf die Besonderheiten des genannten Einsatzbereiches eingegangen, wie z. B. kultureller und sprachlicher Art. Im vierten Kapitel wird das Forschungsfeld AmberMed als Gesundheitseinrichtung sowie deren Team

und Klientel vorgestellt. In weiterer Folge wird das Forschungsdesign der empirischen Studie skizziert. Dabei werden Zielsetzung sowie Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit präzisiert und die verwendete Datenerhebungsmethode, d.h. das qualitative teilstandardisierte Interviewmodell, präsentiert. Zudem werden die InterviewpartnerInnen vorgestellt und die Vorgehensweise der Interviews sowie der Interviewleitfaden erläutert. Im Anschluss daran werden die Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2014), die für die geführten Interviews verwendet wurden, sowie die qualitative Analysemethode nach Mayring (2003) beschrieben. Das sechste Kapitel ist der Analyse der Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie gewidmet. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung und Diskussion der gewonnenen Ergebnisse.

1 Begriffliche Grundlagen

Bevor der eigentliche Gegenstand der vorliegenden Masterarbeit behandelt wird, werden zunächst wichtige Begriffe der Translationswissenschaft geklärt. Als erstes wird in 1.1 der Begriff „Dolmetschen“ definiert. Anschließend werden die Dolmetschmodi erläutert und typische Merkmale des Kommundolmetschens aufgezeigt, um es vom Konferenzdolmetschen abzugrenzen. Hierauf folgt im letzten Unterkapitel eine Gegenüberstellung von Medizin- und Gerichtsdolmetschen.

1.1 Was ist Dolmetschen?

Obwohl das Dolmetschen schon seit Jahrtausenden praktiziert wird und dank zahlreicher internationaler Organisationen ein eigenständiges Tätigkeitsfeld mit ausgebildeten Fachleuten geworden ist, sind seine Definitionen nicht immer ganz einheitlich und klar genug formuliert. LaiInnen ist oft der Unterschied zwischen Dolmetschen und Übersetzen nicht bekannt, dementsprechend verwenden sie diese fälschlicherweise als Synonyme (Seleskovitch 1988:1f.). Die in Lexika und Enzyklopädien angeführten Definitionen des Dolmetschens bzw. Übersetzens stützen sich meist auf das Kriterium der Mündlichkeit bzw. Schriftlichkeit (Pöchhacker 2000:6). Beim Übersetzen ist sowohl der Ausgangstext als auch der Zieltext in schriftlicher Form gegeben, während beim Dolmetschen eine gesprochene Mitteilung in einer anderen Sprache mündlich reproduziert wird (Seleskovitch 1988:1). Diese Kriterien sind für eine Definition aus wissenschaftlicher Perspektive jedoch nicht exakt genug. Außerdem würden sie weitere Dolmetschtätigkeiten wie das Gebärdensprachdolmetschen oder Vom-Blatt-Dolmetschen nicht berücksichtigen (Pöchhacker 2000:7). Auch im Duden wird die Definition kurzgehalten, die ebenfalls auf dem Kriterium der Mündlichkeit basiert: „einen gesprochenen oder geschriebenen Text für jemanden mündlich übersetzen“ (Duden 2018). Hierbei wird der Ausgangstext nicht ausschließlich in mündlicher Form dargeboten, sondern auch schriftlich. D. h. das Vom-Blatt-Dolmetschen wird zwar berücksichtigt, dennoch handelt es sich um keine besonders geglückte Definition für wissenschaftliche Zwecke.

Otto Kade (1968) schlug bereits in den 60er-Jahren folgende Definition des Dolmetschens und Übersetzens vor, die weitere Aspekte miteinbezieht:

Wir verstehen daher unter *Übersetzen* die Translation eines fixierten und demzufolge permanent dargebotenen bzw. beliebig oft wiederholbaren Textes der Ausgangssprache in einen jederzeit kontrollierbaren und wiederholt korrigierbaren Text der Zielsprache. (Kade 1968: 35)

Unter *Dolmetschen* verstehen wir die Translation eines einmalig (in der Regel mündlich) dargebotenen Textes der Ausgangssprache in einen wegen Zeitmangels kaum kontrollierbaren und nur begrenzt korrigierbaren Text der Zielsprache.

Otto Kade (1968) legt den Fokus bei seinen Definitionen nicht auf die dargebotene Form des Ausgangs- oder Zieltexes, sondern hebt den zeitlichen Aspekt, die Wiederholbarkeit des Ausgangstextes und die Korrigierbarkeit des Zieltexes hervor. Das bedeutet, dass beim Dolmetschen im Normalfall ein mündlicher, einmalig dargebotener Ausgangstext in einer bestimmten Sprache ebenfalls mündlich in einer anderen Sprache wiedergegeben wird. Der/Die DolmetscherIn steht dabei unter einem enormen Zeitdruck und hat kaum eine Möglichkeit, sich auszubessern. Demnach würden sowohl das Gebärdensprachdolmetschen als auch das Vom-Blatt-Dolmetschen unter den Begriff des Dolmetschens fallen. Der/Die ÜbersetzerIn kann hingegen beliebig oft auf den Ausgangstext zurückgreifen und seinen/ihren Zieltext in jedem beliebigen Moment ausbessern.

Pöchhacker (2004) befasst sich ebenfalls mit der Definition des Dolmetschens sowie dessen Merkmalen. Dabei nennt er die Unmittelbarkeit (*immediacy*) als Schlüsselwort des Dolmetschens. Dolmetschen ist somit eine Form der Translation, die unmittelbar erfolgt, um sprachliche und kulturelle Barrieren für eine reibungslose Kommunikation zwischen Personen unterschiedlicher Sprachgemeinschaften zu überwinden (Pöchhacker 2004:10). Beim Dolmetschen ist die Kommunikation im Vergleich zu der herkömmlichen eine weitaus komplexere, die auch „über individuelle Stile, Gefühle und Machtkonstellationen hinweg handelt“ (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:67) und mit einer Reihe von Herausforderungen sowie Problemen verbunden ist. Da sowohl beim Dolmetschen als auch Übersetzen der Zweck, also der Skopos, im Fokus steht, werden die Zieltexes beim Dolmetschen diesem ebenfalls angepasst. Demnach können die Zieltexes mit Kommentaren versehen werden und somit länger ausfallen oder im Gegenteil sogar gekürzt werden (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:67).

Es werden grundsätzlich zwei Arten des Dolmetschens unterschieden, die unter dem translationswissenschaftlichen Begriff „Dolmetschmodi“ bekannt sind. Was genau darunter zu verstehen ist, wird im nächsten Kapitel näher beleuchtet.

1.2 Dolmetschmodi

In der Translationswissenschaft wird zwischen konsekutivem und simultanem Dolmetschen unterschieden. Es handelt sich dabei um Dolmetschtechniken, die abhängig von der gegebenen Situation zum Einsatz kommen und in vielen Fällen von dem/der DolmetscherIn selbst gewählt werden. Das Konsekutivdolmetschen ist die klassische und ältere Variante der beiden. Hierbei wird erst nach einem abgeschlossenen Text bzw. Textteil mit einer Rededauer von einigen Sekunden (einige Dutzend Wörter) bis hin zu mehreren Minuten (mehrere hundert bis tausend Wörter) gedolmetscht (Seleskovitch 1988:2; Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:68). Da die Länge der in sich geschlossenen Texteinheiten variiert, dienen bei längeren Redeeinheiten die von dem/der DolmetscherIn genommenen Notizen als Gedächtnisstütze zur Reproduzierung des Zieltextes. Charakteristisch für diese Dolmetschtechnik ist der höhere Zeitaufwand, da der/die DolmetscherIn im Nachhinein die getätigten Äußerungen dolmetscht. In der Regel fällt die Redezeit aufgrund dessen beinahe doppelt so lange aus (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:68).

Einen wesentlich geringeren Zeitaufwand verursacht das Simultandolmetschen. Hierbei werden die Aussagen nicht im Nachhinein, sondern fast zeitgleich (simultan) verdolmetscht. Der/Die DolmetscherIn beginnt mit einer Verzögerung von höchstens einigen Sekunden den Ausgangstext zu dolmetschen, ohne dabei den/die RednerIn zu unterbrechen. Die DolmetscherInnen sitzen dabei im Normalfall in einer schalldichten Kabine und empfangen über Kopfhörer den Ausgangstext, den sie anschließend für die ZuhörerInnen über ein Mikrofon in der Zielsprache wiedergeben. Den ZuhörerInnen wird der Zieltext über Kopfhörer zur Verfügung gestellt (Seleskovitch 1988:3; Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:68). Die simultane Dolmetschtechnik wurde bereits in den 1920er Jahren dank der technischen Fortschritte angewandt, hat sich aber erst in den Jahren 1945 und 1946 bei den Nürnberger Kriegsverbrecherprozessen durchgesetzt und darüber internationale Bekanntheit erlangt (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:68). Eine besondere Form des Simultandolmetschens ohne den Einsatz von technischen Anlagen stellt das sogenannte Flüsterdolmetschen dar, das auch unter dem französischen Begriff *chuchotage* bekannt ist. Der/Die DolmetscherIn stellt oder setzt sich unmittelbar neben die zu bedolmetschende Person und flüstert ihr leise und simultan die Rede in der Zielsprache ins Ohr. Beim Flüsterdolmetschen besteht auch die Möglichkeit, eine Personenführungsanlage zu verwenden, damit mehrere TeilnehmerInnen die Verdolmetschung hören können. Der sogenannte Flüsterkoffer ist mit mehreren Kopfhörern für die ZuhörerInnen sowie einem Mikrofon für den/die DolmetscherIn ausgestattet (Pöchhacker 2004:19).

Eine weitere Variante des simultanen Dolmetschens ist das Vom-Blatt-Dolmetschen. Das bedeutet, dass ein schriftlicher, in der Ausgangssprache verfasster Text simultan direkt vom Blatt in die Zielsprache übertragen wird (Pöchhacker 2004:20). Auch bezüglich der Sprachrichtung werden zwei verschiedene Dolmetscharten unterschieden: Das unilaterale und bilaterale Dolmetschen. Sowohl beim Konsektivdolmetschen als auch beim Simultandolmetschen kann die Dolmetschleistung unilateral oder bilateral erfolgen. Im Fall des unilateralen Dolmetschens wird nur in eine Sprachrichtung gedolmetscht, üblicherweise aus der Fremdsprache in die Muttersprache. Beim bilateralen Dolmetschen wechseln die DolmetscherInnen zwischen Ziel- und Ausgangssprache. D. h. es wird sowohl aus der Muttersprache in die Fremdsprache als auch aus der Fremdsprache in die Muttersprache gedolmetscht (Kautz 2000:291). Die Hauptarten des Dolmetschens können wie im folgenden Schaubild dargestellt werden:

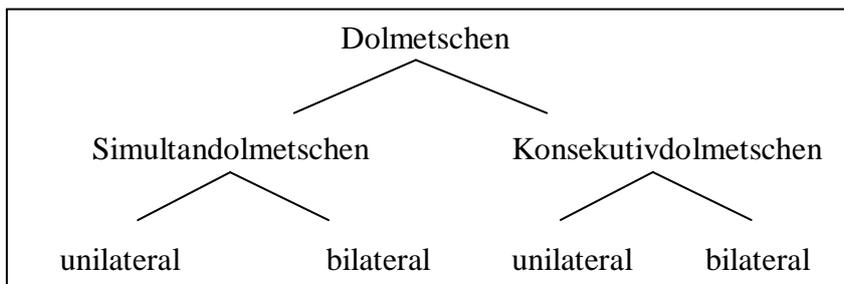


Abbildung 1: Hauptarten des Dolmetschens (Kautz, 2000:291)

Wie eingangs bereits erwähnt, bleibt in vielen Fällen dem/der DolmetscherIn die Wahl der Dolmetschtechnik, die abhängig von der Kommunikationssituation getroffen wird. Prinzipiell wird bei Veranstaltungen von kürzerer Dauer konsektiv gedolmetscht, wie beispielsweise in diplomatischen, wirtschaftlichen oder politischen Kontexten oder auch bei Behörden. Auf internationalen Konferenzen hingegen, bei denen mehrere Sprachen vertreten sind, fällt die Wahl aufgrund der enormen Zeitersparnis auf das Simultandolmetschen (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke⁵2012:68). Somit wird der simultane Modus als typisch für das Konferenzdolmetschen gesehen, während die konsektive Technik eher dem Kommunaldolmetschen zugeschrieben wird. Hierbei muss jedoch festgehalten werden, dass beide Modi in beiden Bereichen zum Einsatz kommen können. Im nachfolgenden Kapitel wird der Begriff „Kommunaldolmetschen“ definiert und erörtert, in welcher Hinsicht sich dieser vom Konferenzdolmetschen unterscheidet.

1.3 Kommunal Dolmetschen

Das Kommunal Dolmetschen gilt als älteste Form des Dolmetschens und wird seitdem verschiedene Völker und Kulturen mit unterschiedlichen Sprachen aufeinander traf praktiziert (Roberts 1997:7). Trotz seiner langen Tradition und Geschichte wurde das Kommunal Dolmetschen in der Forschung lange Zeit außer Acht gelassen. Erst Anfang der 90er-Jahre des 20. Jahrhunderts begann man, sich in der Translationswissenschaft vermehrt mit dieser Art des Dolmetschens zu befassen (Pöllabauer 2002:197). Dort scheint bis heute keine einheitliche Definition des Kommunal Dolmetschens gefunden worden zu sein, da die vorhandenen sich zumeist auf unterschiedliche Eigenschaften stützen und oft noch zu „schwammig“ und ungenau sind (Pöllabauer 2002:197).

Eine der ersten Definitionen des Kommunal Dolmetschens stammt von Shackman (1985), in der auf die Rolle und Verantwortung der Kommunal DolmetscherInnen sowie die unterschiedliche Wahrnehmung und ungleiche Machtverteilung der Gesprächsparteien hingewiesen wird:

A community interpreter has a very different role and responsibilities from a commercial or conference interpreter. She is responsible for enabling professional and client, with very different backgrounds and perceptions and in an unequal relationship of power and knowledge, to communicate to their mutual satisfaction. (Shackman 1985:18)

Kommunal DolmetscherInnen sind also für das Dolmetschen zwischen zwei Gesprächsparteien mit unterschiedlichem Wissensstand und ungleicher Machtposition aus sich stark unterscheidenden Kulturen zuständig. Typische Einsatzbereiche, die zur Abgrenzung des Kommunal Dolmetschens von anderen translatorischen Berufen dienen, werden hierbei nicht angeführt. Eine spätere Definition von Roberts (1997) hingegen versucht mithilfe der Aufzählung von typischen Einsatzbereichen sowie einer Festlegung der Zielgruppe den Begriff „Kommunal Dolmetschen“ zu determinieren:

[T]ype of interpreting done to assist those immigrants who are not native speakers of the language to gain full and equal access to statutory services (legal, health, education, local government, social services). (Roberts 1997:8)

Demnach werden Kommunal DolmetscherInnen von MigrantInnen herangezogen, die der Sprache des Gastlandes nicht mächtig sind. Das Ziel dabei ist es, ihnen den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen im rechtlichen, gesundheitlichen, behördlichen und sozialen Bereich sowie in der Bildung zu ermöglichen. Laut Pöchlacker (2000:37) greift diese Festlegung der Zielgruppe etwas zu kurz, da sie sich ausschließlich auf MigrantInnen bezieht und andere mögliche Klientelen wie etwa TouristInnen oder Geschäftsleute außer Acht lässt. Eine tref-

fendere Definition wurde im Jahr 1995 in Geneva Park im Rahmen der 1. Internationalen Konferenz zu *Interpreters in the Community* gegeben:

Community Interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language(s) of the country to communicate with the providers of public services so as to facilitate full and equal access to legal, health, education, government, and social services. (Pöchhacker 2000:37)

In diesem Fall ist die Auffassung der Klientelen weniger eingeschränkt. Dennoch ist diese Definition nicht ganz erschöpfend, da sie nur auf Lautsprachen ausgerichtet ist und somit gehörlose Personen ausschließt, die aber ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Klientelen sind (Pöchhacker 2000:37). Außerdem ist bei den Einsatzbereichen, auch wenn diese mit der oben zitierten Definition von Roberts (1997) im Einklang stehen, das erwähnte *legal services* ein Problempunkt. Der Einsatzbereich *legal services* gehört nämlich nicht in allen Ländern der Kategorie Kommunal Dolmetschen an. Beispielsweise zählt das Gerichtsdolmetschen in Australien und Großbritannien als Teil des Bereichs *legal services* zum Kommunal Dolmetschen, während es in Nordamerika und zum Großteil in den europäischen Ländern als eigenständiger Bereich angesehen wird¹ (Pöchhacker 2000:37f.).

Wie aus den oben angeführten Zitaten ersichtlich ist, herrscht kein Konsens über die Definition der jungen Disziplin. Unter Berücksichtigung mehrerer Definitionen kann jedoch zusammenfassend festgehalten werden, dass Kommunal DolmetscherInnen helfen, sowohl sprachliche als auch kulturelle Barrieren zwischen Menschen, deren Muttersprache nicht die Sprache des Gastlandes ist, und den VertreterInnen von sozialen und kommunalen Institutionen des Gastlandes zu überwinden. Ferner weisen die beteiligten GesprächspartnerInnen unterschiedliches soziokulturelles (Vor)Wissen auf und befinden sich in einer ungleichen Machtposition (Pöllabauer 2002:197). Abschließend ist noch anzumerken, dass es nicht nur an einer einheitlichen Definition des Kommunal Dolmetschens fehlt, sondern auch an einer einheitlichen Bezeichnung. Neben dem deutschen Begriff „Kommunal Dolmetschen“ und dem weitverbreiteten englischen Begriff „*Community Interpreting*“ sind zahlreiche weitere in Verwendung: *Public Service Interpreting*, *Ad Hoc Interpreting*, *Liaison Interpreting*, *Dialogue Interpreting* oder *Cultural Interpreting* (Pöchhacker 2000:36; Pöllabauer 2002:197). Welche weiteren Merkmale dem Kommunal Dolmetschen zugeschrieben werden und wie es sich dadurch vom Konferenzdolmetschen unterscheiden lässt, wird im nächsten Kapitel diskutiert.

¹ Die genaue Problematik des *Legal Interpreting* wird in Kapitel 1.4 detaillierter betrachtet.

1.3.1 Abgrenzung vom Konferenzdolmetschen

Das Konferenz- und das Kommunaldolmetschen weisen einige gemeinsame Merkmale auf, dennoch bestehen Unterschiede zwischen den beiden Disziplinen. Sie unterscheiden sich nicht nur durch die angewandte Dolmetschtechnik, die Klientel und die dolmetschbezogenen Eigenschaften, sondern bereits in ihrer Entstehung und Entwicklung. Im Gegensatz zum Kommunaldolmetschen wird dem Konferenzdolmetschen in der Translationswissenschaft viel mehr Beachtung geschenkt, auch wenn das Konferenzdolmetschen erst während bzw. nach dem Ersten Weltkrieg entstanden ist und somit als jüngere Variante des Dolmetschens gilt. Mit der Erfindung des Simultandolmetschens und seinem Einsatz bei den Nürnberger Prozessen erlangte das Konferenzdolmetschen einen äußerst hohen Bekanntheitsgrad. Dieses Ereignis erweckte sogar bei nicht fachkundigen Personen großes Interesse, denn das gleichzeitige Hören und Sprechen wurde von der Öffentlichkeit bewundert und als „Königsdisziplin“ angesehen. Gleichzeitig wurde das Kommunaldolmetschen als ältere Variante des Dolmetschens in den Hintergrund gedrängt (Prunč 2010:265). Als es dann noch zur globalen Migration durch kriegerische Auseinandersetzungen kam und Kommunikationsprobleme zwischen den BürgerInnen des Gastlandes und ImmigrantInnen entstanden, litt das Image der KommunaldolmetscherInnen spürbar. Schließlich arbeiteten sie mit den „Verlierern“ der Globalisierung, deren schlechter Ruf auf die DolmetscherInnen abfärbte. Das geringe Ansehen der Kundenschaft und der KommunaldolmetscherInnen selbst ist bis heute ein wesentlicher Unterschied zwischen Kommunal- und Konferenzdolmetschen (ibid.:266).

Jedoch unterscheiden sich diese beiden Arbeitsfelder nicht nur durch ihre Geschichte voneinander, sondern auch durch den Grad der Professionalisierung. Während im Bereich des Konferenzdolmetschens zahlreiche Ausbildungsmöglichkeiten bestehen, um die Professionalisierung dieses Berufes zu fördern, existieren im Bereich des Kommunaldolmetschens nur einige wenige Initiativen für Ausbildungen, die die dafür relevanten Kompetenzen vermitteln (Prunč 2010:267f.). Möglicherweise liegt der Grund des geringen Einsatzes von professionellen DolmetscherInnen im Kommunaldolmetschen gerade an den fehlenden Ausbildungsmöglichkeiten. Andererseits aber setzt sich die Sprachkonstellation im Kommunaldolmetschen nicht wie beim Konferenzdolmetschen aus Welt Sprachen zusammen, wie z. B. Amtssprachen der Europäischen Union, sondern aus Minderheitensprachen wie etwa Hindi, Farsi usw. Derartige Sprachkonstellationen erschweren es zusätzlich, qualifizierte DolmetscherInnen zu finden. Aus diesem Grund werden zur Verdolmetschung oft LaiInnen wie beispielsweise Familienangehörige oder Bekannte herangezogen (Pöllabauer 2002:199).

Pöchlhacker (2000) führt den intrasozialen bzw. intersozialen Aspekt als grundlegendes Differenzierungsmerkmal an. Dabei bezieht sich der Begriff „intrasozial“ auf das Kommunaldolmetschen und zeigt auf, dass es sich hierbei um die Kommunikation zweier Gesprächsparteien handelt, die zwar derselben Gesellschaft angehören, aber anderen Sprachgemeinschaften. Im Gegensatz dazu stammen die teilnehmenden Parteien beim Konferenzdolmetschen aus unterschiedlichen Gesellschaften. Intrasoziale Dolmetscheinsätze entstehen aufgrund der Multikulturalität innerhalb einer Gesellschaft. Durch Migration bilden sich sprachliche Minderheiten, die in einem Land leben, deren Sprache sie gar nicht oder zumindest nicht gut genug zum reibungslosen Gesprächsablauf beherrschen. Um ihnen das Recht auf Zugang zu staatlichen Institutionen oder Behörden zu gewähren, werden DolmetscherInnen herangezogen (Pöchlhacker 2000:39ff). Dabei kommt es während der Interaktion zu einem Machtgefälle, da sich zwei Gesprächsparteien mit ungleicher Machtposition gegenüberstehen. Die Asymmetrie der Machtpositionen gilt ebenfalls als grundlegende Eigenschaft des Kommunaldolmetschens. Garber (2000) bezeichnet die Gesprächsparteien als *powerless* (machtlos) und *powerful* (machtvoll). Als die Machtvollen gelten die VertreterInnen der öffentlichen Institutionen, die den sogenannten „Bittstellern“, also den Machtlosen, die einer sprachlichen oder ethnischen Minderheit angehören, gegenüber stehen. „Machtvoll“ impliziert die Entscheidungsmacht der VertreterInnen der staatlichen Institutionen über die Dienste und Leistungen, die die BittstellerInnen erhalten bzw. nicht erhalten werden (Garber 2000:16ff.). Pöllabauer (2002) erwähnt an dieser Stelle neben dem Machtgefälle auch den ungleichen Bildungsstand, der sich im Sprachregister widerspiegelt (Pöllabauer 2002:199; Obermayer 2006:64). Das verwendete Sprachregister kann beim Kommunaldolmetschen somit von einer sehr formellen bis hin zu einer sehr informellen Sprache reichen. Die Konferenzsprache ist hingegen grundsätzlich immer sehr formell (Hale 2007:32).

Als weitere wesentliche Unterscheidungsmerkmale werden in wissenschaftlichen Texten dolmetschspezifische Eigenschaften angeführt. Beispielsweise sind Unterschiede in der angewandten Dolmetschtechnik festzustellen. Während KonferenzdolmetscherInnen die Dolmetschleistung grundsätzlich simultan erbringen, dolmetschen die KommunaldolmetscherInnen im konsekutiven Modus. Zu erwähnen ist jedoch, dass es auch auf Konferenzen zum Einsatz der konsekutiven Technik kommen kann. Dabei arbeiten die DolmetscherInnen nur in eine Sprachrichtung und das in erster Linie in die eigene Muttersprache. KommunaldolmetscherInnen arbeiten hingegen in beide Sprachrichtungen. Die Länge des konsekutiv zu verdolmetschenden Textsegmentes ist im Kommunaldolmetschen grundsätzlich kürzer als auf Konferenzen (Gentile 1996:22ff.; Hale 2007:32). Hale (2007) macht allerdings darauf auf-

merksam, dass beim Kommunaldolmetschen nicht nur konsekutiv gedolmetscht wird, sondern auch simultan oder vom Blatt. Die simultane Verdolmetschung erfolgt aufgrund der fehlenden technischen Ausstattung hauptsächlich in Form von Flüsterdolmetschen (Hale 2007:31; Gentile et al. 1996:26).

Des Weiteren gilt die physische Präsenz der DolmetscherInnen als ein Unterscheidungsmerkmal. KommunaldolmetscherInnen sind während der Dolmetschung physisch präsent, KonferenzdolmetscherInnen hingegen befinden sich üblicherweise in ihren Dolmetschkabinen oder im Fall einer konsekutiven Verdolmetschung auf der Bühne (Smirnov 1997:211). Durch die dialogische *face-to-face* Interaktion beim Kommunaldolmetschen werden die DolmetscherInnen oftmals vom „neutralen Sprachrohr“ zu aktiven SprachmittlerInnen, die Einfluss auf den Verlauf oder sogar Ausgang des Gesprächs haben können (Pöllbauer 2002:199). Auch Obermayer (2006) hebt die räumliche sowie emotionale Nähe der DolmetscherInnen zu den KlientInnen hervor, die zu Problemen mit der Rollenauffassung führen kann (Obermayer 2006:61). An dieser Stelle stellt Pöchhacker (2000) die Neutralität der DolmetscherInnen in Frage. Aufgrund der räumlichen Nähe und nonverbalen Signalen wie Gestik, Mimik und Haltung neigen die KommunaldolmetscherInnen bewusst oder unbewusst zur Vereinnahmung durch die InteraktionspartnerInnen. Die Problematik der Neutralität wird zusätzlich durch den ungleichen Status der Gesprächsparteien gefördert. Der Aspekt der Neutralität steht beim Konferenzdolmetschen hingegen außer Frage. Die DolmetscherInnen dienen hier als neutrale Zwischenglieder zur Verständigung zwischen zwei im Wesentlichen gleichberechtigten KommunikationspartnerInnen (Pöchhacker 2000:41). Angesichts dieser Problematik ist jedoch anzumerken, dass die physische Anwesenheit der KommunaldolmetscherInnen nicht immer gegeben ist, da dank des technischen Fortschritts Dolmetschleistungen bereits via Telefon oder Videoübertragung erbracht werden können (Mikkelson 1999:6).

Wie festgestellt werden kann, unterscheiden sich die zwei Hauptdisziplinen der Dolmetschwissenschaft in vielerlei Hinsicht. Durch diese feinen Unterschiede etablierte sich das Kommunaldolmetschen als eigene Dolmetschart in der Translationswissenschaft, die wie jede andere Dolmetschart mit ihren Spezifika spezielle Kompetenzen erfordert. Diese werden im folgenden Kapitel der vorliegenden Arbeit erneut aufgegriffen. Vorab sollen die in der Translationswissenschaft viel diskutierten Haupteinsatzbereiche des Kommunaldolmetschens beleuchtet werden, nämlich das Medizin- und das Gerichtsdolmetschen.

1.4 Medizin- vs. Gerichtsdolmetschen

Medical Interpreting und *Legal Interpreting* haben sich in der Translationswissenschaft als zwei eigenständige Unterkategorien des Kommunaldolmetschens etabliert. Daneben existieren zwar weitere Einsatzbereiche, die ebenfalls zum Kommunaldolmetschen gezählt werden, aber laut Hale (2007) nicht ausreichend gemeinsame Merkmale aufweisen, um als eigenständige Unterkategorien zu gelten. Dazu gehören beispielsweise das Dolmetschen in der Bildung, Immigration oder im Sozialwesen (Hale 2007:30).

Das Ziel des Dolmetschens im Gesundheitsbereich ist es, die sprachliche Barriere zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu überwinden. Im Gegensatz dazu ist das Ziel beim Gerichtsdolmetschen die Kommunikation „zwischen den an einem Gerichtsverfahren beteiligten Personen“ zu ermöglichen, und zwar durch gerichtlich zertifizierte DolmetscherInnen (Kadrić³2009:22). Bezüglich der Zuordnung des Begriffes „Gerichtsdolmetschen“ sind sich die TranslationswissenschaftlerInnen nicht ganz einig. Für Mikkelson (1999) sowie Hale (2007) stellen das *Legal Interpreting* und *Court Interpreting*, also Gerichtsdolmetschen, Synonyme dar. Laut Gentile et al. (1996) gehört das Gerichtsdolmetschen ebenfalls zum *Legal Interpreting*, das er wiederum als Unterkategorie des Kommunaldolmetschens zählt. Auch Roberts (1997) sieht das *Legal Interpreting* als Teil des Kommunaldolmetschens, das sich neben dem *Medical Interpreting* und *Public Service Interpreting* etabliert hat. Diese Unterkategorien gelten gleichzeitig als die Einsatzbereiche des Kommunaldolmetschens, die von ihr wie folgt dargestellt werden:

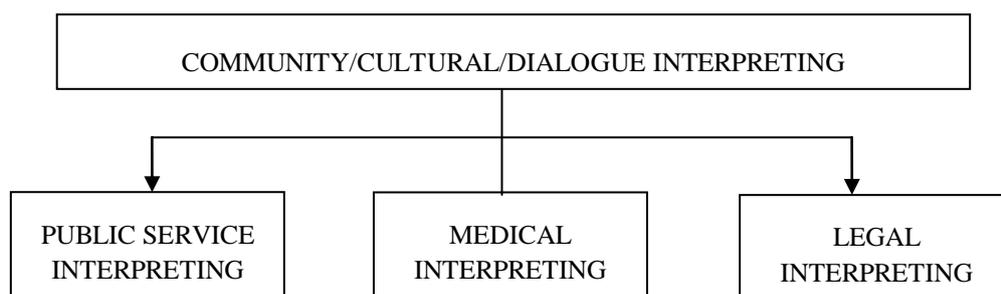


Abbildung 2: Three specific forms of community interpreting (Roberts 1997:9)

Allerdings hebt Roberts (1997) in ihrem wissenschaftlichen Beitrag hervor, dass das Gerichtsdolmetschen in zahlreichen Ländern einen gesonderten Bereich darstellt und somit nicht unter das *Legal Interpreting* und infolgedessen auch nicht unter das Kommunaldolmetschen fällt. Während es beispielsweise in Großbritannien üblich ist, KommunaldolmetscherInnen bei Gericht hinzuzuziehen, kommen in Nordamerika ausschließlich zertifizierte GerichtsdolmetscherInnen zum Einsatz. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass diese Regel ihre

Gültigkeit verliert, wenn für gewisse exotische Sprachen keine professionellen DolmetscherInnen zur Verfügung stehen (Roberts 1997:245). Roberts (1997) sieht den Einsatz von Kommunal DolmetscherInnen bei Gericht als sehr problematisch an, da die Rollen und Anforderungen an die DolmetscherInnen im Allgemeinen im Kommunalbereich und bei Gericht zu unterschiedlich sind. Während Kommunal DolmetscherInnen oft die Rolle der HelferInnen, KulturmittlerInnen und SprachmittlerInnen übernehmen müssen, ist es die Aufgabe der DolmetscherInnen bei Gericht, unter allen Umständen Neutralität zu bewahren (Roberts 1997:245).

Laut Pöchhacker (2000) liegt der Abgrenzung des Gerichtsdolmetschens vom Kommunal Dolmetschen die Tatsache zugrunde, dass die „Berufspraxis des Gerichtsdolmetschens einen höheren Entwicklungsstand und Professionalisierungsgrad erreicht hat“ (Pöchhacker 2000:38). So wurde beispielsweise in Österreich bereits im Jahr 1920 der Verband der allgemein beeideten Dolmetscher (ÖVGD) gegründet (ÖVGD 2018). Seit 1975 ist das Dolmetschen bei Gericht in Österreich gesetzlich geregelt, während das im Asylverfahren und beim Medizin Dolmetschen nicht der Fall ist (Universitas 2009:2). An dieser Stelle weist Pöchhacker (2000:38) auf den Bedarf einer ausführlichen Definition des Kriteriums der Professionalität hin, da seiner Meinung nach eine Abgrenzung oft intuitiv und willkürlich erfolgt. Wie wichtig die Qualität der Verdolmetschung und somit der Einsatz professioneller DolmetscherInnen im medizinischen Kontext ist, wird in der Translationswissenschaft besonders hervorgehoben. Dank vermehrter Ausbildungsmöglichkeiten wurden bereits große Fortschritte betreffend der Professionalität erzielt. Wenn nun aber laut Pöchhacker (2000) und Roberts (1997) der Professionalisierungsprozess als Kriterium zur Abgrenzung vom Kommunal Dolmetschen gilt, könnte man meinen, dass das Dolmetschen im medizinischen Bereich so wie das Gerichtsdolmetschen dem Kommunal Dolmetschen gleichgestellt werden kann (Roberts 1997:4).

Der Ansatz von Garber (2000) unterscheidet sich deutlich von den bereits geschilderten Ansätzen. Er ist der Meinung, dass es keine eindeutigen Grenzen zwischen den Dolmetscharten gibt, und hält ein hierarchisches Modell daher für ungeeignet. Er präsentiert ein kreisförmiges Modell, in dem einzelne Einsatzbereiche des Dolmetschens ineinander verschmelzen:

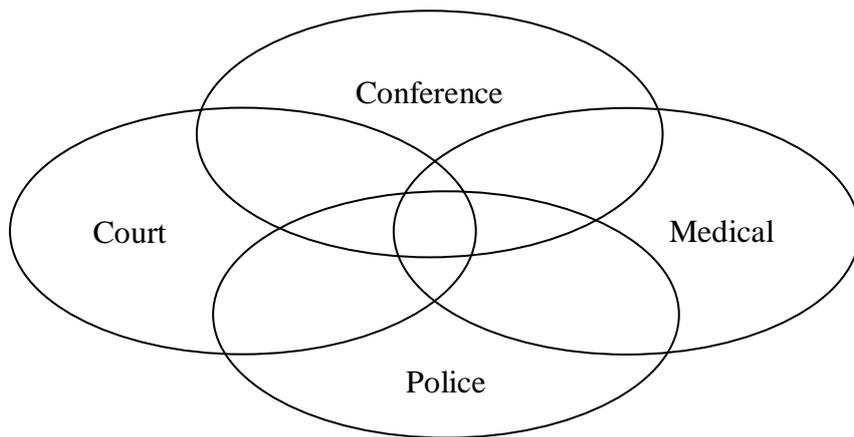


Abbildung 3: Model of overlapping circles (Garber 2000:15)

Demnach unterscheidet sich jede der Dolmetscharten durch bestimmte Charakteristika von den anderen, sie weisen aber zur gleichen Zeit eine Reihe von gemeinsamen Merkmalen auf und sind daher nicht zur Gänze als eigenständige Bereiche anzusehen. Dabei führt er in der Darstellung das Konferenzdolmetschen an sowie das Dolmetschen bei Gericht, bei der Polizei und in der Medizin, ohne dabei explizit auf das Kommunaldolmetschen einzugehen.

Allgemein lässt sich festhalten, dass das Gerichtsdolmetschen trotz einiger Gemeinsamkeiten mit dem Medizindolmetschen sowohl in der Translationswissenschaft als auch in der Praxis gesondert behandelt wird und sich weder vollständig dem Konferenz- noch dem Kommunaldolmetschen zuordnen lässt. Welche Charakteristika besonders dem Dolmetschen im medizinischen Bereich zuzurechnen sind und mit welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen die DolmetscherInnen konfrontiert werden, wird im übernächsten Kapitel besprochen.

2 Kompetenzen für das Dolmetschen

Dieses Kapitel setzt sich mit den Kompetenzen beim Dolmetschen im Allgemeinen auseinander. Zunächst wird der Begriff Kompetenz näher erläutert, um anschließend das Kompetenzmodell nach Albl-Mikasa (2012) sowie die Kompetenzbereiche, die laut Gentile et al. (1996) speziell für das Kommunaldolmetschen erforderlich sind, vorzustellen. Beide Kompetenzmodelle sollen als Grundlage für die empirische Studie herangezogen werden. In Kapitel 2.4 werden die angeführten Kompetenzen von Albl-Mikasa (2012) und Gentile et al. (1996) zusammengeführt und ihre Relevanz für die Untersuchung der vorliegenden Masterarbeit abgewogen. In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass in der Literatur im Vergleich zum Konferenzdolmetschen kaum Kompetenzmodelle für das Kommunaldolmetschen zu finden sind. Dem mag die Tatsache zugrunde liegen, dass das Kommunaldolmetschen eine ganze Reihe von Einsatzbereichen bereithält und die Anforderungen dementsprechend vielfältig sind (Prunč 2010:266).

2.1 Begriffsdefinition: Kompetenz

Der Begriff Kompetenz spielt in der Translationswissenschaft eine wesentliche Rolle und dient als Ausgangspunkt für die Untersuchung unterschiedlicher Problemfelder. Er ist jedoch trotz jahrelanger Forschung nicht klar definiert und wird daher oft mit den Begriffen Fähigkeit oder Fertigkeit verwechselt (Herold 2010:215). Im Duden wird Kompetenz den Begriffen „Sachverstand“ und „Fähigkeiten“ gleichgestellt. Abhängig vom Kontext kann Kompetenz laut Duden auch für den Begriff „Zuständigkeit“ stehen, was in der Rechtssprache der Fall wäre (Duden 2018). Konkretere Definitionen des Begriffes Kompetenz geben Weinert (²2002), Hansen (1999) und Trim/North/Coste/Sheils (2001). Nach Weinert (²2002) werden Kompetenzen wie folgt definiert:

Kompetenzen sind die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können. (Weinert ²2002:27f.)

Die Definition von Hansen (1999) legt den Fokus des Begriffes ebenfalls auf Fähigkeiten und Fertigkeiten: „Kompetenz wird hier als die Kombination aus Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen (darunter auch Fachwissen) verstanden, die sich in einer Handlungssituation zeigen“

(Hansen 1999:341). Die Autoren des Werkes „Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: lernen, lehren und beurteilen“ geben folgende Definition der Kompetenz:

Kompetenzen sind die Summe des (deklarativen) Wissens, der (prozeduralen) Fertigkeiten und der persönlichkeitsbezogenen Kompetenzen und allgemeinen kognitiven Fähigkeiten, die es einem Menschen erlauben, Handlungen auszuführen. (Trim/North/Coste/Sheils 2001:21)

Wie aus den angeführten Zitaten ersichtlich ist, setzt sich das Konzept Kompetenz aus drei zentralen Begriffen zusammen: Fähigkeit, Fertigkeit und Wissen. Jeder dieser Begriffe wird von den AutorInnen getrennt betrachtet, auch wenn diese wie bereits angesprochen oft als Synonyme für den Begriff „Kompetenz“ verwendet werden (Herold 2010:215). Es stellt sich nun aber die Frage, was genau als Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgefasst wird, um das Konzept „Kompetenz“ besser zu verstehen. Nach Hacker (1978) sind Fähigkeiten „[...] in der Lebensgeschichte entstandene, komplexe Eigenschaften, die als verfestigte Systeme verallgemeinerter psychologischer Prozesse den Tätigkeitsvollzug steuern“ (Hacker 1978, zit. nach Dorsch - Lexikon der Psychologie ¹⁸2017:556). Fähigkeiten sind also die Basis individueller Handlungen, die nach Böhm (¹³1988:184) benötigt werden, um körperliche und geistige Leistungen auszuführen. Für den Sozialwissenschaftler Weinberg (1996) sind Fähigkeiten „aus Wissen, Denkmethode und Handlungen zusammengesetzt, die die Menschen täglich vollziehen und von denen sie meinen, dass sie ihrer völlig bewusst seien“ (Weinberg 1996:3). Laut Weinberg (1996) existieren zwei Arten von Fähigkeiten, und zwar die ruhenden und die aktiven Fähigkeiten. Die aktiven Fähigkeiten sind diejenigen, deren sich die Individuen bewusst sind, die ruhenden hingegen sind die Fähigkeiten, deren sich die Personen unbewusst sind. Es sind aber gerade die ruhenden Fähigkeiten, die bei der Bewältigung von Situationen eine entscheidende Rolle spielen können (Weinberg 1996:3). Fertigkeiten hingegen sind nach Böhringer et al. (2009:4) Fähigkeiten, die es uns ermöglichen, unsere Kenntnisse und unser Know-how anzuwenden, um auf diese Art Probleme und Aufgaben zu lösen. Kalina (1998) hebt die Automatisierung als relevantes Charakteristikum für Fertigkeiten hervor. Fertigkeiten sind „einprogrammierte Abläufe“ und dienen zur „Erreichung bestimmter Zwecke“. Fertigkeiten können erlernt werden oder auch genetisch schon vorhanden sein (Kalina 1998:222).

2.2 Kompetenzmodell nach Albl-Mikasa

Das Kompetenzmodell nach Albl-Mikasa (2012) entstand im Zuge ihrer Studie zu den Kompetenzen, in der sie Interviews mit zehn erfahrenen KonferenzdolmetscherInnen führte, die auf dem deutschsprachigen Markt tätig sind. Für ihre Studie erwiesen sich Pöchlhackers Kompetenzanforderungsmodell (2001), das Translationskompetenzmodell von Göpferich (2008) und das Leipziger Kompetenzmodell der Dolmetschdidaktik nach Kutz (2010) als ungeeignet, da es sich dabei in erster Linie um theorieorientierte Modelle handelt. Sie entwickelte daher ihr eigenes praxisbezogenes Modell, das alle Aspekte, die die Leistung der DolmetscherInnen vor, während und nach der Verdolmetschung beeinflussen können, berücksichtigt (Albl-Mikasa 2012:59). Das Modell wurde in Anlehnung an das aufschlussreiche Dolmetschprozess-Modell von Sylvia Kalina (2004) ausgearbeitet.

Nach Kalina (2004) werden vier Teilprozesse im gesamten Dolmetschprozess unterschieden. Diese Teilprozesse, d.h. präperformatorischer, periperformatorischer, performanzdeterminierender und postperformatorischer Prozess, berücksichtigen sowohl Faktoren, die von den DolmetscherInnen abhängen, als auch externe einflussnehmende Faktoren (Kalina 2004:757f.). Der präperformatorische Prozess umfasst jene Kompetenzen, die die DolmetscherInnen bereits vor dem Dolmetscheinsatz sowie während der Dolmetschleistung brauchen. Dazu gehören beispielsweise sprachliche Kompetenzen, Terminologiemanagement, Dolmetschtechniken oder interkulturelles Wissen. Unter die Kategorie des periperformatorischen Prozesses fallen alle externen Faktoren eines Dolmetscheinsatzes wie etwa Arbeitssprachen oder die Dauer des Dolmetscheinsatzes. Bei den performanzdeterminierenden Faktoren handelt es sich um situationsbezogene Aspekte wie Informationen zu den KommunikationspartnerInnen. Anschließend folgt die postperformatorische Phase, unter der die Nachbearbeitungsphase der Dolmetschtätigkeit verstanden wird. Diese umfasst jegliche Tätigkeiten, die nach dem Einsatz erfolgen, wie z.B. die Terminologieaufarbeitung (Kalina 2004:757f.).

Diese Strukturierung erwies sich im Allgemeinen für die praxisorientierte Analyse der Kompetenzen ihrer interviewten DolmetscherInnen als geeignet. Allerdings fügte Albl-Mikasa einen weiteren Prozess an, nämlich den sogenannten paraperformatorischen Prozess. Die paraperformatorische Phase beinhaltet alle möglichen unternehmerischen Kompetenzen, die von den interviewten Personen als ein sehr wichtiger Teil ihrer Arbeit angesehen werden. Somit setzt sich das Modell aus insgesamt fünf Kompetenzbereichen zusammen, die alle Dolmetschprozesse in Betracht ziehen. In Anlehnung an das von Kalina (2004) erstellte Dolmetschprozess-Modell und unter Berücksichtigung der durch die Interviews gewonnenen In-

formationen fasste Albl-Mikasa (2012) folgende Dolmetschprozess-orientierte Kompetenzen zusammen:

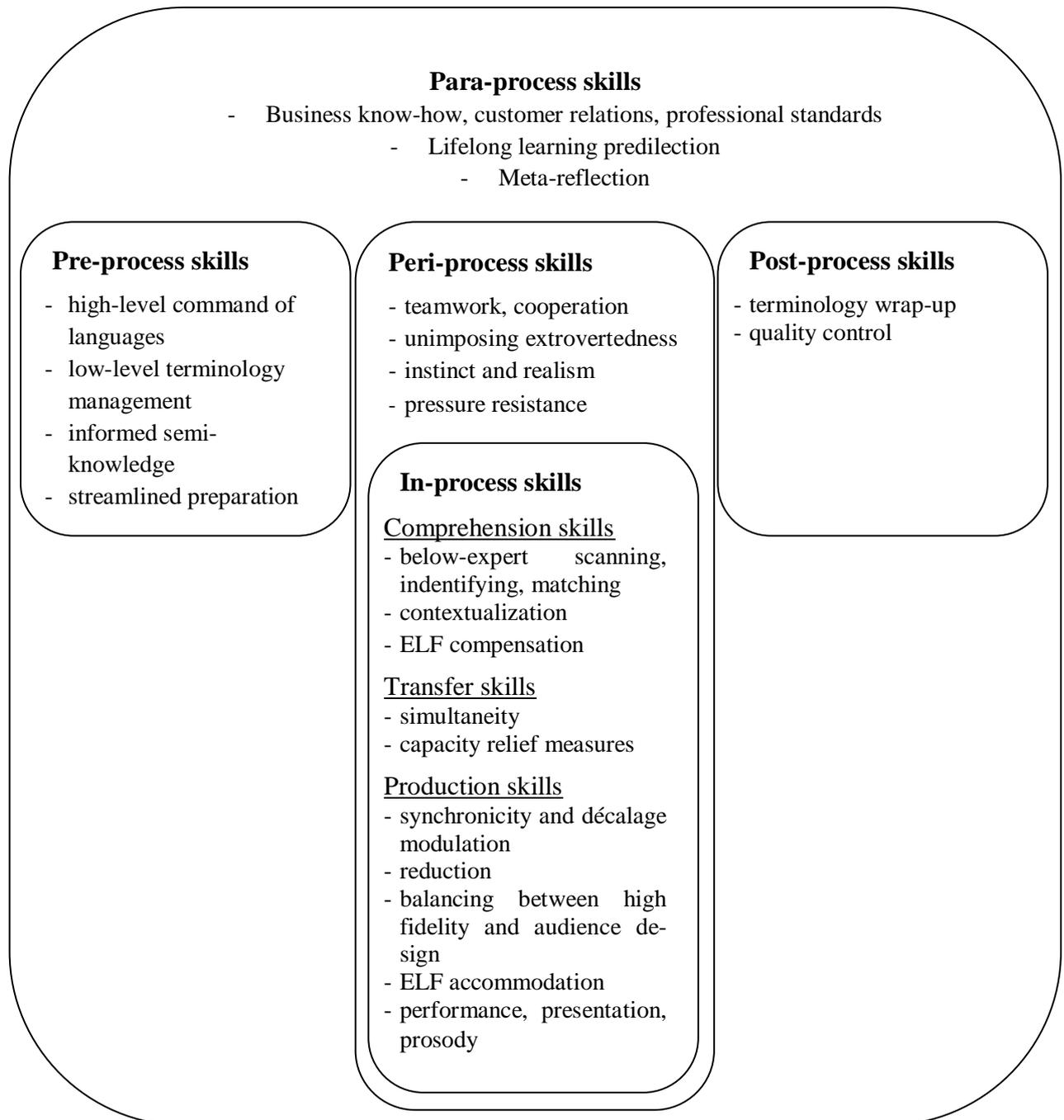


Abbildung 4: Process- and experience-based model of interpreter competence (Albl-Mikasa 2012:63)

Das oben angeführte Modell von Albl-Mikasa umfasst wie bereits erwähnt viele Faktoren der Dolmetschtätigkeit, die auf fünf Phasen aufgeteilt werden können. Das sind die paraperformatorische, präperformatorische, periperformatorische, performanzdeterminierende und postperformatorische Phase. Die paraperformatorische Phase stellt allerdings einen eigenständigen Prozess dar, der alle anderen beeinflusst (Albl-Mikasa 2012:61). Im nächsten Kapitel wird das

praxisorientierte Kompetenzmodell detaillierter beleuchtet und die einzelnen Phasen werden ausführlich vorgestellt.

2.2.1 Präperformatorische Kompetenzen

Die präperformatorischen Kompetenzen umfassen alle Kompetenzen, die die DolmetscherInnen sich im Laufe ihres Lebens angeeignet haben. Dazu zählen die Sprachkenntnisse der Arbeitssprachen, das Terminologiemanagement, das sogenannte Semi-Wissen und die zielgerichtete Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz (Albl-Mikasa 2012:64). Diese Teilbereiche werden im Nachfolgenden genauer veranschaulicht.

Ausgezeichnete Sprachkenntnisse

Die DolmetscherInnen müssen sowohl in der Muttersprache als auch der Fremdsprache über ausgezeichnete Sprachkenntnisse verfügen (Albl-Mikasa 2012:64). Kadrić (2009) hebt hervor, dass die Muttersprache die Basis für jede translatorische Aktivität darstellt und ihr somit eine große Bedeutung zukommt. Dabei heißt muttersprachliche Kompetenz nicht nur die Stilmittel, den Wortschatz sowie grammatikalische Regeln perfekt zu beherrschen, sondern auch umgangssprachliche, regionale und dialektale Formen zu kennen (ibid.:214). Best (2002) versteht unter muttersprachlicher Kompetenz ebenfalls nicht nur das bewusste und unbewusste Wissen über die jeweilige Sprache, sondern „auch die Fähigkeit, dieses Instrumentarium in konkreten Situationen und unter spezifischen Bedingungen (normgerecht) einzusetzen“ (Best 2002:124). Als Gegenstück dazu bedeutet Fremdsprachenkompetenz, die Sprache aktiv zu beherrschen, aber gleichzeitig auch explizites Wissen über diese zu besitzen und ihre kulturellen Aspekte des Sprachgebrauchs zu kennen. Auch hier stehen wie bei der muttersprachlichen Kompetenz „die Fähigkeiten, die Fremdsprache auf verschiedene Situationen und Fachgebiete systematisch anzuwenden“ im Vordergrund (Kadrić 2009:215). Demnach ist es für TranslatorInnen nicht ausreichend, nur über Wissen über die Arbeitssprachen zu verfügen, sondern sie müssen auch in der Lage sein, das Wissen über die Arbeitssprachen entsprechend der Kommunikationssituation anzuwenden.

In der Regel ist die Muttersprache im translationswissenschaftlichen Kontext die Sprache, aus und in die die TranslatorInnen übersetzen bzw. dolmetschen und kurz gesagt diejenige, „in der die schriftliche und mündliche Ausdrucks- und Kommunikationsfähigkeit am größten ist“ (Best 2002:123).

Kenntnisse im Terminologiemanagement

Neben den ausgezeichneten Sprachkenntnissen sind auch Kenntnisse im Terminologiemanagement erforderlich. Eine professionelle Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz zeichnet sich durch eine nutzeradäquate Erstellung und konstante Pflege von Terminologiedatenbanken aus. Diese gewährleisten den DolmetscherInnen einen schnellen Zugriff auf den terminologischen Datenbestand (Fantinuoli 2009:411). Ein weiterer Vorteil ist, dass die eingetragenen Fachbegriffe nicht nur in alphabetischer Reihenfolge sortiert sind, sondern auch Zusatzinformationen wie Definition, Erklärungen, Kollokation oder Beispiele der jeweiligen Termini beinhalten. An dieser Stelle sind die Terminologiemanagement-Programme zu erwähnen, die die Terminologiarbeit deutlich effizienter gestalten (Albl-Mikasa 2012:65). Auch Albl-Mikasa (2012) hebt hervor, dass die Terminologiedatenbank laufend und nicht nur im Rahmen der Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz erweitert werden sollte. DolmetscherInnen sollten Begriffe, auf die sie in der Zeitung oder durch andere Medien stoßen, ihrem Terminologiebestand hinzufügen. Außerdem weist sie auf die Notwendigkeit der Aktualisierung bereits eingetragener Termini hin, da auch etablierte Begriffe aufgrund der Internationalisierung durch neue ersetzt werden können (Albl-Mikasa 2012:66).

Wie aus den Informationen ersichtlich ist, bringt eine gut organisierte Terminologiedatenbank viele Vorteile mit sich und ist ein wesentlicher Bestandteil einer qualifizierten Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz und somit unabdingbar.

Semi-Wissen

In der Studie von Albl-Mikasa wurde bei den DolmetscherInnen zwischen langfristig angelegener Kompetenz und kurzfristiger Pseudokompetenz unterschieden. Bei ersterer handelt es sich um das allgemeine Wissen inklusive der wichtigsten Fachbegriffe, das die DolmetscherInnen in Bezug auf das jeweilige Thema besitzen. Auf der Grundlage dieses Wissens treffen die DolmetscherInnen Entscheidungen auf lexikalischer und terminologischer Ebene. Anhand des kurzfristig angeeigneten Pseudowissens hingegen sind die DolmetscherInnen in der Lage, sich innerhalb von kurzer Zeit mit einem Thema und in einem bestimmten Kontext zu orientieren. Hierbei ist vor allem die Rede von Insiderwissen einer Organisation bzw. eines Unternehmens. Beispielsweise wird der Begriff „Schraube“ bei Volkswagen anders bezeichnet als bei Mercedes. Des Weiteren hoben die interviewten DolmetscherInnen hervor, dass das Allgemeinwissen eine sehr wichtige Rolle spielt, da beim Dolmetschen erfahrungsgemäß immer wieder unerwartete Dinge vorkommen können. Deshalb bevorzugen es die DolmetscherInnen, sich ein breites Spektrum an Wissen anstatt eines tiefen fachlichen Wissens anzueignen. Es

gibt aber auch DolmetscherInnen, die dazu tendieren, sich auf gewisse Fachgebiete wie beispielsweise den Bank- oder Finanzbereich zu spezialisieren. Das sind Fachgebiete, in denen sie den Großteil ihrer Dolmetschaufträge erhalten. Hier zeigen die DolmetscherInnen auch die Bereitschaft, ihr Wissen in diesem Fachgebiet zu vertiefen, indem sie auf Seminare gehen oder Fachzeitschriften zu dem jeweiligen Thema lesen (Albl-Mikasa 2012:66f.).

Gezielte Vorbereitung

Als letzte Kompetenz der präperformatorischen Phase wird die gezielte Vorbereitung auf den Dolmetschauftrag angeführt. Grundsätzlich bereiten sich DolmetscherInnen immer für einen bestimmten Dolmetscheinsatz vor. Es macht wenig Sinn, sich auf ein beliebiges Thema vorzubereiten und zu hoffen, dass man eines Tages einen Dolmetschauftrag zu diesem Thema bekommt. Sogar wenn es dazu kommen sollte, müsste man erneut Zeit investieren, um die im Vorhinein gesammelten Informationen aufzufrischen (Albl-Mikasa 2012:68).

Um sich effizient auf einen Dolmetscheinsatz vorbereiten zu können, spielt die Recherchekompetenz eine wichtige Rolle. Die Recherchekompetenz ist nach Pöchhacker (2001) die „Fähigkeit zur gezielten Auftragsvorbereitung und fallbezogenen Wissenserweiterung“ (Pöchhacker 2001:22). Zur Wissenserweiterung sowie Recherche steht den DolmetscherInnen eine ganze Palette von Hilfsmitteln zur Verfügung. Es können beispielsweise Online-Wörterbücher und Paralleltexte sowohl in der Ausgangs- als auch in der Zielsprache herangezogen werden, oder man stellt für den Translationszweck relevante Fragen an FachexpertInnen (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:144f.).

Da den DolmetscherInnen oft nur wenig Zeit für die Vorbereitung zur Verfügung steht, ist es erforderlich, dass sie lernen, sich schnell in neue Themen einzuarbeiten und wichtige Informationen von unwichtigen zu unterscheiden (Albl-Mikasa 2012:68f.). Demnach sollen bei allen Informationsquellen nur die für den Translationszweck relevanten Informationen herausgefiltert werden. Es gilt die Devise: „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:144). Nach einer umfangreichen Recherche entscheiden die DolmetscherInnen, welche der gesammelten Informationen bzw. Termini sie schlussendlich in ausgedruckter Form oder auf dem Laptop als Gedächtnisstütze beim Dolmetscheinsatz heranziehen (Albl-Mikasa 2012:69).

2.2.2 Periperformatorische Kompetenzen

Die periperformatorische Phase stützt sich auf das Translationskompetenz-Modell von Kiraly (2006) und bezieht sich auf die intra- und interpersönlichen Kompetenzen (Albl-Mikasa 2012:69), die sich aus den nachstehenden Teilkompetenzen zusammensetzen.

Zusammenarbeit und kooperative Haltung

Zwar arbeiten die DolmetscherInnen grundsätzlich als FreiberuflerInnen und haben daher keine Vorgesetzten oder eigenes Personal, dennoch ist in ihrem Beruf Teamarbeit und eine kooperative Haltung gegenüber KundInnen sowie KollegInnen von essentieller Bedeutung. KollegInnen, die später einmal als OrganisatorInnen von Konferenzen fungieren, vermitteln oft Dolmetschaufträge an ihre KollegInnen. Eine gute Zusammenarbeit mit KollegInnen ist aber auch während gemeinsamer Dolmetscheinsätze wichtig und beginnt für einige von ihnen schon vor dem eigentlichen Dolmetschen in der Kabine. Die Zusammenarbeit reicht vom Informationsaustausch über gemeinsame Kundenbetreuung bis hin zur Vorbereitung sowie dem Austausch von Glossaren (Albl-Mikasa 2012:69f.).

Zurückhaltende Extravertiertheit

Als DolmetscherIn sollte man grundsätzlich eine offene, aber gleichzeitig nicht zu aufdringliche Person sein. Genau dies wird unter zurückhaltender Extravertiertheit verstanden. DolmetscherInnen befinden sich im Grunde genommen in einer widersprüchlichen Situation. Einerseits ist der Beruf als DolmetscherIn nichts für Personen, die ungern vor Publikum sprechen. Andererseits ist er auch für diejenigen ungeeignet, die stets im Rampenlicht stehen wollen. Dies bedeutet, sich beim Dolmetschen aktiv an der Kommunikation zu beteiligen, sich aber gleichzeitig zurückzuhalten zu wissen. Um sich in dieser paradoxalen Situation zurechtzufinden, haben DolmetscherInnen eigene individuelle Strategien entwickelt. Einige der Befragten der Studie berichteten, dass sie versuchen, sich vollständig in ihre GesprächspartnerInnen einzufühlen und „eins“ mit ihnen zu werden, indem sie den eigenen Willen ausschalten. Andere DolmetscherInnen wählen den pragmatischen Ansatz und stellen eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den GesprächspartnerInnen über ihre persönlichen Interessen (Albl-Mikasa 2012:71f.).

Professionalität zwischen Intuition und Realitätssinn

Die befragten DolmetscherInnen führten im Rahmen der Studie von Albl-Mikasa die intuitive Kompetenz als wichtigen Bestandteil der Professionalität an. Die intuitive Kompetenz ist als Begriff allerdings sehr facettenreich und daher auch schwer definierbar. In erster Linie bezieht sie sich auf das Verständnis für die Gesamtsituation sowie der jeweiligen GesprächspartnerInnen. DolmetscherInnen müssen eine gewisse Empathie für die SprecherInnen entwickeln, zwischen den Zeilen lesen können sowie in der Lage sein zu antizipieren, welche Aussage sie als nächstes tätigen werden. Des Weiteren beinhaltet die professionelle Haltung von DolmetscherInnen, einschätzen zu können, wann etwas angemessen bzw. nicht angemessen ist. Zudem gehört zum professionellen Auftritt auch ein gewisses Maß an Selbstvertrauen. Professionelle DolmetscherInnen sind zuversichtlich, dass sie sich bei sprachlichen Schwierigkeiten nichts anmerken lassen und in jeder noch so schwierigen Situation die Ruhe bewahren werden (Albl-Mikasa 2012:72f.).

Druck- und Stressresistenz

Als letzte Kompetenz der peripformatorischen Phase wird die Druckresistenz und Frustrationstoleranz angeführt. DolmetscherInnen sind stets großem Druck ausgesetzt, der unterschiedliche Ursachen haben kann. Der Beruf als DolmetscherIn kann den Lebensstil oft aus dem Gleichgewicht bringen, wie beispielsweise durch das kurzfristige Verreisen für Dolmetscheinsätze. Andere Stressfaktoren werden durch schlechte Arbeitsbedingungen ausgelöst: schlechte technische Ausrüstung, die geringe Anzahl der DolmetscherInnen im Team und kundenbezogene Probleme. Weitere Stressauslöser sind bei der eigentlichen Dolmetschtätigkeit zu finden. Dazu zählten die befragten DolmetscherInnen das Sprechen vor Publikum sowie das gleichzeitige Zuhören und Sprechen beim Simultandolmetschen. Um all diesem Druck standhalten zu können, ist es erforderlich, entsprechende Kompetenzen zu besitzen (Albl-Mikasa 2012:74).

2.2.3 Performanzdeterminierende Kompetenzen

Die performanzdeterminierende Phase umfasst Kompetenzen, die sich auf den eigentlichen translatorischen Prozess beziehen. Dazu zählen Verstehens-, Transfer- und Produktionsfertigkeiten (Albl-Mikasa 2012:74).

2.2.3.1 Verstehensfertigkeiten

Bevor DolmetscherInnen den Ausgangstext in der Zielsprache reproduzieren können, müssen sie ihn zunächst selbst verstehen. Da am Verstehensprozess immer mehrere Personen beteiligt sind, ist dafür eine komplexe Verstehenskompetenz erforderlich. Die DolmetscherInnen müssen daher

[...] verstehen, was die AT-Produzentin sagen wollte, sie müssen verstehen, was die Bestellerin bzw. die Auftraggeberin mit dem Translat erreichen will und sie müssen verstehen, worin das Interesse der ZT-Adressatinnen besteht. (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:129)

Die Verstehensfertigkeiten wurden von den DolmetscherInnen im Rahmen der durchgeführten Interviews von Albl-Mikasa (2012) besonders hervorgehoben. Sie setzen sich aus drei Unterkategorien zusammen, die im Nachfolgenden beleuchtet werden.

Analysieren, Erkennen und Anpassen

Dass Verstehensfertigkeiten beim Dolmetschen eine fundamentale Rolle spielen und auf unterschiedlichen Ebenen aktiv sind, ist nicht nur in der kognitiven Sprachprozessforschung bekannt, sondern auch erfahrenen DolmetscherInnen. Im Idealfall versteht der/die DolmetscherIn vollständig den gegebenen Ausgangstext sowie die Redeabsicht des Sprechers/der Sprecherin. Jedoch ist in der Praxis das Fachwissen der DolmetscherInnen nie so profund wie das der ExpertInnen. Aufgrund dessen sind die DolmetscherInnen bemüht, nicht jede einzelne Feinheit der Ausgangsrede perfekt zu verstehen, sondern nachzuvollziehen, worauf der/die RednerIn hinaus will, bzw. die Redeintention zu erfassen (Albl-Mikasa 2012:74). Diese Art von Verstehen impliziert „not simply to have learned glossary terms by heart, but to know what the concepts stand for“ (ibid.:75).

Beim Verstehensprozess ist die Erfahrung, die die DolmetscherInnen im jeweiligen Tätigkeitsfeld besitzen, entscheidend. Wenn sie sich über das Ziel der Konferenz oder die Funktion und Position der SprecherInnen bewusst sind, sind sie in der Lage, den Ausgangstext deutlich schneller zu verstehen (ibid.:76).

Kontextualisierung

Die Kontextualisierung hilft dem/der DolmetscherIn beim Verstehen der Zusammenhänge des Ausgangstextes und somit dabei, einen Überblick über die Rede sowie Situation zu wahren. Der/Die DolmetscherIn sollte daher hin und wieder während des Dolmetschens innerlich einen Schritt zurückgehen und den Ausgangstext neu kontextualisieren, d.h. das Gesagte mit

der vorhandenen Gesprächssituation in Zusammenhang bringen. Folgende Fragen sollen bei der Kontextualisierung helfen:

- Wer spricht und aus welcher Perspektive?
- Warum spricht er/sie und mit welcher Redeabsicht?
- An wen richtet sich die Rede? (Albl-Mikasa 2012:76)

ELF – Kompensation des Englischen als Lingua franca

Es lässt sich feststellen, dass die Anzahl der RednerInnen auf Konferenzen, die Englisch als Lingua franca verwenden, gestiegen ist. Diese Tatsache stellt für die DolmetscherInnen eine besondere Herausforderung dar. Das Problem dabei besteht darin, dass Englisch als Lingua franca das Verstehen des Ausgangstextes und infolgedessen auch das Antizipieren der Ausgangsrede schwieriger oder fast unmöglich macht. Die befragten DolmetscherInnen berichteten, dass RednerInnen, die nicht Englisch-MuttersprachlerInnen sind, englische Begriffe oft falsch aussprechen oder in einem falschen Kontext verwenden und sie folglich nicht in der Lage sind, eine gute Dolmetschleistung zu liefern. Unter anderem existiert unter den deutschsprachigen RednerInnen der Trend des sogenannten „Denglish“, eine Mischung aus deutschen und englischen Wörtern, was dem/der DolmetscherIn zusätzlich das Verstehen der Ausgangstexte erschwert. Für die DolmetscherInnen ist es daher wichtig, die Fähigkeit zu besitzen, sich auch bei falscher Verwendung oder Aussprache von Begriffen nicht aus dem Konzept bringen zu lassen. In solchen Situationen soll das Englische als Lingua franca kompensiert werden, um so ein Gleichgewicht zwischen den GesprächspartnerInnen herzustellen (Albl-Mikasa 2012:77).

2.2.3.2 Transferfertigkeiten

Die Transferfertigkeiten spielten in den Interviews keine bedeutende Rolle. Dies mag mit der professionellen Rollenauffassung der befragten DolmetscherInnen zusammenhängen, denn Transferfähigkeiten sind für sie ein wesentlicher Teil ihrer Arbeit (Albl-Mikasa 2012:78).

Simultanität

Die wichtigste Kompetenz für SimultandolmetscherInnen ist das gleichzeitige Zuhören und Sprechen, das mit einer hohen Konzentration verbunden ist (Albl-Mikasa 2012:78).

Strategien zur Entlastung der Kapazität

Zur Transferfertigkeit zählen auch Strategien, die zur Entlastung der Gedächtniskapazität der DolmetscherInnen dienen. DolmetscherInnen mit viel Erfahrung und einer bereits vorhandenen Routine erledigen Dolmetschaufgaben deutlich ruhiger und entspannter. Sie schaffen es, auf diese Weise ihr Gehirn zu entlasten, um bei unerwartet auftretenden Schwierigkeiten diese zusätzlich vorhandene Kapazität zu verwenden. Manche dieser Strategien wurden bei professionellen DolmetscherInnen bereits automatisiert und kommen unbewusst zur Anwendung (Albl-Mikasa 2012:79).

2.2.3.3 Produktionsfertigkeiten

Neben den Verstehens- und Transferfertigkeiten spielen Produktionsfertigkeiten ebenso eine wichtige Rolle. Dazu gehören fünf Subkompetenzen, die im Folgenden näher betrachtet werden.

Synchronität und Anpassung des Timelag

Hierunter wird die Anpassung des Timelag an das Zielpublikum verstanden. Ein längerer Timelag wird oft mit großem Selbstvertrauen, hoher Gedächtniskapazität sowie Kontrolle über die Dolmetschsituation verbunden. Allerdings ist ein langer Timelag nicht in jeder Dolmetschsituation angemessen. Beim Fernsehdolmetschen ist es wichtig, den zeitlichen Unterschied zwischen Ausgangs- und Zieltext so kurz wie möglich zu halten. Im Idealfall erfolgt dieser beinahe synchron mit dem/der SprecherIn. Auch bei Podiumsdiskussionen ist aufgrund der schnellen Wort- sowie Sprecherwechsel ein kurzer Timelag notwendig. Die Anpassung der zeitlichen Verschiebung, die je nach Gesprächssituation bestimmt wird, gilt somit als wichtige Kompetenz von DolmetscherInnen (Albl-Mikasa 2012:80).

Reduzierung

Die Kürzung des Ausgangstextes gilt laut den DolmetscherInnen als eine wichtige und häufig angewandte Strategie. Besonders beim Simultandolmetschen wird der Ausgangstext in einer kürzeren Version in der Zielsprache wiedergegeben. Diese Strategie hilft dem/der DolmetscherIn, die Gedächtniskapazität nicht vollständig auszulasten und schnelle Reden zu kompensieren. Für manche der befragten DolmetscherInnen bedeutet Reduzierung auch Verallgemeinern, Auslassen oder Zusammenfassen von Aussagen. Dabei wird die Botschaft der getätigten Aussage dem Zielpublikum trotz der Auslassung von Redundanzen und Wiederholungen zur Gänze wiedergegeben (Albl-Mikasa 2012:81).

Der Vorteil von Kürzungen des Ausgangstextes und dessen Wiedergabe in eigenen Worten ist, dass eine überzeugendere und glaubwürdigere Verdolmetschung erzielt werden kann. Jedoch ist zu beachten, dass die Strategie nicht in jeder Dolmetschsituation und nicht bei jedem Thema angewandt werden sollte. Es gibt Fälle, in denen eine detaillierte Wiedergabe der Aussage notwendig ist oder in denen der/die DolmetscherIn Erklärungen zum besseren Verständnis der Äußerungen liefern muss (ibid.:81).

Wahl zwischen Treue gegenüber dem Sprecher und Gestaltung für das Zielpublikum

Den DolmetscherInnen obliegt die Entscheidung, den Output originalgetreu wiederzugeben oder ihn an das Zielpublikum anzupassen. Hierzu sind unterschiedliche Meinungen der befragten DolmetscherInnen festzustellen. Ein Teil der Befragten bleibt treu gegenüber dem/der SprecherIn und das auch in Fällen, wo sie sich bewusst sind, dass der/die RednerIn einen Fehler gemacht hat. Manche DolmetscherInnen halten es auch für wichtig, die Redeweise der RednerInnen so gut wie möglich nachzuahmen. Vor allem bei Verdolmetschungen im Fernsehen sind die DolmetscherInnen bemüht, junge und lebhaftere SprecherInnen auch in der Verdolmetschung auf die gleiche Weise klingen zu lassen (Abi-Mikasa 2012:81f.).

Die übrigen befragten DolmetscherInnen hingegen halten es für wichtig, dass die Verdolmetschung immer unter der Berücksichtigung des Zielpublikums erfolgt. Es gibt Situationen, in denen eine Anpassung des Outputs an das Zielpublikum für das Verständnis notwendig ist. Hierunter fallen in erster Linie Kulturspezifika und regionale Besonderheiten. Des Weiteren halten es die DolmetscherInnen für richtig, sprachliche Fehler von Nicht-MuttersprachlerInnen zu korrigieren und den Zieltext fehlerfrei wiederzugeben (ibid.:82).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass sich die DolmetscherInnen bei der Produktion des Outputs entscheiden müssen, ob sie sich nach dem/der SprecherIn oder dem/der EmpfängerIn richten. Der/Die DolmetscherIn trifft seine/ihre Entscheidung abhängig von Situation, Kontext oder Texttyp. Dabei spielen Empathie und Intuition eine wichtige Rolle (ibid.:83f.).

Anpassung des Englischen als Lingua franca

Wie oben bereits erwähnt, steigt auf Konferenzen die Anzahl der RednerInnen, die Englisch als Lingua franca verwenden. Zugleich steigt auch die Anzahl der RezipientInnen, die Englisch nicht auf muttersprachlichem Niveau beherrschen, es aber teilweise verstehen. Infolgedessen ist es erforderlich, dass der/die DolmetscherIn die Kompetenz besitzt, das Englische als Lingua franca an die Nicht-Englisch-MuttersprachlerInnen des Zielpublikums anzupassen. Zur Anpassung verwenden die DolmetscherInnen verschiedene Strategien, wie langsames

Sprechen oder den Verzicht auf eine stark idiomatische Sprache. Ein weiterer Aspekt der Anpassung des Englischen als Lingua franca ist das Beibehalten von englischen Begriffen in der Zielsprache. Die interviewten DolmetscherInnen übernehmen zum Beispiel den englischen Begriff „Meeting“, anstatt das deutsche Wort „Besprechung“ zu verwenden (Albl-Mikasa 2012:84).

Performance, Präsentation, Prosodie

Schließlich gilt bei der Produktion des Zieltextes auch die Gesamtperformance der DolmetscherInnen als eine relevante Kompetenz. Diese bedeutet „[...] regulating different forces in such a way that the customer is not constantly reminded of the interposition of an interpreter, and if he is that he may still enjoy a pleasant delivery“ (Albl-Mikasa 2012:84). Demnach fungiert der/die DolmetscherIn im Hintergrund als passiver Akteur zwischen RednerIn und ZuhörerIn. Die DolmetscherInnen sollten in der Lage sein, das Zielpublikum den Stress oder die Nervosität bei der Verdolmetschung nicht heraushören zu lassen. Für eine gelungene Performance ist ein neutraler Akzent, eine angenehme Stimme, deutliche Aussprache, richtige Betonung sowie ein angemessener Timelag erforderlich (Albl-Mikasa 2012:84).

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass viele einzelne Faktoren einen großen Einfluss auf die Gesamtperformance nehmen können und die DolmetscherInnen bemüht sind, so unsichtbar wie möglich zu bleiben und sich beispielsweise Stress nicht anmerken zu lassen (ibid.:84).

2.2.4 Postperformatorische Kompetenzen

In der postperformatorischen Phase werden zwei Subkompetenzen unterschieden, die im Folgenden näher erklärt werden.

Nachbereitung der Terminologie

Obwohl die Aktualisierung der Terminologiebestände nach jedem Dolmetscheinsatz von großer Bedeutung ist, wird sie von den befragten DolmetscherInnen häufig vernachlässigt (Albl-Mikasa 2012:85).

Qualitätskontrolle

Was die Qualitätskontrolle angeht, ist es wichtig, dass die DolmetscherInnen selbstkritisch sind. Die DolmetscherInnen sind der Meinung, dass sogar nach jahrelanger Erfahrung eine selbstkritische Analyse der eigenen Dolmetschleistung hilfreich ist, um sich schlechter Gewohnheiten bewusst zu werden. Einige Minuten genügen, um die Aufnahmen der eigenen Dolmetschung zu analysieren und Häsitationslaute wie „äh“ oder „ähm“, eine undeutliche Aussprache, ein lautes Atmen oder einen starken Akzent herauszuhören. Einige der DolmetscherInnen, die gemeinsam arbeiten, geben sich auch gegenseitiges Feedback zu ihrer Dolmetschleistung oder hilfreiche Tipps und machen auf Fehler aufmerksam (Albl-Mikasa 2012:85).

2.2.5 Paraperformatorische Kompetenzen

Wie zu Beginn bereits erwähnt, spielen für den Dolmetscher-Beruf neben den dolmetschspezifischen Fertigkeiten auch unternehmerische sowie persönliche Kompetenzen für eine erfolgreiche Karriere eine entscheidende Rolle. Die paraperformatorische Phase befasst sich genau mit diesen Kompetenzen, die in die folgenden drei Unterkategorien unterteilt werden:

Unternehmerisches Wissen, kundenbezogene Fertigkeit und berufliche Standards

Unternehmerisches Wissen ist für freiberufliche DolmetscherInnen unabdingbar, um beruflich Erfolg zu haben. Die DolmetscherInnen müssen unter anderem wissen: Wie wird ein Unternehmen geführt? Wie komme ich zu Dolmetschaufträgen? Wie werden Angebote und Verträge vorbereitet? Wie verhandle ich richtig? Wie handele ich bei nichtzahlenden Kunden? (Albl-Mikasa 2012:86). Kompetenzen für den Umgang mit Kunden sind ebenfalls wichtig. Dabei handelt es sich nicht nur um das Akquirieren von Kunden, sondern auch um deren Betreuung und Beratung.

Zuletzt werden die beruflichen Standards und Berufsethik, an die sich die DolmetscherInnen halten müssen, angeführt (ibid.:87). Zur verantwortungsbewussten und professionellen Verhaltensweise von DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen gehören beispielsweise die Zuverlässigkeit und Verschwiegenheit (Kalina 2000:25). Kalina (2000) macht darauf aufmerksam, dass im Vergleich zum Konferenzdolmetschen in Dialogsituationen das Gebot der Unparteilichkeit der DolmetscherInnen schwieriger einzuhalten ist (Kalina 2000:25; siehe auch Pöchhacker 2000:41).

Bereitschaft zum lebenslangen Lernen

Die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen ist für alle befragten DolmetscherInnen unverzichtbar. Für manche DolmetscherInnen ist lebenslanges Lernen ein Teil ihres Berufes, der ihnen besonders viel Freude bereitet. Für andere hingegen stellt es eine grundlegende Voraussetzung für die Ausübung des Dolmetschberufs dar und ist mit viel Selbstdisziplin verbunden. Zur Selbstdisziplin gehört auch die Bereitschaft, Dolmetschaufträge aus neuen Fachbereichen mit eventuell komplexeren Themen anzunehmen. Es muss demnach eine hohe Bereitschaft vorhanden sein, sich mit neuen Themen auf terminologischer und inhaltlicher Ebene zu befassen und auch Interesse an den jeweiligen Themen aufzubringen. Diese Bereitschaft und das ständige Interesse an den Sprachen werden durch die sogenannte intellektuelle Neugier gefördert. Alle DolmetscherInnen berichteten, dass das Interesse an sprachbezogenen Themen ständig vorhanden ist und das sogar, wenn sie auf Urlaub sind: Neologismen, kulturelle und sprachliche Phänomene, terminologische Fragen usw. sind für sie stets interessante Themen (Albl-Mikasa 2012:87f.).

Metareflexion

Dadurch, dass sich die DolmetscherInnen stetig mit sprachlichen Phänomenen beschäftigen, kommt es zu einem sogenannten Meta-Bewusstsein: Sie analysieren sprachliche sowie kulturelle Phänomene, andere translationsrelevante Informationen oder denken darüber nach, wo und wann Anglizismen angemessen sind und wann wiederum nicht. Weniger systematisch aber reflektieren sie darüber, wie die Informationsaufnahme erfolgt (Albl-Mikasa 2012:88).

Das Kompetenzmodell nach Albl-Mikasa ist zwar für das Simultandolmetschen gedacht, kann aber auch für das Konsekutivdolmetschen angewendet werden. Dafür müssten laut Albl-Mikasa (2012) nur die Kompetenzen Memorieren und Notizentechnik angefügt werden. Da Gegenstand der vorliegenden Masterarbeit die Kompetenzen und Anforderungen an die DolmetscherInnen aus Sicht der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen sind, werden im nächsten Kapitel zusätzlich die Kompetenzen, die nach Gentile et al. (1996) besonders für das Kommunaldolmetschen relevant sind, herangezogen.

2.3 Kompetenzen nach Gentile et al.

Gentile et al. (1996) beschreiben in ihrem Handbuch *Liaison Interpreting* wichtige Kompetenzen für das Kommunaldolmetschen. Insgesamt wurden die Kompetenzen in folgende sechs Unterkategorien zusammengefasst:

- *language skills (language competence)*
- *cultural competence*
- *appropriate techniques*
- *memory*
- *professional competence*
- *specialization.*

Laut Pöchhacker (2001) sind die ersten beiden Kompetenzbereiche zweifellos den in der deutschsprachigen Terminologie vorhandenen Begriffen Sprachkompetenz und Kulturkompetenz gleichzusetzen (Pöchhacker 2001:239). Wie in Albl-Mikasas Modell bereits angeführt wurde, stellen ausgezeichnete Sprachkenntnisse für DolmetscherInnen das Grundelement ihres Berufs dar. Dabei heben Gentile et al. wie Kadrić (2009) und Best (2002) hervor, dass unter dem Begriff Sprachkompetenz nicht lediglich die Beherrschung der Sprachen verstanden wird, sondern dass dazu auch die Transferkompetenzen gehören. Weiterhin umfasst dies die Fähigkeit, unterschiedliche Sprachregister bzw. Fachtermini zu verstehen und wiederzugeben, und die Fähigkeit, sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation zu erkennen und dementsprechend auch in die Zielsprache zu übertragen. Zusätzlich gehört dazu auch die Fähigkeit, die Äußerungen im gegebenen Kontext rasch zu analysieren, um so in der Lage zu sein, zu antizipieren (Gentile et al. 1993:66).

Der zweite Kompetenzbereich bei Gentile et al. (1996) wird als Kulturkompetenz definiert (ibid.:66). Die Kultur ist eine Kombination „gesellschaftlicher Erfahrungen, Denkstrukturen und Handlungspraktiken“ und kennzeichnet somit das Verhalten einer Gesellschaft oder einer Gruppe (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:27). Die Kulturkompetenz ermöglicht dem/der DolmetscherIn, die Aussagen rasch und die Redeabsichten zur Gänze zu verstehen. Dabei handelt es sich um nicht-sprachbezogenes Wissen über die Wahrnehmung der SprecherInnen. Das kulturelle Wissen reicht beispielsweise von institutionellen Verfahrensweisen über soziale Konventionen bis hin zu kulturellen Tabus. Beispielsweise ist es in manchen Kulturen ein absolutes Tabu, sich zu entkleiden. Der Dolmetschende ist somit mit seinem kulturellem Wissen in der Lage, Missverständnisse zu klären oder mögliche Konflikte zu verhindern (Gentile et al. 1996:67).

Als dritten Kompetenzbereich führen Gentile et al. (1996) die sogenannten *appropriate techniques* an. Dass es sich hierbei, wie es zunächst scheinen mag, nicht um die einzelnen Dolmetschtechniken handelt, wird durch die erläuternde Aufklärung deutlich (Pöchhacker 2001:239). Laut Gentile et al. (1996) impliziert dieser Kompetenzbereich alle Aspekte der Handlungsdynamik innerhalb einer Gesprächssituation. Kompetenzen zur Handlungsdynamik umfassen folgende Punkte: Sitzplatzordnung, Strukturierung der Input-Information, analytisches Fassen der Äußerungen, Proxemik, Sprecherwechselsteuerung, Notizentechnik sowie Stimmbildung (ibid.:67). Ein weiterer Kompetenzbereich ist *memory*, zu Deutsch Gedächtnisspeicherung, die in der Translationswissenschaft ein sehr komplexer und vieldiskutierter Begriff ist. Auf den ersten Blick scheint sich der Begriff auf die Merkfähigkeit des Dolmetschenden zu beziehen, jedoch ist *memory* laut Gentile et al. (1996) „the ability to make connections between what is said and what one already knows about the subject matter.“ Demnach bezieht sich die Kompetenz *memory* mehr auf die Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz, also das Wissen, das sich der/die DolmetscherIn zuvor angeeignet hat, als auf die Merkfähigkeit selbst. Denn je umfassender das Wissen des Dolmetschenden zum jeweiligen Thema ist, desto höher ist seine/ihre Merkfähigkeit.

Die professionelle Verhaltenskompetenz ist ein sehr komplexer Kompetenzbereich und umfasst Kompetenzen wie die Fähigkeit, selbstständige Entscheidungen auf sprachlicher, ethischer und soziokultureller Ebene in der jeweiligen Dolmetschsituation zu treffen. Gentile et al. (1996) beschreiben diesen folgendermaßen:

The fundamental skill is the ability to maintain a clear focus on the interpreter's role as an abstract construct, while evaluating each situation and issue and making decisions which are consonant with that role but also take into account and cater for the singularity of each situation. (ibid.:68)

Dabei steht das professionelle Verhalten eines Dolmetschenden im Zusammenhang mit dessen Rollenauffassung (Pöchhacker 2001:239).

Als letzter Kompetenzbereich wird die *specialization* angeführt. Hierbei ist die Rede von bestimmten Fachgebieten wie etwa dem Gerichtsdolmetschen, die von der Marktnachfrage abhängen und entsprechende Sachkompetenzen erfordern (Gentile et al. 1996:68).

2.4 Zusammenführung der Kompetenzen

Nachdem das Modell von Albl-Mikasa (2012) und die Kompetenzbereiche nach Gentile et al. (1996) vorgestellt wurden, soll im folgenden Kapitel ein Vergleich zwischen beiden Ansätzen gezogen werden. Darauf aufbauend werden die jeweiligen Kompetenzbereiche unter Berücksichtigung des vorliegenden Forschungsvorhabens zusammengeführt und in einer Abbildung dargestellt.

Die Kompetenzbereiche von Gentile et al. (1996) orientieren sich stark an den Merkmalen des Kommundolmetschens und werden eher oberflächlich gehalten. Auf den ersten Blick scheinen die Kompetenzen nicht allzu detailliert beschrieben zu sein. Es handelt sich mehr um eine Aufzählung mit verhältnismäßig kurzgehaltenen Erklärungen dazu. Weitere Hinweise zu den Kompetenzen sind in ihrem Handbuch in den Kapiteln davor zu finden. Im Gegensatz dazu wirkt das Modell von Albl-Mikasa (2012) sehr aufschlussreich, da es jede Phase der Dolmetschtätigkeit sowie ihre dazugehörigen Kompetenzen berücksichtigt. Viele der angeführten Kompetenzen sind wiederum in Subkompetenzen unterteilt, wie beispielsweise diejenigen Kompetenzen auf der performanzdeterminierenden Ebene, die sich aus den dolmetschspezifischen Kompetenzen Verstehen, Übertragen und Wiedergeben zusammensetzen. Aus Albl-Mikasas Kompetenzmodell geht deutlich die Komplexität und Vielfältigkeit der Kompetenzen hervor, während dies bei Gentile et al. (1996) nicht der Fall ist.

Des Weiteren sind auch inhaltliche Unterschiede festzustellen. Zwar heben beide die Wichtigkeit der Sprachkompetenzen in den Arbeitssprachen deutlich hervor, jedoch schenkt Albl-Mikasa (2012) der Kulturkompetenz wenig Aufmerksamkeit. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass Albl-Mikasas (2012) Modell für das Konferenzdolmetschen gedacht ist. Bei Konferenzen sind im Vergleich zum Kommundolmetschen deutlich geringere kulturelle Barrieren zu überwinden. Auch wenn die GesprächspartnerInnen nicht derselben Kulturgemeinschaft angehören, teilen sie eine „gemeinsame Gruppenkultur, wie etwa jene der jeweiligen *scientific* oder *business community*, ihre Wertsysteme und habitualisierten Kommunikations- und Umgangsformen“ (Prunč 2011:29). Außerdem wird beim Modell von Albl-Mikasa (2012) auch dem unternehmerischen Know-how sowie Kompetenzen, die nach dem Dolmetscheinsatz relevant sind, wie etwa Nachbereitung der Terminologie und bewusste Qualitätskontrolle, Rechnung getragen. Der Berufsethik hingegen wird sowohl bei Gentile et al. als auch bei Albl-Mikasa (2012) Beachtung geschenkt.

Im Zusammenhang der *appropriate techniques* beschäftigen sich Gentile et al. (1996) mit den umfassenden Aspekten der Handlungsdynamik, die innerhalb der *face-to-face* Kommunikation entsteht. Auch diese Aspekte finden unter dem Modell von Albl-Mikasa (2012),

ebenfalls aufgrund des Schwerpunktes auf dem Simultandolmetschen, keine Berücksichtigung.

Zum Schluss bleibt anzumerken, dass sowohl bei Albl-Mikasa (2012) als auch bei Gentile et al. (1996) nicht darauf eingegangen wird, wie die Kompetenzen zueinander stehen bzw. inwiefern sie miteinander im Zusammenhang stehen.

Beim Modell von Albl-Mikasa spielen einige Kompetenzen von DolmetscherInnen bereits vor dem Dolmetscheinsatz eine wichtige Rolle. Dazu gehören ausgezeichnete Sprachkenntnisse der Arbeitssprachen, Terminologiemanagement, Semi-Wissen und die Vorbereitungsphase. Diese Kompetenzen sind auch für die Studie der vorliegenden Arbeit relevant, da, wie Pöllabauer (2002) betont, KommunaldolmetscherInnen ebenfalls wie KonferenzdolmetscherInnen gewisse fachliche und sprachliche Kompetenzen besitzen müssen (Pöllabauer 2002:200).

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass im Gegensatz zum Konferenzdolmetschen, wo üblicherweise nur in eine Sprachrichtung, also in die Muttersprache, gedolmetscht wird, die KommunaldolmetscherInnen beide Sprachen sehr gut beherrschen müssen, da sie sowohl in die Mutter- als auch in die Fremdsprache dolmetschen (Gentile et al. 1996:22). Pöllabauer (2002) schreibt den sprachlichen sowie kulturellen Kenntnissen im Kommunaldolmetschen eine besonders große Bedeutung zu, da sie für die PatientInnen lebenswichtig sein können:

Gerichtsurteile und medizinische Fehldiagnosen, die auf sprachlichen Missverständnissen oder mangelnden Sprachkenntnissen beruhen, können für das Schicksal der KlientInnen entscheidende Folgen haben. (Pöllabauer 2002:201)

Außerdem müssen KommunaldolmetscherInnen unterschiedliche sprachliche Varietäten kennen (Gentile et al. 1996:66; Prunč 2011:29; Pöllabauer 2002:201). Der Grund hierfür ist wie zuvor schon angedeutet der große Unterschied zwischen den GesprächspartnerInnen bezüglich Bildungsstand und Ausdrucksweise:

Während VertreterInnen des Gastlandes sich meist eines institutionsspezifischen Fachjargons bedienen, beherrschen die KlientInnen manchmal nur dialektale Sprachvarietäten und umgangssprachliche Codes. Community Interpreters müssen daher in der Lage sein, zwischen den verschiedenen Sprachebenen zu wechseln und Code-switching-Operationen vorzunehmen. (Pöllabauer 2002:201)

Demnach ist es für KommunaldolmetscherInnen unabdingbar, nichtstandardsprachliche Varianten wie Dialekte oder Slang zu verstehen (Prunč 2011:29) und wiedergeben zu können (Gentile et al. 1993:66).

Des Weiteren ist eine adäquate Vorbereitung auf den Dolmetschereinsatz auch für KommunaldolmetscherInnen besonders wichtig (Pöllabauer 2002:201). Beim Dolmetschen im Gesundheitswesen sind medizinisches Hintergrundwissen und Fachvokabular in beiden Sprachen sowie institutionelles Hintergrundwissen essentiell. Professionelle KrankenhausedolmetscherInnen kennen den Ablauf der Versorgung von PatientInnen sowie des ÄrztInnen-PatientInnen Gesprächs (Barowski 2007:76ff.).

Ein weiterer Kompetenzbereich, der bei Gentile et al. (1996) als eigenständige Kategorie angeführt und bei Albl-Mikasa nicht näher diskutiert wird, ist die Kulturkompetenz. Wie in Kapitel 3.1.2 ausführlich veranschaulicht wird, spielen kulturelle Kenntnisse beim Kommunaldolmetschen und auch im medizinischen Bereich eine wichtige Rolle (Gentile et al. 1996; Pöllabauer 2002; Prunc 2011).

Der präperformatorischen Phase wäre noch die Notizentechnik hinzuzufügen. Wie zuvor erwähnt ist das Konsekutivdolmetschen typisch für das Kommunaldolmetschen (Kadrić/Kaindl/Kaiser-Cooke ⁵2012:68), daher sind Kompetenzen zum Notizennehmen eine Grundvoraussetzung.

Die auf der periperformatorischen Ebene erwähnten sozialen und personenbezogenen Kompetenzen fließen ebenfalls in die vorliegende Studie mit ein. Die Stress- und Frustrationskompetenz scheint für KommunaldolmetscherInnen relevant zu sein. Besonders im medizinischen Bereich sind die DolmetscherInnen einem hohen Zeitdruck sowie emotionaler Belastung ausgesetzt: PatientInnen, die auf Dolmetschungen von Gesprächen über dringliche Operationen warten, Dolmetschungen im hektischen Krankenhausalltag oder in der geschlossenen Psychiatrie (Pöllabauer 2002:201). Neben dem emotionalen und psychischen Stress sind auch weitere externe Stressfaktoren im Kommunalbereich festzustellen: wenig Anerkennung der DolmetscherInnen, professionelle Rolle der Dolmetschenden, die Kundenerwartung sowie eine unangemessene Entlohnung der Dolmetschleistungen (Gentile et al. 1996:29).

Alle angeführten performanzdeterminierenden Kompetenzen werden ebenfalls bei der Interviewstudie berücksichtigt. Mit diesen beschäftigen sich Gentile et al. (1996) ausführlich (Gentile et al. 1996:44-50).

Im Zusammenhang mit den Verstehens- und Transferfertigkeiten wird die Kompensierung des Englischen als Lingua franca erwähnt. Auch im Kommunaldolmetschen kommt es vor, dass sich KlientInnen einer Lingua franca bedienen: so z. B. ein Afrikaner, der Englisch oder Französisch verwenden muss, weil für seine Muttersprache keine DolmetscherInnen vorhanden sind (Prunc 2011:29). Demnach ist es fallweise auch für KommunaldolmetscherInnen notwendig, die Kompetenz zur Kompensierung einer Lingua franca zu besitzen.

Darüber hinaus scheint es sinnvoll, der Ebene der performanzdeterminierenden Faktoren die Sprecherwechselsteuerung hinzuzufügen. In Gesprächen, in denen ein/eine DolmetscherIn hinzugezogen wird, ist es den GesprächspartnerInnen oft unklar, wann, wer wie lange die Sprecherrolle übernimmt, da die herkömmlichen Diskursregeln bei mehr als zwei Personen nicht mehr wirklich gelten. Besonders im medizinischen Bereich sind oft mehrere GesprächspartnerInnen anwesend: PatientInnen bringen z. B. oft Verwandte oder Bekannte zum Arztbesuch mit (Barowski 2007:74). In solchen Fällen ist es daher keine Seltenheit, dass der eine dem anderen ins Wort fällt oder dass gleichzeitig gesprochen wird, was für große Verwirrung sorgen kann (Gentile et al. 1996:35). Es ist aus diesem Grund wichtig, dass der/die DolmetscherIn dafür sorgt, dass die GesprächspartnerInnen wissen, wann sie zu Wort kommen sollten. Für den Dolmetschenden ist es somit unabdingbar, sich Kompetenzen zur Gesprächskoordination anzueignen (Gentile et al. 1996). Die erwähnte Simultanität in Albl-Mikasas (2012) Modell ist zwar sehr charakteristisch für das Konferenzdolmetschen, kann jedoch auch im Kommunaldolmetschen berücksichtigt werden. Wie in Kapitel 1.3.1 bereits besprochen, kommt das Vom-Blatt-Dolmetschen vor allem im Kommunaldolmetschen zum Einsatz (Hale 2007:31).

Ferner wird der Prosodie und nonverbalen Kommunikation große Bedeutung beigemessen (Gentile et al. 1996:66). Nonverbale Ausdrucksmittel geben dem Arzt/der Ärztin wichtige Zusatzinformationen über die PatientInnen, indem sie verbalen Aussagen der PatientInnen widersprechen oder diese ergänzen (Barowski 2007:88).

Zu der Berufsethik zählen Gentile et al. (1996) Schweigepflicht und Unparteilichkeit. Der Dolmetschende unterliegt genauso wie der Arzt/die Ärztin der Schweigepflicht. Der Grundsatz der Unparteilichkeit bedeutet, dass der/die Dolmetschende seine/ihre Leistung ohne Unterschied auf Geschlecht, Rasse, sozialen oder ökonomischen Status, ethnische Zugehörigkeit usw. erbringt (Gentile et al. 1996:58). Die Neutralität der DolmetscherInnen erwies sich auch in Pöchhacker's Studie (2000:248) als äußerst relevant. Im Rahmen der Studien stufte 90 % der befragten Krankenhausmitarbeiter „Diskretion und Verschwiegenheit“ und 64 % von ihnen „absolut neutrales Verhalten“ als wichtig ein.

Wird der Professionalisierungsgrad der DolmetscherInnen im medizinischen Kontext in Betracht gezogen, so zeigt sich das unternehmerische Know-how als irrelevant für die vorliegende Studie. Bei den DolmetscherInnen, wie in Kapitel 3.3 beschrieben wird, handelt es sich in erster Linie um LaiInnen, die von den PatientInnen mitgenommen werden oder zum Krankenhauspersonal gehören.

Nachdem die Kompetenzbereiche im Hinblick auf die vorliegende Untersuchung diskutiert wurden, kann folgendes Kompetenzmodell skizziert werden:

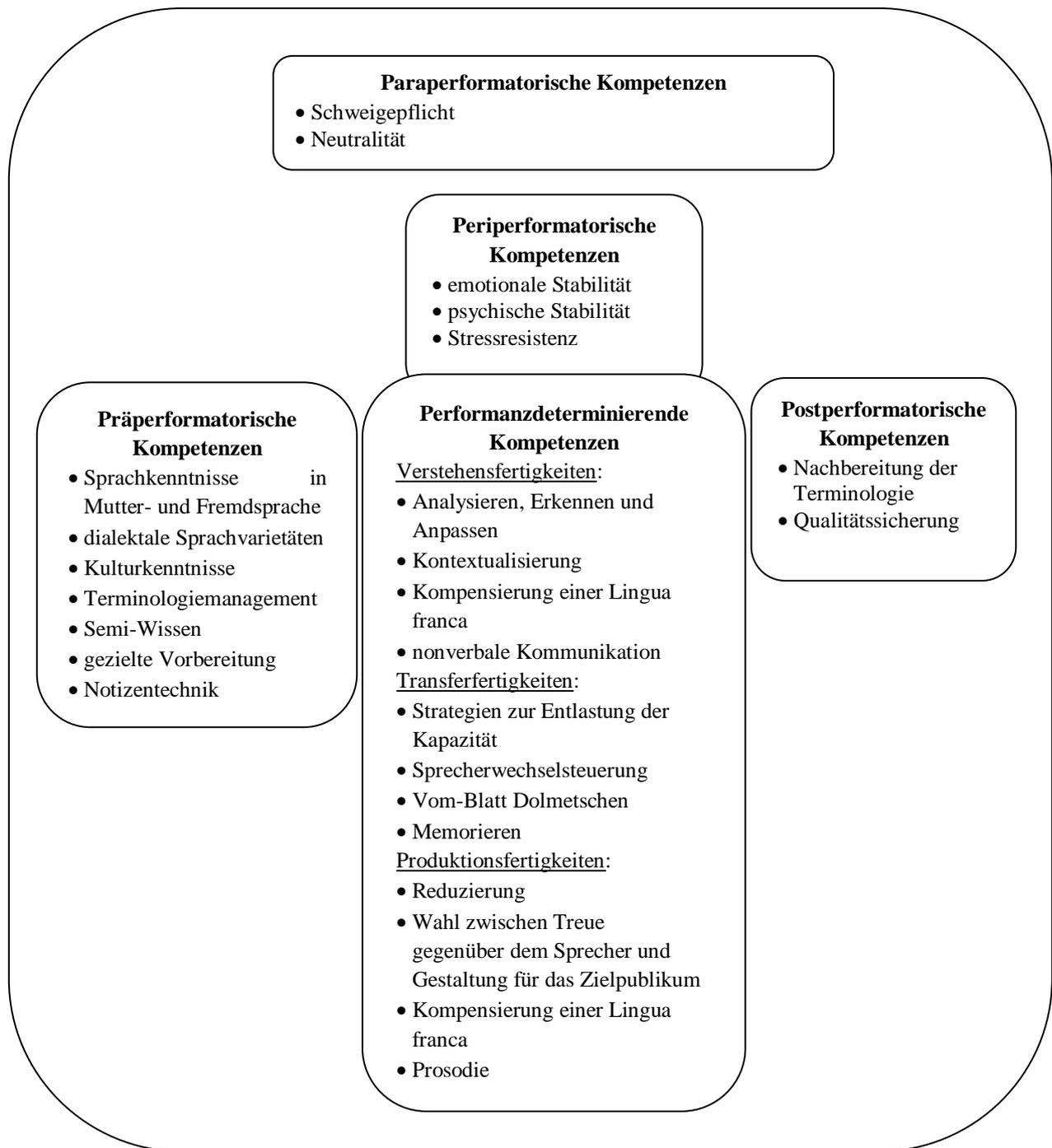


Abbildung 5: Kompetenzmodell (nach Abl-Mikasa 2012 und Gentile et al. 1996)

3 Dolmetschen im Gesundheitswesen

Denn die Medizin ist nie stumm und geschieht immer mindestens zwischen zwei Menschen von denen der eine in Not ist und der andere Hilfe versucht. (Seidler 1978:417)

Eine erfolgreiche medizinische Behandlung kann nur durch eine gelungene Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sichergestellt werden. Der Erfolg des Kommunikationsablaufes hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die unter anderem das zielgerichtete Fragen seitens der ÄrztInnen sowie das aufmerksame und empathische Zuhören der PatientInnen umfassen. Dabei geben die ÄrztInnen nicht nur auf die Antworten der PatientInnen Acht, die direkt mit der von ihnen gestellten Frage zusammenhängen, sondern auch auf alle weiteren Aussagen sowie nonverbalen Zeichen, die zum besseren Verständnis des Problems der PatientInnen beitragen könnten (Hale 2007:30ff). Wie bedeutend ein reibungsloser Gesprächsablauf vor allem im medizinischen Bereich ist, hebt Pöllabauer (2003) wie folgt hervor:

Der medizinisch-therapeutische und soziale Bereich zählt zweifelsohne zu jenen Arbeitsfeldern, in denen eine effiziente Kommunikation und kompetente Betreuung grundlegend für die allgemeine Lebenssituation sowie die physische und psychische Gesundheit der KlientInnen sind. (Pöllabauer 2003:17)

Wenn aber ÄrztInnen und PatientInnen unterschiedlichen Sprachgemeinschaften und Kulturkreisen angehören, entsteht eine Sprachbarriere, die eine erfolgreiche Kommunikation schwierig oder beinahe unmöglich macht. Um diese Barriere zu umgehen, werden DolmetscherInnen hinzugezogen, die in der englischen Literatur auch unter den Begriffen *health care interpreters* oder *medical interpreters* bekannt sind (Hale 2007:30ff.). Sie bilden im Gesundheitswesen das Zwischenglied in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Diese triadische Form der Kommunikation setzt sich also aus drei ungleichberechtigten Gesprächsparteien zusammen. Die DolmetscherInnen stehen einerseits den ÄrztInnen und andererseits den PatientInnen, die eine untergeordnete Rolle einnehmen, gegenüber (Angelelli 2004:7). Bei den PatientInnen handelt es sich zum Großteil um MigrantInnen oder auch um andere Personen wie etwa TouristInnen, die der Sprache des jeweiligen Landes nicht mächtig sind (Schouten et al. 2012:312).

Möchte man das Dolmetschen im Gesundheitswesen in der Translationswissenschaft kategorisieren, so lässt es sich, wie in Kapitel 1 bereits angeführt, dem Kommunaldolmetschen zuordnen. Es zählt neben dem Gerichtsdolmetschen als wichtigste Unterkategorie des Kommunaldolmetschens. Die Einsatzbereiche der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen sind dabei sehr vielfältig und reichen von Privatpraxen und Krankenhäusern bis hin zu Bera-

tungsgesprächen mit medizinischem Fachpersonal wie etwa PathologInnen, ErnährungsberaterInnen oder PhysiotherapeutInnen (Hale 2007:36).

Im folgenden Kapitel werden die Besonderheiten des Dolmetschens im Gesundheitswesen in Hinsicht auf die Sprache und Kultur veranschaulicht.

3.1 Besonderheiten des Dolmetschens im Gesundheitswesen

Eine gelungene Kommunikation ist für eine erfolgreiche Behandlung, wie bereits zuvor erwähnt, unabdingbar. Die Gespräche in medizinischen Kontexten sind allerdings ohnehin schon so komplex, dass sie sogar bei GesprächspartnerInnen derselben Sprachgemeinschaft zu Verwirrungen und Missverständnissen führen können. Solche Arten von Missverständnissen in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation können durch kulturelle Unterschiede bedingt sein. Die in der Kultur verankerten Werte und Symbole können zu unterschiedlichen Auffassungen von Informationen führen und erschweren dadurch die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin-PatientIn und können schlussendlich sogar klinische Folgen verursachen (Angelelli 2004:18).

Sprechen PatientInnen nicht dieselbe Muttersprache wie die ÄrztInnen oder können sie diese nur teilweise verstehen bzw. sich in dieser nicht klar ausdrücken, entsteht eine sprachliche Barriere (ibid.:18f.). Aus diesem Grund kommen DolmetscherInnen zum Einsatz. Sowohl die sprachliche als auch die kulturelle Barriere stellt die DolmetscherInnen im medizinischen Kontext vor zahlreiche Herausforderungen. Wie bedeutend die Berücksichtigung von sprachlichen und kulturellen Aspekten für die Kommunikation in medizinischen Dolmetscheinsätzen ist, wird im nächsten Kapitel behandelt.

3.1.1 Die Sprache im medizinischen Kontext

Personen, die infolge von kriegerischen Auseinandersetzungen oder wirtschaftlicher Not aus ihrem Heimatland flüchten mussten, finden sich in ihrer neuen Heimat aufgrund der belastenden Erinnerungen meist völlig verstört und unter schlechten Lebensbedingungen wieder. Sie haben ihre Identität und ihr gesellschaftliches Ansehen verloren und bleiben im wahrsten Sinne des Wortes „sprachlos“. Wenn aufgrund fehlender Sprachkenntnisse die Verständigung eingeschränkt ist, bleibt dem Individuum der Zugriff auf soziale, rechtliche und gesundheitliche Informationen zur Gestaltung seiner Bedürfnisse versagt. Diese Menschen fühlen sich hilflos und daher nicht als vollwertige Mitglieder ihrer neuen Gesellschaft (Egger/Wedam

2003:83f.). Egger und Wedam (2003) sowie Zimmermann (2000) heben den hohen Stellenwert der Sprache in der Medizin hervor und definieren Sprache als

[...] ein Prinzipien und Regeln erzeugendes System. Sie ordnet die wahrgenommene Welt und funktioniert als Ausdruck des Denkens und Bewusstseins, sowie der Reflexion. Sie ist stützender Faktor der eigenen Identität und dient einer symbolischen Verarbeitung äußerer und innerer Wahrnehmungen der Wirklichkeit. (Egger/Wedam 2003:84)

Mithilfe der Sprache erfassen und ordnen wir die Wirklichkeit. Wir verleihen unserer Umwelt bestimmte Inhalte und Qualitäten und schaffen uns so „unsere Welt“. Dabei handelt es sich nicht nur um die gegenständliche Umwelt, sondern auch um das natürliche und soziale Geschehen, welches von unseren Vorstellungen und Erwartungen umgestaltet und symbolisch überlagert wird. Wie die Wirklichkeit wahrgenommen wird, ist von der Kultur, Gesellschaft, sozialen Schicht und sogar vom Individuum selbst abhängig (Zimmermann 2000:13f.).

Oftmals wird unterschätzt, welche Schwierigkeiten Personen haben, wenn sie ihre Gefühle oder Schmerzen in der Fremdsprache ausdrücken möchten. Nicht selten fehlt das Äquivalent für den jeweiligen Begriff in der Fremdsprache, und sie versuchen sich daher in eigenen Worten auszudrücken, wodurch Aussagekraft verloren geht (Egger/Wedam 2003:84). Ferner ist festzuhalten, dass die medizinische Fachsprache der ÄrztInnen häufig Verständnisprobleme verursachen kann, auch wenn die PatientInnen derselben Sprachgemeinschaft wie die ÄrztInnen angehören. Ihnen fehlt das medizinische Wissen, um die lateinischen Begriffe zu verstehen oder die anatomischen Zusammenhänge nachzuvollziehen (Rásky et al. 2003:110). Zimmermann (2000) unterstreicht ebenfalls die asymmetrische Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen (vgl. auch Pöchhacker 1997). Der laienmedizinische Wissensstand der PatientInnen steht dem wissenschaftlich-medizinischen Fachwissen der ÄrztInnen gegenüber. Aus diesem Grund ist es notwendig, das fachliche Wissen auf die Verständnisebene der PatientInnen zu transponieren. Werden DolmetscherInnen zur Überwindung der Sprachbarriere hinzugezogen, so wird von ihnen erwartet, dass sie in solchen Fällen als SprachmittlerInnen fungieren. Es handelt sich hierbei um adäquates Dolmetschen der gegebenen Sachverhalte und nicht um deren wortwörtliches Übertragen von einer in die andere Sprache. Dazu sind profunde Kenntnisse über das wissenschaftlich-medizinische System der ÄrztInnen und das laienmedizinische Verständnis der PatientInnen erforderlich (Zimmermann 2000:26). Dies belegten bereits die Ergebnisse der Studie von Pöchhacker aus dem Jahr 1997. Zudem stammen die PatientInnen häufig aus unterentwickelten Agrarregionen und sprechen zumeist nur Dialekte ihrer Landessprache, was für BerufsdolmetscherInnen mit hochsprachli-

chem Sprachcode und ohne umfangreiche Dialektkompetenz zur Herausforderung werden kann (Zimmermann 2000:25).

Überdies erweist sich ein Gespräch nicht nur zwischen zwei Sprach-, sondern auch zwischen unterschiedlichen Kulturgemeinschaften als besonders kompliziert, da Wörter ihre Bedeutung oft erst aus der Satzstellung, Satzart oder auch Intonation sowie Lautstärke der Stimme erhalten können. Darüber hinaus ist eine Reihe von kulturbedingten Hürden zu überwinden. Kulturelles Wissen hilft den DolmetscherInnen, Antworten auf folgende Fragen zu finden: Wie wird die Krankheit und Gesundheit in der jeweiligen Kultur aufgefasst? Welche Erklärungsmodelle für Krankheiten gibt es? Welche Handlungen erfolgen zur Bewältigung der Krankheit? Alle diese Aspekte können Einfluss auf Diagnostik, Behandlung und Therapieziel nehmen (Egger/Wedam 2003:84f.). Der kulturelle Aspekt wird im Nachfolgenden näher betrachtet.

3.1.2 Die Kultur im medizinischen Kontext

Kulturspezifische Elemente nehmen in der Translationswissenschaft generell einen hohen Stellenwert ein. Im medizinischen Kontext können diese sogar das gesamte Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und folglich die medizinische Behandlung entscheidend beeinflussen (Pöllabauer 2002:199). Kulturspezifika sind sowohl in der verbalen als auch der nonverbalen Kommunikation anzutreffen und den ÄrztInnen oft unbekannt. Aus diesem Grund wird es zur Aufgabe der DolmetscherInnen, die ÄrztInnen über gewisse kulturelle Besonderheiten zu informieren, wie etwa die Bedeutung von Blickkontakt, Kopfbewegungen, Lächeln und von Lachen in der gegebenen Kultur (Rásky et al. 2003:111). Hierfür dient ein Beispiel aus der albanischen Kultur: Wenn AlbanerInnen ihre Zustimmung zum Ausdruck bringen, bewegen sie ihren Kopf leicht horizontal. Angehörige der deutschsprachigen Kultur würden diesen gestischen Ausdruck als ein Kopfschütteln interpretieren und somit als ein „Nein“ auffassen (Wesselman et al. 2004:24). Auch Felgner (2009) setzt sich mit Fehlinterpretationen von nonverbalen Elementen in Gesprächen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen auseinander und führt dazu ein Beispiel aus der asiatischen Kultur an: Der direkte Blickkontakt wird im asiatischen Raum als Indiskretion, fehlender Respekt oder Missachtung kultureller Tabus aufgefasst. Wenn der direkte Blickkontakt gemieden wird, ist dies ein Zeichen von Respekt. Im Gegensatz dazu gelten ausweichende Blicke im westeuropäischen Kulturraum als Zeichen von Unsicherheit oder könnten sogar als Lügen interpretiert werden (Felgner 2009:51).

Ebenfalls ist bezüglich des Medizindolmetschens auf die Problematik der unterschiedlichen Betrachtung von Krankheit und Gesundheit sowie Heilmöglichkeiten hinzuweisen (Rásky et al. 2003:107). Alleine unter dem Begriff „krank“ wird von den ÄrztInnen mit ihrem naturwissenschaftlichen Denken etwas Anderes verstanden als von PatientInnen. Noch größer werden die Auffassungsunterschiede bei Individuen, die aus einer anderen Kultur stammen (Zimmermann 2000:26). Vor allem für Personen aus naturverbundenen Kulturen wird Krankheit als ein relativ abstrakter Begriff empfunden. Oft wissen diese nicht, dass ihre Krankheit durch die Schulmedizin geheilt werden kann. Als Beispiel hierfür kann eine Patientin des Indianerstammes Cree herangezogen werden, die an Diabetes erkrankt war. Die Patientin erhielt im Beratungsgespräch vom Arzt einen Diätplan, den sie einhalten sollte, um ihren gesundheitlichen Zustand zu verbessern. Dieser wurde jedoch aufgrund des fehlenden Verständnisses für den Zusammenhang zwischen Nahrungsaufnahme und der Krankheit nicht eingehalten, so dass sie folglich ins Krankenhaus eingeliefert werden musste. Dort wurde ein Dolmetscher hinzugezogen, der der Patientin ihre Krankheit mithilfe eines für die Patientin alltäglichen Bildes (Benzin-/Ölgemisch im Außenbordmotor für Zucker- und Kohlenhydratzufuhr) verständlich erklären konnte und sie dazu brachte, die vom Arzt vorgegebene Diät einzuhalten (Slapp 2004:24). An diesem Beispiel lässt sich erkennen, wie wichtig die Rolle als KulturmittlerIn oder auch als sogenannte *culture brokers* beim Dolmetschen in der Medizin ist. Beim Kulturmittlern ist es Aufgabe der DolmetscherInnen, über Tabuthemen der jeweiligen Kulturgemeinschaft Bescheid zu wissen und die ÄrztInnen auf solche aufmerksam zu machen (Gentile et al. 1996:65). Weitere Anforderungen und Rollenprofile der DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich werden im nächsten Kapitel erörtert.

3.2 Die Rollen der Kommunal DolmetscherInnen

Die Aufgabe des Dolmetschenden lässt sich in einem Satz festhalten, der im Zuge einer Befragung von Dutzenden BerufskollegInnen belegt wurde:

Es ist die Aufgabe des Dolmetschers, Verständigung zu vermitteln, das heißt, Menschen, die einander ohne seine Hilfe nicht verstehen würden, in die Lage zu versetzen, einander zu verstehen. (Feldweg 1996:476)

Innerhalb der Dynamik der Gesprächssituation entstehen aus dieser Aufgabenstellung und aufgrund der Erwartungen seitens der InteraktionspartnerInnen weitere, darüber hinausgehende Aufgaben und Rollenprofile, die nicht nur das bloße Sprachmitteln beinhalten (Gentile et al. 1996:30f.). „He is often expected to be not only a mediator between two languages, but

also a helpmate and guide, cultural broker and even advocate or conciliator“ (Roberts 1997:20). Häufig identifizieren sich die KlientInnen mit den DolmetscherInnen, da diese die ersten oder auch einzigen Ansprechpersonen in der fremden Heimat sind. Sie werden von ihnen somit automatisch als HelferInnen und Vertrauenspersonen angesehen (Pöllabauer 2002:202f.).

Die Anforderungen, die an die DolmetscherInnen gestellt werden, sind besonders hoch und ihr Rollenprofil ist nicht einheitlich definierbar. Zudem sorgen widersprüchliche Anforderungen dafür, dass DolmetscherInnen in Rollenkonflikte geraten (ibid.:203). In der Translationswissenschaft wurden bis heute einige Rollenbilder der DolmetscherInnen im Kommunalbereich entwickelt (u.a. Kaufert/Koolage 1984; Niska 2002; Angelelli 2004; Leanza 2005; Sami Sauerwein 2006). Im Folgenden werden zwei von diesen vorgestellt.

Für Niska (2002) ist das Dolmetschen eine Tätigkeit, die abhängig von der Situation unterschiedliche Ansätze umfasst. Er plädiert für eine praxisnahe Sichtweise und visualisiert die Rollen in einem pyramidenförmigen Modell:

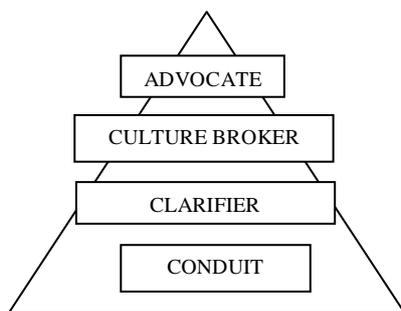


Abbildung 6: Interpreter roles (Niska 2002:138)

Wie aus der Abbildung ersichtlich ist, besteht die grundlegende Aufgabe der DolmetscherInnen schlichtweg im Dolmetschen: In diesem Sinne sind sie bloße Sprachrohre (*conduit*). Situationsbedingt wird es den DolmetscherInnen zur Aufgabe, kulturelle Unterschiede zu erklären (*clarifier*). Das Ziel dabei ist es, den RezipientInnen das Gesagte verständlich zu machen und Missverständnisse zu verhindern. Überdies übernehmen die DolmetscherInnen die Rolle der KulturmittlerInnen sowie der FürsprecherInnen, die am problematischsten sind (Niska 2002:138). Gerade als KulturmittlerInnen (*culture broker*) werden die DolmetscherInnen zu einer dritten aktiven Partei, sofern dies die Interaktionssituation verlangt oder zulässt (Pöchlhacker 2000:52). Als *advocates*, also FürsprecherInnen, setzen sich die DolmetscherInnen für die KlientInnen ein und stehen ihnen auch nach dem Dolmetscheinsatz zur Verfügung, um sie beispielsweise in bürokratischen Angelegenheiten zu unterstützen (Niska 2002:139).

Rollenbilder, die sich in erster Linie auf das Dolmetschen im Gesundheitsbereich beziehen, werden von Leanza (2005) präsentiert. Anhand der Ergebnisse seiner Studie, die auf

den Rollenbildern von Jalbert (1998) basierte, erarbeitete er folgende Typologie der Rollenprofile von DolmetscherInnen im kommunalen Bereich:

System agent Bilingual Professional Monolingual Professional	Integration agent Welcoming Support – Follow up
Community agent Cultural Informant Culture Broker Advocate	Linguistic agent Translator (± Active)

Abbildung 7: *The community interpreter's roles* (Leanza 2005:186)

Als *system agents* übertragen DolmetscherInnen die Äußerungen sowie Normen und Werte der PatientInnen. Kulturelle Unterschiede werden dabei entweder zugunsten der dominierenden Kultur außer Acht gelassen oder dieser angepasst. Im Gegensatz dazu erachten die DolmetscherInnen als *community agents* die Normen und Werte der MigrantInnen ebenfalls als wichtig und übertragen die kulturellen Unterschiede. Als *integration agents* bieten die DolmetscherInnen den MigrantInnen bzw. PatientInnen auch vor und nach der eigentlichen Dolmetschtätigkeit Hilfestellung. Die Rolle als *linguistic agent* ist im Grunde genommen der Rolle als *conduit* (Sprachrohr) von Niska (2002) gleichzusetzen. Die DolmetscherInnen agieren ausschließlich als Sprachrohre und behalten in dieser Rolle ihre Neutralität bei und bleiben grundsätzlich „unsichtbar“.

Interessant ist, dass die Teilnehmenden aus der Studie von Leanza (2005) nicht die Rolle des *advocate* oder *culture broker* einnahmen und diese somit nicht im Widerspruch zu der beruflichen Ethik der DolmetscherInnen steht, nämlich die Neutralität zu bewahren (ibid.:184). Im Kontrast dazu nehmen die DolmetscherInnen in manchen Fällen auch eine aktive Rolle ein und agieren zugunsten der PatientInnen parteiisch. Solche Verdolmetschungen sind eher frei und es kann sogar so weit kommen, dass die DolmetscherInnen für die PatientInnen sprechen (Reisinger 2003:133). Besonders in der Psychiatrie werden die DolmetscherInnen zu einem aktiven Bindeglied zwischen TherapeutIn und PatientIn, indem sie in die Rolle der Ko-TherapeutInnen schlüpfen. Hierbei interpretieren DolmetscherInnen Äußerungen der PatientInnen sowie Interaktionen während der Behandlung und sind daher für diese mitverantwortlich (ibid.:133).

Wie festgestellt werden kann, lassen sich die Rollenprofile der DolmetscherInnen aufgrund ihrer Komplexität nicht klar definieren und stehen sogar oft im Widerspruch zueinander. Einerseits wird von ihnen erwartet, nur als reine SprachmittlerInnen zu agieren und somit

neutral zu bleiben, andererseits wird von ihnen verlangt, sich für die „schwächere“ Partei einzusetzen. Gerade aufgrund dieser unterschiedlichen Rollenauffassungen kann kein einheitliches Rollenbild erarbeitet werden, wodurch die DolmetscherInnen oftmals in Rollenkonflikte geraten.

3.3 Qualifiziert - nicht qualifiziert?

Charakteristisch für das Dolmetschen im kommunalen und sozialen Bereich ist, dass Verdolmetschungen von nicht ausgebildeten DolmetscherInnen übernommen werden² (Pöllabauer 2003:21; Felgner 2009:47; Slapp 2004:13f.). Dies demonstrierten 1997 die Ergebnisse der Studie im Gesundheitswesen mit dem Titel „Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ von Pöchhacker. Sie zeigten, dass die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und nichtdeutschsprachigen PatientInnen in erster Linie durch Dritte erfolgt. Dabei handelt es sich vorwiegend um Begleitpersonen der PatientInnen (Kinder, Ehegatten, Verwandte, Freunde) oder fremdsprachiges Krankenhauspersonal (Reinigungskräfte, Krankenschwestern und Krankenpfleger). In manchen Krankenhäusern werden gelegentlich auch muttersprachliche BeraterInnen als SprachmittlerInnen herangezogen (Pöchhacker 1997:81-95). Allerdings ist anzumerken, dass diese Feststellung keine Allgemeingültigkeit besitzt: Typische Einwanderungsländer weisen einen hohen Professionalisierungsgrad im Bereich des Kommunaldolmetschens auf. Im Gegensatz zu Österreich zählt Australien als Paradebeispiel in Bezug auf die Professionalisierung von DolmetscherInnen im Gesundheitswesen. Aufgrund der großen Migrationsbewegungen nach dem zweiten Weltkrieg wurde in Australien³ früh der Bedarf an Dolmetschdiensten erkannt. So wurden bereits im Jahr 1973 landesweit Dolmetschdienste per Telefon angeboten. Vier Jahre später wurde die nationale Akkreditierungsbehörde für Dolmetscher und Übersetzer *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (NAATI) gegründet. Diese ist für die Festlegung und Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards für Sprachendienste zuständig (Pöchhacker 1997:187f.).

Der geringe Einsatz von ausgebildeten DolmetscherInnen im medizinischen und sozialen Kontext in Österreich lässt sich auf mangelnde Finanzierungsmöglichkeiten zurückführen (Reisinger 2003:137f.). Und dies, obwohl die fehlende Qualifikation zu Fehlbehandlungen führen und folglich auch hohe medizinischen Folgekosten verursachen kann, die schlussend-

² Eine Sonderstellung nimmt das Gerichtsdolmetschen ein, siehe Kapitel 1.4.

³ Als weitere Vorreiter im Bereich des Dolmetschens im Gesundheitswesen werden ebenfalls Kanada, die USA und Schweden im europäischen Raum angeführt (Pöchhacker 2000:145f.).

lich höher ausfallen als die Bezahlung von entsprechend ausgebildeten DolmetscherInnen (Pöllabauer 2003:26). Ein weiterer Grund waren anfangs auch die wenigen Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich. Dass mangelnde Qualifikationen der im medizinischen Bereich als DolmetscherInnen fungierenden zu Missverständnissen führen und Folgen mit sich bringen können, unterstreichen auch Beiträge aus dem deutschsprachigen Raum (siehe Pöchlhacker 2000; Barowski 2007; Slapp 2004). In der Studie von Pöchlhacker (1997) wurde beispielsweise eruiert, dass 66 % des befragten Krankenhauspersonals „manchmal“ Probleme bei der Verständigung mit Begleitpersonen der PatientInnen hatten. Hierbei gaben 47 % an, dass sie ebenfalls „manchmal“ Probleme bei der Verständigung hatten, wenn fremdsprachiges Krankenhauspersonal dolmetschte.

In der Zwischenzeit wurden große Meilensteine zur Professionalisierung von DolmetscherInnen im kommunalen Bereich gesetzt. Während es vor zwei Jahrzehnten kaum bis gar keine Ausbildungsmöglichkeiten für KommunaldolmetscherInnen und für das Dolmetschen im medizinischen Bereich gab, stehen heute mehrere Möglichkeiten wie etwa Projekte, Lehrgänge und universitäre Module zur Auswahl. Beispielsweise wurde in Graz das Projekt MeDInt mit dem Ziel, ein Curriculum für das Krankenhausedolmetschen zu erstellen, ins Leben gerufen (Ertl/Pöllabauer 2009:15).

Trotz der Initiativen und Bemühungen hat sich im Laufe der Jahre in Österreich in der Praxis nicht sehr viel geändert. Zwar gibt es nun mehr Ausbildungsmöglichkeiten zum/zur professionellen DolmetscherIn, dennoch werden weiterhin Verwandte, Bekannte oder zweisprachige KrankenhausmitarbeiterInnen zur Verständigung hinzugezogen. Einerseits bieten medizinische Einrichtungen aufgrund hoher Kosten keine eigenen Dolmetsch-Dienste an, sodass die PatientInnen keine andere Wahl haben, als auf Dritte zurückzugreifen (Pöchlhacker 2013:108). Andererseits gestaltet es sich schwierig, professionelle DolmetscherInnen für verschiedene Sprachen rund um die Uhr zur Verfügung zu stellen. Handelt es sich beispielsweise um spontane medizinische Eingriffe oder Notfälle, ist die Zuziehung eines/einer professionellen Dolmetschers/Dolmetscherin aufgrund der Spontanität beinahe unmöglich (Kletečka-Pulker 2013:46). Um diesem Problem entgegenzuwirken, besteht die Möglichkeit, professionelle DolmetscherInnen über Telefondolmetschdienste beizuziehen (Kletečka-Pulker 2013:67), so wie es in Australien seit Jahrzehnten gehandhabt wird.

Wie festgestellt werden kann, bedarf es in Österreich noch immer besserer Regelungen und einer besseren Umsetzung von Lösungsansätzen hinsichtlich medizinischer Versorgung von anderssprachigen PatientInnen. Letztlich fehlt es dafür noch immer an politischen Initiativen.

4 AmberMed

4.1 Die Institution

AmberMed ist eine medizinische Einrichtung im 23. Wiener Gemeindebezirk und steht für „ambulant-medizinische Versorgung, soziale Beratung und Medikamentenhilfe“. AmberMed bietet Menschen ärztliche Beratung und Behandlung, die sich in Österreich befinden und nicht krankenversichert sind und somit keinen Zugang zur österreichischen Gesundheitsversorgung haben. Es handelt sich dabei um die einzige Ambulanz Österreichs, die nichtversicherte PatientInnen in Behandlung nimmt. Laut der Studie von Fuchs et al. (2017) besaßen zu Jahresende 2015 27.000 Personen in Österreich keine Krankenversicherung. Das macht ungefähr 0,3 % der österreichischen Gesamtbevölkerung aus (Fuchs et al. 2017:26). Die Anzahl der PatientInnen, die AmberMed im Jahr 2015 betreute, belief sich auf 2.445 (AmberMed 2015:9). Über die gesundheitliche Versorgung hinaus bietet AmberMed auch Hilfestellung im administrativen Bereich an. In Beratungsgesprächen wird den PatientInnen geholfen, sich wieder in das Gesundheitssystem zu integrieren. Viele von ihnen kennen das österreichische Gesundheitssystem nicht und wissen daher nicht, dass die Möglichkeit besteht, sich bei ihren LebenspartnerInnen mitversichern zu lassen.

AmberMed erhält finanzielle Unterstützung aus den öffentlichen Geldern der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Fond „Soziales Wien“ sowie vom Bundesministerium für Gesundheit. Zusätzlich ermöglichen private Spenden, Firmenspenden sowie SponsorInnen den laufenden Betrieb. Auch dank der erfolgreichen Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen wie etwa Spitälern und dem Roten Kreuz kann den PatientInnen eine vollständige gesundheitliche Versorgung geboten werden (AmberMed 2018a).

4.2 Gründung von AmberMed

Am 12.01.2004 startete das Projekt „Amber“, das Obdachlosen und Asylsuchenden ohne Krankenversicherung Zugang zur medizinischen Versorgung sicherstellte. In den darauffolgenden Jahren wurde das Angebot auf MigrantInnen und nicht versicherte ÖsterreicherInnen ausgeweitet. Im August 2006 begann die Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Roten Kreuz und dem Diakonie Flüchtlingsdienst. Seitdem wird die Institution unter dem Namen „AmberMed“ geführt. AmberMed zählt zu den 28 Einrichtungen des Diakonie Flüchtlingsdienstes. Der Diakonie Flüchtlingsdienst hat mehr als 700 MitarbeiterInnen an 65 verschiedenen Standorten in insgesamt 8 Bundesländern und bietet „jährlich mehr als 45.000 Menschen

mit Flucht- und Migrationsbiographie Beratung, Unterbringung und Betreuung, Psychotherapie, medizinische Versorgung, Bildungsangebote und Unterstützung bei der Integration“ (AmberMed 2018a).

4.3 Das Team

Das Team von AmberMed besteht aus ÄrztInnen, TherapeutInnen, DolmetscherInnen und AssistentInnen sowie weiterem Personal, das im administrativen Bereich tätig ist. Bei AmberMed sind nicht nur AllgemeinmedizinerInnen beschäftigt, sondern auch FachärztInnen für Pathologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Neurologie, innere Medizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde. Das ehrenamtliche Team von AllgemeinmedizinerInnen nimmt vier Mal wöchentlich zu den Ordinationszeiten (Montag bis Freitag) PatientInnen auf. Einen Termin bei FachärztInnen erhalten die PatientInnen nur nach Überweisung eines Allgemeinarztes/einer Allgemeinärztin.

Da AmberMed auf öffentliche Gelder und private Spenden angewiesen ist, ist das Team bis auf wenige Ausnahmen ehrenamtlich tätig. Zum ehrenamtlichen Personal gehören auch die DolmetscherInnen. Nach aktuellem Stand stehen den PatientInnen für folgende Sprachen DolmetscherInnen zur Verfügung: Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Bulgarisch, Chinesisch, Rumänisch und Russisch. Grundsätzlich werden die Dolmetschdienste für die jeweiligen Sprachen nach Wochentag eingeteilt und sind den ganzen Tag über verfügbar (AmberMed 2018a).

4.4 Die PatientInnen

Bei den PatientInnen handelt es sich hauptsächlich um MigrantInnen und AsylwerberInnen, aber auch um österreichische StaatsbürgerInnen, die aus den verschiedensten Gründen keine österreichische Krankenversicherung besitzen. Nicht krankenversicherte ÖsterreicherInnen sind meistens Langzeitarbeitslose und chronisch kranke Personen. Die PatientInnen leben oft in prekären Verhältnissen und verfügen nur über wenig Bildung und unzureichende finanzielle Mittel für den Fall einer medizinischen Behandlung. Der Großteil der PatientInnen aber kommt aus anderen Ländern, arbeitet ohne behördliche Genehmigung in Restaurants als TellerwäscherIn, im Bau- oder Reinigungsbereich. Sie stammen aus fremden Kulturkreisen, verfügen meistens nicht über ausreichende Deutschkenntnisse und haben ein anderes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper, zu Krankheit, Heilungsprozess und Gesundheit. Um einen problem-

losen Gesprächsverlauf zwischen PatientInnen und ÄrztInnen sicherzustellen und kulturbezogene Barrieren zu umgehen, werden DolmetscherInnen herangezogen (AmberMed 2018b).

5 Fragestellung und Methode

Nachdem der theoretische Rahmen ausführlich behandelt wurde, wird sich das folgende Kapitel der Fragestellung und Methode der vorliegenden Masterarbeit widmen. Zu Beginn werden die Zielsetzung und Forschungsfrage erläutert. Anschließend werden die Datenerhebungsmethode, die Auswahl der InterviewpartnerInnen, die Erstellung des Interviewleitfadens sowie die Transkriptions- und Auswertungsmethode vorgestellt.

5.1 Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es, die Anforderungen und Kompetenzen für das Dolmetschen am Beispiel der gesundheitlichen Einrichtung AmberMed aus Sicht der DolmetscherInnen mithilfe von qualitativen Interviews zu erheben. Ebenso soll untersucht werden, inwiefern die DolmetscherInnen von AmberMed sich die notwendigen Kompetenzen am Zentrum für Translationswissenschaft aneignen konnten, sofern es sich um Studierende des Zentrums für Translationswissenschaft handelt.

Folgende Forschungsfragen stehen im Mittelpunkt der Untersuchung:

- Welche Anforderungen werden seitens der ÄrztInnen, PatientInnen und vom restlichen Personal von AmberMed aus Sicht der DolmetscherInnen gestellt?
- Welche Kompetenzen sind für das Dolmetschen bei AmberMed aus Sicht der bei AmberMed tätigen DolmetscherInnen erforderlich?
- Inwiefern ist der Erwerb der erforderlichen Kompetenzen am Zentrum für Translationswissenschaft möglich?
- Welche Kompetenzen wurden erst durch die Arbeit bei AmberMed erworben?

5.2 Datenerhebungsmethode

Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit die subjektive Sichtweise der DolmetscherInnen zu den Kompetenzen und Anforderungen seitens der ÄrztInnen im Vordergrund steht, ist ein qualitativer Forschungsansatz dem quantitativen vorzuziehen. Im Fokus des qualitativen Forschungsdesigns steht die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen eines Gegenstandes, der nicht über das Messen erfasst werden kann. Im Gegensatz dazu werden beim quantitativen Forschungsansatz soziale Phänomene und ihre Eigenschaften, die sich in Zahlen ausdrücken

lassen, erfasst (Helfferich ³2009:21). Hierfür werden zur Datenauswertung metrische Begriffe (oder auch Größenbegriffe) verwendet (Mayring ⁸2003:16).

Die qualitative Forschung hat den Auftrag, den zu untersuchenden Gegenstand zu verstehen (Helfferich ³2009), und stellt folgende fünf Grundsätze (in kursiver Schrift) in den Vordergrund:

Forderung stärkerer Subjektbezogenheit der Forschung, die Betonung der Deskription und der Interpretation der Forschungssubjekte, die Forderung, die Subjekte auch in ihrer natürlichen, alltäglichen Umgebung (statt im Labor) zu untersuchen und schließlich die Auffassung von der Generalisierung der Ergebnisse als Verallgemeinerungsprozess. (Mayring ⁵2002:19)

Zur Erkenntnisgewinnung der vorliegenden Arbeit erweist sich das qualitative Interview als geeignet. Es wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden⁴ erstellt, „der dem Gespräch als roter Faden dient“ (Hug/Poscheschnik ²2015:103). Das halbstandardisierte Interview ist durch offene, teilstrukturierte Fragen charakterisiert, welche die Rekonstruktion der subjektiven Theorien zum Forschungsgegenstand zum Ziel haben. Die subjektive Theorie gibt Einsicht in die „persönlichen Annahmen“ und den Wissensstand der interviewten Person über einen bestimmten Gegenstand. Im Zuge der halbstandardisierten Interviews werden offene und theoriegeleitete Fragen erstellt (ibid.:103). Im Gegensatz zu den geschlossenen Fragen sind bei offenen Fragen keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Der befragten Person wird ausreichend Spielraum überlassen, um Antworten völlig selbstständig formulieren zu können (Atteslander ¹³2010:146).

Der Vorteil von qualitativen teilstrukturierten Leitfadeninterviews ist, dass trotz vorgefertigten Fragenkatalogs die Reihenfolge der Fragen spontan je nach Gesprächsablauf geändert werden kann. Außerdem besteht die Möglichkeit, Themen, die sich spontan aus dem Gespräch ergeben, aufzugreifen und diese auf Basis der Antworten weiter zu vertiefen (ibid.:135).

5.2.1 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden setzt sich aus zwei Themenblöcken zusammen, die für die vorliegende Studie von zentraler Bedeutung sind, nämlich den Anforderungen und Kompetenzen. Zu Beginn der Interviews wurden als Einführung allgemeine Fragen zur Person sowie zu ihrer beruflichen Erfahrung bei AmberMed gestellt, mit dem Ziel, die befragten Personen schrittweise in das Thema des Interviews einzuführen und auch ein Vertrauensverhältnis zu ihnen aufzu-

⁴ Der für die vorliegende Untersuchung ausgearbeitete Interviewleitfaden ist im Anhang der Arbeit zu finden.

bauen. Anschließend wurden die InterviewteilnehmerInnen zu den Anforderungen und Kompetenzen für das Dolmetschen bei AmberMed befragt. Unter dem ersten zentralen Themenblock „Anforderungen“ wurden die Fragen weitgehend offen gestaltet. Dabei sollten die zu befragenden Personen nicht nur auf die Anforderungen, die ihnen seitens der ÄrztInnen gestellt werden, eingehen, sondern auch auf die der PatientInnen und des Personals von AmberMed. Die Fragen bezüglich der Kompetenzen wurden auf Basis des im Kapitel 4 vorgestellten Kompetenzmodells nach Albl-Mikasa (2012) sowie unter Berücksichtigung der Kompetenzbereiche nach Gentile et al. (1996) erstellt.

5.2.2 InterviewpartnerInnen

Insgesamt erklärten sich sechs DolmetscherInnen von AmberMed bereit, an der Studie teilzunehmen. Drei der InterviewpartnerInnen haben das Bachelorstudium Transkulturelle Kommunikation am Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien abgeschlossen und befinden sich derzeit in der Endphase des Masterstudiums Translation, ebenfalls an der Universität Wien. Dabei ist festzuhalten, dass zwei der Studierenden Dialogdolmetschen als Schwerpunkt haben. Die dritte Studierende hat den Studienschwerpunkt literarisches Übersetzen gewählt, jedoch im Rahmen des Studiums auch verschiedene Dolmetschübungen besucht. Um ihre Anonymität zu bewahren, werden sie in der vorliegenden Studie als DolmetscherInnen in Ausbildung bezeichnet und erhalten in der Transkription dementsprechend die Abkürzungen DiA1, DiA2 und DiA3. Hinzuzufügen ist, dass im Gegensatz zu DiA3, DiA1 und DiA2 auch außerhalb von AmberMed praktische Erfahrung gesammelt haben. DiA1 sammelte bereits als ÜbersetzerIn Erfahrung und DiA2 hatte bereits auf einer Veranstaltung konsekutiv gedolmetscht. Bei den übrigen drei StudienteilnehmerInnen handelt es sich um erfahrene DolmetscherInnen, die jedoch keine universitäre Ausbildung als DolmetscherInnen bzw. ÜbersetzerInnen absolviert haben. Diese werden aufgrund der fehlenden Ausbildung als LaiendolmetscherInnen bezeichnet und erhalten die Kürzel LD1, LD2 und LD3.

Da es sich bei den Befragten um fünf weibliche und eine männliche Person handelt, wird in der Datenanalyse zum Schutz der Identität dieser Person konsequent die weibliche Form für alle interviewten Personen verwendet.

5.2.3 Vorgehensweise bei den Interviews

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von ungefähr zwei Wochen (zwischen dem 7. Dezember 2018 bis 21. Dezember 2018). Da ich, wie bereits zu Beginn erwähnt, selbst als Dolmetscherin bei AmberMed tätig war, kannte ich die dort beschäftigten DolmetscherInnen persönlich und hatte alle Teilnehmenden telefonisch kontaktiert. Dabei wurden alle von ihnen detailliert über das Anliegen und Forschungsvorhaben der Abschlussarbeit informiert.

Ein Interview wurde im Zuhause einer/eines Teilnehmenden abgehalten, eines wurde am Zentrum für Translationswissenschaft durchgeführt und die restlichen vier Interviews fanden in den Räumlichkeiten der Einrichtung AmberMed statt. Jede/r Teilnehmende wurde unmittelbar vor Beginn des Interviews erneut über das Thema sowie Ziel der Interviewstudie sowie die Datenschutzbestimmungen und Anonymisierung der erhobenen Daten informiert. Da alle durchgeführten Interviews mit dem Handy aufgezeichnet wurden, wurde dafür das Einverständnis der Teilnehmenden ebenfalls unmittelbar vor Interviewbeginn eingeholt.

5.2.4 Transkriptionsmethode

Die aufgezeichneten Interviews wurden mithilfe der Software *MAXQDA* transkribiert. Es handelt sich dabei um eine professionelle Software, die sich besonders für die Analyse qualitativer Daten eignet (MAXQDA 2019). Die aufgezeichneten Interviews wurden in Form von Audiodateien in das Programm importiert und anschließend analysiert.

Die Fragen, die von der Interviewerin gestellt wurden, sind mit dem Kürzel I gekennzeichnet, während die Antworten der InterviewpartnerInnen mit den entsprechenden Abkürzungszeichen, nämlich DiA bzw. LD, versehen wurden. Die Buchstabenkürzel wurden außerdem nach den Teilnehmenden nummeriert, also DiA1 bzw. LD1.

Des Weiteren ist anzumerken, dass sensible Informationen wie etwa Ortsnamen oder Institutionen, die leicht einen Rückschluss auf die Personen erlauben würden, durch Kürzel oder Decknamen ersetzt wurden. Diese wurden durch Großschreibung und eckige Klammern kenntlich gemacht. Die Absätze in den transkribierten Interviews wurden automatisch von der Software mit fortlaufenden Nummern versehen. Diese Nummern wurden in der Analyse gemeinsam mit dem Kürzel der Forschungsteilnehmenden angeführt, um die Zugehörigkeit der verwendeten Zitate kenntlich zu machen.

Bei der Transkription des aufgezeichneten Materials handelt es sich um eine wörtliche Transkription, die nach den einfachen Transkriptionsregeln von Kuckartz (²2014) erfolgte:

1. Die Interviews werden nicht zusammenfassend, sondern wortwörtlich transkribiert. Eventuelle dialektale Ausdrücke werden ins Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden möglichst ins Schriftdeutsch übertragen. Falsche Satzformen oder vorhandene grammatikalische Fehler werden jedoch beibehalten.
3. Längere Pausen werden durch Punkte, die in Klammern gesetzt werden, gekennzeichnet. Entsprechend der Pausenlänge in Sekunden werden ein, zwei bzw. drei Punkte gesetzt. Bei Pausen, die länger als drei Sekunden dauern, wird die Pausendauer in Sekunden angegeben.
4. Die von den InterviewpartnerInnen besonders betonten Wörter werden unterstrichen.
5. Laut ausgesprochene Stellen werden durch Großschreibung gekennzeichnet.
6. Lautäußerungen der Interviewerin wie etwa „aha“ oder „mhm“, die die Zustimmung bzw. Bestätigung bedeuten, werden nicht transkribiert, sofern dabei der Redefluss der interviewten Person nicht unterbrochen wird.
7. Einwürfe der jeweils anderen Gesprächspartei werden durch eckige Klammern kenntlich gemacht.
8. Lautäußerungen, die das Gesagte der interviewten Person verdeutlichen, wie etwa Lachen oder Seufzen, werden in Klammern gesetzt.
9. In der Transkription wird jeder Redebeitrag durch einen eigenen Absatz markiert. Dabei wird für eine bessere Lesbarkeit bei Sprecherwechseln eine Leerzeile eingefügt.
10. Nonverbale Äußerungen der befragten Personen und der Interviewerin werden in Doppelklammern gesetzt, wie z.B. ((lacht)) oder ((stöhnt)).
11. Unverständliche Wörter werden durch folgende in Klammern gesetzte Abkürzung markiert: (unv.).
12. Angaben, die Rückschlüsse auf die interviewte Person ermöglichen würden, werden anonymisiert (vgl. Kuckartz ²2014:136f.).

Ich entschied mich im Laufe der Transkription der Interviews, diese nicht zu veröffentlichen, da das Forschungsfeld AmberMed sehr klein ist und trotz der Anonymisierung personenbezogener Daten leicht Rückschlüsse auf die Personen gezogen werden könnten.

5.2.5 Qualitative Inhaltsanalyse

Um das gewonnene Material der qualitativen teilstandardisierten Interviews auszuwerten, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (⁸2003) herangezogen. Mittels dieser Auswertungsmethode können Inhalte, die aus irgendeiner Art von Kommunikation stammen, untersucht werden (Mayring ⁸2003:11; Atteslander ¹³2010:195). Der Gegenstand der Inhaltsanalyse ist „in irgendeiner Art protokolliert“ vorhanden und kann somit als „fixierte Kommunikation“ bezeichnet werden (Mayring ⁸2003:12). Dabei kann es sich bei den Kommunikationsinhalten um Bilder, Noten oder Filme handeln, wobei der Schwerpunkt in erster Linie auf Texten liegt (Mayring ⁸2003:12; Atteslander ¹³2010:195). Im Fall der vorliegenden Masterarbeit handelt es sich bei den Texten konkret um die Transkripte der geführten leitfadengestützten Interviews.

Charakteristisch für die qualitative Inhaltsanalyse sind folgende Kernpunkte:

- Systematische Vorgehensweise mit Regeln: Die Interpretation der Daten erfolgt durch systematisches Vorgehen und die Analyse nach expliziten Regeln. Durch die festgelegten Regeln ist die Analyse für jeden verständlich, nachvollziehbar und überprüfbar.
- Theoriegeleitetheit: Die einzelnen Analyseschritte erfolgen anhand von theoriegeleiteten Fragestellungen sowie Überlegungen.
- Analyse des Materials als Kommunikationsprozess: Das Ziel der Analyse ist, „Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen“ (Mayring ⁸2003:42ff.).

Überdies ist das Kategoriensystem in der qualitativen Inhaltsanalyse von zentraler Bedeutung, denn auch durch dieses wird die Nachvollziehbarkeit der Analyse gewährleistet (Mayring ⁸2003:43; Kuckartz ²2014:39). Bei der Kategorienbildung wird zwischen deduktiv und induktiv gebildeten Kategorien unterschieden. Kategorien, die basierend auf bereits vorhandenen Theorien und Hypothesen entwickelt werden, werden als deduktiv gebildete Kategorien bezeichnet. Erfolgt die Kategorienbildung hingegen ausschließlich anhand der gewonnenen Daten, so wird von einer induktiven Kategorienbildung gesprochen (Mayring ⁸2003:74f; Kuckartz ²2014:59). Es besteht aber auch die Möglichkeit, bei der Analyse Kategorien auf der Grundlage der bereits vorhandenen Theorien und am erhobenen Datenmaterial selbst zu entwickeln. Diese Mischform der Kategorienbildung wird dementsprechend als „deduktiv-induktive Kategorienbildung“ bezeichnet (Kuckartz ²2014:69). Für die vorliegende Arbeit wurde ebenfalls die deduktive-induktive Vorgehensweise gewählt. Da für die Erhebung der Daten ein strukturierendes Mittel, nämlich ein Interviewleitfaden, verwendet wurde, handelt

es sich in diesem Fall um eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse. Die Strukturierung gilt neben der Explikation und Zusammenfassung als eine der drei Grundformen des Interpretierens. Das Ziel dieser qualitativen Technik ist es, eine Struktur in Form eines Kategoriensystems aus dem gewonnenen Material herauszufiltern. Dabei wird so vorgegangen, dass jede Textstelle der transkribierten Interviews durchgearbeitet und systematisch extrahiert wird, um sie anschließend einer induktiv oder deduktiv gebildeten Kategorie zuzuweisen (Mayring ⁸2003:82f.; Kuckartz ²2014:78ff.).

Im Fall der vorliegenden Masterarbeit wurden in der ersten Phase der Analyse 13 Hauptkategorien anhand des Interviewleitfadens erstellt. Anschließend wurden die einzelnen Hauptkategorien auf der Grundlage des Datenmaterials weiterentwickelt und in 13 Subkategorien unterteilt. Da der Interviewleitfaden basierend auf dem Kompetenzmodell von Albl-Mikasa (2012) und den Kompetenzbereichen von Gentile et. al. (1996) entwickelt wurde, sind die Hauptkategorien theoriegeleitete, deduktive Kategorien. Die Bildung der Subkategorien erfolgte hingegen induktiv das heißt, sie wurden direkt aus dem gewonnenen Material abgeleitet und sind im Bezug auf die Forschungsfragen von Bedeutung (Kuckartz ²2014:62).

Demnach sind folgende deduktive Haupt- und induktive Subkategorien, die durch kursive Schrift gekennzeichnet sind, vorzustellen:

- Gesprächstypen

Anforderungen

- Anforderungen seitens der PatientInnen
 - *HelferInnen*
 - *Ansprechpersonen*
 - *SprachmittlerInnen*
- Anforderungen seitens der Ärzte/ÄrztInnen
 - *Assistenz*
 - *Medizinisches Fachwissen und Fachterminologie*
 - *Sprachmitteln*
 - *Effizienz und Schnelligkeit*
- Anforderungen seitens des Personals von AmberMed

Kompetenzen

- Allgemeine Kompetenzen für AmberMed
 - *Sprachkompetenz*

- *Kulturkompetenz*
- *Fachwissen und Fachterminologie*
- *Gesprächscoordination*
- *Emotionale und psychische Stabilität*
- *soziale Kompetenz*
- Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz bei AmberMed
- Vor- und Nachgespräche bei AmberMed
- Feedback zur Dolmetschleistung
- Reflexion der Dolmetschleistung
- Dolmetschtechniken
- Herausfordernde Dolmetschsituationen
- Verwendung einer Lingua Franca
- Aneignung der Kompetenzen

6 Analyse der Interviews

6.1 Gesprächstypen

Obwohl AmberMed eine Gesundheitseinrichtung ist und DolmetscherInnen in erster Linie für Gespräche zwischen ÄrztInnen und PatientInnen hinzugezogen werden, berichten die interviewten DolmetscherInnen, dass sie auch bereits andere Gespräche gedolmetscht haben. Grundsätzlich haben fast alle von ihnen schon einmal bei Clearinggesprächen gedolmetscht. Deren Ziel ist „eine Abklärung für neue Patient*innen, um die Chancen und Möglichkeiten für die jeweiligen Patient*innen gemeinsam mit den Patient*innen zu erarbeiten“ (AmberMed Jahresbericht 2017:18). Mithilfe der im Clearinggespräch gewonnenen Informationen über die Lebensumstände der PatientInnen kann ihnen gezielt hinsichtlich der Diagnose und Behandlung wie auch der Versicherungsmöglichkeiten in Österreich geholfen werden (AmberMed Jahresbericht 2017:18).

DiA1 berichtet, dass sie zwar ein paar Mal bei Clearinggesprächen gedolmetscht habe, betont aber, dass das „aber wirklich nur ein paar Mal“ gewesen sei und sie „hauptsächlich im medizinischen Bereich“ als Dolmetscherin fungiere (DiA1:A28). DiA2 bestätigt ebenfalls, ein paar Mal Clearinggespräche gedolmetscht zu haben, so wie DiA3, die am „Anfang zwei Mal ein Clearinggespräch gedolmetscht“ hat „und ansonsten wirklich nur Arzt-Patienten Gespräche“ (DiA3:A14). LD1 fügt hinzu, auch bei Facharztgesprächen und in der Psychotherapie tätig gewesen zu sein, während LD2 erwähnt, „auch beim Schalter, also eigentlich überall, wo es gebraucht wird“, eingesetzt worden zu sein, sowie auch bei der Medikamentenvergabe oder in der Sozialberatung (LD2:A18). „Oder es gibt einfach was spontan im Wartezimmer.“ (ibid.) LD3 ist die einzige Interviewte, die ausschließlich in der Ordination zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn gedolmetscht hat. Zwar habe sie keine Clearinggespräche gedolmetscht, jedoch Sozialberatungen in Gruppen für PatientInnen ihrer Sprachgemeinschaft organisiert und diese selbst in ihrer Muttersprache durchgeführt. Dabei liegt der Schwerpunkt dieser Art von Sozialberatung laut LD3 auf „Gesundheit, Allgemeinwissen (...) eigentlich Psychologie“ (LD3:A28). Sie fügt hinzu, dass sie anfangs bei AmberMed als Praktikantin die Gruppe für „psychologische Hilfe“ geleitet und später erst aufgrund des Mangels an DolmetscherInnen in ihrer Muttersprache die Tätigkeit als Dolmetscherin aufgenommen habe. Auch in der Studie von Allaoui (2005) brachten zwei der fünf befragten DolmetscherInnen zum Ausdruck, dass sie PatientInnen auch bei sozialen Fragen zur Verfügung stehen würden (Allaoui 2005:86).

In Bezug auf die Kategorie „Gesprächstypen“ ist bei AmberMed festzustellen, dass neben Gesprächen in der medizinischen Versorgung auch die bereits erwähnten Clearinggespräche zu dolmetschen sind. Während die DolmetscherInnen in Ausbildung in erster Linie zu medizinischen Gesprächen und nur ein paar Mal zu Clearinggesprächen hinzugezogen wurden, dolmetschen die LaiendolmetscherInnen überall dort, wo eine sprachliche Barriere entsteht. Teilweise betreuen sie die PatientInnen hinsichtlich sozialer Fragen sogar selbst, wie LD3 dies schilderte. Der Grund liegt womöglich darin, dass die LaiendolmetscherInnen bei AmberMed im Grunde genommen für andere Tätigkeiten⁵ zuständig sind und aufgrund ihrer Zweisprachigkeit bei Bedarf auch als DolmetscherInnen eingesetzt werden.

6.2 Anforderungen

Aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit geht eindeutig hervor, dass die Anforderungen an die DolmetscherInnen im kommunalen Bereich durch Komplexität und Vielfalt gekennzeichnet sind. Die in Kapitel 3.2 vorgestellten Rollenbilder im medizinischen Kontext spiegeln sich teilweise auch in der durchgeführten Interviewstudie wider.

6.2.1 Anforderungen seitens der PatientInnen

Dadurch, dass sich die PatientInnen häufig mit den DolmetscherInnen identifizieren, werden diese für sie zu Ansprechpersonen und HelferInnen (Pöllabauer 2002:202f.) Demgemäß haben sich auch in dieser Untersuchung basierend auf den Antworten auf die Frage, was die PatientInnen von den DolmetscherInnen erwarten, folgende induktive Kategorien herauskristallisiert: HelferInnen, AnsprechpartnerInnen und SprachmittlerInnen.

6.2.1.1 HelferInnen

Auf die erste Frage des Interviews in Bezug auf die Anforderungen antworteten alle DolmetscherInnen mit Ausnahme von LD3, dass die PatientInnen von ihnen nicht nur erwarten, ihre Äußerungen zu dolmetschen, sondern ihnen auch auf unterschiedlichste Art und Weise zu helfen.

DiA1 bringt zum Ausdruck, dass die PatientInnen bei AmberMed sie „nicht nur als Dolmetscherin sehen“ (DiA1:A40). Vielmehr würden sie von den DolmetscherInnen auch Hilfestellung bei anderen Angelegenheiten erwarten: „Und damit meine ich, dass oft Patien-

⁵ Diese werden hier aus Datenschutzgründen nicht angeführt.

ten meinen: ‚Ja, komm schon, du bist eine von uns, hilf mir. Tütige diesen Anruf für mich. Fülle das für mich aus.‘ [...] Also, sie verlangen dann eigentlich mehr von dir als Dolmetscher.“ (DiA1:A40)

DiA3 schließt sich der Ansicht von DiA1 an und fügt hinzu, dass sie von den DolmetscherInnen erwarten würden, Verständnis für ihre Situation aufzubringen und sie in Schutz zu nehmen:

Von mir als Dolmetscher erwarten sich die Patienten auf jeden Fall, dass ich ihnen helfe, dass ich sie verstehe. Ich finde sie erwarten sich manchmal auch, dass ich ihnen irgendwie so helfe, also, dass ich sie gegenüber dem Arzt verteidige oder in Schutz nehme finde ich und, dass sie, genau sie erwarten sich auch, dass ich ihre Situation verstehe [...] und ja sehr selten auch, dass man sie irgendwohin begleitet oder irgendwie anders hilft außerhalb von AmberMed jetzt, aber eher selten. (DiA3:A18)

DiA2 erwähnt ebenfalls, dass es „hin und wieder“ (DiA2:A48) dazu komme, dass sich die PatientInnen erhoffen, dass man für sie noch woanders dolmetsche oder ihnen die Handynummer für Rückfragen gebe. Dies mache DiA2 nicht und distanzieren sich in derartigen Fällen immer (DiA2:A50).

Laut LD1 erwarten sich die PatientInnen nicht nur jemanden, der ihnen hilft, sondern sogar auch „Wunder vollbringt“. Jemanden, der ihnen Mindestsicherung gewährt oder „zumindest ein paar unbezahlte Rechnungen zahlt“ (LD1:A26).

Wie LD1 beschreibt auch LD2, dass sich die PatientInnen oft mehr Unterstützung erwarten, als in ihrer Macht steht. Dabei hebt sie hervor, dass sie sich ihrer Meinung nach die Hilfe ausschließlich von den DolmetscherInnen und nicht vom medizinischen Personal erwarten:

Ich glaube, viel mehr als wir können. Weil wenn die hineinkommen, meistens die schauen nur uns an und erwarten, dass die ganze Hilfe nur von uns. [...] Und manchmal also ich übersetze genau das, was der Arzt sagt und sage denen genau das was der Arzt sagt, manchmal die haben den Eindruck, der Arzt ist der böse Fee und ich bin der gute Fee und der will nicht helfen, aber ich helfe denen nur, weil ich auf denen seine Sprache spreche [...]. (LD2:A30)

In diesem Kontext erläutert LD2, dass sie in vielen Situationen selbst auf die PatientInnen zugeht und ihnen freiwillig ihre Hilfe anbietet. Beispielsweise gehe sie von selbst auf die Pa-

tientInnen im Warteraum zu, um ihnen Fragen zu beantworten oder weitere nützliche Informationen „von anderen Sachen, also wo die können Hilfe bekommen, wo die können hingehen, was die können machen [...] zu geben“ (LD2:A50). Jedoch sehe sie es manchmal als einen Fehler, Hilfe ohne Aufforderung seitens der PatientInnen anzubieten, weil „vielleicht, wenn die mir leidtun, die spüren, dass dass ich mehr helfen will“ und schließlich würden sie dies vielleicht ausnutzen (LD2:A50).

Bis auf LD3 brachten alle befragten DolmetscherInnen die Hilfestellung, die seitens der PatientInnen von DolmetscherInnen erwartet wird, zur Sprache. LD3 sehe sich aus der Sicht der PatientInnen lediglich als Sprachmittlerin: „Ja, die Übersetzung, die Problemerkklärung und jemand zu verstehen“ (LD3:A38).

Die Rolle der HelferInnen entspricht einerseits der Rolle des *integration agent* von Leanza (2005), in der die DolmetscherInnen den PatientInnen ebenfalls vor und nach dem Dolmetscheinsatz zur Verfügung stehen und Hilfestellung leisten (Leanza 2005:186). Andererseits wird, wie DiA2 (A18) angibt, von ihnen erwartet, dass man sich für sie einsetzt und sie verteidigt, was der Rolle des Fürsprechers/der Fürsprecherin von Niska (2002) entspricht.

6.2.1.2 Ansprechpersonen

DiA1, DiA2, DiA3, LD1 und LD2 berichten alle darüber, dass die PatientInnen die DolmetscherInnen als ihre ersten Ansprechpersonen sehen. DiA1 zufolge identifizieren sich die PatientInnen mit ihr und sehen sie als „einen von ihnen.“ (DiA:A:40). Dies liege laut DiA1 daran, dass sie die gleiche Kultur und Sprache besitzen.

Diese Aussage bestätigt DiA2. Sie habe es schon öfters erlebt, dass die PatientInnen direkt zu ihr kamen und sich zuerst an sie wendeten anstatt an den Arzt/die Ärztin:

Also, ich hatte schon viele Patienten, die mit ihren Bescheiden, mit ihren Laborzetteln, mit den Medikamenten sofort zu mir kommen und sie mir in die Hand geben und nicht dem Arzt. Also, es passiert schon öfter, dass einfach ich direkt angesprochen werde und nicht die Ärztin oder der Arzt. (DiA2:A46)

DiA2 weise die PatientInnen in solchen Situationen sofort darauf hin, dass sie nicht die Ärztin sei und sie sich an den Arzt/die Ärztin wenden sollten.

LD1 berichtet über ähnliche Situationen. Sie vertritt die Ansicht, dass sie als Dolmetscherin nicht nur die Bezugsperson für den Patienten/die Patientin sei, sondern auch die Ärztin, auch wenn sie ihnen „zehn Mal sagen würde“, dass sie keine Ärztin sei. An dieser Stelle

verdeutlicht sie dies mehrmals: „[...] für sie bist du der Arzt. Für sie bist du alles, du bist die Person, die spricht. Sie wollen dann von dir wissen, wer dich gesund macht. Sie wollen auch von dir wissen: ‚Wann werde ich gesund?‘“ (LD1:A50).

Auch LD2 sieht sich in den Augen der PatientInnen als erste/r AnsprechpartnerIn, denn wenn die PatientInnen hineinkämen, schauen sie nur den/die DolmetscherIn an, weil sie ihrer Meinung nach ihnen auch vertrauen (LD2:A30). DiA3 berichtet in diesem Zusammenhang beispielsweise darüber, dass sie im Warteraum schon des Öfteren von dem Patienten/der Patientin abgefangen und direkt mit Fragen hinsichtlich Versicherung oder diverser Anträge für das Magistrat konfrontiert worden sei, die sie eigentlich nicht beantworten könne, weil sie nicht dafür zuständig sei (DiA3:A18).

Die Rolle der AnsprechpartnerInnen zeigt indirekt Parallelen zur Rolle des *monolingual professional system agent* auf (Leanza 2005:186). Sie werden von den PatientInnen als ExpertInnen im Hinblick auf bestimmte Fragen angesehen. Sie sind die Ansprechpersonen, die sich im Gastland auskennen (DiA3:A18). Wie dies DiA2 (A46) und LD1 (A50) schildern, werden sie ihrer Meinung nach aus Sicht der PatientInnen sogar als ÄrztInnen angesehen.

6.2.1.3 SprachmittlerInnen

In Bezug auf die eigentliche Dolmetschleistung stellen die PatientInnen laut den InterviewpartnerInnen keine großen Ansprüche. Sie seien laut der Aussage von LD1 schon „froh darüber, dass jemand da ist, der ihre Sprache spricht“ (LD1:A28). Für sie genüge es, wenn jemand sie verstehe, denn dies bedeute automatisch, dass sie dem Arzt/der Ärztin mitteilen können, weswegen sie eigentlich gekommen sind. DiA1 äußert sich ähnlich wie LD1 im Hinblick auf die Verdolmetschung und betont, wie wichtig es sei, alles zu dolmetschen. Sie meint, dass auch bei AmberMed, so wie in jeder Dolmetschsituation, alle GesprächsteilnehmerInnen erwarten, „[...] dass man eben mit dem besten Wissen und Gewissen alles dolmetscht“ (DiA1:A44).

LD3 findet ebenfalls, dass für die PatientInnen die richtige Dolmetschung an erster Stelle steht, nämlich das Gesagte zu verstehen und wiederzugeben. Sie fügt hinzu, dass sie manchmal auch zusätzliche Erklärungen zu der Dolmetschung bzw. eine vereinfachte Dolmetschung erwarten, weil sie der Standardsprache nicht mächtig sind und nur ihren eigenen Dialekt verstehen (LD3:A38). Dieser Aspekt wird im weiteren Verlauf der Arbeit unter „Kompetenzen“ erneut aufgegriffen und ausführlicher behandelt.

DiA2 kann zwar nicht genau einschätzen, was sich die PatientInnen von ihr als Dolmetscherin erwarten, ist aber der Ansicht, dass es für die PatientInnen nicht wichtig sei, ob

man sofort die richtigen Begriffe parat hat. Zum Beispiel sei es ihr öfters passiert, dass sie nicht auf Anhieb das richtige Wort gefunden und ein paar Mal auch ihr Handy benutzt habe, um die entsprechende Übersetzung online zu finden. Sie habe dabei aber nie das Gefühl gehabt, dass die PatientInnen sich dadurch irritiert gefühlt oder das Vertrauen in sie als Dolmetscherin verloren hätten (DiA2:A54).

Im Hinblick auf das Sprachmitteln wird festgestellt, dass die PatientInnen den DolmetscherInnen zufolge in erster Linie von ihnen erwarten, als bloße Sprachrohre zu fungieren (vgl. *lingistic agent* Leanza 2005:186; vgl. *conduit* Niska 2002:138). Nur LD3 erwähnt, dass die PatientInnen ihrer Ansicht nach teilweise eine Verdolmetschung mit zusätzlichen Erklärungen erwarten, um ihnen das Gesagte verständlich zu machen. Dies scheint der Rolle *clarifier* von Niska (2002) zu entsprechen.

Insgesamt kann im Hinblick auf die Anforderungen, die seitens der PatientInnen an die DolmetscherInnen gestellt werden, zusammenfassend festgehalten werden, dass die DolmetscherInnen weitaus mehr als die Rolle des bloßen Sprachrohres einnehmen. Die PatientInnen sehen sie als Ansprechpersonen und Personen, die ihre Sprache verstehen und von denen sie Hilfe bekommen können. An die Dolmetschleistung werden gemäß dem Großteil der DolmetscherInnen keine zu hohen Ansprüche gestellt. Die im Kapitel 3.2 besprochenen Rollenprofile der DolmetscherInnen im kommunalen Bereich bestätigen sich auch in der vorliegenden Untersuchung.

6.2.2 Anforderungen seitens der ÄrztInnen

Auf die Frage, was sich die ÄrztInnen von den DolmetscherInnen erwarten, wurden unterschiedliche Aspekte von den InterviewpartnerInnen angesprochen, die in den folgenden Subkategorien veranschaulicht werden.

6.2.2.1 Assistenz

DiA1, DiA2 sowie DiA3 führen an, dass die ÄrztInnen von ihnen erwarten, dass sie nicht nur für sie dolmetschen, sondern ihnen auch als ärztliche AssistentInnen zur Hand gehen. Alle drei erläutern die Tätigkeit der ärztlichen Assistenz bei AmberMed und führen einige Beispiele an. Es handle sich dabei nicht nur um das Eintragen der vom Arzt/von der Ärztin diktierten Diagnosen, sondern auch um praktische Hilfestellung, beispielsweise bei der Durchführung von Untersuchungen. DiA1 erzählt, dass sie dem Arzt/der Ärztin auch beim Verbandwechsel, Durchführen eines EKGs oder auch einmal beim Ohrenreinigen assistiert habe. Manchmal

aber erwarte der Arzt/die Ärztin von ihr „nur“, medizinische Instrumente wie Verband oder Schere für ihn/sie bereitzuhalten (DiA1:A50).

Ja, also alles was der Arzt sagt eintragen, also die Diagnose eintragen, die Medikamente, die Anamnese des Patienten eintragen, aber auch ein EKG durchführen, also nicht selbst, aber dem Arzt dabei helfen. Einmal habe ich mit einem Arzt den Verband gewechselt oder Ohren geputzt. Manchmal war es sonst einfach nur „Bringe mir die Schere“ oder „In dem Kasten ist ein Verband“ oder „Bringe mir das“ (DiA1:A50)

Auch laut DiA3 erwarten sich manche ÄrztInnen, dass man ihnen assistiert. Sie habe auch schon einmal bei der Durchführung von Untersuchungen geholfen und gab an, bei einem Patienten einen Urintest durchgeführt oder PatientInnen mit Schulterproblemen geholfen zu haben, das T-Shirt auszuziehen (DiA3:A20).

DiA2 berichtet, dass sie als Assistentin Anamnesen und die diktierten Diagnosen in das Computersystem eintrage, bei Bedarf auch Rezepte ausdrücke und Termine mit den PatientInnen für Facharztbesuche vereinbare (DiA2:A66). In manchen Fällen gehörten die PatientInnen ihrer eigenen Sprachgemeinschaft an, sodass sie gleichzeitig als Dolmetscherin und Assistentin fungierte. Dies, ergänzt sie, bereite ihr keinerlei Probleme und habe bis jetzt immer gut funktioniert (DiA2:A70).

LD1, LD2 und LD3 geben an, nicht als ärztliche AssistentInnen tätig gewesen zu sein. Womöglich liegt das daran, dass sie, wie schon erwähnt, für andere Tätigkeiten zuständig sind und nur aufgrund ihrer Zweisprachigkeit bei Bedarf als DolmetscherInnen eingesetzt werden.

6.2.2.2 Fachwissen und Fachterminologie

Bei den InterviewpartnerInnen kam in Bezug auf die Anforderungen seitens der ÄrztInnen auch das medizinische Fachwissen inklusive Fachterminologie zur Sprache. Dabei wurden nach der Datenanalyse ähnliche Ansichten der DolmetscherInnen in Ausbildung festgestellt.

DiA1 zufolge erwarte sich der Arzt/die Ärztin auch medizinische Fachterminologie von den DolmetscherInnen, da diese für die Eintragung der Diagnose ins System gebraucht würde. Sie beschreibt, dass es sich bei den Diagnosen oft um „Zusammensetzungen von drei verschiedenen Wörtern auf lateinisch“ handle und dass es für jemanden wie sie, „der kein Latein hatte in der Schule, nicht immer leicht“ gewesen sei (DiA1:A46). Sie betont aber dabei, dass nicht alle ÄrztInnen das Beherrschen von Fachsprache von dem/der DolmetscherIn erwarten würden: „Die meisten Ärzte nehmen das mit Humor und schreiben dies dann selber

hin oder buchstabieren es, aber es gibt auch Ärzte, die erwarten, dass man das kann.“ (DiA1:A46)

Überdies habe sie den Eindruck, dass der/die DolmetscherIn im Allgemeinen „ein bisschen“ Wissen über medizinische Diagnosen und Krankheiten haben sollte.

DiA2 (A56) und DiA3 (A22) teilen die gleichen Ansichten wie DiA1. Etwas medizinisches Fachwissen würde grundsätzlich schon verlangt werden, es sei aber nicht weiter problematisch, wenn sie nicht sofort den richtigen Fachbegriff parat hätten oder in manchen Situationen auch die Bedeutung des Terminus nachfragen müssten:

[...] und eben auch die erwarten sich nicht irgendwie, dass ich perfekt sofort alles auf einmal weiß. Das ist bis jetzt auch immer okay gewesen auch nachzufragen. Auch wenn Ärzte mit Fachausdrücken um sich werfen, dass ich öfter nachgefragt habe, was das bedeutet [...]. (DiA2:A56)

Auch dazu äußerten sich die LaiendolmetscherInnen nicht. Möglicherweise teilen sich hier die Ansichten der angehenden professionellen und nicht qualifizierten DolmetscherInnen, weil die befragten Dolmetschstudierenden das Fachwissen und Fachvokabular zu ihrer professionellen Rollenauffassung zählen und deshalb annehmen, dass es auch von dem medizinischen Fachpersonal erwartet wird.

Die LaiendolmetscherInnen hingegen nannten in Bezug auf die Frage, was sich die ÄrztInnen von ihnen als DolmetscherInnen erwarten, die rein sprachliche Übertragung, die in der nachfolgenden Subkategorie besprochen wird.

6.2.2.3 Sprachmitteln

Laut den Äußerungen von LD1 und LD2 ist es für den Arzt/die Ärztin wichtig, dass der/die DolmetscherIn die sprachliche Barriere überbrückt. Dabei erwarten die ÄrztInnen eine Eins-zu-Eins Dolmetschung, wo „nichts ausgelassen wird, nichts interpretiert wird“ (LD1:A:30).

LD2 glaubt, dass die ÄrztInnen von den DolmetscherInnen in erster Linie erwarten, dass sie eine reibungslose Kommunikation zwischen ihnen und den PatientInnen ermöglichen. Der Arzt/Die Ärztin wolle genau eine Antwort auf die an den Patienten/die Patientin gerichtete Frage. Erst dadurch könne eine richtige Diagnose gestellt oder die richtige Behandlung gefunden werden (LD2:38).

6.2.2.4 Effizienz und Schnelligkeit

LD3 zufolge erwarten sich die ÄrztInnen von ihr, dass sie auf jeden Fall schnelle Verdolmetschungen liefert und vor allem eine, die ihnen eine Antwort auf ihre Frage gibt. Um diese Ansicht besser zu veranschaulichen, soll ein Zitat von LD3 angeführt werden:

Der Arzt hat eine Ja/Nein-Frage gestellt und dann der Patient sagt so unglaublich viel. „Wie kann ich machen?“, „Wie kann ich übersetzen?“ Aber der Arzt manchmal auch neu, ähm neugierig, aber manchmal auch sie sie haben wenig Geduld und dann sagt er: „Warum so viele Wörter? Ich brauche nur Ja oder Nein.“ (LD3:64)

LD3 ärgere sich in solchen Situationen oft darüber, dass der Arzt/die Ärztin glaube, dass sie dafür verantwortlich sei, dass die PatientInnen nicht kurz und direkt auf solche Fragen antworten. Sie betont dabei mehrmals, dass die ÄrztInnen „sehr wenig Geduld“ haben (LD3:A62).

Im weiteren Verlauf der Datenanalyse wird dieser Aspekt unter der Subkategorie „Gesprächskoordination“ erneut aufgegriffen, da auch andere DolmetscherInnen davon berichten, wie wichtig schnelles und effizientes Dolmetschen bei AmberMed sei.

6.2.3 Anforderungen seitens des Personals

Eine weitere Frage des Interviewleitfadens widmete sich den Anforderungen an die DolmetscherInnen. Hierbei wurde nach den Erwartungen, die das Personal von AmberMed habe, gefragt.

DiA1 und LD3 teilen die gleiche Sichtweise und antworten, dass sich das Personal von ihnen in erster Linie erwarte, dass sie als DolmetscherInnen fungieren. DiA1 ergänzt ihre Aussage und sagt, dass sich Personal sowie PatientInnen hinsichtlich der Dolmetschleistung erwarten, dass „wortgetreu“ und nach „bestem Wissen und Gewissen“ gedolmetscht werde (DiA1:A58).

Nach kurzer Überlegung kann LD2 keine Antwort geben und meint, dass es im Grunde genommen „nichts“ gebe (LD2:A42). Auch DiA2 zufolge würde das Personal von AmberMed „nichts Spezielles“ von ihr verlangen (DiA2:62). DiA2 erwähnt, dass sie „hin und wieder“ dem Arzt/der Ärztin assistieren solle, aber nicht „müsse“ (DiA2:A64).

LD1 berichtet zusätzlich darüber, dass es bei AmberMed willkommen sei, wenn die DolmetscherInnen auch „sozialarbeiterisch mitarbeiten“ können und, wenn notwendig, auch als ärztliche Assistenz verfügbar seien.

DiA3 schildert, dass man von DolmetscherInnen und AssistentInnen bei AmberMed erwarte, dass „man so die Regeln von AmberMed kennt“. Darunter versteht sie, dass man als AssistentIn beispielsweise mit der Vorgehensweise in gewissen Situationen vertraut sei:

Dann falls man assistiert wie man halt das ganze System bedient natürlich, dann dass man weiß, dass es ein schwarzes Buch gibt, wo die Termine für die Fachärzte eingetragen werden ähm, dass man weiß, wo man die Medikamente abholen kann, dass man weiß wie man Überweisungen ausdrückt. Dass man auch weiß, wie man bei der Apotheke anruft, wenn man mal nach einem Medikament fragen muss oder beim im Krankenhaus, wenn man einen Termin ausmacht für die Patienten, weil die können selber nicht anrufen, weil sie ja kein Deutsch können. (DiA3:24)

DiA3 fügt noch hinzu, dass sie ihren Einschätzungen nach viel mehr als ärztliche Assistentin denn als Dolmetscherin tätig gewesen sei und betont, dass meistens das Assistieren wichtiger als das Dolmetschen gewesen sei. Manchmal hätten sie an einem Tag bis zu 30 PatientInnen gehabt, wovon sie für „maximal 7 bis 10“ PatientInnen gedolmetscht und die restliche Zeit assistiert habe (DiA3:26).

Im Allgemeinen geht aus der Analyse deutlich hervor, dass die Anforderungen bei AmberMed aus Sicht der DolmetscherInnen bei weitem mehr implizieren als nur die bloße Dolmetschtätigkeit. Während von den PatientInnen weder Fachwissen noch Fachterminologie erwartet wird, sind diese laut Ansicht der DolmetscherInnen für die ÄrztInnen von Bedeutung. Zudem erwarten sowohl PatientInnen, ÄrztInnen und das Personal von AmberMed die Bereitschaft von den DolmetscherInnen, auch bei anderen Tätigkeiten und Fragen verfügbar zu sein. Auffällig ist, dass von keinem/keiner der DolmetscherInnen die Rolle des Kulturmittlers/der Kulturmittlerin zur Sprache gebracht wird. Sehr wohl wird aber die kulturelle Kompetenz als wichtig erachtet, die im weiteren Verlauf der Arbeit präsentiert wird.

6.3 Kompetenzen

Ein weiterer Schwerpunkt der vorliegenden Masterarbeit war es, zu untersuchen, welche Kompetenzen für das Dolmetschen bei AmberMed erforderlich sind. Auf den nachfolgenden Seiten werden die Ergebnisse der Datenanalyse hinsichtlich dieses Aspektes vorgestellt. Dabei werden zu Beginn allgemeine Kompetenzen präsentiert.

6.3.1 Allgemeine Kompetenzen für AmberMed

6.3.1.1 Sprachkompetenz

DiA1 führt mehrmals an, dass Sprachkompetenzen im medizinischen Kontext wie für jeden anderen Einsatzbereich grundlegende Eigenschaften seien. Sie geht aber kein einziges Mal ausführlicher auf die Sprachkompetenzen ein.

DiA3 sagt auch, dass das Beherrschen beider Arbeitssprachen erforderlich sei. Sie erwähnt, dass jeder Arzt/jede Ärztin eine „eigene Redart“ habe. Manche verwenden nur Latein und andere hingegen sprechen auch auf Dialekt, was DiA3 gefalle, weil sie sich dadurch „locker“ fühle und nicht bemühen müsse, auf Hochdeutsch zu sprechen (DiA3:A58). DiA3 zufolge bedienen sich die PatientInnen auch eines Dialektes oder sprechen die Sprache oft nur „bruchhaft“, was ihr Schwierigkeiten beim Notizennehmen bereite (DiA3:A42).

LD2 und LD3 sprechen ebenfalls im Hinblick auf die Sprachkompetenzen das Verstehen und Dolmetschen von unterschiedlichen Dialekten an. LD3 berichtet, dass viele der PatientInnen ungebildet seien und nur lokale Dialekte beherrschen. Sie selbst beherrsche allerdings nur die Hochsprache, aus diesem Grund falle es ihr schwer, die Aussagen der PatientInnen zu verstehen und dementsprechend auch die Aussagen des Arztes/der Ärztin für die PatientInnen verständlich zu dolmetschen (LD3:A38; LD3:A46). Sie sei daher oft gezwungen, mehrere Male bei dem Patienten/der Patientin nachzufragen, was er/sie damit meine. LD3 würde, um sicher zu gehen, ob sie den Patienten/die Patientin richtig verstanden hat, noch einmal die Äußerung des Patienten/der Patientin in die Hochsprache übertragen und nachfragen. Oft gebe es nämlich PatientInnen, die die Hochsprache zwar verstehen, aber sie selbst nicht sprechen könnten. Für sie sei dieser Prozess sehr mühsam. „So ich muss die Wörter von den Patienten nehmen und dann ein bisschen in meinem Kopf nochmal organisieren und dann ich hab noch einen Satz von mir von Hochsprache, dann muss ich fragen, ob das richtig ist.“ (LD3:A46) Wenn sie für die PatientInnen das, was der Arzt/die Ärztin gesagt hat, dolmetsche und sehe, dass der/die PatientIn die Verdolmetschung nicht verstehe, dann würde sie versu-

chen, die Sprache zu „vereinfachen“. Sie erwähnt in diesem Kontext, dass sie die Verdolmetschung zum besseren Verständnis oft nicht nur wegen der dialektalen Varietäten vereinfachen müsse, sondern auch wegen des niedrigen Bildungsniveaus der PatientInnen. Die ÄrztInnen seien laut LD3 „sehr gut ausgebildet“, während die PatientInnen sehr ungebildet seien und es gebe „einen sehr großen Unterschied“ hinsichtlich des Sprachniveaus der beiden GesprächsteilnehmerInnen. LD3 versuche in derartigen Situationen ein Gleichgewicht zu finden. „Da muss ich dann die Wörter von den Patienten auch verstehen und dann die Wörter vom Arzt auch verstehen, dann irgendwie zusammenbinden.“ (LD3:A56) Die Ergebnisse der Studie von Pöchhacker (1997) deuten bereits auf die Problematik des ungleichen Wissensstandes der Gesprächsparteien hin. Im Rahmen der Untersuchung gab die Hälfte der befragten DolmetscherInnen an, dass das „geringe Sachverständnis“ der PatientInnen „fast immer“ eine Herausforderung für sie darstellt (Pöchhacker 1997:166; vgl. auch Zimmermann 2000:25).

LD1 bestätigt die Aussagen von LD3. Das Problem sei, dass der Arzt/die Ärztin oft so fachspezifisch spreche, dass der/die PatientIn nichts verstehe. LD1 würde wie LD3 versuchen, die Aussagen des Arztes/der Ärztin so einfach wie möglich zu halten, um sie den PatientInnen verständlich zu machen (LD1:A82) Meistens würde der Arzt/die Ärztin von selbst dieses Problem erkennen und dem/der DolmetscherIn direkt sagen, dass er/sie es gleich in einfachen Worten übertragen solle (LD1:A:84).

LD2 hat ähnliche Erfahrungen gemacht und betont ebenfalls, dass die medizinische Fachsprache sowie die empfängerorientierte Übertragung für das Dolmetschen bei AmberMed relevant seien. Sie habe schon öfter Analphabeten als PatientInnen gehabt, denen sie mit eigenen Worten oder sogar mithilfe von Zeichnungen versucht habe, die Äußerungen des Arztes/der Ärztin zu erklären.

Auf der Grundlage der dargestellten Interviewergebnisse lässt sich erkennen, dass die DolmetscherInnen von performanzdeterminierenden Kompetenzen sprechen. Sie sprechen teilweise sowohl die Verstehensfertigkeiten als auch Produktionsfertigkeiten an, die auch im eigenen kombinierten Kompetenzmodell berücksichtigt wurden.

Auffällig ist, dass hinsichtlich der Sprachkompetenz bei den LaiendolmetscherInnen die dialektalen Varietäten sowie das unterschiedliche Bildungsniveau im Arzt/Ärztin-PatientIn Gespräch zur Sprache gebracht werden, während diese Aspekte bei den DolmetscherInnen des Zentrums für Translationswissenschaft unerwähnt bleiben.

6.3.1.2 Kulturkompetenz

An dieser Stelle sei auf das Kapitel 3.1.2 hingewiesen, das sich detailliert mit der Bedeutung der Kultur im medizinischen Kontext beschäftigt.

DiA1 erwähnt im Laufe des Interviews mehrmals, wie bedeutend ausgeprägte Sprach- und Kulturkenntnisse beider Arbeitssprachen seien. Besonders das kulturelle Wissen sei bei AmberMed sehr oft gefragt. Gemäß ihren Aussagen gehöre zu den Kulturkompetenzen das Wissen über bestimmte Krankheiten und Diagnosen in den jeweiligen Kulturgemeinschaften. Mit diesem Wissen könne sie ihrer Erfahrung nach zu „Erfolgsergebnissen in der Behandlung“ beitragen (DiA1:A60). DiA1 mache den Arzt/die Ärztin auf kulturelle Missverständnisse wie beispielsweise Tabuthemen aufmerksam, indem sie direkt ins Gespräch eingreife. Dies mache sie immer unabhängig davon, ob sie als Dolmetscherin oder Assistentin fungiere. Sie erzählt in diesem Zusammenhang von einem Fall, in dem sie als Assistentin einer muslimischen Frau, die dringend einen Frauenarzt gebraucht habe, ausschließlich einen Termin bei einer Frauenärztin gesucht habe, weil sie gewusst habe, dass sie sich bei einer Frauenärztin „wohler fühl[e]“ (DiA1:A98).

DiA3 vertritt diesbezüglich dieselbe Ansicht wie DiA1 und weist auf die unterschiedlichen Gesundheitssysteme des Gast- und Heimatlandes der PatientInnen hin. Es sei manchmal erforderlich, den Arzt/die Ärztin oder den Patienten/die Patientin über diese Unterschiede aufzuklären, um Missverständnisse zu vermeiden. Zum kulturellen Wissen gehöre DiA3 zufolge auch, dass man als DolmetscherIn über Bräuche der fremdsprachigen PatientInnen Bescheid wisse. Sie führt dazu folgendes Beispiel an:

Es war mal eine da, die hat so gesagt, also, die hat zum Weinen angefangen, weil ihr Sohn verstorben ist und jetzt musste sie aber, genau, sie konnte jetzt aber vor zwei Wochen, da hätte sie einen Termin bei AmberMed gehabt, da konnte sie leider nicht kommen, weil sie zur Beerdigung musst und dann hat halt die Ärztin so gefragt: „Sie haben ja gesagt, dass ihr Sohn...“ Genau, sie hat nämlich gesagt, dass ihr Sohn schon vor einem Jahr gestorben ist, sie aber jetzt vor zwei Wochen auf der Beerdigung war. Und dann sagt die Ärztin so: „Also ist ihr zweiter Sohn schon gestorben oder wie?“ Dann sagt sie so: „Nein, der ist schon vor einem Jahr gestorben.“ Aber viele haben halt einfach nicht gleich das Geld, dass sie ihn gleich beerdigen oder es gibt halt schon eine Beerdigung, aber nach einem Jahr erst so eine wirklich größere, wo halt dann die ganze Familie dann eingeladen werden kann, weil es kostet halt Geld und nicht jeder hat sofort so viel Geld, dass er dann so ein Essen allein so für 40 Leute

zahlt oder irgendwie sowas in der Art. Muss man dann halt auch wissen, was so der Brauch ist. (DiA3:84)

Hinsichtlich der kulturellen Kenntnisse erwähnt LD3 die unterschiedliche Auffassung von Krankheit und Medizin. Die ÄrztInnen sprechen von Symptomen und Fakten, die PatientInnen hingegen haben „sehr viel im Kopf, das ganz anders ist“ (LD3:A140).

LD1 spricht von einem bestimmten Fall, in dem es zu einem kulturell bedingten Konflikt kam. Sie habe einer Patientin mitteilen sollen, dass sie Krebs hat und „sofort nach [LAND]⁶ muss, sonst stirbt sie.“ In diesem Moment wusste sie nicht, ob sie diese Nachricht genau so, wie der Arzt es gesagt hat, übertragen, oder ob sie diese an die Kultur der Patientin anpassen soll. In der Kulturgemeinschaft der Patientin sage man in solchen kritischen Situationen „nicht unbedingt die Wahrheit“. „Also bei uns [...] sagen die Ärzte: ‚Ah es ist doch eine sehr ernste Krankheit, aber wir schauen.‘“ (LD1:A42) Sie erklärt, dass sie sich schließlich dafür entschieden habe, so zu übertragen, wie es in der dominierenden Kultur üblich sei:

Ja, ich habe mich so dafür entschieden, weil ich mir gedacht habe: „Okay, es ist in Österreich anders. In Österreich hat der Patient das Recht seine Diagnose rechtzeitig zu erfahren. Die Ernstigkeit der Diagnose zu erfahren, um handeln zu können und wenn ich das so wie in Land-X mache und nur Halbwahrheiten erzähle, versteht sie vielleicht nicht, wie wichtig es ist, sofort operieren zu gehen. (LD1:A44)

Dieses Beispiel lässt darauf schließen, dass LD1 kurzzeitig in einen kulturellen Konflikt geraten ist. Die Tatsache, dass sie den kulturellen Unterschied der dominierenden Kultur angepasst hat, lässt einen Vergleich zur Rolle des *system agent* von Leanza erkennen (vgl. Leanza 2005:186).

An den Aussagen von LD1, LD3, DiA1 sowie DiA3 und an ihren Beispielen lässt sich erkennen, dass die Kulturkompetenz auch bei AmberMed unabdingbar ist. Lediglich LD2 und DiA2 äußerten sich nicht zu diesem Thema.

⁶ Anmerkung: Das Land wurde zum Schutz der Identität der befragten Person anonymisiert.

6.3.1.3 Fachwissen und Fachterminologie

Barowski (2007:76ff) schreibt dem Fachvokabular sowie Fachwissen im medizinischen Kontext große Bedeutung zu. In den Interviews der vorliegenden Studie wurde die medizinische Fachkompetenz von den DolmetscherInnen mehrmals angesprochen.

DiA1 berichtet, dass für die Dolmetschtätigkeit bei AmberMed nicht nur medizinisches Fachvokabular, sondern auch medizinisches Fachwissen erforderlich sei. Das fachspezifische Wissen brauche man in erster Linie für die Tätigkeit als AssistentIn. „Da braucht man dann schon die medizinische Terminologie und Latein. Generell ein bisschen Wissen über die medizinischen Diagnosen und Krankheiten.“ (DiA1:46) Überdies solle der/die AssistentIn die Bezeichnung der ärztlichen Instrumente oder der Medikamente kennen.

DiA3 erachtet das medizinische Fachwissen ebenfalls als notwendig für die ärztliche Assistenz. Es sei sehr hilfreich, wenn man die „Anatomie des Menschen“, „die gängigsten Gelenke und Muskeln“, oder „die Bezeichnung für die inneren Organe“ kenne. Des Weiteren sollte der/die AssistentIn eventuell wissen, auf welche Faktoren das Blut getestet wird, wie man den Harn testet oder „welche Medikamente wofür gut sind“ (DiA3:A28).

Hinsichtlich des medizinischen Fachwissens erwähnt LD2 ähnlich wie DiA1 und DiA3 das Wissen über die „inneren Organe“ und „bestimmte Diagnostik“ (LD2:A26).

DiA1, DiA2, DiA3 sowie LD3 erwähnen in diesem Zusammenhang auch Lateinkenntnisse, die die Arbeit bei AmberMed deutlich erleichtern können (DiA1:A112; DiA2:A74; DiA3:A36; LD3:A120). DiA2 merkt an, sich schon an der Universität viel medizinisches Fachwissen und Fachvokabular aneignen haben zu können. Auch ihre zuvor erworbenen Lateinkenntnisse seien in diesem Kontext sehr hilfreich gewesen (DiA2:A74).

LD1 misst der medizinischen Terminologie ebenso große Bedeutung bei. Sie meint, dass es äußerst wichtig sei, als DolmetscherIn die richtige Terminologie in beiden Sprachen parat zu haben. LD1 zufolge müsse man für die ärztliche Assistenz im Grunde genommen über kein medizinisches Vorwissen verfügen, da dieses im Laufe der Zeit erworben werde (LD1:A38).

Die meisten der befragten DolmetscherInnen sind der Meinung, dass es auch in Ordnung sei, sich noch unbekannte Begriffe erklären zu lassen oder zu umschreiben (LD2, LD3, DiA1, DiA2). Für DiA1 sei dieser Lösungsansatz aber sehr unangenehm, weil es „unprofessionell rüberkomm[e]“. Aus diesem Grund versuche sie, sich entsprechend vorzubereiten (DiA1:A112). Aus der Datenanalyse geht deutlich hervor, dass die medizinische Fachkompetenz unabdingbar für das Dolmetschen bei AmberMed ist.

6.3.1.4 Gesprächskoordination

Gentile et al. (1996) sprechen im Zusammenhang mit den *appropriate techniques* über die Kompetenz der Sprecherwechselsteuerung im Kommunaldolmetschen. Besonders im medizinischen Kontext ist es für DolmetscherInnen unabdingbar, das Gespräch zu koordinieren und auch die Situation unter Kontrolle zu halten, da die PatientInnen oft Begleitpersonen mitnehmen, die sich in das Arzt/Ärztin-PatientIn-Gespräch einbringen (vgl. Gentile et al. 1996:35; vgl. auch Barowski 2007:74). Auch in der vorliegenden Untersuchung spiegelte sich diese Tatsache wider.

LD2 berichtet über eine Situation, in der mehrere Personen gleichzeitig zu sprechen begannen und sie als Dolmetscherin in das Gespräch eingegriffen habe, um die Situation unter Kontrolle zu halten. „Wenn hundert auf einmal sprechen, dann sage ich: ‚Okay stopp. Ich jetzt rede jetzt mit dem, nachher sagst du weiter.‘ Ich versuche, die Kontrolle zu behalten.“ (LD2:A84)

LD3 hat ähnliche Erfahrungen gemacht. Sie erzählt, dass die PatientInnen, auch wenn mehrere in der Ordination anwesend seien, nie durcheinander sprechen würden (LD3:A152). Jedoch passiere es oft, dass Arzt/Ärztin und PatientIn zugleich sprechen. Sie würde wie LD2 ins Gespräch eingreifen und meistens den Arzt/die Ärztin zuerst zu Wort kommen lassen (LD3:A158). DiA1 bringt während des Interviews ebenso zum Ausdruck, dass „das Gespräch koordinieren“ und „auch oft direkt eingreifen“ bei AmberMed notwendig seien (DiA1:A62).

Das direkte Eingreifen sei aus unterschiedlichen Gründen nötig. DiA2 habe genauso wie DiA3 schon einmal die Erfahrung gemacht, dass PatientInnen Begleitpersonen mithatten, die für sie gesprochen haben. DiA2 geht im Interview auf einen konkreten Fall ein. Sie habe einmal in der Ordination eine Patientin gehabt, die von ihrem Mann begleitet worden sei. Dieser habe für sie gesprochen, was DiA2 als sehr „störend“ empfunden habe. Zuerst habe sie versucht, den Blickkontakt bei der Verdolmetschung mit der Patientin zu halten, um sie direkt anzusprechen. Als der Mann dennoch für seine Frau weitergesprochen habe, habe sie eingegriffen und ihn aufgefordert: „So bitte, lassen Sie sie reden.“ (DiA2:A86) DiA3 halte es ebenfalls für notwendig, in derartigen Fällen einzugreifen, jedoch mache dies ihrer Erfahrung nach „dann auch eigentlich der Arzt“ (DiA3:A100).

Zudem geht aus den Interviews im Zusammenhang mit der Gesprächskoordination hervor, dass die DolmetscherInnen auch dann eingreifen, wenn der/die PatientIn viele Aussagen tätigt, die für den Arztbesuch nicht relevant seien (DiA1:A64; DiA3:A90; LD2:A78; LD3:A158). Das vor allem aus dem Grund, weil schnelles und effizientes Arbeiten sowie

Dolmetschen bei AmberMed notwendig seien (LD1:A30; LD2:A78; DiA1:A66). An dieser Stelle soll die Ausführung von DiA1 angeführt werden:

Ich wollte noch sagen, dass die Patienten oft Sachen erzählen, die uns eigentlich als Arzt und Dolmetscher gar nicht angehen. Sie erzählen dann Sachen, die vor zwei Jahren passiert sind. Dass die Patientin sich von ihrem Mann hat scheiden lassen, was für den Arztbesuch nicht relevant ist und da macht man auch Stopp, weil es kommen viele Patienten, 40 oder 50 Patienten am Tag und die müssen alle behandelt werden. Da muss man halt auch Stopp machen, damit man weiter kommt. Das wäre dann eben ein Gespräch koordinieren, ein Gespräch lenken als Dolmetscher. (DiA1:A66)

In solchen Fällen würde auch LD3 gleich eingreifen: „Moment, Moment“ sage ich immer.“ (LD3:A160) LD2 merkt ebenfalls an, dass die PatientInnen manchmal „eine halbe Stunde“ reden würden und oft „von den selben Sachen“ (LD2:A78). Manchmal würde sie die Aussagen der PatientInnen gekürzt wiedergeben, um schneller voranzukommen. Dasselbe mache manchmal auch DiA3, denn der/die PatientIn „schwafel[e] dann eine Stunde oder so“ und sie „dolmetsch[e] dann nur fünf Minuten“ (DiA3:A90). Beide (LD2:A78 und DiA3:A92) klären unmittelbar danach den Arzt/die Ärztin bei deutlich kürzeren Dolmetschungen auf.

Ja, dann sage ich ihm halt, dass der Blödsinn gerade gesprochen hat, also ich sage ihm das dann wirklich oder am Anfang habe ich jeden Satz gedolmetscht und dann keine Ahnung, dann erzählt der Patient irgendetwas von seinem Enkel oder vom Vater und von dem Ehepartner und der Arzt hat ihn nur gefragt, wieso er eigentlich letzte Woche nicht da war (lacht). (DiA3:A92)

Überdies merken DiA3 und DiA1 an, dass sie auch eingreifen, wenn sie das Gefühl haben, dass der Arzt/die Ärztin zu lange spricht oder es zu schnell wird (vgl. auch Gentile et al. 1996:25). DiA1 erzählt wie folgt:

Also ich greife ein zum Beispiel, wenn der Arzt sich voll in sein Gespräch einlebt und die Blutergebnisse runter liest und ich muss eigentlich gleichzeitig dolmetschen, und da ich aber nicht Medizin studiert habe, hab ich Schwierigkeiten mit medizinischen Begriffen umzugehen erstens, und zweitens diese dann zu dolmetschen und drittens dann noch simultan quasi und viertens bei so einer Schnelligkeit geht das einfach nicht. (DiA1:A64)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass hinsichtlich der Gesprächskoordination unterschiedliche Aspekte angesprochen wurden. In erster Linie ist es für den/die DolmetscherIn erforderlich, bei gleichzeitigem Sprechen, wenn die Begleitperson für den Patienten/die Patientin spricht, bei zu langen Redeabschnitten oder bei irrelevanten Aussagen seitens der PatientInnen aufgrund des Zeitmangels einzugreifen.

6.3.1.5 Emotionale und psychische Stabilität

Im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit wurde mehrmals auf die allgemeinen Stressfaktoren beim Dolmetschen (vgl. Albl-Mikasa 2012:74) sowie die beim Dolmetschen im medizinischen Kontext erforderliche emotionale Stabilität hingewiesen (vgl. Gentile et al. 1996:29; Pöllabauer 2002:201). Aufgrund der Relevanz dieser Kompetenzen für das Dolmetschen im Gesundheitsbereich wurden sie auch im kombinierten Kompetenzmodell aufgenommen.

Aus der Datenanalyse der vorliegenden Arbeit geht eindeutig hervor, dass das Dolmetschen bei AmberMed als emotional belastend empfunden wird und es für einen/eine DolmetscherIn daher wichtig ist, sich von den belastenden Fällen der PatientInnen abgrenzen zu können. Dies bestätigten im Rahmen der Interviews alle DolmetscherInnen mit Ausnahme von LD2.

DiA1 hebt hervor, dass Emotionen eine große Rolle spielen und „das Schwierigste“ sei, sich „vom Geschehen“ zu distanzieren. Sie erklärt, dass sie bei AmberMed die „Vorgeschichten der Patienten“ zu hören bekomme, die „meistens nicht sehr schön“ seien. Sie habe schon viele „traurige, schreckliche Geschichten“ gehört, welche sie als belastend empfinde (DiA1:A34). Sie betont, dass diese sie vor allem am Anfang „sehr mitgenommen“ haben (DiA1:A90).

Auf die Frage, welche weiteren Eigenschaften ein/e DolmetscherIn bei AmberMed mitbringen sollte, geht DiA2 auch explizit auf die emotionale Belastung ein. Sie betont, dass es vor allem im medizinischen Kontext wichtig sei, „sich abgrenzen zu können von den gedolmetschten Patienten“. Einige Fälle würden sie mehr belasten als andere.

[...] [A]ber es gibt da halt schon so Themen, die einem besonders nahegehen und, wenn das dann der Fokus des Tages ist, dann also ich gehe dann schon immer mit so einem schweren Gefühl nach Hause. Das ist halt psychisch nicht so gut. (DiA2:A116)

DiA3 bestätigt ebenfalls, dass die Tätigkeit als DolmetscherIn bei AmberMed belastend sei: „Das lässt dich ja nicht los, dann denkst du so darüber nach und das musst du dann verarbei-

ten auch.“ (DiA3:A48). Für DiA3 sei es besonders am Anfang schwierig gewesen, sich von den belastenden Fällen abzugrenzen. Bei ihrem ersten Dolmetschereinsatz bei AmberMed sei sie „so geschockt gewesen im ersten Moment“ und fügt hinzu, dass sie sich auf den ersten Einsatz eventuell hätte besser psychisch vorbereiten sollen: „[...] habe ich ja nicht gemacht, ich habe es ja nicht gewusst, aber ich hätte mich darauf vorbereiten können, um zu wissen was für Patienten ungefähr kommen werden“ (DiA3:A46).

Auch unter den LaiendolmetscherInnen wurde das Thema der emotionalen und psychischen Belastung angesprochen. LD1 schildert einen ihrer ersten Fälle, wo sie einer Patientin die Diagnose Brustkrebs habe beibringen müssen (LD1:A42). Dies habe sie emotional sehr mitgenommen und sie habe „lange Zeit darüber auch zuhause gesprochen“ (LD1:A46).

Auf die Frage, ob LD3 über ihre Dolmetschleistung nachdenkt, bringt sie zum Ausdruck, dass sie zwar nicht über die Leistung selbst nachdenke, aber über den Patientenfall. Es gebe viele „traurige“ und „ärgerliche“ Geschichten, die sie belasten (LD3A:134).

Wie zu Beginn dieser Unterkategorie bereits erwähnt, gab LD2 als einzige an, dass sie die Tätigkeit nicht als emotional belastend empfinde. Für sie sei das ganz im Gegenteil etwas, das sie „aufbauen“ würde. Sie fühle sich gut dabei und mache es gerne (LD2:A94).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Tätigkeit bei AmberMed als psychisch belastend empfunden wird und Kompetenzen dafür erforderlich sind, um in der Lage zu sein, sich von den belastenden Fällen der PatientInnen abzugrenzen.

In diesem Kontext führten DiA1, DiA3 sowie LD3 an, dass sie mithilfe der Supervisionen, die ihnen seitens von AmberMed angeboten werden, gelernt haben sich abzugrenzen, um emotional und psychisch nicht belastet zu werden (DiA1:A38; DiA3:A52; LD3:A136).

6.3.1.6 Soziale Kompetenz

Der Großteil der interviewten DolmetscherInnen sprach im Laufe der Interviews allgemeine persönliche Eigenschaften an, die ein/e DolmetscherIn bei AmberMed besitzen sollte. Dabei beziehen sich diese Kompetenzen nicht nur auf die Dolmetschtätigkeit, sondern auch auf das Team von AmberMed. Beispielsweise führt DiA2 „Offenheit“ und „Gelassenheit“ an, um generell gut in das Team zu passen (DiA2:A114). DiA3 beschreibt das Team als „lässig“ sowie „nett“ (DiA3:102). LD3 nennt Verantwortungsbewusstsein und Verlässlichkeit als wichtige Eigenschaften (LD3:A150).

LD1 zieht einen Vergleich zu ihrer anderen Tätigkeit als Dolmetscherin und stellt fest, dass bei AmberMed ihre sozialen Kompetenzen viel mehr gefragt sind. Wenn sie woanders dolmetsche, übernehme sie „rein die Rolle des Dolmetschers“ und nehme sich „sehr raus aus

dem Gespräch“. Bei AmberMed, betont sie, würde sie hingegen beim Patienten/bei der Patientin nachfragen, ob er/sie die Dolmetschung verstanden habe oder ob sie sie erneut wiederholen solle:

Und bei AmberMed ist es so, wenn der Arzt sagt, der Patient soll die Tabletten eine Woche lang morgens und abends nehmen und in der zweiten Woche nur eine, frage ich fünf Mal nach. Der Patient soll es mir dann erklären, weil ich wissen will, ob er es verstanden hat. (LD1A:24)

Aus dem angeführten Beispiel kann abgeleitet werden, dass LD1 nicht nur als ein Bindeglied zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn fungiert, sondern auch selbst zu einer dritten aktiven Gesprächspartei wird. Zudem wird auch der Begriff Mitgefühl mehrmals von LD1 erwähnt, den sie wie folgt erläutert: Der/Die DolmetscherIn sollte ein gewisses Verständnis für die Situation der PatientInnen aufbringen, dafür, dass sie keine Versicherung haben und „irgendwo am Rande der Gesellschaft leben“. Jemand, der dafür kein Verständnis habe, würde sich bei AmberMed nicht wohlfühlen (LD1:A72).

LD2 äußert sich ähnlich wie LD1 und beschreibt, dass man sich als DolmetscherIn stets neutral verhalten müsse, unabhängig davon, welcher sozialen Schicht der/die PatientIn angehöre. LD2 erwähnt zudem „Menschenfreude“ und „kommunikativ sein“ (LD2:A54). Sie hebt zudem hervor, dass bei AmberMed auch Hilfsbereitschaft bedeutend sei. Man helfe sich gegenseitig und jede/r würde, wenn notwendig, auch Aufgaben eines/einer anderen übernehmen (LD2:A56).

6.3.2 Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz bei AmberMed

Auf die Frage, ob sich die DolmetscherInnen auf Dolmetscheinsätze bei AmberMed vorbereiten, wurden unterschiedliche Antworten gegeben. Während die Studierenden vom Zentrum für Translationswissenschaft sowie LD1 angeben, sich in erster Linie für die ersten paar Dolmetscheinsätze vorbereitet zu haben, haben sich LD2 und LD3 noch nie für einen Einsatz vorbereitet.

DiA1 habe viel Rechercharbeit vor dem ersten Dolmetscheinsatz geleistet. Um sich gezielt vorbereiten zu können, habe sie sich beim Personal informiert, mit welchen Krankheiten die Menschen vorwiegend zu AmberMed kommen. Daraufhin habe sie sich in gewisse Krankheiten wie Diabetes oder Masern eingelese und parallel dazu Wortlisten erstellt (DiA1:A:68; A76).

DiA2 habe sich ebenfalls vorbereitet, indem sie sich ihre „alten Wortlisten und Glossare“ zum Thema Medizin genau „angeschaut“ habe (DiA2:A92). DiA3 erwähnt auch ein Glossar, welches die „wichtigsten Körperteile vom Menschen, von den Gelenken, die inneren Organe und die Sehnen“ in beiden Arbeitssprachen beinhaltete. Sie habe sich dieses ausgedruckt und ein „paar Mal durchgelesen“ (DiA3:A40). LD1 berichtet lediglich, dass sie sich medizinisches Vokabular für den Dolmetscheinsatz angeeignet habe (LD1:A42).

Im Vergleich zu den Dolmetschstudierenden, einschließlich LD1, haben sich LD2 und LD3 gar nicht vorbereitet. LD2 gibt an, zuvor schon „öfters“ im medizinischen Kontext gedolmetscht zu haben und sich deshalb schon vorbereitet gefühlt zu haben. Außerdem meint sie, dass es nicht unbedingt erforderlich sei, da man immer nachfragen könne, was einzelne Begriffe bedeuten, und man nie auslerne, weil es „immer was zu lernen“ gebe (LD2:A64).

Die nächste Frage des Interviewleitfadens war, ob sie sich weiterhin auf Dolmetscheinsätze vorbereiten. Da diese Frage mit der zuvor gestellten Frage zusammenhängt, wird diese ebenfalls unter dieser Hauptkategorie besprochen.

DiA1 habe am Anfang der Tätigkeit bei AmberMed ihre Wortliste immer wieder erweitert. Sie habe sich Begriffe, die ihr noch unbekannt waren, notiert, um diese zuhause in ihre Wortliste einzutragen (DiA1:A68). Jedoch seien die Begriffe mit der Zeit immer weniger geworden und sie habe sich nach einiger Zeit „einfach eingelebt“ und nicht mehr das Gefühl gehabt, sich vorbereiten zu müssen. DiA2 äußert sich ähnlich wie DiA1: Sie fühle sich „relativ gut vorbereitet [...] im Allgemeinen“. Außer es handle sich um Facharztgespräche, dafür erstelle sie sich zusätzlich Glossare (DiA2:A100). DiA3 bestätigt die Aussagen von DiA1 und DiA2: „Ja ich fühle mich schon sicher. [...] Vielleicht aufgrund der Erfahrung, aufgrund des Wissens, weil man den Ablauf kennt [...].“ (DiA3:A56)

LD1 betont, dass sie sich für andere Dolmetschtätigkeiten zwar schon noch vorbereite, bei AmberMed jedoch nicht mehr (LD1:A52). LD2 und LD3 bereiten sich wie oben erwähnt beide nicht vor. LD3 erwähnt nur, dass sie sich neue Begriffe im Rahmen ihrer Einsätze auf einen Notizzettel notiere und diese dann lerne (LD3:A110).

Nachdem im Unterkapitel 6.3.1.3 das medizinische Fachwissen und Fachterminologie als relevant für die Tätigkeit als DolmetscherIn bei AmberMed hervorgehoben wurden, sind auch die Kompetenzen für eine gezielte Vorbereitung einschließlich Terminologiearbeit nicht außer Acht zu lassen (vgl. Albl-Mikasa; Pöchhacker 2001:22). Zudem verdeutlichten die DolmetscherInnen, dass sie ihre Glossare bzw. Wortlisten immer wieder erweitern. Diese Kompetenz wird im kombinierten Kompetenzmodell unter der postperformativen Phase angeführt.

6.3.3 Vor- und Nachgespräche bei AmberMed

Grundsätzlich werden laut DiA1 keine professionellen Vor- und Nachgespräche geführt. Manchmal kommt es vor, dass man sich, bevor der/die PatientIn in die Ordination kommt, kurz über seine bisherige Krankengeschichte austauscht und im Nachhinein eventuell etwas „kommentiert“ (DiA1:A84).

DiA2 sagt ebenfalls, dass es sehr selten eine Art von Vor- und Nachgesprächen gebe. „Hin und wieder“ bekomme sie Informationen kurz vor dem Dolmetscheinsatz, wenn es sich um „außergewöhnliche“ Fälle wie z. B. „schwere Krankheiten“ handle (DiA2:A104).

DiA3 zufolge sei es vom Arzt/von der Ärztin abhängig, ob Vor- und Nachgespräche geführt werden. Manche ÄrztInnen würden vor Arbeitsbeginn kurz erläutern, welche Vorgehensweise der/die DolmetscherIn beim Dolmetschen beachten sollte. Manche ÄrztInnen „sagen auch, du sollst wirklich das Gespräch managen, sage ich jetzt mal, nicht führen, sondern wirklich nur schauen, dass nicht auf einmal durcheinander gesprochen wird“ (DiA3:A62).

Laut LD1 gebe es Nachgespräche sehr selten. Vorgespräche hingegen werden immer vor Ordinationsbeginn geführt. Dabei werde nichts in Bezug auf die Dolmetschung besprochen, sondern eher allgemeine Themen und Organisatorisches (LD1:A58).

LD2 geht nicht ausführlich auf die Frage ein und meint, dass es zu Vorgesprächen nur komme, wenn es „spezielle Patienten“ seien (LD2:A70).

LD3 gibt an, dass sie noch nie Vor- und Nachgespräche gehabt habe (LD3:A128).

Die Ergebnisse zeigen auf, dass bei AmberMed nur teilweise Vor- und Nachgespräche geführt werden. Keine der befragten Personen bringt zum Ausdruck, dass es sich dabei um Besprechungen im Hinblick auf die Dolmetschqualität handelt.

6.3.4 Feedback zur Dolmetschleistung

DiA1 war sich zunächst eigentlich gar nicht bewusst, dass sie Feedback erhält. Nach kurzer Überlegung erzählt sie, dass sehr wohl Feedback von den ÄrztInnen gegeben werde. Die meisten ÄrztInnen loben sie und seien ihr für ihre Dolmetschtätigkeit „dankbar“:

Also, nicht jetzt wieder, dass irgendjemand etwas sagt, aber es gibt dann Ärzte, die am Ende des Tages sagen: „Danke, das haben Sie echt toll gemacht. Das haben Sie super gemeistert.“ Also, eigentlich schon. Eigentlich schon. Wenn ich jetzt so darüber nachdenke. Ich habe nie darüber nachgedacht, aber wenn du mich so fragst, dann würde ich

schon sagen. Es ist natürlich nicht bei jedem Arzt, aber meistens sagen die Ärzte am Ende des Tages „Danke“ und loben die Arbeit des Dolmetschers. (DiA1:A88)

DiA2 bekomme auch oft positives Feedback von den ÄrztInnen zu hören. Das Feedback bezieht sich nicht nur auf die „Qualität der Dolmetschung“, sondern auch auf das „Sprechtempo“, die „Lautstärke“, sowie ihre ruhige Sprechweise, die die PatientInnen beruhige (DiA2:A108). DiA3 habe auch schon viel positives Feedback erhalten, wie etwa „Gut gemacht“ oder „Hat mir gefallen“ (DiA3:A66).

Auch LD3 spricht wie DiA1 von Lob und Dankbarkeit: „Also, der Arzt hat ähm ist immer sehr dankbar und sagt immer: ‚Ah du hast wunderbar gearbeitet für uns und vielen Dank. ‘“ Diese Rückmeldungen nehme sie als positives Feedback an (LD3:130).

Insgesamt zeigt die Datenanalyse, dass die DolmetscherInnen kein direktes Feedback bezüglich der erbrachten Dolmetschleistung erhalten. Jedoch betonten alle Befragten, dass sie am Ende des Arbeitstages sehr oft von den ÄrztInnen für ihre Tätigkeit gelobt werden.

Aufgrund der Tatsache, dass alle DolmetscherInnen ausschließlich von positivem Feedback sprachen, konnten sie nicht dazu befragt werden, ob sie sich negative Kritik im Hinblick auf die nächsten Einsätze zur Qualitätssicherung (siehe Albl-Mikasa 2012:85) zu Herzen nehmen.

6.3.5 Reflexion der Dolmetschleistung

Die Frage, ob die DolmetscherInnen im Nachhinein über die eigene Dolmetschleistung reflektieren, steht ebenfalls im Zusammenhang mit der Kompetenz der Qualitätssicherung, die im kombinierten Kompetenzmodell der postperformatorischen Phase zugeordnet werden.

DiA1, LD2 und LD3 erzählen, dass sie prinzipiell nicht über die Dolmetschleistung selbst nachdenken, sondern über die Fälle der PatientInnen, die sie emotional belasten (DiA1:A90; LD2:A76; LD3:A64). DiA1 fügt anschließend hinzu, dass sie auch über ihre eigene Leistung als DolmetscherIn reflektiere. Besonders kritisch denke DiA1 über ihre Leistung nach, wenn ihr Fehler unterlaufen seien oder wenn „irgendeine Schwierigkeit bei der Dolmetschung war.“ Sie versuche es dann „das nächste Mal besser zu machen“ (DiA1:A92).

DiA2 gibt an, „meistens nicht“ über ihre Dolmetschleistung nachzudenken, außer es seien unbekannte Begriffe vorgekommen oder besonders herausfordernde Dolmetschungen gewesen (DiA2:A110). In solchen Situationen, so wie es DiA1 bereits geschildert hat, informiere sie sich nach dem Dolmetscheinsatz über die besprochenen Themen bzw. Krankheiten

mit der dazugehörigen Terminologie (DiA2:A102). DiA3 (A68) führt ebenfalls an, sich selbst als Dolmetscherin zu bewerten. Für sie sei dies wichtig, um sich selbst weiterzuentwickeln.

LD1 sagt, dass sie auf jeden Fall über ihre Leistung nachdenke und sich oft auch selbst kritisiere. Sie führt ein Beispiel zur Selbstkritik an: Aufgrund der jahrelangen Erfahrung als Dolmetscherin bei AmberMed falle es ihr leicht, die Fragen zu antizipieren, die der Arzt/die Ärztin dem/der PatientIn stellt. Sie sieht das als eine schlechte Eigenschaft, da sie dazu tendiere, dem/der PatientIn die Fragen zu stellen, bevor der Arzt/die Ärztin diese ausgesprochen habe:

Wenn der Patient sagt Bauchschmerzen, dann fragt der Arzt sofort als nächstes: "Seit wann?" und ich frage automatisch: "Seit wann sind die Bauchschmerzen?". Aber das hat der Arzt noch gar nicht gesagt. Dann fragt er als nächstes: "Seit wann sind die Bauchschmerzen?" und ich habe schon die Antwort und das ist blöd. (LD1:A68)

Über diese Eigenschaft, die sie als „keine gute Eigenschaft“ bezeichnet, denke sie besonders viel nach und versuche, sich diese abzugewöhnen.

6.3.6 Dolmetschtechniken

Die Dolmetschtechniken wurden im Rahmen der theoretischen Grundlagen im Kapitel 1.2 ausführlich besprochen. Daraus ging hervor, dass das Konsekutivdolmetschen sowie Vom-Blatt-Dolmetschen typisch für das Dolmetschen im Kommunalbereich ist (Hale 2007:31f). Aus diesem Grund wurde dieser Kompetenz auch im kombinierten Kompetenzmodell im Zusammenhang mit den Transferfertigkeiten Beachtung geschenkt.

Welche Dolmetschtechniken die interviewten DolmetscherInnen bei AmberMed verwenden, war ebenfalls eine Frage des Interviewleitfadens.

DiA1 gibt an, dass sie grundsätzlich konsekutiv dolmetsche. Manchmal jedoch, wenn es viele Informationen wären, versuche sie im simultanen Modus zu dolmetschen (DiA1:1A04). DiA2 wende ebenfalls „hin und wieder“ die simultane Dolmetschtechnik an. Dies mache sie vor allem, wenn es sich um „kürzere Sachen“ handele, wo man auch leicht antizipieren könne. Ansonsten dolmetsche sie auch konsekutiv, wobei sie sich nur bei längeren Redesegmenten Notizen mache (DiA2:A118). Sowohl DiA1 und DiA2 fügen hinzu, dass sie im simultanen Dolmetschmodus nicht flüstern, sondern laut sprechen. DiA3 hingegen

wende nie die simultane Dolmetschtechnik an. Sie dolmetsche nur im konsekutivem Modus und meistens „Satz für Satz“ (DiA3:A72).

LD1 gibt an, dass sie ihre Dolmetschtechnik situationsbedingt auswähle. Grundsätzlich dolmetsche sie konsekutiv und mache sich nur „ganz ganz selten“ Notizen, weil die Redesegmente, d. h. „Arzt-Fragen“ sowie Antworten der PatientInnen, prinzipiell sehr kurz seien (LD1:A74). Sie erläutert, dass sie sehr selten simultan dolmetsche, weil das ihrer Erfahrung nach Arzt/Ärztin und PatientIn verwirre. Sie verwende nämlich die erste Person Einzahl und da komme es oft zu Missverständnissen, die sie wie folgt schildert: „Wenn der Arzt dann mit ganz großen Augen schaut und wenn ich sage: ‚Meine Schwester hat auch diese Krankheit‘ und die Ärztin sagt: ‚Was, du hast eine Schwester, [NAME]⁷?‘ Dann weiß ich, das hat überhaupt nicht funktioniert.“ (LD1:78)

LD2 wähle die Dolmetschtechnik auch abhängig von der Gesprächssituation. LD2 (A86) berichtet auch, dass das Simultandolmetschen für Verwirrung Sorge. Was das Notizenehmen betrifft, sagt sie, dass sie gar keine nehme.

LD3 äußert sich betreffend des Simultandolmetschens gleich wie LD1 und LD3: „[...] aber manchmal ist verwirrend, nicht für mich, weil ich kann gleichzeitig übersetzen, wenn du sprichst [...] weil es so kompliziert ist, es ist für Arzt sehr verwirrend“ [LD3:A144]. Die Notizentechnik wende sie ebenfalls nie an, sie speichere „alles im Kopf“ (LD3:A148).

Abschließend ist noch zu erwähnen, dass bei den Interviews bezüglich der Dolmetschtechniken auch das Vom-Blatt-Dolmetschen von DiA2, DiA3, LD1 sowie LD3 angeführt wurde. Als Beispiele für das Vom-Blatt-Dolmetschen wurden Diagnosen, diverse Bescheide, Laborzettel oder Befunde, die von den PatientInnen mitgenommen werden, genannt (DiA2:A122; DiA3:A76; LD1:A80). Dabei merken DiA2 (A76), DiA3 (A124) und LD3 (A184) an, dass sie nicht alles direkt vom Blatt dolmetschen, sondern sich zuerst den gesamten Textinhalt durchlesen würden, um ihn anschließend dem Arzt/der Ärztin zusammenfassend zu übertragen.

Prinzipiell kann im Hinblick auf die Dolmetschtechniken, die die befragten DolmetscherInnen bei AmberMed verwenden, festgehalten werden, dass von allen in erster Linie das Konsekutivdolmetschen mit kürzeren Redesegmenten zum Einsatz kommt. Bis auf DiA2 macht sich keine/r der DolmetscherInnen Notizen. Bei ganz kurzen oder schnelleren Redeinheiten neigen sie dazu, die Äußerungen simultan zu verdolmetschen, was aber den LaiendolmetscherInnen zufolge bei Arzt/ÄrztIn und PatientIn für Verwirrung sorgen würde und deshalb vermieden wird.

⁷ Der Name wurde zum Schutz der Identität der interviewten Person anonymisiert.

6.3.7 Herausfordernde Dolmetschsituationen

Um weitere Kompetenzen für das Dolmetschen bei AmberMed zu untersuchen, wurden die DolmetscherInnen zu herausfordernden Dolmetschsituationen befragt.

Für DiA1 stellen eindeutig diejenigen Situationen, in denen viele Emotionen mitspielen, die größte Herausforderung dar. Das sind Themen oder Fälle von PatientInnen, die sie psychisch belasten. Hier fehlte ihr vor allem am Anfang die Kompetenz, sich zu distanzieren.

DiA2 schildert zwei unterschiedliche Fälle, die sie als Dolmetscherin herausforderten. Zuerst erzählt DiA2 von einem Dolmetscheinsatz, bei dem sie für eine schwangere Frau gedolmetscht habe, deren Muttersprache nicht die Arbeitssprache von DiA2 gewesen sei. Für DiA2 sei es ein „sehr schwieriges Gespräch“ gewesen, weil sie zwischen mehreren Sprachen „geswitcht“ habe. Sie habe teilweise in ihrer Muttersprache, teilweise in der Arbeitssprache von DiA2 und „dann wieder ein bisschen auf Deutsch“ gesprochen (DiA2:A88-92).

Ein weiterer Fall, den DiA2 schildert, handelt von einem Arzt/Ärztin-PatientIn-Gespräch, in dem der Mann für seine Frau, die eigentlich die Patientin gewesen war, gesprochen hat. Dies bezeichnet DiA2 als „sehr anstrengend und herausfordernd“, weil die direkte Kommunikation zwischen ihr und der Patientin unterbrochen worden sei. Solche Probleme löse sie generell situationsbedingt. In diesem Fall habe sie als Dolmetscherin eingegriffen und die Patientin aufgefordert, selbst zu sprechen (DiA2:A130-132).

Für DiA3 sei es besonders herausfordernd, wenn der/die PatientIn verwirrend spreche und sich nicht klar ausdrücke. In solchen Situationen versuche sie immer die Antwort auf die Frage des Arztes/der Ärztin herauszufiltern (DiA3:A90).

Ähnlich wie DiA1 empfindet auch LD1 (A86) jene Fälle als besonders herausfordernd, die sie emotional und psychisch belasten. Sie erzählt von einer Patientin, die Gebärmutterhalskrebs im Endstadium gehabt habe und ihren Familienangehörigen dies habe mitteilen müssen. Solche Fälle, betont sie, belasten sie sehr.

LD3 spricht hingegen nicht von sprachlich herausfordernden oder emotional belastenden Dolmetschungen, sondern von einer Situation, in der sie in einen Konflikt mit der ärztlichen Assistentin geraten sei. Der Arzt habe den Patienten aufgefordert, tief zu atmen, um seine Lunge abzuhören. Daraufhin habe LD3 die Äußerung „Tief atmen, bitte“ gedolmetscht und sei von der Assistentin unterbrochen worden: „Der Doktor muss die Lunge abhören, sie müssen jetzt schweigen.“ LD3 habe diese Reaktion nicht nachvollziehen können, da sie ihrer Meinung nach das Richtige getan habe, denn wenn sie dem Patienten „Tief atmen“ nicht gedolmetscht hätte, dann hätte der Patient nicht verstanden, was er tun muss (LD3:A166).

LD2 ist die einzige der InterviewpartnerInnen, die sich zu dieser Frage nicht äußerte.

6.3.8 Verwendung einer Lingua Franca

Im kombinierten Kompetenzmodell wird die Kompensierung des Englischen als Lingua franca als Kompetenz angeführt. Sie wurde im Interviewleitfaden der vorliegenden Studie ebenfalls berücksichtigt, da es auch im Kommunalbereich vorkommt, dass sich die GesprächspartnerInnen einer Lingua franca bedienen (Prunč 2011:29). Im Folgenden wird die Ansicht der DolmetscherInnen hinsichtlich der Verwendung einer Lingua franca geschildert. Dabei bleiben die Sprachen aus Datenschutzgründen unerwähnt, da sonst leicht Rückschlüsse auf die Personen gezogen werden könnten.

DiA1 erzählt, dass sie bei Bedarf schon oft für PatientInnen gedolmetscht habe, die ihre Arbeitssprache zwar nicht als Muttersprache gehabt haben, aber aus gewissen Regionen ihres Heimatlandes stammen, in denen diese Sprache gesprochen werde. Sie erklärt, dass es sich dabei meistens um Dialekte handle und dass sie nicht immer geschafft habe, alles zu verstehen bzw. zu dolmetschen: „Also das was ich konnte habe ich schon gemacht, wo ich nicht mehr, ich mir nicht mehr zugetraut habe, habe ich dann aufgehört.“ (DiA1:A116)

DiA2 erzählt, dass sie beim Dolmetschen mit einer Lingua franca grundsätzlich keine Probleme habe. Die PatientInnen sprechen ihre Arbeitssprache zwar nicht als Erstsprache, gehören aber „der älteren Generation an“ und sprechen sie daher „wunderbar“ (DiA2:A134).

DiA3 schildert, dass es viele PatientInnen gegeben habe, die ihre Verdolmetschung in ihrer Arbeitssprache zwar verstanden, aber diese selbst nur „bruchhaft“ oder „umgangssprachlich“ beherrscht haben (DiA3:A2). DiA3 betont zudem, dass es oft Fälle gegeben habe, in denen sie eher eine „passive Sprachkompetenz“ gehabt habe und spezifische Ausdrücke ihr Probleme bereitet hätten:

Verstanden habe ich schon sehr viel, aber wenn es darum ging, dass ich ihnen sage, also wenn es spezifischer wurde mit Krankenhausaufenthalt und wieso er im Krankenhaus war ja halt so etwas. Es war so schwierig zum Dolmetschen, hm, wenn der Arzt fragt ob der Schmerz jetzt sticht oder pocht oder brennt. (DiA3:A116)

DiA3 sei es stets ein Anliegen, dass der/die PatientIn den Arzt/die Ärztin verstehe, um behandelt werden zu können. Sie habe oft schon versucht, „mit Händen und Füßen“ oder „mit irgendwelcher Mimik“ das Gesagte zu übertragen (DiA3:A122). Auch die Ärztinnen versuchen teilweise, mit allen Mitteln mit den PatientInnen zu kommunizieren: „Man versucht halt so wie am Strand in Italien, wenn die Verkäufer kommen und man sich irgendwie den Preis ausmachen muss, dann schreibt man halt in den Sand die Zahlen rein.“ (DiA3:A48)

LD1 berichtet hinsichtlich einer Lingua franca ähnlich wie DiA3. Sie spricht von einer Lingua franca, die sie, wie DiA3, nur passiv beherrsche: „Also ich verstehe alles, was der Patient sagt und ich kann es auch dolmetschen, aber ich kann ihm auf [SPRACHE]⁸ nichts mehr fragen.“ (LD3:A88) Sie vermeide es daher, bei schwierigen Gesprächen eine Lingua franca zu verwenden. Außerdem erzählt sie, dass es bei manchen PatientInnen, deren Muttersprache der gleichen Sprachfamilie angehöre wie ihre, nicht notwendig sei, eine Lingua franca zu finden. Sie verstehen sich auch, wenn beide die eigene Muttersprache sprechen (LD1:A90).

6.3.9 Aneignung der Kompetenzen

Da eine der Forschungsfragen war, inwiefern die Studierenden sich die notwendigen Kompetenzen am Zentrum für Translationswissenschaft aneignen konnten, sollen bei dieser Kategorie die Interviews der DolmetscherInnen in Ausbildung getrennt von den LaiendolmetscherInnen analysiert werden. Zunächst werden die Ergebnisse der DolmetscherInnen vom Zentrum für Translationswissenschaft vorgestellt. Im Anschluss werden die Ergebnisse der LaiendolmetscherInnen im Hinblick auf die Frage, welche Kompetenzen sie bei AmberMed erworben haben, präsentiert.

Aneignung der Kompetenzen am Zentrum für Translationswissenschaft

Die drei befragten Dolmetschstudierenden haben unterschiedliche Aspekte im Hinblick auf die Frage, inwiefern sie sich die erforderlichen Kompetenzen während ihres Studiums haben aneignen können, angeführt.

DiA1 betont in erster Linie, dass sie dank ihres Studiums theoretisch zwar gut vorbereitet war, ihr habe bei AmberMed teilweise aber die Fähigkeit gefehlt, die „Theorie in die Praxis umzusetzen“. Sie habe am Institut gelernt, dass man als DolmetscherIn viel Kultur- und Sprachwissen besitzen muss, wie man sich auf Dolmetscheinsätze vorbereitet, sie habe gelernt, „neutral“ und „wortgetreu“ zu dolmetschen. Jedoch habe sie erst durch die Erfahrung bei AmberMed gelernt, dieses Wissen auch in der Praxis anzuwenden (DiA1:A117). Außerdem spricht DiA1 im Zusammenhang mit den Kompetenzen auch die emotionale Stabilität an. Sie habe am ZTW zwar gelernt, in emotional belastenden Fällen bei Dolmetscheinsätzen die „Distanz zu bewahren“ und „nicht mitzufühlen“, aber erst bei AmberMed erfahren, dass ihr

⁸ Anmerkung: Die Sprache bleibt zum Schutz der Identität der befragten Person unerwähnt.

diese Kompetenz fehlt. Erst durch die Supervisionen, die den DolmetscherInnen seitens der Einrichtung AmberMed angeboten werden, habe sie sich diese Kompetenz aneignen können.

DiA2 konnte die Frage anfangs nicht wirklich beantworten. Ihr ist aber aufgefallen, dass sie erst durch die Dolmetschtätigkeit bei AmberMed an Selbstbewusstsein gewonnen hat. Zuvor fiel es ihr immer schwer, an der Universität vor ihren KollegInnen zu dolmetschen. Nun stelle dies keine Herausforderung mehr für sie dar: „Früher hat es mich sehr gestört, vor Publikum zu dolmetschen. Mittlerweile gehe ich raus, dolmetsche, habe nicht einmal erhöhtes Herzklopfen. Ich habe die Nervosität mittlerweile komplett abgelegt.“ (DiA2:A140)

DiA3 geht sehr ausführlich auf die Frage ein, welche Kompetenzen sie sich am Zentrum für Translationswissenschaft aneignen bzw. nicht aneignen konnte. Sie führt ebenfalls wie DiA1 an, dass sie durch ihr Studium gelernt habe, wie die Vorbereitungen auf einen Dolmetscheinsatz ablaufen sollten. Weiterhin habe sie Wissen über Dolmetschtechniken, Dolmetschstrategien, z. B. „wie man das ein bisschen vereinfachen kann, wenn es zu kompliziert wird“ oder wie man auf Unerwartetes reagieren kann, erworben. Im Vergleich zur Aussage von DiA1, dass sie sich im Studium Sprachkompetenzen aneignet habe, erklärt DiA3, dass sie sich diese eher im Selbststudium oder auch durch die Erfahrung angeeignet habe. An der Universität fehlten ihr konstruktives Feedback und Verbesserungsvorschläge, um sich sprachlich weiterzuentwickeln:

Und so diese Hintergedanken was ähm was wichtig ist beim Dolmetschen, worauf man achten sollte. Was so passieren kann, dass man halt nicht so komplett schockiert da steht in dieser Situation und einfach nicht weiter weiß. Dass man immer so ungefähr die nächsten Schritte im Hinterkopf hat, dass man so vorbereitet ist. Aber Sprachkompetenz eigentlich wirklich sehr wenig in der Uni, weil man auch wirklich wenig Feedback bekommen hat finde ich. Das ist so eine Kritik an die Uni (lacht). Genau, es ist mehr so Technik und ähm die Aussage: "Ja, es ist falsch", aber sehr selten: Was ist richtig oder wie wäre es besser. (DiA3:A130)

DiA3 fügt noch hinzu, dass sie gerne mehr Sprachübungen im Studium gehabt hätte, bei denen auch einzelne Grammatikkapitel geübt werden. Des Weiteren merkt sie an, dass sie sich an der Universität kundenbezogene Fertigkeiten und unternehmerisches Know-how, wie sie auch Albl-Mikasa in ihrem Modell bezeichnet, nicht habe aneignen können, was sie selbst aber für wichtig empfunden hätte:

Ja, ich meine bei AmberMed fällt es halt weg, Rechnung oder sowas, also Rechnungen ausstellen, weil AmberMed halt ehrenamtlich ist, aber das hätte mir sicher gefehlt, weil das haben wir nie gemacht. Oder so das in den Kontakt treten mit dem Arbeitgeber. Das hat sich bei AmberMed halt irgendwie ergeben, aber wenn ich mir vorstelle, du bist jetzt Dolmetscher auf dem freien Markt und musst dich halt dann um deine Auftraggeber bemühen, um deine Kunden sozusagen und du hast halt keine Ahnung wie du Kontakt aufnimmst, über welche Kanäle du Kontakt aufnehmen könntest. (DiA3:A138)

DiA3 unterstreicht das „professionelle Verhalten“, das sie auf jeden Fall im Studium gelernt habe. Im Hinblick auf das professionelle Verhalten sei ihr gerade bei AmberMed der Unterschied zwischen LaiInnen und Dolmetschstudierenden aufgefallen:

[...] die Professionalität war bei mir besser als bei irgendwelchen LaiendolmetscherInnen, weil da hast wirklich gemerkt, der spricht in der dritten Person, der lässt den Patienten teilweise nicht ausreden oder so oder unterbricht ihn, weil er weiß, was der Patient sagen will. Auf das muss man auch aufpassen genau, dass man nicht zu freundschaftlich mit dem Patienten wird. (DiA3:A138)

Abschließend erwähnt sie wie DiA1, dass sie anfangs nicht wusste, wie sie mit belastenden Themen „umgehen“ oder wie sie diese „verarbeiten“ solle. Dies habe sie erst mithilfe der Supervisionen bewältigen können. Weitere Kompetenzen, die sie sich durch die Tätigkeit bei AmberMed habe aneignen können, seien ärztliche Assistenz, „Multitasking“ (gleichzeitig Assistieren und Dolmetschen), Gesprächskoordination sowie institutionelles Wissen: „Wie das funktioniert mit Diakonie, Rotem Kreuz, AmberMed, Ärzten und wie breit das ganze eigentlich ist.“ (DiA3:A146)

Aneignung der Kompetenzen der LaiendolmetscherInnen

Die LaiendolmetscherInnen wurden ebenfalls gefragt, welche der im Laufe des Interviews besprochenen Kompetenzen sie bei AmberMed oder durch frühere Dolmetschtätigkeiten erworben haben.

LD1, LD2 und LD3 meinen, dass sie sich die erforderlichen Kompetenzen aufgrund ihrer Erfahrung angeeignet haben.

LD1 gibt an, generell sehr viel Dolmetscherfahrung gesammelt zu haben, auch außerhalb von AmberMed. Speziell bei AmberMed habe sie sich soziale Kompetenzen angeeignet, wie etwa Empathie und Verantwortungsbewusstsein (LD1:A98).

LD2 hat zuvor zum Ausdruck gebracht, dass sie die Tätigkeit bei AmberMed emotional nicht belaste. Im Hinblick auf die letzte Frage führt sie an, dass sie durch ihre zuvor ausgeübte Tätigkeit als Dolmetscherin gelernt habe, sich abzugrenzen. Außerdem habe sie bei AmberMed auch gelernt, das Gespräch zu koordinieren und einzugreifen, wenn sie das Gefühl habe, dass zu lange gesprochen wird (LD2:A118-124).

LD3 habe sich bei AmberMed medizinisches Fachwissen und Latein angeeignet (LD3:A178). Zudem habe sie, wie DiA1 und DiA2 es geschildert haben, mithilfe der Gespräche bei den Supervisionen gelernt, sich von emotional belastenden Fällen abzugrenzen (LD3:A136).

7 Diskussion und Schlussfolgerung

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, die Anforderungen und Kompetenzen aus Sicht der DolmetscherInnen in der Gesundheitseinrichtung AmberMed darzustellen. Dabei wurden nicht nur die Anforderungen der ÄrztInnen berücksichtigt, sondern auch die der PatientInnen sowie des Personals von AmberMed. Überdies wurde untersucht, inwiefern der Erwerb der erforderlichen Kompetenzen am Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien möglich ist, da es sich bei drei der sechs befragten DolmetscherInnen von AmberMed um Studierende dieses Instituts handelt. Eine weitere Forschungsfrage beschäftigte sich mit Kompetenzen, die erst durch die Tätigkeit bei AmberMed erworben wurden.

Für die Datenerhebung wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden verwendet, der sich aus zwei großen Themenblöcken, nämlich den Anforderungen und Kompetenzen, zusammensetzt. Der Interviewleitfaden besteht aus offenen, teilstrukturierten Fragen, die anhand des Kompetenzmodells von Albl-Mikasa (2012) unter Berücksichtigung der Kompetenzen nach Gentile et al. (1996) erarbeitet wurden. An der Studie nahmen insgesamt sechs DolmetscherInnen von AmberMed teil (jeweils drei LaiInnen und drei DolmetscherInnen in Ausbildung), die zu ihrer Erfahrung und subjektiven Wahrnehmung hinsichtlich der Anforderungen und Kompetenzen befragt wurden.

Aus den theoretischen Grundlagen ging deutlich hervor, dass im kommunalen Bereich allgemein sehr hohe Anforderungen an DolmetscherInnen gestellt werden (siehe Roberts 1997; Gentile et al. 1996; Pöchlhacker 2000). Auch in der vorliegenden Studie wird bestätigt, dass die DolmetscherInnen als weit mehr als nur Sprachrohre angesehen werden. Die interviewten DolmetscherInnen werden ihrer Meinung nach von den PatientInnen neben SprachmittlerInnen auch als deren erste Ansprechpersonen und HelferInnen wahrgenommen, unabhängig davon, ob sie sich in der ärztlichen Ordination oder im Warteraum befinden. Dies wurde von fünf der sechs Befragten bekräftigt. Zwei der befragten DolmetscherInnen (DiA2 und LD1) meinen, dass sie von den PatientInnen sogar als ÄrztInnen gesehen werden. Eine andere Interviewpartnerin (DiA3) gab an, die erste Ansprechperson bei etwaigen administrativen Fragen zu sein. Überdies erwarten sich die PatientInnen Hilfestellungen seitens der DolmetscherInnen, wie etwa Hilfe bei bürokratischen Angelegenheiten oder Hilfe in Form von finanzieller Unterstützung. Hinsichtlich des Sprachmittels werden den DolmetscherInnen zufolge keine hohen Anforderungen gestellt. In erster Linie stehen das Verstehen und die Wiedergabe des Gesagten im Vordergrund.

Die Anforderungen, die seitens der ÄrztInnen an die DolmetscherInnen gestellt werden, überschreiten ebenfalls ihr eigentliches Rollenprofil als DolmetscherInnen: Die Dolmet-

scherInnen in Ausbildung erwähnten, über ihre eigentliche Aufgabe hinaus als ärztliche AssistentInnen tätig gewesen zu sein. Diese Tätigkeit umfasst das Eintragen von diktierten Anamnesen in das Computersystem bis hin zum Assistieren bei ärztlichen Untersuchungen. Zudem wurde angeführt, dass für die ÄrztInnen einerseits die Herstellung der Kommunikation im Vordergrund steht, andererseits aber erwarten sie von den DolmetscherInnen auch gewisse Fachkompetenzen wie medizinisches Fachwissen und Fachvokabular. Eine Interviewpartnerin (LD3) erklärte auch, dass die ÄrztInnen effizientes Dolmetschen erwarten, d. h. sie verlangen teilweise, dass sie nur die für ihre Frage relevanten Informationen dolmetschen.

Auch die Anforderungen seitens des Personals von AmberMed an die DolmetscherInnen wurden durch eine Forschungsfrage abgedeckt. Hierbei zeigte die Datenanalyse, dass in erster Linie erwartet wird, dass sie als DolmetscherInnen fungieren und bei Bedarf auch assistieren oder im Bereich der Sozialarbeit aushelfen.

Im Hinblick auf die Kompetenzen erwies sich das kombinierte Kompetenzmodell, das auf dem Modell von Albl-Mikasa (2012) basiert, teilweise als zu prozessorientiert, besonders bezüglich der performanzdeterminierenden Kompetenzen. Die InterviewpartnerInnen sprachen zwar von gewissen Verstehens- und Produktionsfertigkeiten, gingen aber nicht näher darauf ein. Es spiegelten sich dennoch viele dieser Kompetenzen sowie jene von Gentile et al. (1996) in den Ergebnissen der Studie wider. Wie zu erwarten, wurden Sprach- und Kulturwissen beider Arbeitssprachen als wichtige Kompetenzen angeführt. Dabei umfassen die Sprachkompetenzen Dialekte der PatientInnen sowie die empfängerorientierte Verdolmetschung, d. h. die Verdolmetschung wird vereinfacht, um den ungleichen Wissensstand zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu überbrücken (vgl. auch Pöchhacker 1997; Zimmermann 2000). Unter der Kulturkompetenz werden kulturelle Tabus, Bräuche, unterschiedliche Gesundheitssysteme sowie die Vorstellung von Medizin und Krankheit angeführt. Nonverbale Elemente wurden allerdings nicht zur Sprache gebracht, obwohl diese wichtige Informationen über die PatientInnen liefern können (vgl. Gentile et al. 1996; Rásky et al. 2003). Eine weitere Kompetenz, die sich aus den Interviews ergab, ist die medizinische Fachkompetenz, die sowohl das medizinische Fachwissen als auch die medizinischen Fachtermini umfasst. Dieses Wissen wird den DolmetscherInnen zufolge hauptsächlich für die ärztliche Assistenz benötigt.

Die Tatsache, dass sich die DolmetscherInnen, mit Ausnahme von LD2 und LD3, vor allem am Anfang ihrer Tätigkeit bei AmberMed auf die Dolmetscheinsätze vorbereitet haben, lässt darauf schließen, dass Kompetenzen zur gezielten Vorbereitung, Recherche sowie Erstellung von Glossaren oder Wortlisten erforderlich sind. Weitere Kompetenzen, die nicht im

direkten Zusammenhang mit der Dolmetschtätigkeit stehen, sind soziale Kompetenzen wie Offenheit, Verantwortungsbewusstsein oder Hilfsbereitschaft.

Bis auf LD2 verdeutlichten alle interviewten DolmetscherInnen, dass sie das Dolmetschen bei AmberMed aufgrund der schweren Patientenfälle belastet. Dies zeigt auf, dass die Kompetenz der emotionalen Stabilität, wie in der Literatur beschrieben, auch bei AmberMed unerlässlich ist. Drei der fünf Betroffenen konnten diese Kompetenz mithilfe der von AmberMed angebotenen Supervisionen erwerben. Eine weitere Kompetenz ist die der Gesprächskoordination, die auch im eigenen kombinierten Kompetenzmodell angeführt wird und als typisch für das Dolmetschen im kommunalen Bereich gilt. Bei gleichzeitigem Sprechen oder bei langen Redeeinheiten werden die DolmetscherInnen aktiv und greifen in das Gespräch ein, um die Kontrolle über die Situation zu behalten.

Bezüglich der Dolmetschtechniken ist festzuhalten, dass die Merkfähigkeit eine wichtige Rolle spielt. Alle DolmetscherInnen bis auf DiA2 führten an, dass sie keine Notizen nehmen, weil die Redesegmente grundsätzlich sehr kurz sind. Auch die Kompetenz zur Kompensierung einer Lingua franca scheint relevant zu sein. Aus der Datenanalyse ging hervor, dass die Verwendung einer Lingua franca bei AmberMed keine Seltenheit ist und für die DolmetscherInnen oftmals eine Herausforderung darstellt, sowohl beim Verstehen als auch bei der Wiedergabe der Redeeinheiten. Postperformativische Kompetenzen sind ebenfalls erkennbar: Die DolmetscherInnen bereiten Wortlisten nicht nur vor, sondern erweitern sie auch stetig mit neuen Begriffen. Außerdem bestätigten die DolmetscherInnen, dass sie über ihre erbrachten Dolmetschleistungen reflektieren, um sich so stets weiterzuentwickeln und die Qualität ihrer Dolmetschungen zu verbessern.

Zusammenfassend konnte auf Basis der Antworten der StudienteilnehmerInnen eine Reihe von Anforderungen und Kompetenzen für das Dolmetschen bei AmberMed erfasst werden, die mit den Rollen und Kompetenzbereichen der behandelten Literatur übereinstimmen. Diese Anforderungen und Kompetenzen werden in Anlehnung an das Kompetenzmodell von Albl-Mikasa (2012), in welchem die Kompetenzen nach einzelnen Dolmetschprozessen klassifiziert werden, folgendermaßen dargestellt:

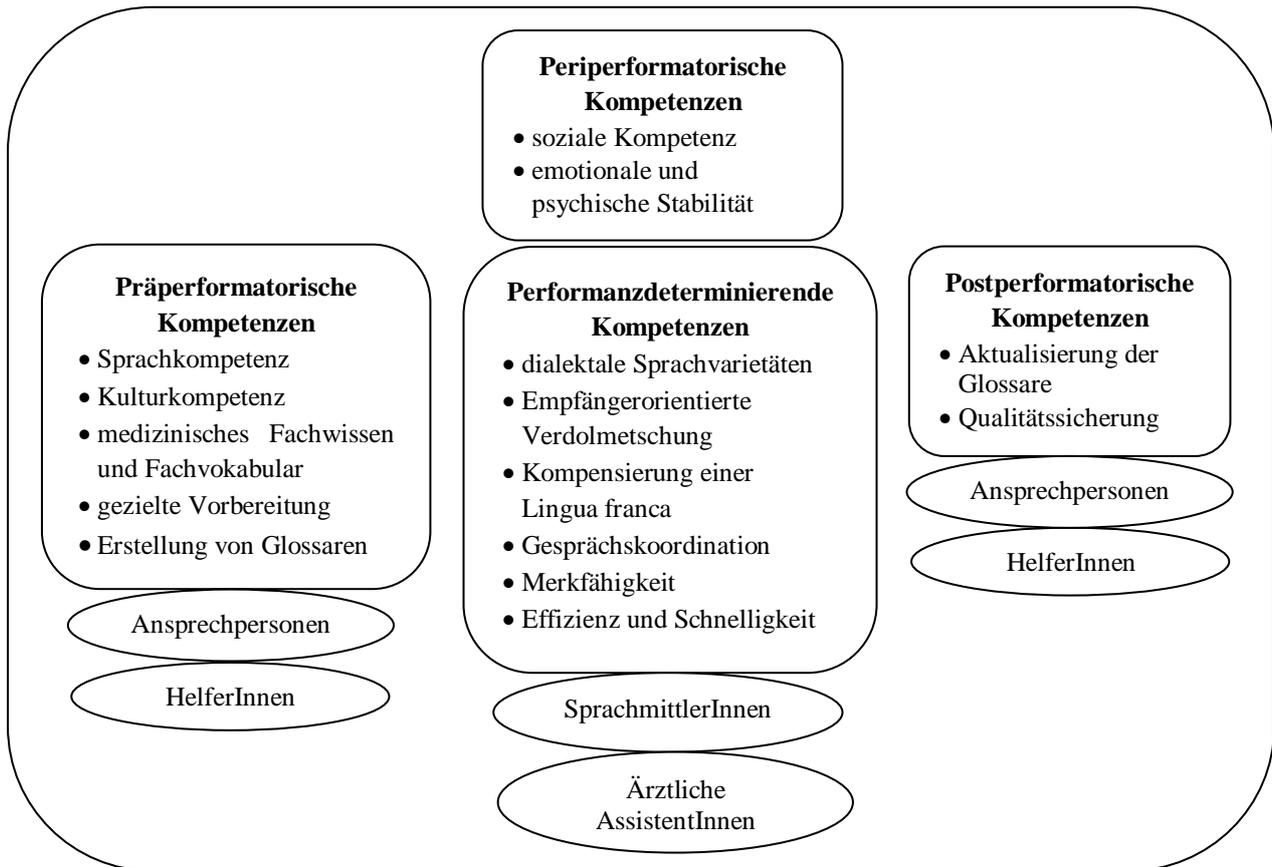


Abbildung 8: Kompetenzanforderungsmodell am Beispiel von AmberMed

Angesichts der Anforderungen ist festzustellen, dass die Rolle der HelferInnen und Ansprechpersonen sowohl der präperformativischen Phase als auch der postperformativischen Phase zugeordnet wurden. Dies sollte aufzeigen, dass die DolmetscherInnen vor und nach dem Dolmetscheinsatz von den PatientInnen als erste Ansprechpersonen und HelferInnen angesehen werden.

Die letzte Forschungsfrage setzte sich mit den Kompetenzen auseinander, die am Zentrum für Translationswissenschaft angeeignet bzw. nicht angeeignet werden konnten. Hierbei wurden von den Studierenden verschiedene Kompetenzen angesprochen. DiA1 fehlte die Kompetenz, das Theoretische in die Praxis umzusetzen. Kultur- und Sprachwissen, Distanzwahrung sowie das Bewusstsein über die professionelle Rollenauffassung waren dank ihrer Dolmetschausbildung zwar theoretisch vorhanden, jedoch war dieses Wissen teilweise in der Praxis nicht umsetzbar. Besonders war sie sich über die Wichtigkeit der Kompetenzen der emotionalen Stabilität und Distanzwahrung bewusst, dennoch konnten diese erst durch die Supervisionen von AmberMed erworben werden. DiA2 sprach von Selbstbewusstsein, welches ihr an der Universität fehlte und erst durch die Erfahrung bei AmberMed gestärkt werden konnte. DiA3 ist der Meinung, dass sie sich am Zentrum viele Dolmetschstrategien, Dol-

metschtechniken sowie Kompetenzen zur Vorbereitung auf einen Dolmetscheinsatz angeeignet hat. Sprachkompetenzen, kundenbezogene Fertigkeiten sowie die Kompetenz zur Distanzwahrung vor emotional belastenden Fällen wurden ihr am Institut nicht ausreichend vermittelt. DiA1 und DiA3 haben sich diese Kompetenzen im Rahmen der Supervisionen angeeignet. Die LaiendolmetscherInnen führten folgende weitere Kompetenzen, die sie sich durch Erfahrung bei AmberMed angeeignet haben, an: soziale Kompetenzen wie Empathie oder Verantwortungsbewusstsein (LD1), Gesprächskoordination (LD2), medizinisches Fachwissen inkl. lateinischen Fachtermini, und erneut die emotionale Stabilität durch die Supervisionen (LD3).

Aufgrund der Aussagen von LD1 (A40), in denen die erwünschte Kooperation zwischen AmberMed und dem Zentrum für Translationswissenschaft ausgesprochen wird, und aufgrund der Bemühungen um bessere Qualifizierungen der DolmetscherInnen im Medizinbereich als wichtiger Teilbereich des Kommunaldolmetschens könnte es sinnvoll sein, den Dolmetschstudierenden des Zentrums für Translationswissenschaft mehr Kurse für das Dolmetschen im Gesundheitsbereich anzubieten. In denen sollten neben medizinischer Terminologiearbeit weitere Kompetenzen wie etwa jene zur emotionalen Distanzwahrung vermittelt werden.

Des Weiteren ist es empfehlenswert, die Supervisionen bei AmberMed weiterhin anzubieten, da durch diese die DolmetscherInnen lernen, sich von emotionalen und psychisch belastenden Fällen zu distanzieren. Überdies könnten seitens AmberMed Workshops für die DolmetscherInnen organisiert werden, um sie über die Tätigkeit der ärztlichen Assistenz näher zu informieren oder auch Informationen in Bezug auf die häufigsten Krankheitsbilder der PatientInnen weiterzugeben. Dies soll ihnen zudem eine gezielte Vorbereitung für Dolmetscheinsätze ermöglichen.

Insgesamt kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die erforderlichen Kompetenzen bei AmberMed mit den allgemein bekannten Kompetenzen in der fundierten Literatur übereinstimmen. Dadurch, dass die DolmetscherInnen teilweise auch andere Aufgaben übernehmen, sind weitere nicht-dolmetschbezogene Kompetenzen notwendig. Bezüglich der Anforderungen ist auffällig, dass die Schweigepflicht, Neutralität und das Kulturmitteln von den DolmetscherInnen unerwähnt blieben. Für künftige Untersuchungen wäre ein Vergleich zwischen der vorliegenden Studie und der von Blagojević (2019) interessant, die sich mit den Anforderungen und Kompetenzen der DolmetscherInnen aus Sicht der ÄrztInnen von AmberMed beschäftigt. Diese Gegenüberstellung könnte anschließend als Basis für die Erarbei-

tung eines einheitlichen Rollen- und Kompetenzprofils für DolmetscherInnen bei AmberMed herangezogen werden.

Bibliografie

- Albl-Mikasa, Michaela (2012) The importance of being not too earnest: A process- and experience-based model of interpreter competence. In: B. Ahrens / M. Albl-Mikasa / C. Sasse (Hg.) *Dolmetschqualität in Praxis, Lehre und Forschung. Festschrift für Sylvia Kalina*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag, 59–92.
- Allaoui, Raoua (2005) *Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. Göttingen: Cuvillier.
- AmberMed (2015) AmberMed Jahresbericht 2015. In: http://www.amber-med.at/sites/default/files/files/JAHRESBERICHT%202015_AMBERMED%282%29.pdf (zuletzt besucht am 10.01.2019).
- AmberMed (2017) AmberMed Jahresbericht 2017. Gesundheit Gemeinsam Gestalten. In: http://www.amber-med.at/sites/default/files/files/Jahresbericht%202017%20aktuell_druckversion.pdf (zuletzt besucht am 7.1.2019).
- AmberMed (2018a) *Über uns*. <http://www.amber-med.at/> (zuletzt besucht am 08.06.2018).
- AmberMed (2018b) *News*. <http://www.amber-med.at/news/ambermed-bei-heimat-fremde-heimat/> (zuletzt besucht am 08.06.2018).
- Angelelli, Claudia V. (2004) *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Atteslander, Peter (¹³2010) *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Barowski, Marja (2007) *Dolmetschen im medizinischen Bereich*. Diplomarbeit, Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ).
- Best, Joanna (2002) Die Bedeutung der grundsprachlichen Kompetenz in der Übersetzer- und Dolmetscherausbildung. In: J. Best / S. Kalina (Hg.) *Übersetzen und Dolmetschen: eine Orientierungshilfe*. Tübingen/Basel: Francke, 123-133.
- Böhm, Winfried (¹³1988) *Wörterbuch der Pädagogik*. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Böhringer, Joachim / Bopp, Johannes / Hack, Christine / Hartmann-Kurz, Claudia / Stege, Thorsten / Zabel, Gisela (2009) *Neue Lernkultur. Beobachten-Beschreiben-Bewerten-Begleiten. Lernen im Fokus der Kompetenzorientierung. Individuelles Fördern in der Schule*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg.
- Dorsch - Lexikon der Psychologie (¹⁸2017) „Was versteht man unter Fähigkeit?“ In: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/faehigkeit/> (zuletzt besucht am 05.02.2019).

- DUDEN (2018) „Was versteht man unter Dolmetschen?“
<https://www.duden.de/rechtschreibung/dolmetschen> (zuletzt besucht am 10.08.2018).
- DUDEN (2018) „Was versteht man unter Kompetenz?“
<https://www.duden.de/rechtschreibung/dolmetschen> (zuletzt besucht am 10.12.2018).
- 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.
- Ertl, Anita / Pöllabauer, Sonja (2009) Aschenbrödl Kommundolmetschen? In: *UNIVERSITAS Mitteilungsblatt* 09:2, 14-15.
- Fantinuoli, Claudio (2009) InterpretBank: Ein Tool zum Wissens- und Terminologiemanagement für Simultandolmetscher. In: W. Baur / S. Kalina, / F. Mayer / J. Witzel (Hg.) *Übersetzen in die Zukunft. Herausforderungen der Globalisierung für Dolmetscher und Übersetzer. Tagungsband der internationalen Fachkonferenz des Bundesverbandes der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ), Berlin, 11.-13. September 2009*. Berlin: BDÜ, 411-417.
- Feldweg, Erich (1996) *Der Konferenzdolmetscher im internationalen Kommunikationsprozess*. Heidelberg: Julius Groos.
- 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 (InerPartes 5)*. München: Martin Medienbauer, 45-70.
- Garber, Nathan (2000) Community Interpretation: A Personal View. In: R. P. Roberts / S. E. Carr / D. Abraham / A. Dufour (Hg.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected papers from the 2nd international conference on interpreting in legal, health and social service settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998* (Benjamins Translation Library 31). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 9-20.
- Gentile, Adolfo / Ozolins, Uldis / Vasilakakos, Mary [with Leong Ko and Ton-That Quynh-Du] (1996) *Liaison Interpreting. A Handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Hale, Sandra Beatriz (2007) *Community Interpreting*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.

- Hansen, Gyde (1999) Die Rolle der fremdsprachlichen Kompetenz. In: M. Snell-Hornby / H. G. Höning / P. Kußmaul / P. A. Schmitt (Hg.) *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag, 341-343.
- Helfferrich, Cornelia (³2009) *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herold, Susann (2010) Ausbildung von „Universalgenies“? Zum Kompetenzbegriff und zu Modellen translatorischer Kompetenz. *Lebende Sprachen* [2010] (2), 211-242
- Hug, Theo / Poscheschnik, Gerald (²2015) *Empirisch forschen. Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Kade, Otto (1968) *Zufall und Gesetzmäßigkeit in der Übersetzung*. Leipzig: Verlag Enzyklopädie.
- Kadrić, Mira (³2009) *Dolmetschen bei Gericht: Erwartungen, Anforderungen, Kompetenzen*. Wien: Facultas Verlag.
- Kadrić, Mira/Kaindl, Klaus/Kaiser-Cooke, Michèle. (⁵2012) *Translatorische Methodik*. Wien: Facultas.
- Kalina, Sylvia (1998) *Strategische Prozesse beim Dolmetschen: Theoretische Grundlagen, Empirische Fallstudien, didaktische Konsequenzen*. Tübingen: Narr.
- Kalina, Sylvia (2000) Interpreting competences as a basis and a goal for teaching. *The Interpreters' Newsletter* 10, 3-32.
- Kalina, Sylvia (2004) Es gilt das gesprochen Wort... – Wege der Qualitätsforschung im Dolmetschen“. In: E. Fleischmann / P. A. Schmitt / G. Wotjak (Hg.) *Translationskompetenz. Tagungsberichte der LICTRA (Leipzig International Conference on Translation Studies), 4.-6.10.2001*. Tübingen: Stauffenburg (Studien zur Translation 14), 751-762.
- Kaufert, Joseph M. / Koolage, William W. (1984) Role Conflict among “Culture Brokers”: The Experience of Native Canadian Medical Interpreters. *Social Science & Medicine* 18 (3), 283-286.
- Kautz, Ulrich (2000) *Handbuch Didaktik des Übersetzens und Dolmetschens*. München: Iudicium.
- Kiraly, Don (2006) Beyond Social Constructivism: Complexity Theory and Translator Education. *Translation and Interpreting Studies* 1. (1), 68-86.
- Kletečka-Pulker, Maria (2013) Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: L. Kaelin / M. Kletečka-Pulker / H. J. Körtner (Hg.) *Wie viel Deutsch braucht man,*

- um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit.* Wien: Verlag Österreich, 45-70.
- Kuckartz, Udo (²2014) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* Weinheim: Beltz Juventa.
- Leanza, Yvan (2005) Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting* 7 (2), 167-192.
- MAXQDA (2019) <https://www.maxqda.de> (zuletzt besucht am 05.01.2019).
- Mayring, Philipp (⁵2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zum qualitativen Denken.* Weinheim/Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (⁸2003) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim: Beltz.
- Michael Fuchs / Katarina Hollan / Martin Schenk (2017) Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Endbericht. In: https://diakonie.at/sites/default/files/diakonie_oesterreich/sozialpolitik/studie-analyse-der-nicht-krankenversicherten-personen.pdf (zuletzt besucht am 10.01.2019).
- Mikkelson, Holly (1999) Interpreting is Interpreting – Or Is It?. In: https://works.bepress.com/holly_mikkelson/9/ (zuletzt besucht am 20.08.2018).
- Niska, Helge (2002) Community interpreter training. Past, present, future. In: G. Garzone / M. Viezzi (Hg.) *Interpreting in the 21st Century: Challenges and opportunities. Selected papers from the 1st Forlì Conference in Interpreting Studies, 9-11 November 2000.* Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 133-144.
- Obermayer, Catherine (2006) Von Alphetieren und schwarzen Schafen. Typologisierungsvor-
suche im Dolmetschbereich. In: N. Grbić, S. Pollabauer (Hg.) *„Ich habe mich ganz
peinlich gefühlt.“ Forschung zum Kommundolmetschen in Österreich: Problemstel-
lungen, Perspektiven und Potenziale.* Graz: Institut für Theoretische und Angewandte
Translationswissenschaft, 39-71.
- ÖVGD – Österreichischer Verband der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten
Dolmetscher (2012) *Startseite.* <http://www.gerichtsdolmetscher.at/index.php/de/> (zu-
letzt besucht am 15.11.2018).
- Pöchhacker, Franz (1997) *Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesund-
heits- und Sozialeinrichtungen.* Dokumentation 12/2. Wien: MA 15/Dezernat für Ge-
sundheitsplanung.

- Pöchhacker, Franz (2000) *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz (2001) Dolmetschen und translatorische Kompetenz. In: A. F. Kellertat (Hg.) *Dolmetschen. Beiträge aus Forschung, Lehre und Praxis*. Frankfurt am Main / Berlin / Wien (u.a.): Peter Lang , 19-38.
- Pöchhacker, Franz (2004) *Introducing Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz (2013) Dolmetschen im Krankenhaus – aus translationswissenschaftlicher Sicht. In: L. Kaelin / M. Kletečka-Pulker / H. J. Körtner (Hg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit*. Wien: Verlag Österreich, 103-118.
- 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*. Wien: WUV-Universität, 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 Barriere. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT.17-38.
- Prunč, Erich (2010) Konferenz- und Kommundolmetschen. In: H. Lee-Jahnke / E. Prunč (Hg.) *Am Schnittpunkt von Philologie und Translationswissenschaft. Festschrift zu Ehren von Martin Forstner*. Bern: Peter Lang, 259-280.
- Prunč, Erich (2011) Differenzierungs- und Leistungsparameter im Konferenz- und Kommundolmetschen. In: C. Kainz / E. Prunč / R. Schögler (Hg.) *Modelling the field of community interpreting: questions of methodology in research and training*. Wien: Lit-Verlag [6], 21-44.
- 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.
- Roberts, Roda. (1997) Community Interpreting Today and Tomorrow. In: S. E. Carr / R. P. Roberts / A. Dufour / D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community-Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings.* Amsterdam: John Benjamins, 7-26.
- Sami Sauerwein, Fadia. (2006) *Dolmetschen bei polizeilichen Vernehmungen und grenz-polizeilichen Einreisebefragungen. Eine explorative translationswissenschaftliche Untersuchung zum Community Interpreting.* Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Schouten, Barbara/Ross, Jonathan/Zendedel, Rena/Meeuwesen, Ludwien (2012) Informal Interpreters in Medical Settings. *The Translator* 18 (2), 311–338.
- Seidler, Eduard (1978) Primärerfahrung von Not und Hilfe. In: H. Schipperges / E. Seidler / P. U. Unschuld (Hg.) *Krankheit, Heilkunst,, Heilung.* Freiburg/München: Karl Alber, 399-418.
- Seleskovitch, Danica (1988) *Der Konferenzdolmetscher. Sprache und Kommunikation.* Heidelberg: Groos.
- Shackman, Jane (1985) *The Right to be Understood. A handbook on working with employing and training community interpreters.* Cambridge: National Extension College.
- Slapp, Ashley Marc (2004) *Community Interpreting in Deutschland. Gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft.* München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung.
- Smirnov, Stanislav (1997) An Overview of Liaison Interpreting. *Perspectives: Studies in Translatology* (2), 211–226.
- Trim, John / North, Brian / Coste, Daniel / Sheils, Joseph (2001) *Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: Lernen, lehren und beurteilen.* Linz: Landesverlag.
- UNIVERSITAS (2009) Kommunaldolmetschen – eine absolute Querschnittsmaterie. http://www.universitas.org/uploads/media/PA231209_CI_Handout.doc (zuletzt besucht am 10.07.2018).
- Weinberg, Johannes (1996) Kompetenzlernen. *QUEM-Bulletin* 1996:1, 3-5.
- Weinert, Franz E. (2002) *Leistungsmessungen in Schulen.* Weinheim / Basel: Beltz.
- Wesselman, Elisabeth / Lindemeyer, Tuula / Lorenz, Alfred L. (2004) *Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der klinikinterne Dolmetscherdienst.* Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Zimmermann, Emil (2000) *Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber.

Anhang: Interviewleitfaden

Fragen zur Person:

- Was ist deine Muttersprache (A-Sprache)?
- Hast du eine Dolmetscherausbildung?
 - Wo hast du diese absolviert?
- Arbeitest du sonst noch wo als Dolmetscher oder Übersetzer?
 - Wo und wie lange schon? Welche Tätigkeiten übernimmst du dort genau?

Allgemeine Fragen zur beruflichen Erfahrung bei AmberMed

- Wie lange bist du schon bei AmberMed tätig?
- Für welche Sprachen dolmetscht du?
- Dolmetscht du bei AmberMed außer Arzt-Patienten Gesprächen auch andere Gespräche?
- Unterscheidet sich das Dolmetschen bei AmberMed deiner Meinung nach von anderen Dolmetschtätigkeiten und wodurch?

Fragen zum Themenbereich

Anforderungen

- Was erwarten sich die Patienten von dir als Dolmetscher?
 - Haben sie dir manchmal zusätzliche Aufgaben gegeben?
- Was erwarten sich die Ärzte vom Dolmetscher?
 - Was erwarten sie sich von deiner Dolmetschung?
- Welche Anforderungen werden seitens des Personals von AmberMed gestellt?
- Gab es Situationen, in denen du Aufgaben übernommen hast/hättest übernehmen sollen, die deinen eigentlichen Aufgabenbereich als Dolmetscher überschritten haben?
 - Hättest du für diese gewisse Fähigkeiten gebraucht?

Kompetenzen

- Was muss deiner Meinung nach ein Dolmetscher können oder wissen, um bei AmberMed tätig zu sein?

- Wie unterscheidet sich das Dolmetschen bei AmberMed von deinen anderen genannten Tätigkeiten?
- Kannst du dich noch an deinen ersten Dolmetscheinsatz bei AmberMed erinnern?
Wie hattest du dich darauf vorbereitet?
- Bereitest du dich weiterhin für Dolmetscheinsätze bei AmberMed vor?
- Werden Vor- und Nachgespräche geführt?
- Erhältst du zu deiner Dolmetschleistung ein Feedback?
- Ist nach der Dolmetschung deine Arbeit getan oder denkst du im Nachhinein über deine Dolmetschung nach?
- Was muss deiner Meinung nach ein Dolmetscher können oder wissen, um eine gute Dolmetschleistung im Gespräch zwischen Arzt und Patient zu erbringen? Welche Eigenschaften sollte er mit sich bringen?
- Welche Dolmetschtechniken wendest du an?
- Welche weiteren Eigenschaften sind deiner Meinung nach noch wichtig, die nicht direkt mit der Dolmetschtätigkeit zusammenhängen?
- Erinnerst du dich an eine Situation bzw. mehrere Situationen, bei der gewisse Kompetenzen fehlten?
 - Welche Kompetenzen waren das genau?
- Gab es Dolmetschsituationen, die besonders herausfordernd waren oder, die dir Probleme bereitet haben?
 - Wie hast du diese gelöst?
- Wird manchmal auch eine Lingua franca verwendet?
- Wo hast du dir diese Kompetenzen/Fähigkeiten angeeignet?
 - Inwiefern konntest du dir diese Kompetenzen am Zentrum für Translationswissenschaft aneignen?
 - Welche Kompetenzen genau hast du dir nicht am ZTW aneignen können?
 - Hast du dir gewisse Kompetenzen erst durch die Tätigkeit bei AmberMed angeeignet?

Abschlussfragen

- Möchtest du zum Abschluss noch etwas sagen oder hinzufügen?

Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den Anforderungen und Kompetenzen für das Dolmetschen aus der Perspektive der DolmetscherInnen am Beispiel der Gesundheitseinrichtung AmberMed.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit werden zunächst wichtige Grundbegriffe, darunter Dolmetschen, Dolmetschmodi und Kommunaldolmetschen, definiert. Anschließend wird das Medizindolmetschen dem Gerichtsdolmetschen gegenübergestellt und deren Zuordnung zum Begriff „Kommunaldolmetschen“ diskutiert. Das zweite Kapitel befasst sich zunächst mit der Definition des Begriffes „Kompetenz“, um in weiterer Folge das Kompetenzmodell von Albl-Mikasa (2012) und die Kompetenzbereiche von Gentile et al. (1996) vorzustellen. Das dritte Kapitel widmet sich dem Dolmetschen im Gesundheitswesen. Dabei wird das Augenmerk auf die sprachlichen und kulturellen Besonderheiten sowie komplexen Rollenprofile der DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich gelegt. Im Anschluss daran wird die Institution AmberMed präsentiert.

Auf Basis des Kompetenzmodells von Albl-Mikasa unter Berücksichtigung der Kompetenzbereiche von Gentile et al. wurde zur Befragung der sechs DolmetscherInnen ein halbstandardisierter Interviewleitfaden erstellt. Anhand der Ergebnisse der Interviewstudie kann festgestellt werden, dass die DolmetscherInnen bei AmberMed neben der SprachmittlerInnenrolle auch die Rolle der HelferInnen, ersten Ansprechpersonen und ärztlichen AssistentInnen übernehmen. Im Weiteren können anhand der Ergebnisse der Interviewstudie folgende Kompetenzen erfasst werden: Sprachkompetenz, Kulturkompetenz, medizinisches Fachwissen und Fachvokabular, gezielte Vorbereitung, Glossarerstellung, soziale Kompetenz, emotionale und psychische Stabilität, dialektale Sprachvarietäten, empfängerorientierte Verdolmetschung, Gesprächskoordination, Kompensierung einer Lingua franca, Merkfähigkeit, Effizienz und Schnelligkeit, Aktualisierung der Glossare und Qualitätssicherung.

Abstract

This Master's thesis addresses the requirements and competences for language interpretation from the interpreters' point of view based on the example of the medical institution AmberMed.

The theoretical part focuses on explaining and defining important terminology, such as interpreting, modes of interpretation and community interpreting. Subsequently, medical interpreting and court interpreting are compared and contrasted with a special focus on their relationship to community interpreting. The second chapter attends to the definition of the term *competence* in order to subsequently present Albl-Mikasa's (2012) competence model and the competence areas by Gentile et al. (1996). The third chapter revolves around interpretations in healthcare, whereby the medical interpreters' cultural and linguistic characteristics as well as their complex profiles are investigated. In the fourth chapter, the medical institution AmberMed is introduced.

Based on Albl-Mikasa's competence model and the competence areas by Gentile et al. a semi-standardized interview guide was developed in order to elicit responses from six interpreters. The results of the interviews show that the interpreters at AmberMed function not only as language professionals, but also as helpers, contact person and medical assistants. Furthermore, the results indicate that interpreters need to have the following competences: linguistic competence, cultural competence, medical know-how and knowledge of technical vocabulary, specific preparation, developing a glossary, social competence, emotional and mental stability, dialectal language varieties, recipient-oriented interpretation, coordination of conversations, compensation of a lingua franca, memory, efficiency and promptness, updating of glossaries and quality control.