



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Dolmetschen im indischen Gesundheitstourismus.
Anforderungen, Rollen und Erwartungshaltungen.“

verfasst von / submitted by

Julia Kern BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna 2017

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

A 065 342 345

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

Dolmetschen

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Pöchhacker

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Wien, am 4. Mai 2017

(Julia Kern)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinem Betreuer und Professor Dr. Franz Pöchhacker bedanken, der mir während des gesamten Prozesses – von der Ideenfindung bis zur finalen Abgabe – mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat. Er wies mich dank seines umfangreichen Wissens und seiner Erfahrung immer auf die richtige Literatur hin und ich fühlte mich aufgrund seines pädagogischen Gespürs äußerst gut begleitet.

Einen Dank möchte ich auch meinen Lektorinnen und Korrektorinnen Claudia und Victoria aussprechen, die einige Stunden ihrer kostbaren Zeit dieser Arbeit geopfert haben.

Ebenso bin ich meinen Interviewpartnerinnen zu Dank verpflichtet, da ohne ihre Bereitschaft und Freude am Gespräch die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Auch meinen Eltern, Großeltern und meiner Schwester möchte ich für ihre Unterstützung danken sowie für die Gewissheit, dass ich zu Hause stets herzlich willkommen bin.

Ein weiterer Dank gilt Johannes, der mich stets motiviert und mir nicht zuletzt wegen seiner immensen Lebensfreude ein ungemeines Vorbild ist.

Schließlich danke ich auch meiner Reise- und Abenteuerlust, dass sie mich nach Indien geführt hat, wo alles begann.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	9
Einleitung.....	11
1. Gesundheitstourismus	13
1.1. Definition	13
1.2. Mega-Trends	15
1.3. Ausprägungen von Gesundheitstourismus.....	17
1.4. Abgrenzung zum Medizintourismus.....	18
1.5. Marktpotenzial	19
1.6. Typen von Gesundheitstouristen.....	19
1.6.1. Passive Wellnessgäste.....	19
1.6.2. Aktive Wellnessgäste.....	20
1.6.3. Kur- und Reha-Gäste	20
2. Dolmetschen im Gesundheitswesen.....	21
2.1. Begriffsentstehung Kommunaldolmetschen.....	21
2.2. Typische Settings, Verantwortung und Prestige	22
2.3. Abgrenzung zum Konferenzdolmetschen.....	24
2.4. Für wen wird gedolmetscht?	25
2.5. Wo wird gedolmetscht?	25
2.6. Wie wird gedolmetscht?	26
2.7. Anforderungsprofil	27
2.8. Spezifik des Dolmetschens im Gesundheitswesen	27
2.9. Strategie und Grundprinzipien.....	28
2.10. Rollenbilder.....	31
2.10.1. DolmetscherInnen als „DetektivInnen“	32
2.10.2. DolmetscherInnen als kulturelle „Mehrzweck-Brücken“	32
2.10.3. DolmetscherInnen als „DiamantensucherInnen“	33
2.10.4. DolmetscherInnen als „MinenarbeiterInnen“	33
2.11. Rolle, Sichtbarkeit und Berufsethik.....	34
2.12. Kontroversen, Anforderungen und Problemfelder	35
2.13. Handlungsschritte für DolmetscherInnen im Gesundheitswesen	36

2.13.1. Vor dem Dolmetscheinsatz	37
2.13.2. Während des Dolmetscheinsatzes.....	37
2.13.3. Nach dem Dolmetscheinsatz.....	38
2.13.4. Mehr als Dolmetschen	39
2.14. Erwartungshaltungen und Dilemmas.....	40
2.15. Aktueller Forschungsstand.....	41
3. Dolmetschen im indischen Gesundheitstourismus.....	43
3.1. Medizintourismus in Indien	43
3.2. Ayurveda: Medical Wellness in Indien.....	45
3.3. Kundenwerbung im Internet	47
3.4. Fallstudie: Dolmetschen im indischen Gesundheitstourismus	53
3.4.1. Rekrutierung, Entlohnung und Unterkunft	53
3.4.2. Tätigkeitsfeld	55
3.4.3. Ausbildung und Vorbereitung.....	57
3.4.4. Typische Gesprächskonstellationen.....	58
3.4.5. Das Resort.....	61
3.4.6. Rollenbilder und Beziehung zu den PatientInnen.....	62
3.4.6.1. DolmetscherInnen als „DetektivInnen“	63
3.4.6.2. DolmetscherInnen als kulturelle „Mehrzweck-Brücken“	63
3.4.6.3. DolmetscherInnen als „DiamantensucherInnen“	64
3.4.6.4. DolmetscherInnen als „MinenarbeiterInnen“	64
4. Interviewstudie.....	66
4.1. Grundfragestellung	66
4.2. Methodik.....	67
4.2.1. Gesprächspartnerinnen.....	67
4.2.2. Rekrutierung und Ablauf der Interviews	67
4.2.3. Datenerhebung, Analyse, Übersetzung und Transkription	68
4.2.4. Interviewleitfaden	70
4.3. Analyse	71
4.3.1. Beweggründe zur Reise	71
4.3.2. Kontaktaufnahme.....	72
4.3.3. Überlegungen zum Vorhandensein einer DolmetscherIn	72

4.3.4. Sprachbarrieren und Missverständnisse.....	73
4.3.5. Hilfestellung und Qualität der Dolmetschung	73
4.3.6. Vertrauen, Privatsphäre, Rollenbild.....	74
4.3.7. Ausbildung.....	75
4.3.8. Herkunft.....	76
4.3.9. Hierarchie und Machtgefüge.....	77
4.3.10. Loyalität.....	78
4.3.11. Zusammenfassung.....	79
5. Schlussfolgerungen und Resümee	81
Bibliographie	84
Anhang.....	88
Abstract.....	100

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Medical Tourism in India, S. 46
- Abb. 2 Google-Suche „Ayurveda Kur Indien“, S. 47
- Abb. 3 Google-Suche „Ayurveda Kur Indien Schlagworte“, S.48
- Abb. 4 Google-Suche „Ayurveda Kur Indien Kerala“, S. 49
- Abb. 5 Somatheeram Ayurveda Health Resort “Beschreibung”, S. 50
- Abb. 6 Somatheeram Ayurveda Health Resort „Leistungen“, S. 51

Einleitung

Durch einen glücklichen Zufall kam ich im Jahr 2014 in den Genuss, fünf Monate im südindischen Bundesland Kerala verbringen zu dürfen und als Dolmetscherin tätig zu werden. Was als schlichtes Dialogdolmetschen begann, schlug bald in eine umfassende sprachliche, aber auch psychologische und kulturmittelnde Betreuung der mir zugeteilten Kurgäste um. Obwohl als Angestellte des Kur-Resorts meine Loyalität gegenüber meinen Arbeitgebern und den behandelnden ÄrztInnen theoretisch außer Frage stand, kam es während meines Aufenthalts zu mehreren für mich als angehende Dolmetscherin interessanten Zwischenfällen und Missverständnissen – sowohl sprachlicher als auch kultureller und psychologischer Natur.

Selbstredend begleitete mich diese spannende Zeit noch Monate nach Beendigung meines Aufenthalts und ich pflege zu einigen meiner damaligen Kurgäste noch heute Kontakt. Die einmaligen Erfahrungen, die ich als Sprach- und Kulturmittlerin, Dolmetscherin und Übersetzerin machen durfte, lieferten die Grundidee für die vorliegende Masterarbeit. In ihr soll das Phänomen „Dolmetschen im Gesundheitstourismus in Indien“ näher beleuchtet werden.

Das einleitende Kapitel beschäftigt sich daher mit der Erscheinung Gesundheitstourismus, indem der Begriff definiert, abgegrenzt, das Klientel, welches er bedient, beschrieben und seine Ausprägungen dargelegt werden.

In einem zweiten Kapitel wird auf die Besonderheiten des Kommunaldolmetschens eingegangen sowie das Dolmetschen im Gesundheitswesen näher beleuchtet, wobei besonders fachspezifische Grundprinzipien, Strategien, Handlungsschritte, Rollenbilder, Erwartungshaltungen und Herausforderungen erläutert werden.

Das dritte Kapitel widmet sich dem Gesundheitstourismus in Indien, indem in Form einer Feldbeobachtung versucht wird das Phänomen mit seinen Ausprägungen zu erfassen. Vor allem die im vorherigen Kapitel theoretisch dargelegten Anforderungen werden in diesem Kapitel um praxisnahe Erkenntnisse ergänzt.

Im vierten Kapitel dieser Arbeit werden zunächst Aufbau und Umsetzung der Interviewstudie erläutert, indem Zielsetzung der Studie, Rekrutierung der TeilnehmerInnen, Ablauf, Analyse, Transkription und der Interviewleitfaden aufgezeigt werden, bevor anschließend die Ergebnisse der Studie aufbereitet und in einer Schlussfolgerung zusammengefasst werden.

Abschließend soll in einem Resümee ein Fazit gezogen und insbesondere die Frage geklärt werden, welche Perspektiven es für DolmetscherInnen im Gesundheitstourismus geben kann und vor welchen Herausforderungen sie stehen.

1. Gesundheitstourismus

1.1. Definition

Die Welttourismusorganisation definiert Gesundheitstourismus wie folgt:

Tourism associated with travel to health spas or resort destinations where the primary purpose is to improve the traveller's physical well-being through a regimen of physical exercise and therapy, dietary control, and medical services relevant to health maintenance (Rulle 2004: 20).

An diesem Zitat lässt sich bereits erkennen, wie weitläufig diese Definition und somit auch der Themenbereich ausgelegt ist. Laut Illing gibt es lediglich zwei konkrete Punkte, an denen festgemacht werden kann, dass es sich *nicht* um Gesundheitstourismus handelt: im Falle von medizinischen Notfällen von gesunden Reisenden im Ausland oder wenn bereits erkrankte TouristInnen eine Reise ohne Absicht auf aktive Besserung des Gesundheitszustandes unternehmen (vgl. Illing 2009: 3).

Zerlegen wir den Terminus in seine Bestandteile und wenden wir uns zunächst dem Tourismus zu. Der Begriff als solches wird im deutschen Sprachraum in Anlehnung an sein englisches, französisches und italienisches Pendant erst nach dem 2. Weltkrieg aktiv genutzt und hat allmählich die Begriffe Fremdenverkehr, Reiseverkehr und Touristik abgelöst. Dies ist vor allem einer zunehmend durch Euphemismen geprägten Sprache geschuldet, die einen Gast nicht mehr als „Fremden“ bezeichnen wollte, um emotionale Nähe zu suggerieren und damit möglichst viel Wertschätzung zu generieren (vgl. Berg 2008: 1). Neben einer Fülle an Definitionen kann Tourismus auf das Wesentliche reduziert als „[...] vorübergehende Ortsveränderung von Personen zum Zwecke der Erholung, Regeneration und Gelderwerb“ bezeichnet werden (Berg 2006: 29).

Tourismus ist daher als Oberbegriff für verschiedene Tourismusarten und -formen zu verstehen, die von Faktoren wie Dauer, Motiv, Entfernung, usw. abhängig sind und sich oft auch gegenseitig bedingen (vgl. Berg 2008: 3).

Gesundheit wiederum wird von der Weltgesundheitsorganisation als „Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“ (Lanz Kaufmann 2002: 15) verstanden. Diese vertraute Definition stammt allerdings aus dem Jahr 1948, wohingegen heutzutage laut Lanz Kaufmann ein anderer Prozess wahrgenommen werden kann; nämlich einer, „[...] in welchem das Individuum stets versucht, in und mit seiner Umwelt und seinem Umfeld ein Optimum an Wohlbefinden zu erreichen“ (Berg 2008: 7).

Dieser Aspekt stellt freilich eine folgenschwere Konsequenz für den Gesundheitstourismus dar, da es infolgedessen nicht mehr länger - um es technisch auszudrücken - nur um eine simple (Wieder)Herstellung der Gesundheit geht, sondern vielmehr um eine stetige Suche nach Selbst-Optimierung. Als begünstigende Faktoren für gesundheitlich motivierten Tourismus können mehrere Faktoren genannt werden: steigendes Bildungsniveau, steigendes Gesundheitsbewusstsein, steigende berufliche Verantwortung, die durch Wellness-Urlaub kompensiert werden soll, steigende Lebenserwartung, wachsendes Angebot und Besinnung auf sich selbst (vgl. Berg 2008: 5).

Einheitliche Definitionen für den Begriff *Gesundheitstourismus* gibt es kaum, doch im Wesentlichen geht es um die Wiederherstellung von Gesundheit an einem fremden Ort, „an dem Gesundheitsleistungen einen Schwerpunkt finden“ (Berg 2008: 39). Dazu zählen medizinische Leistungen, aber auch Schwerpunkte wie gesunde Ernährung, therapeutische Beratung und Betreuung. Es kann unterschieden werden zwischen Heilung in Form von klinischen Angeboten, Reha oder Kur und Gesunderhaltung im Sinne von Fitness, Wellness und Health Clubs.

In diesem Kontext ist auch der Begriff *Wellness* sehr schwer kategorisch einzuordnen. Exakte Definitionen gibt es ebenfalls keine, nur grobe Einordnungen, wie beispielsweise eine Unterteilung von Wellnessurlaub in Anti-Aging-Urlaub, Beauty-Urlaub, Passiv-Wellness oder Medical Wellness-Urlaub. Generell können jedoch folgende Elemente für den Begriff Wellness festgemacht werden:

Es erfolgt ein Aufenthalt in einem spezialisierten Hotel mit entsprechenden Wellness-Einrichtungen und fachkompetentem Personal, inklusive individueller Betreuung und einem umfassenden Leistungspaket (Ernährung, Fitness, Körperpflege, Entspannung, etc.) (vgl. Berg 2008: 42).

1.2. Mega-Trends

Laut Berg können mehrere sogenannte Mega-Trends als bestimmende Größen des Wellness- und Gesundheitstourismus in der derzeitigen Ausprägung genannt werden.

1.2.1. Die neue Langlebigkeit

Die Bevölkerung altert: Bis zum Jahr 2020 wird jede/r dritte BürgerIn in den OECD-Mitgliedsländern über 60 Jahre alt sein und das Durchschnittsalter weltweit von Mitte 20 auf 38 Jahre ansteigen. Auch die Lebenserwartung wird weiter steigen.

ZukunftsforscherInnen prophezeien, dass ältere Bevölkerungsmitglieder in Zukunft Felder besetzen werden, die bisher der jüngeren Altersgruppe vorbehalten waren, nämlich Genuss und Konsum. Schließlich stellt die Verlängerung der Lebensqualität bis ins hohe Alter hinein ein zentrales Motiv von Wellness, also eines ganzheitlichen Wohlbefindens, dar. Wesentliche Themenfelder sind zum Beispiel gesunde Ernährung, Entspannung und Stressmanagement (vgl. Berg 2008: 19)

1.2.2. Gesundheit

Gesundheit führt immer wieder die Ranglisten für den höchsten Wert eines Individuums an – und zwar in allen Bevölkerungsschichten. Wellness sieht sich als Ergänzung zur Gesundheit, indem es das Konzept um individuelles Erleben, körperliche Betätigung und Prävention als Kernthemen ergänzt. Der Körper wird als Refugium dargestellt, das man verändern und verbessern kann. Galten noch vor wenigen Jahrzehnten Krankheitssymptome wie beispielsweise erhöhte Temperatur und verschiedenste Arten von Schmerz als Inbegriff von Krankheit, so sind dies heutzutage ein Mangel an Lebensqualität, Fitness, Potenz oder Glücksgefühl (vgl. Berg 2008: 19).

1.2.3. Neue Mobilität

In einer (Arbeits-)Welt, die zunehmend von Mobilität, Flexibilität und ständiger Erreichbarkeit geprägt ist, werden Konzepte von Gesundheit, Entspannung und Wellness nicht mehr rein medizinisch gesehen, sondern als für die Performance unabdingbar und als Ausgleich verstanden, um die Herausforderungen des Alltags bewältigen zu können (vgl. Berg 2008: 20).

1.2.4. Spiritualisierung

Ausgelöst durch den Glaubens- und Religionswandel in einer stark globalen, zunehmend naturwissenschaftlich erklärten Welt und der immerwährenden Suche nach dem Sinn des Lebens, entstand auch im Gesundheitsbereich eine Art „Meta-Wellness“.

Diese ist beispielsweise geprägt durch fernöstliche Glaubenssysteme, die durch Energieflüsse oder eine harmonische Ordnung der Natur geregelt sind, wie dies auch im Heilsystem Ayurveda in Indien der Fall ist. Im Zentrum dieses Phänomens steht allerdings nicht die Wahrheit, sondern die Wirksamkeit (vgl. Berg 2008: 21).

1.2.5. Individualisierung

Dieser Trend gilt als einer der größten Mega-Trends in der Sozialforschung. Dies zeigt sich am deutlichsten anhand zweier auch im persönlichen Umfeld wahrnehmbarer Tendenzen: Bis vor einigen Jahren galt die Ehe als ein lebenslanges Versprechen und auch der erlernte Beruf wurde bis ans Lebensende ausgeübt. Heutzutage sind mehrere Berufswechsel keine Seltenheit mehr und auch Lebensmodelle, die im Kontrast zur klassischen Familie stehen, gewinnen zunehmend an gesellschaftlicher Akzeptanz. Dadurch ergibt sich eine Individualkultur, die durch nunmehr wenige Normen definiert ist und für die einzelne Person eine große Entscheidungsfreiheit offenbart. Selbstbestimmtheit, Selbstkompetenz und Selbstmanagement (Empowerment) sind zu zentralen Themen unserer Zeit avanciert.

Im Kontrast dazu steht der wieder stärker werdende Wunsch nach Bindung, Familie, Verlässlichkeit und Ewigkeit. Wellness und andere Formen des Gesundheitstourismus greifen in dieses Spannungsfeld ein und werben mit einem maximalen Ausgleich (vgl. Berg 2008: 22).

Basierend auf diesen Trends können nun Motive bzw. Bedürfnisse festgemacht werden, die sich in der Nutzung von Wellnessangeboten manifestieren. Dazu zählen unter anderem das Bedürfnis nach Entspannung und Stressbekämpfung, nach Verwöhnung und Zuwendung, nach Work-Life-Balance, nach Harmonie, nach Attraktivität, nach kreativer Selbstverwirklichung sowie das Bedürfnis nach Lebensverlängerung, ewiger Jugend, Erhöhung der Lebensenergie und nach spirituellem Sinn (vgl. Berg 2008: 25).

All diese Motive, besonders aber die letzteren vier, können als treibende Elemente für jene Personen, die eine der unzähligen Kur- und Heilanstalten in Südindien und Sri Lanka besuchen – nicht aber Krankenhäuser oder ähnliche Anstalten, in denen operative Eingriffe vorgenommen werden – festgemacht werden. Folglich kann dieses Publikum vor allem der Unterkategorie (Medical) Wellnesstourismus und auch unter Einschränkungen dem Kur- und Rehabilitationstourismus zugeordnet werden.

1.3. Ausprägungen von Gesundheitstourismus

Gesundheitstourismus gilt neben z.B. Geschäfts- oder Kulturtourismus als eine Ausprägung von Tourismus und untergliedert sich wiederum in z.B. (Medical) Wellnesstourismus, Kur- und Rehabilitationstourismus, Erholungstourismus und Patiententourismus (vgl. Berg 2008: 38). Wie eingangs erwähnt, wird eine klare Abgrenzung von Wellness- zu Gesundheitstourismus durch die Tatsache erschwert, dass bereits fließende Grenzen und Überschneidungen bei Geschäftsmodellen existieren. Zu Wellnesstourismus wiederum zählen unter anderem folgende Ausprägungen: Ernährung, Bildung, Entspannung, Stressmanagement, Meditation, TCM, Kur im Urlaub (vgl. Berg 2008: 38).

Festzuhalten ist jedoch, dass Medical Wellness sich als Bindeglied zwischen Schulmedizin und alternativen Therapieformen sieht und der aktiven Bereitschaft zum eigenverantwortlichen Handeln seitens der PatientInnen einen großen Stellenwert beimisst (vgl. Berg 2008: 168).

Kurtourismus wiederum ist definiert als eine Therapieform, die auf das Potenzial natürlicher Heilmittel wie Boden, Klima und Meer zurückgreift und als Therapieform vor allem Medikamente, falls nötig, Diätetik, Psychotherapie und Gesundheitstraining einsetzt (vgl. Berg 2008: 133). Wichtig ist es anzumerken, dass kein gesetzlicher Schutz für den Begriff „Kur“ existiert, weswegen er fälschlich verwendet oder für eine Vielzahl an Produkten oder Therapien eingesetzt werden kann.

1.4. Abgrenzung zum Medizintourismus

Medizintourismus als Unterkategorie des Gesundheitstourismus ist als weltweites Phänomen zu verstehen, dessen Marktwert sich bis zum Jahr 2019 auf USD 32,5 Milliarden belaufen wird (vgl. Transparency Market Research 2013). Was im deutschsprachigen Raum oft auch als Spital- oder Patiententourismus bezeichnet wird, beschreibt im Englischen ein annähernd gleiches Konzept mit einer weiteren Reihe an Begriffen – in Abhängigkeit von subjektiven Perspektiven und Schwerpunkten: „medical tourism, medical travel, medical outsourcing, health tourism, health travel, health-care tourism, health-care travel, global health care, global outsourcing, international health care“ (Germann 2009: 1). Jedoch bestimmen die meisten Definitionen den Medizintourismus als eine Tourismusform, bei der ins Ausland gereist wird, um medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Germann 2009: 2).

Den Anreiz für MedizintouristInnen liefern hauptsächlich ein Mangel an Behandlungsmöglichkeiten im Heimatland, lange Wartezeiten oder Preisunterschiede der Behandlung (vgl. Germann 2009: 3).

Grundsätzlich wird zwischen zwei dominanten Ausprägungen von Medizintourismus unterschieden, nämlich einem qualitäts- und prestigeorientierten sowie einem kostenorientierten. Bei ersterem handelt es sich um PatientInnen, die aus dem Ausland, vorwiegend aus arabischen Ländern oder anderen Entwicklungsländern nach Zentraleuropa, Skandinavien, oder in die USA reisen, um dort medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Beim kostenorientierten Medizintourismus suchen PatientInnen aus Kostengründen nach einer finanziell günstigeren medizinischen Versorgung in Drittstaaten. Betroffen sind vor allem PatientInnen aus den USA, aber auch aus Westeuropa (vgl. Berg 2008: 171).

Als marktführend sind hier asiatische Länder zu nennen, allen voran Thailand, aber auch Indien, deren medizinische Einrichtungen zum Teil ihre europäischen Pendanten in Sachen Ausstattung, Komfort, Behandlungsstandard und auch Luxus übertreffen.

Im Gegensatz zum Wellness-Tourismus, dessen Nachfrage sich weitestgehend auf Prävention und Gesunderhaltung konzentriert, stehen für PatientInnen, die dem Medizintourismus zuzuordnen sind, folgende Leistungen im Vordergrund: Behandlung von Knochenbrüchen, Behandlung erkrankter innerer Organe, Therapie von Herz-Kreislaufkrankungen, Behandlung von Erkrankungen der Atemwege sowie kosmetisch-chirurgische Eingriffe.

1.5. Marktpotenzial

Das Marktpotenzial und Volumen des Gesundheitsmarkts übersteigt bei weitem die Zahlen des Medizintourismus allein: Von 260 Milliarden USD im Jahr 2008 wird sich das Volumen auf 450 Milliarden bis zum Jahr 2020 steigern. Auch die Wellness-Sparte wächst weiter und setzt weltweit jährlich mehrere Milliarden USD um (vgl. Berg 2008: 27). Als begünstigende Faktoren sind sowohl eine alternde Bevölkerung mit längerer Lebenserwartung als auch der bessere Zugang zu Informationen und ein gesteigertes Bewusstsein für das eigene Wohlbefinden zu nennen.

1.6. Typen von Gesundheitstouristen

In der Literatur gibt es verschiedenste Unterscheidungen für GesundheitstouristInnen, und zwar unterteilt nach der Art der Leistung, die sie fordern, oder nach Beweggründen. Lanz Kaufmann stellt drei Kategorien von GesundheitstouristInnen auf (vgl. Lanz Kaufmann 2002: 136-139):

1.6.1. Passive Wellnessgäste

Passive Wellnessgäste interessieren sich vorrangig für Leistungen, bei denen sie sich nicht aktiv betätigen müssen, sondern sich passiv verwöhnen lassen können. Wichtig für diesen Typ sind Massagen, Sauna, Bäder, Beauty-Anwendungen.

Weniger wichtig ist zum Beispiel Sport. Sie stellen meist höhere Ansprüche als andere Gäste und wünschen sich individuelle Fachberatung in Gesundheitsfragen.

1.6.2. Aktive Wellnessgäste

Aktive Wellnessgäste sind an der aktiven Förderung ihrer Gesundheit interessiert. Auffallend ist, dass dieser Typ tatsächlich viel Bewegung betreibt und sich gesünder ernährt. Für diesen Typ eher zweitrangig sind passive Wellnessangebote wie Sauna und Bäder, wohingegen das kulturelle, sportliche und diätetische Angebot vermehrt wahrgenommen wird.

1.6.3. Kur- und Reha-Gäste

Dieser Typ ist vor allem an Heilung und Gesundheitserhaltung interessiert. Behandlungen, Vorträge zu gesunder Ernährung und sportliche Angebote werden als besonders wichtig eingestuft; passive Wellness-Angebote werden als nebensächlich erachtet.

2. Dolmetschen im Gesundheitswesen

Aus eigener Erfahrung wage ich zu behaupten, dass Dolmetschen gerne mit Konferenz-, Gerichts- und Mediendolmetschen gleichgesetzt wird und andere Bereiche des Spektrums im Gespräch mit Laien häufig außen vorgelassen werden oder überhaupt nicht bekannt sind. Obwohl theoretisch mit der Materie durch mein Studium vertraut, wurde auch ich zum ersten Mal im Zuge meines Aufenthalts in Südindien mit einem Setting konfrontiert, das ganz klar dem Kommunaldolmetschen zuzuordnen ist. Denn auch wenn die Tätigkeit an sich schon lange existiert, so erfuhr das Kommunaldolmetschen erst mit Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts in der Dolmetschwissenschaft Beachtung. Dies liegt vor allem daran, dass Kommunaldolmetschen in alltäglichen Situationen stattfindet und somit allgemein gesehen als „Dolmetschen in Alltagssituationen“ bezeichnet werden kann (vgl. Pöllabauer 2002: 197).

2.1. Begriffsentstehung Kommunaldolmetschen

Wie die sehr weitgefaste Definition vermuten lässt, ist das Feld des Kommunaldolmetschens – wie diese Art des Dolmetschens in Anlehnung an das englische Pendant *Community Interpreting* genannt wird – ein sehr weites. Interessant: In den USA entstand der Begriff durch den Ausdruck *Community Work*, was die unentgeltliche Arbeit von (freiwilligen) Laien beschreibt (vgl. Bowen 1998: 319).

Pöllabauer gelingt es, die verschiedenen, in der Literatur vorkommenden Bezeichnungen *Liaison Interpreting*, *Cultural Interpreting*, *Legal Interpreting*, *Medical Interpreting*, *Dialogue Interpreting*, *Public Service Interpreting*, usw. in folgender Beschreibung zusammenzuführen:

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

2.2. Typische Settings, Verantwortung und Prestige

Sandra Hale beschreibt das Kommunaldolmetschen gar als eine Art des Dolmetschens, das die DolmetscherIn in die wohl privatesten Sphären des menschlichen Daseins vordringen lässt (vgl. Hale 2007: 25). Denn Kommunaldolmetschen kommt weder bei großangelegten Diskussionen über das politische Weltgeschehen zum Einsatz, noch bei Konferenzen zu aktuellen hochwissenschaftlichen Erkenntnissen.

Typische Settings sind vielmehr intime Situationen, in welchen für die Individuen elementare Themen besprochen werden, zum Beispiel in einem Arztbesprechungszimmer, im Büro einer SozialarbeiterIn, im Gerichtssaal oder auch auf einer Polizeistation (vgl. Hale 2007: 26). Konkret wird darauf in den folgenden Unterkapiteln noch Bezug genommen. Es handelt sich dabei allerdings lediglich um Beispiele, die beliebig erweitert werden können, woraus sich auch sofort einige der wesentlichen Problematiken des Kommunaldolmetschens ergeben: die Frage nach der Professionalität und nach der Einhaltung ethischer Richtlinien, darunter Faktoren wie Genauigkeit, Vertraulichkeit und Unparteilichkeit. Nach Hale müsse man eine solche Situation aus der Perspektive jener Individuen betrachten, die von der Dolmetschung abhängig sind und versuchen zu verstehen, wie schwierig es für diese Individuen sein mag, wenn einer gänzlich fremden Person (der DolmetscherIn) vertrauliche Informationen mitgeteilt werden sollen (vgl. Hale 2007: 26).

Die immense Verantwortung, die auf KommunaldolmetscherInnen lastet, wird vor allem deutlich, wenn man bedenkt, dass sie den Betroffenen zu einer Art der Kommunikation verhelfen, die andernfalls so nicht möglich wäre. Dies wiederum macht die DolmetscherInnen zu einem unabdingbaren Element zwischen zwei SprecherInnen. Hale sieht darin die Bedeutung gut ausgebildeter und kompetenter KommunaldolmetscherInnen begründet.

Allerdings ist der Beruf der KommunaldolmetscherIn nach wie vor nicht annähernd so prestigeträchtig wie jener der KonferenzdolmetscherIn, was wiederum mit einem unterschiedlichen Machtverhältnis erklärt werden kann: KonferenzdolmetscherInnen dolmetschen großteils anerkannte Persönlichkeiten und ExpertInnen von hohem gesellschaftlichen Status, was ihren eigenen Status hebt. KundInnen von KommunaldolmetscherInnen sind hingegen meist Personen, die über sehr wenig Macht verfügen, was sich ebenfalls auf den Status ersterer auswirkt, in diesem Fall allerdings nachteilig (vgl. Hale 2007: 27).

Der Beruf der KommunaldolmetscherIn ist ein ungeschützter und auch eine spezielle Fachausbildung oder Studium gibt es (noch) nicht. Daher darf sich jede Person unabhängig von Ausbildung oder Training als KommunaldolmetscherIn bezeichnen und als solche Aufträge annehmen. Im typischen Settings des Kommunaldolmetschens kommt es häufig vor, dass nichtprofessionelle Freiwillige, die oft aus dem familiären Umfeld der KlientInnen stammen und deren Sprache sprechen, die Dolmetschung übernehmen. Der Mangel an Fachkräften führt dazu, dass völlig fremde Personen (z.B. Personen aus dem Wartezimmer) oder im Extremfall auch Kinder als LaiendolmetscherIn zum Einsatz kommen, wie auch aus der ÄrztInnenbefragung von Franz Pöhhacker in Wiener Krankenhäusern hervorgeht (vgl. Pöhhacker 1997 : 152-162). Wie jedoch in Fachkreisen hinlänglich bekannt, kann eine simple Sprachkenntnis ohne zusätzliche Ausbildung oder zumindest Schulung niemals ein Garant für einen reibungslosen Gesprächsablauf sein, sondern ihn im besten Fall behindern oder im schlimmsten Fall fälschlich beeinflussen (vgl. Pöllabauer 2002: 199).

Zudem ist man sich in Expertenkreisen uneins, was die Eingrenzung des Begriffes „Dolmetschen“ in Unterkategorien betrifft. Laut Hale tragen solche Abgrenzungen zu anderen Feldern – wie beispielsweise die nicht ganz wertfreie Abgrenzung von Konferenz- zu Kommunal Dolmetschen – nur zusätzlich zur Abwertung des betreffenden Berufsbilds bei (vgl. Hale 2007: 27).

2.3. Abgrenzung zum Konferenzdolmetschen

Grundsätzlich werden Konferenz- und Kommunal Dolmetschen heute durch den Modus unterschieden, indem bei ersterem vorwiegend die Simultandolmetschetechnik und bei zweitem das Konsekutivdolmetschen zum Einsatz kommt. Obwohl diese grobe Unterscheidung beim Konferenzdolmetschen weitestgehend zutrifft, gilt diese beim Kommunal Dolmetschen nur bedingt. Denn Kommunal DolmetscherInnen bedienen beide Modi des Dolmetschens (vgl. Hale 2007: 31)

Auch der Faktor Register spielt eine große Rolle: Während beim Konferenzdolmetschen ein semiformelles bis sehr formelles Setting vorherrscht, können die Settings beim Kommunal Dolmetschen sehr unterschiedlich sein und von sehr formell bis sehr informell reichen (vgl. Hale 2007: 31).

Hale stellt die These auf, dass in der Literatur ein für sie wesentlicher Faktor nicht diskutiert wird, nämlich jener der *Konsequenz* der Verdolmetschung. Sie hebt hervor, dass beim Kommunal Dolmetschen der Faktor Genauigkeit noch wesentlicher sei als dies schon beim Konferenzdolmetschen der Fall ist. Wird nämlich bei der Verdolmetschung eines Vortrags bei einer Konferenz ein wichtiger Punkt übersprungen, so kann ein etwaiges Miss- oder Unverständnis relativ einfach aus der Welt geschafft werden – beispielsweise durch die Veröffentlichung der Vortragsunterlagen, etc.

Bei politischen Verhandlungen ist die Situation indes eine andere, da auch die Art der Wiedergabe und der Affekt eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Hale 2007: 32). Vor allem auch beim Dolmetschen im medizinischen Bereich – einem der großen Felder des Kommunal Dolmetschens – wird der DolmetscherIn höchste Präzision abverlangt, da Fehlinformationen weitreichende Konsequenzen nach sich ziehen könnten (vgl. Hale 2007: 33).

2.4. Für wen wird gedolmetscht?

Meistens wird beim Kommunaldolmetschen für Angehörige einer ethnischen oder sprachlichen Minderheit im Gastland gedolmetscht, das heißt also für MigrantInnen, AsylwerberInnen oder Menschen auf der Flucht.

Es handelt sich hierbei um Personen, die gegenüber ihren GesprächspartnerInnen, nämlich VertreterInnen von Behörden oder anderen offiziellen Einrichtungen des Gastlandes, über wenig Macht oder Ansehen verfügen (vgl. Pöllabauer 2002: 198).

Auch ist die Anzahl der ZuhörerInnen vergleichsweise niedriger als beim Konferenzdolmetschen: Meistens wird beim Kommunaldolmetschen für zwei Gesprächsparteien und gegebenenfalls für deren Begleitpersonen gedolmetscht.

In der Regel stellt das Kommunaldolmetschen eine Gesprächssituation dar, bei der sich keine gleichberechtigten Personen gegenüber sitzen: Die VertreterInnen der Behörden oder des Gastlandes haben im Normalfall eine bessere Ausbildung erfahren und haben somit einen großen Wissensvorsprung. Zudem genießen sie im Gegensatz zu den KlientInnen auch einen höheren Status in der Gesellschaft, woraus sich ein ungleiches Machtverhältnis ergibt. Eine Ausnahme bilden TouristInnen, die für einen begrenzten Zeitraum in ein Land reisen und sich nicht in dessen Gesellschaft einordnen müssen (vgl. Pöllabauer 2002: 199). Das Phänomen des Gesundheitstourismus wird in weiterer Folge noch diskutiert.

2.5. Wo wird gedolmetscht?

Wie bereits erläutert finden solche Dolmetschhandlungen weniger in formellen konferenzzähnlichen Settings statt, sondern dort und dann, wenn eine Kommunikation in Bereichen des täglichen Lebens zwischen anderssprachigen KlientInnen und BehördenvertreterInnen hergestellt werden soll. So können sowohl Ämter, Behörden und Institutionen, als auch medizinische und psychologische bzw. psychiatrische Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Therapiezentren), soziale Einrichtungen, Bildungsstätten, Schulen oder wirtschaftlich-rechtliche Settings als Ort der Dolmetschleistung dienen (vgl. Pöllabauer 2002: 198).

2.6. Wie wird gedolmetscht?

Ungleich wie beim Konferenzdolmetschen erfolgt das Kommunaldolmetschen face-to-face, also nicht monologisch, sondern dialogisch und meist konsekutiv (mit oder ohne Notizen), was im Rückschluss bedeutet, dass eine aktive Sprachkompetenz vorliegen muss, um erfolgreich in beide Richtungen dolmetschen zu können.

Die Arbeit der DolmetscherIn wird zusätzlich durch die ungleiche Ausgangssituation und Machtverteilung erschwert, und vor allem auch dadurch, dass die Ansprüche der Gesprächsparteien variieren und von der DolmetscherIn sowohl erwartet wird, als bloßes Sprachrohr zu agieren, als auch als weitere GesprächspartnerIn aktiv Einfluss auf das Gespräch zu nehmen (vgl. Pöllabauer 2002: 199). Letztere Problematik deckt sich mit meiner persönlichen Erfahrung und stellt eine besondere Herausforderung für die Dolmetscher dar.

Grundsätzlich arbeiten KommunaldolmetscherInnen auch alleine und nicht im Team, wie dies beispielsweise beim Konferenzdolmetschen in der Kabine üblich ist. Die KommunaldolmetscherIn ist vielmehr eine dritte Person, die direkt am Gespräch beteiligt ist und aktiv Einfluss nehmen kann (vgl. Pöllabauer 2002: 199).

In Bezug auf die Arbeitssprachen ist das Kommunaldolmetschen ebenso einzigartig: Es werden nicht nur die Welt- bzw. EU-Arbeitssprachen wie Deutsch, Englisch, Französisch benötigt, sondern auch verschiedenste Minderheitensprachen, die vergleichsweise sehr wenige professionelle DolmetscherInnen beherrschen. Gerade aus diesem Grund sind sehr viele KommunaldolmetscherInnen schlichtweg Laien, die ad hoc herangezogen werden, wenn die Situation dies verlangt.

Aufgrund der face-to-face-Gesprächssituation wird in typischen Settings des Kommunaldolmetschens ebenso simultanes Flüsterdolmetschen praktiziert (vgl. Pöchlacker 1998: 155).

2.7. Anforderungsprofil

Wie bereits aufgezeigt ist das Kommunaldolmetschen ein sehr facettenreiches Beschäftigungsfeld. So fällt auch das Anforderungsprofil ähnlich vielseitig aus: Als Voraussetzung unabdingbar ist natürlich – wie bei allen DolmetscherInnen – die fachliche Kompetenz, also Sprach-, Kultur-, Transfer- und Recherchierkompetenz. Dazu zählt außerdem das Wissen um – und ein gewisser Grad der Vertrautheit mit – Sprachregistern und Codes, denn in einem beliebigen Gespräch können sowohl institutionsspezifische Fachjargons als auch lokale Dialekte oder umgangssprachliche Codes bedient werden.

Aber auch einzelne kulturell oder landesspezifisch bedingte Hindernisse müssen erkannt werden; zum Beispiel dann, wenn das Geschlecht der DolmetscherIn einen unerwünschten Einfluss auf die Gesprächssituation haben könnte oder wenn es aufgrund von Ethnie bzw. politischer Einstellung zu keinem unparteiischen Gesprächsablauf kommen kann.

Hinzu kommt natürlich die Fähigkeit, unter Stress und Zeitdruck Leistung zu erbringen, insbesondere dann, wenn es sich um Settings wie beispielsweise ein Krankenhaus, eine Polizeistation oder gar ein Gefängnis handelt (vgl. Pöllabauer 2002: 201).

2.8. Spezifik des Dolmetschens im Gesundheitswesen

Die Medizin ist ein breites Feld und so gestaltet sich auch der Dolmetschensatz im medizinischen Bereich vielseitig. Dazu zählen Settings wie zum Beispiel Privatpraxen, Krankenhäuser oder aber auch Konsultationen mit KollegInnen verwandter Fachgebiete, wie DiätologInnen oder LogopädInnen. DolmetscherInnen, die sich auf diesen Bereich spezialisiert haben, werden als „medical interpreters“ (Medizindolmetscher) oder „health care interpreters“ (Gesundheitsdolmetscher) bezeichnet (vgl. Hale 2007: 36).

Da einerseits der erfolgreiche Genesungsprozess und andererseits auch Gesundheitsvor- und -nachsorge stark von einer gelungenen Kommunikation abhängig sind, spielt die sprachliche Ebene eine bedeutsame Rolle. Seitens des medizinischen Personals ist daher gefordert, die passenden Fragen zu stellen, zuzuhören und empathisch auf die Schilderungen der PatientIn einzugehen sowie auch zwischen den Zeilen zu lesen. Dies alles trägt zum gegenseitigen Verständnis bei und stärkt die Beziehung zwischen den Gesprächsparteien (vgl. Hale 2007: 37).

Von DolmetscherInnen wird in dieser Hinsicht verlangt, dass sie sowohl die Fragen des medizinischen Personals als auch die Fragen und Antworten der PatientIn so genau wie nur möglich wiedergeben. Daher ist es ungemein wichtig, dass sich die DolmetscherInnen ihrer Rolle und auch ihres Einflusses bewusst sind. Oft sind auf den ersten Blick unwesentlich wirkende Elemente einer PatientInnen-Antwort genau jene, die für das Fachpersonal so wichtig sind. Es handelt sich dabei unter anderem nämlich um für Laien nicht erkennbare Hinweise, die Aufschluss über das Krankheitsbild der PatientIn geben können (vgl. Hale 2007: 37). Gerade in der Medizin werden seitens der PatientInnen gerne Details verschwiegen, wenn diese als unangenehm oder beschämend empfunden werden.

2.9. Strategie und Grundprinzipien

In diesem Kontext wird laut Hale in der Literatur eine interessante Diskussion geführt, nämlich jene zur „richtigen“ Dolmetschstrategie. Demzufolge wird unterteilt in eine Art des Dolmetschens, bei welchem die DolmetscherIn als MittlerIn fungiert und eine, bei der sie einen „direkten“ Zugang wählt (vgl. Hale 2007: 42).

Versteht sich die DolmetscherIn als MittlerIn, so sieht sie sich nicht als SprachmittlerIn für zwei Gesprächsparteien, sondern als verständnisschaffende Mittelsperson, die selbst entscheidet, was vom Gesagten weggelassen und was gedolmetscht wird.

Beim „direkten“ Zugang wiederum handelt es sich um eine Art des Dolmetschens, bei der die DolmetscherIn beide Gesprächsparteien dolmetscht ohne dabei in die Gesprächssituation durch Auslassungen oder Veränderung des Gesagten einzugreifen. Wichtig ist es hierbei hervorzuheben, dass unter Letzterem keineswegs eine Art „maschinelles“ Dolmetschen verstanden werden soll, bei dem das Gesagte von einer Sprache eins zu eins in die andere übertragen wird. Schließlich führt eine Wort-für-Wort Übersetzung in den allerwenigsten Fällen zum Ziel. Der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Zugängen besteht vielmehr darin, dass bei ersterem für die DolmetscherIn die Entscheidung im Vordergrund steht, welche Teile der Konversation gedolmetscht werden sollen, während bei dem zweiten der Fokus darauf liegt, so exakt wie möglich das wiederzugeben, was die Gesprächspartner mitteilen wollten (vgl. Hale 2007: 42).

Unabhängig von beiden Zugängen herrscht laut Hale in der Literatur jedenfalls der Konsens vor, dass DolmetscherInnen im medizinischen Bereich in den wenigsten Fällen spezifisch dafür ausgebildet wurden. Viele von ihnen arbeiten für wenig Lohn, werden vom System nicht wertgeschätzt und die Mehrheit ist sich ihrer Rolle und Aufgabe nur unzureichend bewusst. Aus diesem Grund wird von den meisten DolmetscherInnen der vermittelnde Zugang gewählt: Information wird verändert, weggelassen oder in Eigeninitiative ergänzt und Fragen seitens der PatientInnen direkt beantwortet (vgl. Hale 2007: 44).

Eine weitere fragwürdige Entwicklung in diesem Zusammenhang ist die Verwendung der dritten Person Singular bei der Verdolmetschung von Antworten, zum Beispiel „der Herr Doktor sagt“, „die Patientin sagt“ anstatt die erste Person Singular zu verwenden. Durch diese Art des Dolmetschens entsteht der Eindruck, dass zwei Gesprächsstränge parallel zueinander aufrechterhalten werden, nämlich jener zwischen ÄrztIn und DolmetscherIn und jener zwischen DolmetscherIn und PatientIn. Spannend ist, dass die Mehrheit der dazu befragten DolmetscherInnen der Meinung ist, dass diese bewussten Änderungen zu einer vereinfachten Kommunikation beitragen, weil dadurch zum Beispiel Zeit gespart werden kann oder die PatientInnen ein besseres Verständnis für ihren Gesundheitszustand entwickeln (vgl. Hale 2007: 44).

Doch zeigt die Forschungslage, dass diese Dolmetschstrategie einer erfolgreichen Kommunikation eher im Wege steht als sie positiv zu beeinflussen, da es den GesprächspartnerInnen nicht möglich ist zu hören, was die jeweils andere Partei tatsächlich sagt, sondern vielmehr jene Aussagen präsentiert bekommt, die die DolmetscherIn für wichtig hält. Studien, die zu diesem Thema durchgeführt wurden (beispielsweise von Wadensjö, 1992; Davidson, 2000, Angelelli, 2004), bestätigen darüber hinaus, dass sich nichtprofessionelle DolmetscherInnen im medizinischen Bereich zu einem überwiegenden Teil nicht unbedingt um absolute Neutralität bemühen und sich somit nur bedingt an die bestehenden Richtlinien des Ethikkatalogs halten (vgl. Hale 2007: 45).

Zu einer weiteren Kontroverse führt die Frage nach der Objektivität in diesem Dolmetschgebiet: Einerseits wird argumentiert, dass gerade von DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich nicht absolute Unparteilichkeit, Neutralität und Objektivität erwartet werden kann, da – bis auf wenige Ausnahmen, beispielsweise bei Versicherungsstreitfällen – die PatientInnen im Mittelpunkt stehen und sowohl ÄrztInnen als auch DolmetscherInnen das gleiche Ziel verfolgen (vgl. Hale 2007: 46). Doch andererseits kann fast jede DolmetscherIn, die zumindest einmal während ihrer Laufbahn für Familie, Verwandte oder Freunde gedolmetscht hat, bestätigen, dass man dazu neigen kann, zu einer FürsprecherIn für die betreffende Person zu werden, anstatt nur für sie zu dolmetschen. Doch sowohl im privaten Umfeld als auch bei medizinischen Konsultationen kann dies möglicherweise dazu führen, dass sich die PatientIn von der Konversation ausgeschlossen fühlt, da ein Gespräch *über* sie geführt wird, anstatt *mit* ihr. Laut Hale steht dieser Umstand einer erfolgreichen Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn im Wege und mindert somit unmittelbar die Bereitschaft der PatientIn zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen (vgl. Hale 2007: 47).

Ein Argument, das für ein aktives Eingreifen in die Konversation spräche, ist das der zusätzlichen Information, die für das gegenseitige Verständnis und den Vertrauensaufbau oder -erhalt elementar sein kann. Ein Beispiel: In den Ayurveda-Zentren in Indien ist es Usus die Schuhe vor dem Behandlungszentrum abzulegen und barfuß das Konsultationszimmer zu betreten.

Oft kommt es vor, dass neuangereiste Gäste diesen Usus nicht kennen und sich trotz Schildern und wiederholter Anweisung nicht an diesen Gebrauch halten. Die ÄrztInnen, die stark in der dortigen Kultur und ihren Gebräuchen verwurzelt sind, reagieren darauf schnell mit Unmut und weisen die DolmetscherInnen darauf hin, den Gästen klarzumachen, dass die Schuhe vor Betreten des Zentrums abzulegen sind.

Die DolmetscherIn kann sich nun entscheiden und entweder nur die Anweisung verdolmetschen, oder aber sich ein paar Sekunden länger Zeit lassen und die Gründe für diese Anweisung erklären. Die Frage, die sich dabei stellt, ist aber: Warum soll die DolmetscherIn die ÄrztIn die Gründe für diese typische Vorgehensweise nicht selbst erklären lassen?

In diesem Beispiel nämlich wäre die DolmetscherIn vertraut mit den Hintergründen, in anderen, komplexeren Belangen mag sie das aber nicht sein. Es wäre also keine Einheitlichkeit gegeben und die DolmetscherIn wüsste vermutlich nicht immer, wann von ihr erwartet würde, einzuschreiten und eine erklärende Rolle anzunehmen. Wie reagieren ÄrztInnen auf solch „aktive“ DolmetscherInnen? Sind ÄrztInnen dadurch zurückhaltender und erwarten sogar, dass die DolmetscherIn sich aktiv einbringt? Oder würden diese ÄrztInnen die Vermutung anstellen, dass PatientInnen, die die Erklärung von der DolmetscherIn quasi mitgeliefert bekommen, nicht so viele Fragen stellen und dementsprechend weniger an ihrer Gesundheit interessiert sind als PatientInnen, die der Sprache des Landes mächtig sind?

Dieses Dilemma ließe sich vermeiden, indem die DolmetscherIn nicht eingreift und die Äußerungen genauso wiedergibt, wie die Gesprächsparteien sie ausdrücken (vgl. Hale 2007: 57).

2.10. Rollenbilder

Durch genau dieses Nicht-Eingreifen wirkt sich gerade beim Dolmetschen in medizinischen Settings eventuell negativ auf das gegenseitige Verständnis aus (vgl. Angelelli 2004: 18). Dies gelingt erstens nur, wenn die in diesem Kapitel erläuterten Voraussetzungen, nämlich sprachliches und kulturelles Wissen sowie psychosoziale und kontextuelle Kompetenz seitens der Dolmetscherin, erfüllt werden.

Zweitens kommt es insbesondere beim Dolmetschen im Gesundheitsbereich oft vor, dass die DolmetscherIn verschiedenste Rollen einnimmt, die ihr sowohl vom Fachpersonal als auch von PatientInnen bzw. KlientInnen gewissermaßen aufgezwungen werden und welche die Kommunikation zusätzlich erschweren können (vgl. Angelelli 2004: 129-132). Im Folgenden werden typische Rollenbilder diskutiert, um sie im empirischen Teil dieser Arbeit weiter ausführen und mit Beispielen praktisch darlegen zu können.

2.10.1. DolmetscherInnen als „DetektivInnen“

PatientInnen beantworten die Fragen des medizinischen Personals nicht immer zu deren vollsten Zufriedenheit, weswegen dann oft von der DolmetscherIn verlangt wird, an die entsprechenden Informationen zu gelangen. Daher spricht Angelelli von einer Detektivarbeit, bei der es darum geht, die PatientIn vorsichtig zu befragen und darauf zu hoffen, die entsprechenden Antworten zu bekommen. In vielen Fällen wissen die DolmetscherInnen nicht, welche Fragen zum gewünschten Ergebnis führen könnten, unterliegen aber dem Druck, dieses unbedingt erreichen zu müssen (vgl. Angelelli 2004: 129).

2.10.2. DolmetscherInnen als kulturelle „Mehrzweck-Brücken“

DolmetscherInnen bilden einen wesentlichen Teil der kultur- und sprachübergreifenden Kommunikation, da sie beide Parteien verstehen. Sie bilden daher jene Brücke, die so wichtig für das Gespräch zwischen PatientIn und Fachpersonal ist, um beiderseits an die gewünschten Informationen zu gelangen. DolmetscherInnen agieren also als SprecherInnen für alle beteiligten Gesprächsparteien, nicht nur für eine (vgl. Angelelli 2004:130).

2.10.3. DolmetscherInnen als „DiamantensucherInnen“

Die Erzählungen und persönlichen Vorgeschichten der PatientInnen variieren natürlich, doch haben sie alle eine Mischung aus relevanten und irrelevanten Details gemein. Es liegt daher an der DolmetscherIn, die richtige Unterscheidung zu treffen. Metaphorisch gesprochen geht es darum, dass in einem beliebigen Sack (Erzählung) sowohl Steine (irrelevante Information) als auch Diamanten (relevante Information) und Erde (hält den Diskurs zusammen) enthalten sind (vgl. Angelelli 2004: 131). Um richtig unterscheiden zu können, muss die DolmetscherIn oftmals das äußere Erscheinungsbild außer Acht lassen, da es trügerisch sein kann und sich so mancher Stein am Ende als Rohdiamant entpuppt. Auch diese Aufgabe verlangt der DolmetscherIn ein großes Maß an Verantwortung ab, da Schilderungen der PatientInnen die Grundlage für weitere Behandlungsschritte bilden. Vorrangig PatientInnen, die bereits einen sehr langen Leidens- und Behandlungsweg hinter sich haben, erkennen aus Ermangelung von Objektivität nicht (mehr), welche Informationen für das Fachpersonal relevant sind und welche nicht.

2.10.4. DolmetscherInnen als „MinenarbeiterInnen“

Während ein Großteil aller PatientInnen gerne und ausführlich Schilderungen abgibt, ist ein anderer Teil eher zurückhaltend, was die Weitergabe von Informationen betrifft. In diesem Fall ist es für die DolmetscherIn nicht nur unabdingbar zu wissen, unter welchen kulturell akzeptablen Gepflogenheiten der PatientIn die erforderliche Information entlockt werden kann, sondern vor allem auch wie. In diesem Sinne verhalten sich DolmetscherInnen oft wie Minenarbeiter, die solange an einem Minenabschnitt arbeiten, bis sie an das Gold (wichtige Information) gelangen (vgl. Angelelli 2004: 131).

2.11. Rolle, Sichtbarkeit und Berufsethik

Laut diverser Ehrenkodizes ist die Unsichtbarkeit ein wesentliches Kriterium für professionelle DolmetscherInnen. Wie aus den Ausführungen oben bereits hervorgeht, ist die Wichtigkeit dieser Eigenschaft im Gesundheitswesen jedenfalls in Frage zu stellen, da es beim Dolmetschen in medizinischen Settings laut Angelelli vielmehr darum geht aktiv am Gespräch teilzuhaben als lediglich eine Verständigung zwischen ÄrztIn und PatientIn zu ermöglichen. Beispielweise könnte die DolmetscherIn komplizierte Phrasen oder Fachausdrücke für die PatientIn vereinfacht ausdrücken und damit sicherstellen, dass die Botschaft tatsächlich verstanden wird (vgl. Angelelli 2004: 77).

Daraus ergibt sich auch die Verantwortung, die DolmetscherInnen im Gesundheitswesen übernehmen, da sie aktiv auf das Gespräch einwirken, indem sie Informationen weglassen oder ergänzen, sowie eine gewisse Sichtbarkeit. Denn Unsichtbarkeit würde bedeuten, dass die DolmetscherIn und die GesprächspartnerInnen nicht unmittelbar miteinander interagieren, und die DolmetscherIn somit als bloßes Sprachrohr fungiert (vgl. Angelelli 2004: 8). Nicht zuletzt deswegen plädiert Angelelli für eine Entmystifizierung des Begriffs der Unsichtbarkeit und schlägt ein Modell der Sichtbarkeit vor, da von der DolmetscherIn nicht verlangt werden kann sich von einer Interaktion loszulösen, die von verschiedensten gesellschaftlichen, sozialen und menschlichen Faktoren abhängig ist.

Angelellis Gedanke findet sich auch in den Standards der CHIA (California Healthcare Interpreting Association) wieder: Beim Dolmetschen im Gesundheitswesen sei als ethisch jenes Handeln zu verstehen, das auf rationalen Überlegungen beruht und zum wichtigsten aller Ziele führt, nämlich zur Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der Gesundheit der PatientIn sowie der positiven Förderung einer ÄrztIn-PatientIn-Beziehung (CHIA 2002: 32).

Obwohl Hale für einen weniger deskriptiven Zugang plädiert, hält sie allenfalls fest, dass sich ein Großteil der im Gesundheitswesen tätigen DolmetscherInnen nicht ganz an die vorherrschenden Normen des Berufskodex hält, da diese in der Praxis unrealistisch und in manchen Fällen sogar unerwünscht sind (vgl. Hale 2007: 45).

Dies zeigt einmal mehr, dass ein großer Unterschied besteht zwischen den theoretischen Anforderungen und den Erwartungen in der Praxis.

2.12. Kontroversen, Anforderungen und Problemfelder

Wie aus dem Obigen hervorgeht, herrscht in der Theorie bezüglich der Rolle der DolmetscherIn eine große Kontroverse vor: Zum einen wird ein normatives Rollenverhalten (vgl. Hale 2007) diskutiert, zum anderen ein eher deskriptives (vgl. Angelelli 2004). Unabhängig von Zugang und Dolmetschstrategie sollte man sich jedoch einer Tatsache immer bewusst sein: der Notwendigkeit und Bedeutung gut ausgebildeter DolmetscherInnen im medizinischen Bereich. Da MedizindolmetscherInnen in vergleichsweise weniger formellen und dadurch weniger normierten Settings arbeiten als zum Beispiel GerichtsdolmetscherInnen, liegt es nahe, dass sie einen Mittelweg finden müssen zwischen ihren Rollen als neutrale Person, FürsprecherIn und VermittlerIn. Nur ausgebildete und erfahrene DolmetscherInnen werden in den verschiedensten Situationen die bestmögliche Entscheidung fällen können und den Maximen Genauigkeit, Objektivität, Neutralität und Unparteilichkeit – auch wenn es unmöglich erscheint – am ehesten gerecht werden (vgl. Hale 2007: 63).

Wie bereits erwähnt, kommt es im Allgemeinen beim Kommunaldolmetschen oft zu Aufträgen, die mit einer starken psychischen Belastung einhergehen. Im Gesundheitsbereich handelt es sich zumeist um PatientInnen in Notsituationen oder KlientInnen mit Kulturschock und gerade für diese Menschen sind die DolmetscherInnen die ersten wirklichen Ansprechpartner, die darüber hinaus als Bindeglied zwischen den KlientInnen und der Vertretung des Gastlands fungieren. Nicht zuletzt deswegen werden DolmetscherInnen oft als HelferInnen oder Vertrauenspersonen gesehen, was für die DolmetscherInnen eine mehrfache Belastung darstellt, da von beiden Seiten Druck auf sie ausgeübt wird (vgl. Pöllabauer 2002: 203). Oft kommt es für die DolmetscherIn selbst zu einem gravierenden Rollenkonflikt, da sie nur sehr schwer die widersprüchlichen Erwartungen, die seitens der Gesprächsparteien an sie gestellt werden, erfüllen kann. Häufig werden die DolmetscherInnen Opfer von Vorurteilen, Frustration, Ärger oder Unverständnis und halten als Sündenbock für die fehlgeschlagene Kommunikation her.

Seitens der DolmetscherIn ist daher ein komplexes zwischenmenschliches Verständnis und ein umfassendes Repertoire an sozialen und kulturellen Kompetenzen von Nöten, um überhaupt unter derart komplizierten Umständen arbeiten zu können - vor allem wenn zwei oder mehrere sich sehr stark unterscheidende Kulturen aufeinandertreffen, wie dies im Medical Wellness Sektor – konkret auch in Indien – der Fall ist.

2.13. Handlungsschritte für DolmetscherInnen im Gesundheitswesen

Die *California Healthcare Interpreting Association* (CHIA) hat in einem Dokument, das Richtlinien und einheitliche Standards für DolmetscherInnen im Gesundheitswesen vorschlägt, konkrete Schritte für Kommunal DolmetscherInnen in der Praxis festgelegt (vgl. CHIA 2002: 12), um die für sie geltenden ethischen Prinzipien (Vertraulichkeit, Unparteilichkeit, Respekt, Integrität und Professionalität, Genauigkeit und Kultursensibilität) nach Möglichkeit einhalten zu können. Diese Schritte sind auch den Handlungsstandards, die die *International Medical Interpreters Association* (IMIA) vorschlägt, sehr ähnlich (vgl. IMIA 2007).

1. Stelle Fragen um festzustellen, ob ein Problem vorliegt.
2. Identifiziere und benenne das Problem unter Berücksichtigung aller ethischer Prinzipien.
3. Stelle persönliche Werte klar und deutlich dar, da sie mit dem Problem verbunden sind.
4. Denke über alternative Vorgehensweisen nach, inklusive ihrer Vorteile und Risiken.
5. Triff eine Entscheidung und führe sie aus.
6. Bewerte das Ergebnis und überdenke, was du an deiner Herangehensweise verbessern könntest.

Bevor in weiterer Folge auf diese Schritte Bezug genommen wird, werden zunächst jene Aufgaben der DolmetscherInnen, die die CHIA vor, während und nach dem Dolmetscheinsatz nennt, näher betrachtet.

2.13.1. Vor dem Dolmetscheinsatz

Vor dem zu dolmetschenden Gespräch sollen zumindest Name und Sprache der jeweiligen PatientIn der Dolmetscherin bekannt gemacht werden. Bei einem ersten Zusammentreffen mit der jeweiligen KlientIn sollen Grundlagen des Dolmetschens erläutert und ihre Bedeutung für eine erfolgreiche Kommunikation dargelegt werden. Hier geht es beispielsweise darum zu vermitteln, dass alles Gesagte gedolmetscht wird, dass eine direkte Ansprache zwischen PatientIn und Fachpersonal erfolgen, dass regelmäßig eine kleine Pause für die Dolmetschung eingelegt werden soll und schließlich auch Zwischenbemerkungen seitens der DolmetscherIn nicht auszuschließen sind, um Unklarheiten zu vermeiden. Außerdem könnte vorab die Frage gestellt werden, ob die PatientIn der DolmetscherIn schon vor dem offiziellen Zusammentreffen etwas mitteilen möchte (CHIA 2002: 34f.).

Die DolmetscherIn nimmt also eine beratende Rolle ein, indem sie die PatientIn auf das nachfolgende Gespräch vorbereitet und ebenso eine erste Vertrauensbasis schafft. Vor allem im Gesundheitswesen, insbesondere auch in einer Ayurveda-Kuranstalt, ist dies wichtig, um die für die PatientIn durchaus ungewohnte Situation zu entschärfen und ihr das Gefühl zu geben, alles objektiv Relevante mit dem medizinischen Personal und der DolmetscherIn teilen zu können.

2.13.2. Während des Dolmetscheinsatzes

Wie bereits erwähnt, verläuft die Kommunaldolmetschung dialogisch, das heißt die Gesprächsparteien sind sowohl als ZuhörerInnen als auch als SprecherInnen aktiv in das Gespräch involviert. Bei beidem sind die GesprächspartnerInnen von ihren jeweiligen Kulturen beeinflusst, weswegen seitens der DolmetscherIn eine wirksame Strategie gefragt ist, um diese kulturellen Unterschiede ausgleichen zu können. Dies geschieht zunächst durch eine korrekte Sitzposition, die eine direkte Kommunikation zwischen den Gesprächsparteien ermöglicht, und auch durch die entschiedene Verwendung der ersten Person Singular während der Verdolmetschung. Bei Klarstellungen oder anderen Zwischenäußerungen seitens der DolmetscherIn soll klar sein, wer spricht, nämlich in diesem Fall sie selbst.

Wie beim Erstgespräch klargestellt, sollen alle Elemente des Gesprächs gedolmetscht werden. Nur im Falle einer Extremsituation empfiehlt es sich abzuklären, ob das eine oder andere Detail eines Gesprächs tatsächlich offen angesprochen werden soll, zum Beispiel, wenn sich mehrere Familienmitglieder im Raum befinden oder sich die PatientIn dadurch Gefahr aussetzen würde (vgl. CHIA 2002: 35f.). Im Unterkapitel „Ewartungshaltungen und Dilemmas“ wird noch näher darauf eingegangen.

Die kulturellen Unterschiede können vor allem dann problematisch werden, wenn zwei gänzlich unterschiedliche Kulturen aufeinandertreffen, wie dies in südindischen Ayurveda-Resorts fast ausschließlich der Fall ist. Obwohl ein Gros der ÄrztInnen Erfahrung mit westlichen KlientInnen aufweisen kann, kommt es immer wieder zu Missverständnissen, gerade durch nonverbale Kommunikationsmuster. Diese dürfen von DolmetscherInnen nicht übersehen, sondern sollen im besten Fall ohne das Gespräch zu stören ausgeglichen werden.

Es ist von elementarer Bedeutung, dass die PatientInnen den Erläuterungen der ÄrztInnen folgen können, da nur so gewährleistet werden kann, dass die auf die PatientIn abgestimmten Ernährungs-, Meditations-, Massage- und Therapiepläne eingehalten und nicht aus mangelndem Verständnis abgelehnt oder gar falsch durchgeführt werden.

2.13.3. Nach dem Dolmetscheinsatz

Nach dem Einsatz empfiehlt es sich, erneut Fragen zu stellen und sich abzusichern, ob es noch abschließende Bemerkungen gibt oder Klarstellungen notwendig sind. Im besten Falle werden der PatientIn Ort und Zeit der nächsten Sitzung und der AuftraggeberIn – falls notwendig – Bedenken oder Anliegen mitgeteilt (vgl. CHIA 2002: 36f.).

2.13.4. Mehr als Dolmetschen

Ausländische PatientInnen finden in der für sie zuständigen DolmetscherIn, die sie im Idealfall von der Ankunft im Hotel bis zur Abreise begleitet, eine Bezugsperson, mit der nicht nur medizinisch oder organisatorisch relevante Details besprochen, sondern auch private Sorgen, Ängste und Geschichten geteilt werden können. Lebt die DolmetscherIn für die Zeitspanne ihrer Beschäftigung ebenso vor Ort oder sogar im Hotel selbst, so wird auch im gleichen Raum gefrühstückt, zu Mittag und Abend gegessen und dementsprechend natürlich noch mehr Zeit miteinander verbracht, was das Gefühl der DolmetscherIn als FreundIn und HelferIn bei den KlientInnen noch um ein Vielfaches verstärkt.

DolmetscherInnen sind keine Maschinen und als solche stellen die verschiedensten Emotionen, die während einer Dolmetschung auftreten – Angst, Verwirrung, Angespanntheit, Ärger, Unsicherheit, Frustration – eine erhöhte Stressbelastung dar. Diese entsteht unter anderem dadurch, dass die eben genannten Emotionen nicht selten gegen die DolmetscherInnen selbst gerichtet sind. Die KommunaldolmetscherIn muss sich in jeder Situation – egal ob emotional geladen oder sachlich – der Macht ihrer Verdolmetschung und Äußerungen bewusst sein, um Fehler vermeiden und vor allem auch um das Gespräch bei etwaigen Hindernissen wieder in richtige Bahnen leiten zu können (vgl. CHIA 2002: 37f.).

Als Aufgabe nach dem Dolmetscheinsatz kann daher auch das eigene Wohlbefinden (der DolmetscherIn), Stressmanagement und Sorge um die eigene emotionale Gesundheit und Ausgeglichenheit genannt werden. Dolmetschen im Gesundheitswesen kann eine hoch emotionale und sehr belastende Tätigkeit sein, sofern man sich nicht dann Pausen nimmt, wenn sie nötig sind, um später wieder für alle beteiligten Parteien im Einsatz sein zu können.

2.14. Erwartungshaltungen und Dilemmas

Beim Kommunaldolmetschen erweist sich eine bestimmte Haltung der Gesprächsparteien als besonders problematisch, nämlich, dass die DolmetscherIn „schon erraten“ würde, welche Erwartungen an sie gestellt werden (vgl. Pöllabauer 2006: 36) – vor allem seitens der ÄrztInnen. Solche nicht verbalisierten Erwartungshaltungen können – gerade im medizinischen Bereich – zu einem Dilemma führen, vor allem einem ethischen: Denn was, wenn das Prinzip der Vertraulichkeit und der Unparteilichkeit nicht eingehalten werden kann, wenn von der DolmetscherIn verlangt wird, eine gewisse Passage nicht zu dolmetschen? Wem gegenüber gilt nun die Loyalität? In diesem Fall ist die DolmetscherIn zwangsweise mit verschiedenen Szenarien konfrontiert: Falls die Information ohne Einwilligung weitergegeben wird, hat dies möglicherweise Auswirkungen auf das Vertrauen zwischen KlientIn und DolmetscherIn. Was aber, wenn diese Information unabdingbar für die Gesundheit und Sicherheit der PatientIn ist? Würde dann Stillschweigen nicht gegebenenfalls eine noch größere Gefahr darstellen?

Das grundlegende Problem an dieser Situation ist, dass die DolmetscherIn hier eine Rolle einnimmt, die sie nicht verantworten kann, da sie nicht das medizinische Fachwissen besitzt, um die einzelnen Konsequenzen abwägen zu können (vgl. CHIA 2002: 54f.). Aus diesem Grund werden die oben genannten Schritte (S. 35) als Orientierungsrahmen für solche ethisch bedenklichen Situationen vorgeschlagen. Doch auch hier ergibt sich folgende Problematik (vgl. CHIA 2002: 55-61):

„Denke über alternative Vorgehensweisen nach, inklusive ihrer Vorteile und Risiken.“

Denn welche sind die Alternativen der DolmetscherIn? Sie könnte auf Bitten der KlientIn die ÄrztIn nicht über etwaige Umstände oder etwas Gesagtes informieren und dabei zwar das Vertrauen der PatientIn bewahren, aber unter Umständen den Entscheidungs- und Handlungsspielraum der Ärztin bezüglich der richtigen Behandlung einschränken oder im schlimmsten Fall die Gesundheit bzw. Sicherheit der PatientIn gefährden.

Falls sich die DolmetscherIn aber entschließt, die Information ohne Einwilligung der KlientIn weiterzugeben, so verliert sie natürlich das Vertrauen der Einzelperson, möglicherweise auch noch das Vertrauen mehrerer Personen, die mit der KlientIn in Verbindung stehen. Dadurch steigern sich andererseits die Chancen der Ärztin, die beste Therapie zu wählen, und außerdem wird das Stressniveau der DolmetscherIn selbst gesenkt, da die PatientIn nun in keinem Fall gesundheitlich gefährdet wird. Es stellt sich zudem die Frage, ob die entsprechende Information unter Anwesenheit beider Gesprächsparteien weitergegeben werden soll oder die Weitergabe nach der Sitzung unter Ausschluss der betroffenen KlientIn erfolgt.

„Triff eine Entscheidung und führe sie aus.“

Alle oder keine der eben genannten Optionen können zielführend sein, was veranschaulichen soll, dass je nach Gespräch, Inhalt, Gesprächsparteien, äußeren Umständen, etc. verschiedenste Handlungsstrategien angewendet werden können und müssen, um zu einem positiven Ergebnis zu gelangen. Es ist unabdingbar, dass selbst in den schwierigsten Situationen immer das oberste Ziel im Auge behalten werden muss: Es ist dies weder die strenge Einhaltung der ethischen Berufsprinzipien, noch die Erfüllung aller an die DolmetscherIn gestellten Erwartungen, sondern die Förderung der Gesundheit der PatientIn und, wenn möglich, die Etablierung einer positiven Beziehung zwischen den Gesprächsparteien.

2.15. Aktueller Forschungsstand

Einige meiner Studienkolleginnen wie Anamaria Ivascu (2014), Maria-Luiza Slavu (2017) und Svetlana Chistyakova (2016) haben ihrerseits das Phänomen „Dolmetschen im Gesundheitstourismus“ näher beleuchtet. Obwohl diese Arbeiten vor allem den Gesundheitstourismus in Österreich (mit ausländischen PatientInnen) als Gegenstand ihrer Forschung hatten, sind bei diesen aktuellen Studien mehrere wichtige Schlussfolgerungen hervorzuheben, die Parallelen zur vorliegenden Arbeit aufweisen.

So zeigt sich beispielsweise durchgängig, dass die DolmetscherIn einerseits von den PatientInnen als FürsprecherIn – unter anderem sogar als FreundIn – und andererseits von den ÄrztInnen bzw. vom Institut als eigene AgentIn wahrgenommen wird. Dadurch kommt es unweigerlich zu einem Rollenkonflikt – vor allem, wenn die PatientIn die zahlende KundIn ist, wie dies bei MedizintouristInnen in Österreich – und auch in Indien – der Fall ist.

Zusätzlich zeigten die Ergebnisse, dass die DolmetscherInnen sich aktiv am Gespräch zwischen PatientIn und ÄrztIn beteiligten und als MittlerInnen eingriffen – vor allem, wenn seitens der PatientIn stark mangelnde Sprachkenntnisse vorlagen. Wie in diesem Kapitel erläutert, kann dieser Zugang allerdings durchaus problematisch sein.

Darüber hinaus scheint im Gesundheitsbereich zwar grundsätzlich die Einstellung vorzuherrschen, dass hochwertige Verständigung ein wesentlicher Bestandteil einer gelungenen ÄrztIn-PatientIn-Beziehung und Behandlung sein muss. Wie eine solche qualitativ hochwertige Verständigung allerdings garantiert werden kann, ist unklar. Aus der ÄrztInnenbefragung von Ivascu (2014) geht nämlich klar hervor, dass es für die ÄrztInnen nicht von wesentlicher Bedeutung ist, wer für sie dolmetscht – ob professionelle DolmetscherIn oder Laie.

3. Dolmetschen im indischen Gesundheitstourismus

3.1. Medizintourismus in Indien

Der Gesundheitsmarkt im multilingualen Indien wächst stark, was vermuten lässt, dass Dolmetschen ein denkbar starker Wirtschaftssektor sei. Jedoch zentriert sich die Arbeit von DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen in Indien nach wie vor stark auf Neu-Delhi und ist auch hier weder im medizinischen noch im rechtlichen Bereich bedeutend ausgeprägt, sondern fast ausschließlich im diplomatischen.

Der Gesundheitstourismus in Indien könnte internationaler nicht sein: Personen aus aller Welt – allen voran aus den USA und Europa, aber auch aus Saudi-Arabien und dem Iran – schätzen die vergleichsweise kostengünstige und qualitative Betreuung in indischen Gesundheitsinstitutionen. Gestaltete sich die Kommunikation zwischen KlientInnen und Fachpersonal bisher als „machbar“, lag das an der Tatsache, dass entweder persönliche DolmetscherInnen miteingeflogen wurden oder aber auf die in Indien omnipräsente Amtssprache ausgewichen wird, was in Indien, vor allem in Schichten mit hohem Bildungsniveau, kein großes Problem darstellt. Doch der Bedarf an professionellen Dolmetschern für das Gesundheitswesen wächst und Indien kommt ihm nicht nach (vgl. Hedge 2011).

Nun ist die rechtliche Situation in Indien jener in Österreich insofern sehr ähnlich, als es keinen gesetzlich geregelten Schutz für die Berufsbezeichnung „Dolmetscher“ oder „Übersetzer“ gibt.

Auch bleiben in Indien nationale Richtlinien für den Medizintourismus nach wie vor aus – und mit ihm Richtlinien für Dolmetschen im Gesundheitswesen. Viele Krankenhäuser haben allerdings bereits um eine Zertifizierung seitens der US-Organisation JCI (Joint Commission International) angesucht, um für MedizintouristInnen interessanter zu werden: Weltweit hat sich die Zahl der JCI-zertifizierten Spitäler und Gesundheitseinrichtungen in den letzten Jahren stark erhöht (vgl. Shetty 2010).

Die JCI versteht sich als Hilfe-zur-Selbsthilfe-Organisation, indem sie Gesundheitseinrichtungen evaluiert und sie so zu besseren Sicherheits- und Behandlungsstandards motiviert. Auch bezüglich DolmetscherInnen gibt es seitens der JCI bestimmte Auflagen, die erfüllt werden müssen: Unter anderem sind Krankenhäuser dazu angehalten, DolmetscherInnen anzustellen, die vor Ort arbeiten, oder aber die Möglichkeit einer Telefon- oder Videodolmetschung anzubieten – mit dem Ziel einen reibungslosen Kommunikationsablauf zu ermöglichen.

Interessant ist, dass die JCI allerdings nicht verlangt, dass die DolmetscherInnen eine bestimmte Ausbildung vorweisen können oder ein bestimmtes Testverfahren durchlaufen haben. Seitens der Organisation ist man der Ansicht, dass eine solche Eignung auch anhand anderer Indikatoren gemessen werden könne: Sprachtests, Berufserfahrung, spezielle Erfahrung im Dolmetschen im medizinischen Bereich oder medizinisches Fachwissen (Joint Commission Standards for Health Care Interpreting, 2016).

In jedem Bereich von Translation ergibt sich eine ganze Reihe an Problemen, wenn LaiendolmetscherInnen und -übersetzerInnen anstatt Professionellen eingesetzt werden. Beim Dolmetschen im Gesundheitsbereich jedoch besteht eine erhöhte Gefahr, vor allem, wenn man an Szenarien wie Fehldiagnose, Vertrauensverlust oder fälschliche Einwilligung zu beispielsweise Operationen oder gar den Verzicht auf Wiederbelebung denkt. Die Konsequenzen sind einerseits finanzieller Natur und belasten andererseits das jeweilige Gesundheitssystem sowie natürlich auch die involvierten Individuen (vgl. CHIA 2002: 9).

Aus diesem Grund sind Akkreditierungen und Zertifizierungen durchaus wünschenswert, wenngleich diese leider weder in Indien noch in Österreich durchgängig und zufriedenstellend sind.

3.2. Ayurveda: Medical Wellness in Indien

Ayurveda ist Sanskrit für „Wissen vom Leben“ und gilt neben der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) als eine der ältesten Gesundheitslehren und Heilwissenschaften der Welt (vgl. Berg 2008: 319). Im Wesentlichen handelt es sich um einen sehr holistischen Zugang zu Gesundheit, bei dem das Individuum aktiv Einfluss auf das eigene Wohlbefinden nehmen kann. Basierend auf dem persönlichen Konstitutionstyp, der vorab von einem Ayurveda-Arzt bestimmt wird, und den Beschwerden, die eine PatientIn vorbringt, wird ein umfassendes Programm erstellt, das vor allem auf Ernährung, Bewegung (Yoga), Meditation und Heilmassagen aufbaut.

In Kerala und Sri Lanka gibt es eine Vielzahl an Hotels und Kuranstalten, die ein solches Programm über einen Zeitraum von wenigen Tagen bis hin zu mehreren Wochen anbieten und auf Ayurveda (auch „Ayurveda light“) spezialisiert sind. Das erste Hotel öffnete im Jahr 1968 seine Türen und bot seinen Gästen eine Ölmassage und ein Gesundheits-Getränk (vgl. Berg 2008: 319). Ab den 90er Jahren stieg jedoch die Erwartungshaltung der Touristen, die sich eine umfassende Ayurveda-Betreuung wünschten. Zunächst erfuhr Sri Lanka mit seinem „Kleinindien Image“ einen regelrechten Aufschwung, der aber dann mit dem verheerenden Tsunami im Jahr 2005 ein jähes Ende nahm. Kerala, Südindien, als Heimatland des Ayurveda, gewann an Beliebtheit und der Ayurveda-Boom in Kerala hält bis heute an (vgl. Berg 2008: 319).

Ayurveda steht nicht in Konkurrenz zur Schulmedizin, sondern wird als komplementäre Therapie angesehen. Als Behandlungsmaßnahmen sind sowohl natürliche Heilmittel und Medikamente aus Kräutern vorgesehen, als auch dem Konstitutionstyp angepasste Ernährung und Bewegung (Yoga) sowie meditative Einheiten und ayurvedische Bäder und Massagen, wie beispielsweise der typische Stirnguss oder Synchronmassagen. Es gibt sowohl die Möglichkeit, diese Kuren für einen Zeitraum von wenigen Tagen wahrzunehmen, als auch sie mehrere Wochen lang in Anspruch zu nehmen (vgl. Berg 2008: 180).

Gemäß dem Reiseanbieter *Lotus Travel Service* gilt es als Kuranstalt einen eigens zusammengestellten Kriterienkatalog zu erfüllen, um als vollwertiges Ayurveda-Kurhotel wahrgenommen zu werden (vgl. Lotus Travel Service: 2016):

- Es muss sich um ein spezialisiertes Kurhotel handeln.
- Die Mindestdauer der Ayurveda-Kur beträgt 12-14 Tage.
- Das Hotel bzw. Resort muss über ein separates Behandlungszentrum mit mehreren Räumen verfügen.
- Ausgewiesene Ayurveda-Ärzte und Therapeuten müssen die Behandlungen leiten.
- Erfahrung mit westlichen PatientInnen ist erforderlich.
- Übersetzer für die Konsultationen sind erforderlich.
- Erstgespräch und Pulsdiagnose sind Pflicht.
- Es müssen die hygienischen Anforderungen eingehalten werden.
- Den PatientInnen soll eine auf ihren Konstitutionstyp abgestimmte Kost angeboten werden.
- Yoga- und Meditationskurse sind Teil der Kur und werden regelmäßig angeboten.
- Kulturelle Angebote sollen ebenfalls nicht zu kurz kommen.

Aus der folgenden Abbildung geht noch einmal klar hervor, dass der Wellness-Tourismus einen der vier Grundpfeiler darstellt, auf denen der Gesundheits- bzw. Medizintourismus in Indien aufbaut:

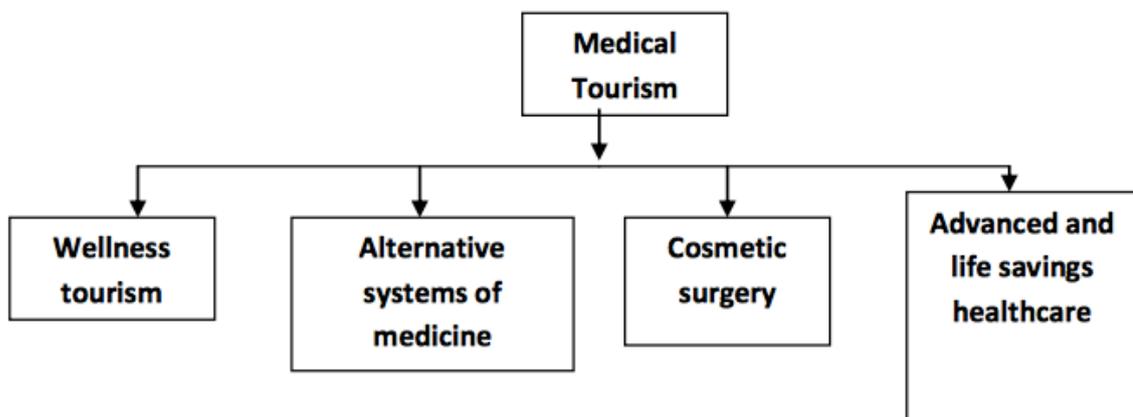


Abb. 1: ZENITH International Journal of Multidisciplinary Research (2017)

3.3. Kundenwerbung im Internet

Eine Stichwortsuche mit der Suchmaschine Google zeigt die derzeitigen Top-Ergebnisse bei der Eingabe von „Ayurveda Kur Indien“:

Ungefähr 82 900 Ergebnisse (0,31 Sekunden)

Ayurveda Kur in Indien - Authentisches Ayurveda in Indien erleben

Anzeige www.fitreisen.de/ayurveda-indien ▾

Mit Bestpreis-Garantie.

Entschlacken & Entgiften

Ayurveda in Indien

Aktuelle Sonderangebote

Ayurveda in Deutschland

Ayurveda kur indien in Indien - entdecken & anfragen

Anzeige www.wainando.de/ayurveda/indien ▾

Regenerieren Sie Körper & Geist im Mutterland des Ayurveda

Ayurveda Kuren Indien - ayurvedaforhealth.at

Anzeige www.ayurvedaforhealth.at/indien ▾ 01 8040088

Die besten Hotels & Destinationen. Individuelle Angebote für Indien.

Österreichische Agentur · Kombinationsrundreisen · 35 Jahre Erfahrung · Tips – Indien & Sri Lanka

Kundenfeedback · Wichtige Reiseinformation · Kombinationsrundreisen · Ayurveda Destinationen

Ayurveda-Kur in Indien - Jetzt anfragen - somatheeram.org

Anzeige www.somatheeram.org/ ▾ +49 2173 9938850

10 x "Bestes Ayurvedisches Zentrum" - Jetzt das Sommerangebot nutzen!

Unverbindliches Angebot · Broschüren & Tarife · Somatheeram Bilder · Über Ayurveda

Übersicht über alle Ayurveda-Kur-Angebote in Indien - Lotus Travel ...

<https://www.lotus-travel.com/indien/indien-uebersichtseiten/ayurveda-indien.html> ▾

25.12.2016 - Ayurveda-Kuren - Übersicht unserer Ayurveda-Reisen nach Indien ... Lotus Travel

Ayurveda-Kuren nach Kerala (Südindien), Goa und Gokarna ...

Ayurveda Reisen & Kuren in Indien - Neue Wege

<https://www.neuewege.com/Ayurveda-Kuren/indien/> ▾

Erholen Sie sich bei einer wohltuenden und kompetenten Ayurveda Kur in Indien , dem Ursprungsland

des Ayurveda. Wir beraten Sie persönlich & individuell.

Indien: Die echte Ayurveda-Kur verlangt harte Disziplin - WELT

<https://www.welt.de> ▾ Reise ▾

22.06.2009 - Ayurveda klingt zunächst einmal nach sanfter Wellness und Entspannung. Doch, wer das

Indische Spa-Resort "Ananda in the Himalayas" ...

Ayurveda Kuren und Ayurveda Reisen in Indien bietet Idee Globus

ayurvedaindien.de/ ▾

16.10.2016 - Idee Globus: Spezialist für Ayurveda Kuren Ayurveda Reisen in Indien und Sri Lanka

Abb. 2: Google (2017a)

Es handelt sich bei diesen Suchergebnissen um eine Mischung aus Anzeigen von Reiseanbietern, die sich laut Eigenaussage auf Ayurveda Reisen in Indien spezialisiert haben. Dazu zählen z.B. *Idee Globus*, *Lotus Travel Service* oder auch ein österreichisches Reisebüro (*ayurveda for health*).

Die Auto-Fill-In-Funktion zeigt die häufigsten Suchschlagwörter. Spannend natürlich: Kerala reiht sich bereits auf Platz drei ein.

ayurveda kur indien



ayurveda kur indien **empfehlung**

ayurveda kur indien **erfahrungsbericht**

ayurveda kur indien **kerala**

ayurveda indien **kerala**

Abb.3: Google (2017b)

Wird nun nach „Ayurveda Kur Indien Kerala“ gesucht, zeigt sich folgendes Bild:

Ungefähr 23 500 Ergebnisse (0,56 Sekunden)

Ayurveda Kur in Indien - Authentisches Ayurveda in Indien erleben

Anzeige www.fitreisen.de/ayurveda-indien

Mit Bestpreis-Garantie.

Aktuelle Sonderangebote
Entschlacken & Entgiften

Ayurveda in Indien
Bestpreis-Garantie

Ayurveda Kuren Indien - Die besten Hotels & Destinationen

Anzeige www.ayurvedaforhealth.at/Indien 01 8040088

Individuelle Angebote für Indien.

35 Jahre Erfahrung · Persönliche Beratung · Kombinationsrundreisen · Österreichische Agentur
Wichtige Reiseinformation · Kombinationsrundreisen · Kundenfeedback · Wie hilft Ihnen Ayurveda?

Ayurveda-Kur in Indien - Jetzt online informieren - somatheeram.org

Anzeige www.somatheeram.org/ +49 2173 9938850

Somatheeram traditionelles Ayurveda - "The best Ayurvedic Centre" Kerala

Broschüren & Tarife · Unverbindliches Angebot · Somatheeram Video · Somatheeram Bilder

Medizinische Ayurveda Kur - im authentischen Kerala-Stil - rosana.de

Anzeige www.rosana.de/

Einzigartig- individuelle Ayurveda- Kuren in interdisziplinärem Therapie-Konzept

Dienstleistungen: Ayurvedakuren, internistische Diagnostik, Osteopathie, Homöopathie, Psychotherapi...

Ayurvedakuren · Gesundheitstag · Veranstaltungen · RoSana Haus

Ayurveda Kur Kerala - Traditionelle Ayurveda Kuren - FIT Reisen

<https://www.fitreisen.de/ayurveda-kur-kerala/>

Ayurveda Kur Kerala - Original Ayurveda im Ursprungsland Indien zwischen Palmen, Lagunen und den Kanälen der Backwaters erleben.

Ayurveda Kerala: Echtes Ayurveda in Indien mit Fit Reisen

<https://www.fitreisen.de/ayurveda-kerala/>

★★★★★ Bewertung: 4,7 - 143 Abstimmungsergebnisse

Ayurveda Kerala - Authentisches Ayurveda im Ursprungsland erleben. ... im Südwesten von Indien ist weltbekannt für authentischen Ayurveda Kuren. Indien gilt ...

Übersicht über alle Ayurveda-Kur-Angebote in Indien - Lotus Travel ...

<https://www.lotus-travel.com/indien/indien-uebersichtseiten/ayurveda-indien.html>

25.12.2016 - Ayurveda-Kuren - Übersicht unserer Ayurveda-Reisen nach Indien ... Lotus Travel
Ayurveda-Kuren nach Kerala (Südindien), Goa und Gokarna ...

Abb. 4.: Google (2017c)

In beiden Fällen rangiert *somatheeram.org* – die Website des *Somatheeram Ayurvedic Health Resorts* - auf Platz drei bzw. vier. Bei näherer Betrachtung der Seite fällt auf, dass es sich um ein Resort in Chowara, Kerala, handelt. Aufgrund der auffallend guten Suchmaschinenreihung und der für ein Ayurveda Resort typischen Lage in Südindien wird dieses Hotel exemplarisch für ähnliche Einrichtungen in der Region zur näheren Analyse herangezogen.

Die Seite ist sehr ästhetisch und authentisch gestaltet und sie ist in sieben verschiedenen Sprachen verfügbar. Es ist deutlich erkennbar, dass das deutschsprachige Publikum für dieses Hotel definitiv im Vordergrund steht, denn die beiden Image-Videos sind im Original Deutsch verfügbar und bei Klick auf die anderen Sprachen (z.B. Englisch) lediglich mit entsprechenden Untertiteln ergänzt. Ebenfalls auffallend ist, dass nicht nur die Videos, sondern auch die einzelnen Unterseiten vom deutschen Original in die jeweiligen Sprachen übersetzt wurden. Bei der Formulierung mancher Phrasen kommt der Verdacht auf, dass die ÜbersetzerIn(nen) deutschsprachig ist, da sich der Satzbau stark am Deutschen orientiert. Des Weiteren lesen sich die deutschen Beschreibungen flüssig, während beispielsweise im Englischen Fehler ins Auge stechen: zum Beispiel „feal“ anstatt „feel“:

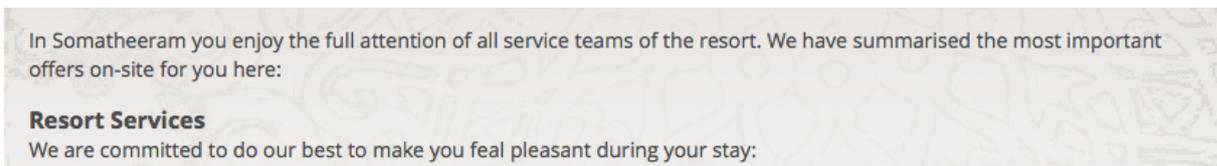
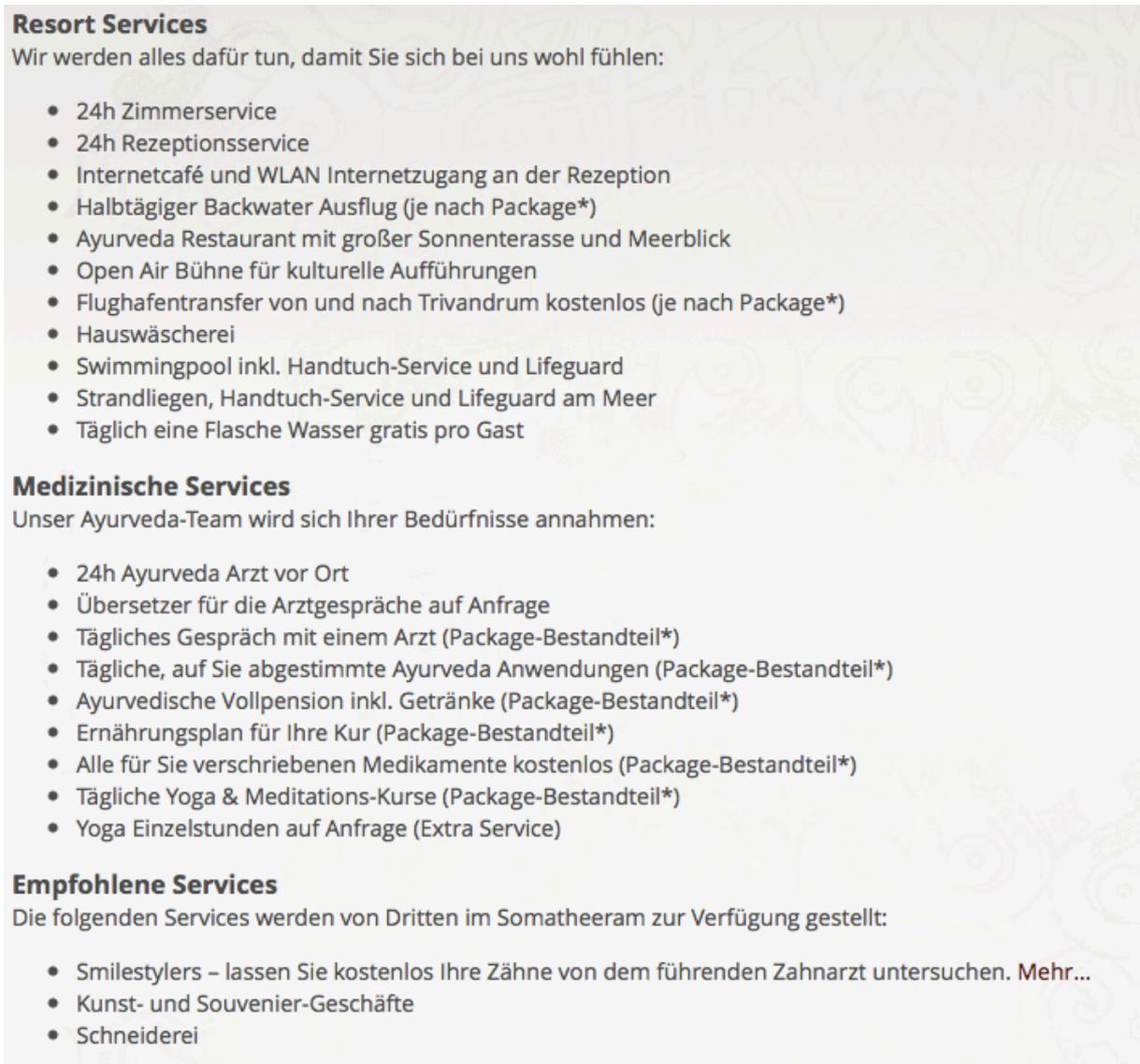


Abb. 5: Somatheeram Ayurveda Health Resort (2017a)

In der Rubrik „Kontakt“ ist ersichtlich, dass der Kontakt zu diesem Hotel entweder direkt über die Website oder über diverse Zweigstellen in Deutschland, Italien, Frankreich, usw. erfolgt. Ob es sich dabei um Reiseagenturen oder Privatpersonen handelt, ist unklar.

Das Somatheeram gibt auf der Website ebenso Auskunft über Art, Dauer und Wirkung der Behandlungskur und verspricht eine Reihe an Leistungen:



Resort Services
Wir werden alles dafür tun, damit Sie sich bei uns wohl fühlen:

- 24h Zimmerservice
- 24h Rezeptionsservice
- Internetcafé und WLAN Internetzugang an der Rezeption
- Halbtägiger Backwater Ausflug (je nach Package*)
- Ayurveda Restaurant mit großer Sonnenterasse und Meerblick
- Open Air Bühne für kulturelle Aufführungen
- Flughafentransfer von und nach Trivandrum kostenlos (je nach Package*)
- Hauswäscherei
- Swimmingpool inkl. Handtuch-Service und Lifeguard
- Strandliegen, Handtuch-Service und Lifeguard am Meer
- Täglich eine Flasche Wasser gratis pro Gast

Medizinische Services
Unser Ayurveda-Team wird sich Ihrer Bedürfnisse annahmen:

- 24h Ayurveda Arzt vor Ort
- Übersetzer für die Arztgespräche auf Anfrage
- Tägliches Gespräch mit einem Arzt (Package-Bestandteil*)
- Tägliche, auf Sie abgestimmte Ayurveda Anwendungen (Package-Bestandteil*)
- Ayurvedische Vollpension inkl. Getränke (Package-Bestandteil*)
- Ernährungsplan für Ihre Kur (Package-Bestandteil*)
- Alle für Sie verschriebenen Medikamente kostenlos (Package-Bestandteil*)
- Tägliche Yoga & Meditations-Kurse (Package-Bestandteil*)
- Yoga Einzelstunden auf Anfrage (Extra Service)

Empfohlene Services
Die folgenden Services werden von Dritten im Somatheeram zur Verfügung gestellt:

- Smilestylers – lassen Sie kostenlos Ihre Zähne von dem führenden Zahnarzt untersuchen. **Mehr...**
- Kunst- und Souvenir-Geschäfte
- Schneiderei

Abb. 6: Somatheeram Ayurveda Health Resort (2017b)

Bei der Kategorie “Medizinische Services” ist unter anderem auch von einem “Übersetzer für die Arztgespräche auf Anfrage” die Rede. Leider erhält man weder auf der Website noch in den Broschüren oder Tarif-Booklets mehr Informationen zum genauen Leistungsumfang der „Übersetzer“.

Ein weiterer Reiseanbieter fällt beim ersten Blick auf die Google-Ergebnisse in Abbildung 2 ins Auge: *Lotus Travel*. Es handelt sich dabei nämlich um einen Reiseanbieter, der sich selbst als „Spezialist für Asien- und Ayurveda-Reisen“ bezeichnet (vgl. Lotus Travel Service: 2016). Auf der Website erhält man eine Fülle an Informationen zum Thema Ayurveda und im Zusammenhang damit werden verschiedenste Pakete und Kuranstalten angeboten, darunter auch das weiter oben exemplarisch beschriebene *Somatheeram Ayurvedic Health Resort*.

Auch hier wird darauf Bezug genommen, dass es vor Ort „deutschsprachige Übersetzer“ gibt, die „jeden Gast durch umfangreiche Beratung und individuelle Kuranwendungen“ betreuen (vgl. Lotus Travel Service: 2017). Eine nähere Beschreibung zum Dolmetschservice wird jedoch nicht gegeben.

Wie bereits erwähnt existiert ein Kriterienkatalog für Hotels und Resorts, der erfüllt werden muss, um als vollwertiges Ayurveda-Kurzentrum anerkannt zu werden. In diesem Katalog werden ebenfalls „Übersetzer“ erwähnt, die die Kommunikation zwischen dem medizinischen Fach- und dem Betreuungspersonal erleichtern bzw. überhaupt erst ermöglichen sollen. Anhand der Begriffswahl – schließlich ist von *Übersetzern* die Rede und nicht von *DolmetscherInnen* – ließen sich zwei verschiedene Hypothesen ableiten: Entweder ist bewusst von *Übersetzern* die Rede, um deutlich zu machen, dass es sich vorwiegend um eine schriftlich ausgeführte Tätigkeit handelt, oder der Begriff wurde nicht sehr umsichtig gewählt und hätte eigentlich *Dolmetscher* lauten sollen, da die Tätigkeit sich vor allem auf mündliche Translation konzentriert. Betrachtet man die Praxis von DolmetscherInnen in solchen Ayurvedahotels genauer, stellt sich heraus, dass sehr wohl schriftlich Texte übersetzt, aber allen voran Konsultationen und Gespräche zwischen den Vertretern des Kurhotels und den Gästen gedolmetscht werden sollen.

3.4. Fallstudie: Dolmetschen im indischen Gesundheitstourismus

Im Folgenden werden meine persönlichen Erlebnisse als DolmetscherIn in einem Ayurveda-Kurhotel in Kerala in Form eines Erfahrungsberichts dargelegt, um insbesondere diese Frage zu beantworten: Wie gestaltet sich die Arbeit als DolmetscherIn im indischen Gesundheitstourismus und mit welchen besonderen Herausforderungen sind DolmetscherInnen dort konfrontiert?

Leider stimmten weder die ortsansässige indische Dolmetscherin noch eine österreichische Studentin, die ebenfalls in Indien als Dolmetscherin für deutschsprachige Gäste tätig war, einem Interview für diese Masterarbeit zu. Daher soll meine Perspektive als Erweiterung zu den im nachfolgenden Kapitel geführten PatientInnen-Interviews dienen.

Ich möchte an dieser Stelle festhalten, dass die folgende Abhandlung in keinem Fall einen Rückschluss auf alle in Indien tätigen, ausländischen DolmetscherInnen zulässt. Da diese persönlichen Erfahrungswerte allerdings einen einzigartigen Einblick in eine sonst sehr schwer zugängliche Materie bieten können, werden sie in Form dieser Reflexion in der Ich-Form wiedergegeben.

3.4.1. Rekrutierung, Entlohnung und Unterkunft

Ohne natürlich unterstellen zu wollen, dass die Mehrheit der Ayurveda Hotels in Südindien unter „deutschsprachigen Übersetzern“ junge, europäische StudentInnen versteht, die diese umfassende Tätigkeit ohne jegliche Vorbereitung oder Einschulung ausführen, so kann ich in jedem Fall aus eigener Erfahrung bestätigen, dass dies zumindest in vier verschiedenen Etablissements über mehrere Jahre hinweg Usus war. Die Rekrutierung erfolgte über Kontakte bzw. ich selbst wurde bei einem privaten Besuch der Ferien-Messe Wien von der Hotelmanagerin auf den Auftrag angesprochen. Sowohl Rekrutierung als auch Vertragsunterzeichnung erfolgten per Email und waren nach indischem Recht gültig.

Auf meine Frage hin, ob bereits vor mir StudentInnen im Hotel tätig gewesen waren und wenn ja, aus welchem Land diese kamen, wurde mir mitgeteilt, dass die Hotelmanagerin bei Ihren Reisen nach Europa wohl immer wieder Bekanntschaften knüpfte und so regelmäßig für europäische DolmetscherInnen im Kurzentrum Sorge.

Vertraglich geregelt waren Dauer (5 Monate), Unterkunft (Kost und Logis inkludiert, und zwar laut Aussage der Managerin „in einem Etablissement in der Nähe des Hotels zusammen mit anderen weiblichen Angestellten“), Art der Tätigkeit sowie Urlaubstage und Entlohnung. Letztere gilt für europäische Verhältnisse als sehr niedrig, für südindische ist sie jedoch durchaus angemessen. Vor allem angesichts der Tatsache, dass Kost und Logis – wenn auch letzteres in höchst traditionellen Zimmern (unter anderem ohne fließendes Wasser) – inkludiert waren.

Zumindest jedoch waren rund um die Uhr Wachposten am Eingang zum Zimmerkomplex positioniert, was sich nicht nur einmal als ungemein wichtig für die Sicherheit aller im Gebäude wohnenden weiblichen Angestellten herausstellte: Das nahegelegene Fischerdorf, welches aus mehreren kleinen Baracken am Ufer des Meeres bestand, zeichnete die Härte der Armut besonders deutlich. Die bitter erarbeitete Entlohnung für den morgendlichen Fang investierten einige der Fischer in teuren Fusel und wenige Male pro Monat zog es sie dann im Alkoholrausch an die Türen des Gebäudekomplexes, in denen die Frauen wohnten. Dank der Wachen war dieser Umstand für die Bewohnerinnen wenig problematisch, jedoch für mich jedes Mal aufs Neue ernüchternd.

Die wenigsten Mitarbeiterinnen in diesem Haus waren älter als 21, sondern oftmals keine 15 Jahre alt, kamen aus armen Verhältnissen und aus allen Ecken Indiens. Schließlich ist es in Indien nicht ungewöhnlich, dass Familien, die den beiden unteren Kasten angehören, ihre Kinder sehr früh von zu Hause wegschicken, damit sie arbeiten gehen können und keine Belastung mehr für die Familie darstellen.

Ein paar der etwas älteren und besser bezahlten Mitarbeiterinnen leisteten sich gemeinsam eine Art Gemeinschaftswohnung in einem naheliegenden Dorf und nahmen damit täglich ein bis zwei Stunden Fußmarsch zum Hotel in tropischer Hitze oder im Monsunregen in Kauf. In diesem Dorf waren wie üblich die Geschlechter strikt voneinander getrennt: Erst nach der Heirat durften Mann und Frau zusammenwohnen.

Selbstredend stellte ich, als weiße, junge, unverheiratete europäische Frau eine echte Ausnahme dar und brach schon alleine durch meine Anwesenheit und mein Eindringen in das dortige kulturelle System einige Tabus.

Es war mit Sicherheit nicht immer einfach, alle Erwartungen, die an mich als Dolmetscherin gestellt wurden, zu erfüllen, aber noch schwieriger war es definitiv, damit umzugehen, einerseits von den Männern sexualisiert und objektiviert sowie andererseits von den Frauen (vor allem den gebildeten!) nicht respektiert zu werden.

Knapp 400 USD pro Monat – das entspricht dem Lohn der männlichen (!) Rezeptionisten – waren für die DolmetscherIn vorgesehen, inklusive einem Urlaubstag pro Woche, an dem mir ein gratis Fahrer zustand, der mir bei meinen Erledigungen helfen sollte. Immerhin war die nächste (wirkliche) Einkaufsmöglichkeit mehr als 35 km entfernt, was bei dortigen Straßenverhältnissen eine eineinhalbstündige Autofahrt bedeutete. Im Übrigen stellte meine Urlaubsregelung eine Ausnahme dar – die meisten der Angestellten vor Ort hatten entweder keinen Anspruch auf Urlaub, da sie sich beim Management verschuldet hatten (Krankheit in der Familie, Hausbau, etc.) oder arbeiteten auf Saison und daher mehrere Monate ohne einen einzigen Tag Urlaub.

3.4.2. Tätigkeitsfeld

Wie bereits hervorgehoben beschränkt sich das Tätigkeitsfeld von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich nicht nur auf die Verdolmetschung an sich. Im vorliegenden Fall war zwar vertraglich lediglich das Begleiten der Arztkonsultationen vorgesehen, doch wurde schnell klar, dass dies nicht den tatsächlichen Erwartungen der Arbeitgeber entsprach: In keinem einzigen Fall endete der Auftrag direkt nach der Konsultation mit den Ayurveda-ÄrztInnen. Man erwartete von der DolmetscherIn eine umfassende Gästebetreuung – und zwar rund um die Uhr.

Zu Beginn konnte ich mich noch gut abgrenzen und startete meinen Tag um 8:00, begrüßte Neuankömmlinge und begleitete sie zu den Konsultationen. In der Zwischenzeit übersetzte ich die sprachlich fehlerhaften Informationsbroschüren sowie Teile der hoteleigenen Website neu. In den ersten paar Wochen endete mein Arbeitstag noch um 19:00, nach dem Abendessen.

Im Laufe der Zeit wurde ich jedoch ebenso zur Reisebegleitung, Reisebürokauffrau, Ayurveda-Expertin, Telefonauskunft, zum Kulturprofi, zur Yogalehrerin, Apothekenhilfe und zur Therapeutin auf Abruf – und zwar sprichwörtlich: Ich erhielt ein Telefon mit einer lokalen Nummer, auf welcher ich jederzeit für das Management und für die Gäste vom Zimmer aus gratis erreichbar war.

Nicht selten ließ ich meinen wöchentlichen Urlaubstag für eine Tagesreise mit Gästen ausfallen, wenn sie mich darum baten. Wir besuchten Elefanten-Rehabilitationsparks, Tempel und Städte, Märkte und Einkaufszentren und ich begleitete ein französisches Paar sogar bis an den südlichsten Punkt Indiens, an dem die drei Weltmeere aufeinandertreffen. Einerseits war dies für mich persönlich natürlich ungemein bereichernd und ich konnte mein Sprachgefühl für indisches Englisch weiter ausbauen. Andererseits entwickelte sich durch die ständige Betreuung und Erreichbarkeit zwischen mir und den PatientInnen eine gewisse Nähe, die rückblickend bestimmt förderlich für das gegenseitige Verständnis, aber mit Sicherheit auch unter dem Gesichtspunkt der Professionalität und der Unparteilichkeit problematisch war.

Ein besonders spannendes Erlebnis für mich als DolmetscherIn war die Seminar-Reise einer Gruppe von deutschen ÄrztInnen. Erst drei Tage vor deren Eintreffen im Resort wurde ich über das bevorstehende Seminar verständigt. Geplant waren zehn Tage gefüllt mit Workshops zu den verschiedensten Themen – ein richtiges Briefing erhielt ich nicht. Erst nach mehrmaligem Nachfragen teilte mir einer der älteren leitenden Ärzte des Resorts mit, dass es wohl um die Themen Zivilisationskrankheiten und um das Thema „Ayurveda als Ergänzung zur Schulmedizin“ gehen sollte. Da ich rund um die Uhr für die deutschen ÄrztInnen zur Verfügung stehen und neben den Workshops und Vorträgen auch die Abende mit den Gästen verbringen sollte, wurde mir zunächst für den Zeitraum des Seminars kein Urlaubstag genehmigt. Ich bestand zwar wiederholt darauf, da ich dringend persönliche Erledigungen machen musste und ich meines Erachtens zu kurzfristig auf das Seminar hingewiesen wurde, doch ich wurde immer wieder vom Sekretär der Managerin vertröstet, bis es schließlich wirklich nicht mehr möglich war. In diesen Tagen wurde mir zum ersten Mal klar, dass ich Teil des hierarchischen Systems des Resorts geworden war und dass ich mich wohl allzu gut in diese Hierarchie eingliedert hatte.

Ich redete mir zwar ein, dass ich als europäische DolmetscherIn eine Sonderstellung genoss, aber letztlich standen mir nur wenig mehr Freiheiten zu als den anderen „höheren“ Angestellten. Eigenständiges Handeln und Selbstbewusstsein war nur dann von mir gewünscht, wenn es darum ging, das Resort nach außen hin zu vertreten und als möglichst „westlich zu vermarkten“. Innerhalb der Resortmauern galten für mich jedoch die gleichen Regeln wie für alle anderen: Was das Management sagt, ist Befehl.

3.4.3. Ausbildung und Vorbereitung

Ich persönlich interessiere mich privat sehr für alternative Gesundheitssysteme und sammelte auch im Hinblick auf Ayurveda bereits vor meinem Aufenthalt in Indien beruflich Erfahrungen. Selbstredend bereitete ich mich auf einen mehrmonatigen Aufenthalt dennoch vor, sowohl in sprachlicher als auch in medizinischer Hinsicht. Vor Ort blieben mir lediglich die oberflächlichen, sprachlich fehlerhaften Unterlagen, die auch interessierten Gästen angeboten wurden, um einen besseren Einblick in die Welt des Ayurveda zu erhalten. Diese waren für die Arztkonsultationen leider wenig hilfreich. Die Fülle an psychischen und physischen Krankheiten und teils ungemein komplizierten medizinischen Vorgeschichten der PatientInnen, kombiniert mit der Sprechgeschwindigkeit, dem Akzent und dem nicht explizit gemachten Wissen des medizinischen Fachpersonals, erschwerten mir die Dolmetschtätigkeit immens. Hätte ich mir nicht bereits in Österreich etwas Fachwissen über die Konstitutionstypen sowie über lokale Gewürze angeeignet, hätten sowohl viele meiner KlientInnen als auch ich im Dunkeln tappen müssen.

Denn obwohl bereits seit mehreren Jahren junge, unerfahrene DolmetscherInnen im Resort tätig waren, kümmerte sich niemand um eine wirkliche „Einschulung“ oder erklärte mir spezielle Abläufe.

Im Rahmen meines Studiums bot sich mir ebenfalls nicht die Möglichkeit, Kommunaldolmetschen als solches zu „erlernen“ oder auch nur gewisse Settings „zu üben“, da ich den Zweig „Konferenzdolmetschen“ gewählt habe und dadurch nur wenig bis gar nicht mit Dialogdolmetschen in Berührung kam. Auch in der Theorie habe ich mich zugegebenermaßen wenig mit Kommunaldolmetschen – vor allem nicht im medizinischen Bereich – auseinandergesetzt.

Während der Recherche zur vorliegenden Arbeit wurde mir zum ersten Mal richtig bewusst, welche Verantwortung und welcher enormer Druck auf DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich lastet.

3.4.4. Typische Gesprächskonstellationen

Da in den ersten Wochen meiner Tätigkeit noch wenig bis gar keine französisch- und deutschsprachigen Gäste im Resort waren, blieb mir zum Glück viel Zeit zum Einarbeiten und zum Kennenlernen der ÄrztInnen, die doch sehr zurückgezogen und eher schweigsam arbeiteten. Ich unterhielt mich viel mit ihnen über Ayurveda, alternative Heilsysteme, Yoga und verschiedenste Gewürze und wie sie angewendet werden können. Allerdings hatte ich immer das Gefühl, dass die ÄrztInnen sich ungern plaudernd zeigten. Zu Beginn tat ich das als südindische Eigenheit ab, aber Wochen später erhielt ich durch die Bekanntschaft mit mehreren Restaurantangestellten, die zu meinem Glück sehr gut Englisch sprachen, einen besseren Einblick: Es war schlicht seitens des Managements nicht gewünscht, dass die Angestellten außerhalb ihrer Arbeitsbereiche (im Falle der Ärzte: Beratungszimmer) Gespräche führten, da dies nicht als professionell erachtet wurde. Erst als ich selbst vom ältesten und somit „obersten“ Arzt des Resorts aufgrund eines Spinnenbisses behandelt wurde, konnte ich mich länger mit ihm unterhalten, leider aber auch dann nur wenig in Bezug auf das Resort selbst und dessen Organisation und Führung. Erst ziemlich am Ende meines Aufenthalts wurde mir auch wirklich klar, warum gerade ich für die ÄrztInnen eine so ungeeignete Konversationspartnerin darstellte: Wöchentlich musste ich einen Report an das Management abliefern, in welchem ich detailliert zu jeder/m der von mir betreuten Gäste beschreiben sollte, wie sich der Krankheitsverlauf gestaltet und wie sich die KlientInnen fühlten.

Die ÄrztInnen hatten schlichtweg Angst, dass ich sie in meinen Reports als unfähig darstellen könnte. Es fiel mir regelrecht wie Schuppen von den Augen, als mich eine der jungen ÄrztInnen nach einer recht traurigen und intimen Konsultation mit einem Paar, das leider seit längerem einen unerfüllten Kinderwunsch gehegt hatte, flüsternd bat: „Please don't write that in your report.“

Typischerweise begleitete ich mir zugeteilte Gäste vom Zeitpunkt der Ankunft im Resort bis zum Abreisetag. Dies war seitens des Managements so gewünscht und meines Erachtens auch sinnvoll, da so bereits eine Beziehung aufgebaut werden kann, noch bevor die gesundheitlichen Themen besprochen werden. Meistens führte ich die Gäste durch die Anlage, klärte sie über lokale Gepflogenheiten auf und erzählte etwas über mich.

Bereits am Ankunftstag wurden die Gäste zur Erstkonsultation geschickt, bei der ich sie auch begleiten sollte. Nur zwei von mehr als 30 KlientInnen entschieden sich ausdrücklich gegen eine DolmetscherIn; mit diesen beiden Gästen hatte ich auch sonst während ihres Aufenthalts wenig Kontakt. Die Erstkonsultation fand mit einem der älteren Ärzte, quasi als „Chefarzt“, und zwei jüngeren statt. Die PatientIn wurde kurz über die Grundzüge des ayurvedischen Heilsystems aufgeklärt und dann aufgefordert, ihre Beschwerden zu schildern. Meistens dauerten diese Konsultationen nicht länger als 30 Minuten, woraufhin von den ÄrztInnen eine Behandlungsstrategie festgelegt wurde. Ich begleitete die KlientInnen daraufhin wieder zurück zu ihren Bungalows.

Ein typischer Gesprächsablauf gestaltet sich wie folgt: Zunächst begrüßt einer von zwei bis drei ÄrztInnen, meistens der/die älteste, den neuen Gast und stellt sich kurz vor. Danach folgt gleich die Frage, ob die KlientIn bisher mit Ayurveda in Berührung gekommen sei. Wird diese Frage verneint, folgt ein kurzer Abriss über die Grundzüge des ayurvedischen Heilsystems, bei dem unter anderem erklärt wird, dass verschiedenste Krankheiten auf ein Ungleichgewicht der Elemente im Körper zurückzuführen sei, und dass die von den ÄrztInnen verschriebenen Therapien darauf abzielen, das Gleichgewicht im Körper der PatientIn wiederherzustellen. Die PatientIn wird daraufhin anhand eines Ayurveda-Fragebogens (zur Bestimmung des jeweiligen Konstitutionstyps) zu verschiedensten Dingen befragt: Alter, Herkunft, Ernährungsgewohnheiten, körperliche Verfassung, Lebensumstände, alltägliche Routine, Hobbies, Kindheit und Beschwerden. Auf diese Befragung folgt ein kurzer Beweglichkeitstest auf der Untersuchungsliege, welcher von einer der jüngeren ÄrztInnen durchgeführt wird. Abschließend kommt es zum Highlight eines jeden Erstgesprächs: der Pulsmessung.

Diese Methode zur Krankheits- und Konstitutionsbestimmung ist wohl eine der berühmtesten Untersuchungsmethoden im Ayurveda, welche wiederum nur die erfahrenen ÄrztInnen durchführen dürfen. Ohne jegliche Geräte, sondern ausschließlich mit den Fingern fühlt die Ärztin, wo und ob sich im Körper der PatientIn Blockaden befinden. Abschließend wird eine Diagnose gestellt, eine Kost, die dem Konstitutionstyp entspricht, empfohlen und ein umfassendes Therapieprogramm verordnet. Es bleibt noch kurz Zeit für eventuelle Rückfragen seitens der PatientIn; danach wird sie zurück zu Ihrem Bungalow gebracht.

Für mich als DolmetscherIn machten diese Erstgespräche einen Gutteil meiner Arbeit aus. Sie stellten für mich auch die größte Herausforderung dar, da man nie antizipieren konnte, an welchen Beschwerden die jeweilige PatientIn leidet, obwohl ich natürlich versuchte, dies bereits vor der Erstkonsultation im Groben zu erfragen. Oft war es jedoch der Fall, dass erst der ärztliche Rahmen die PatientInnen dazu ermutigte, ihre Krankheitsbilder bis ins Detail zu schildern. Das Problem daran war, dass die Ärzte zwar über ein umfassendes medizinisches Wissen verfügten, jedoch viele Hintergründe – vor allem jene von kultureller Natur – sichtlich entweder nicht nachvollziehen oder überhaupt verstehen konnten. Viele Ratschläge, die sie gegen Stress, schlechte Ernährungsgewohnheiten oder andere ungünstige Lebensumstände gaben, sind schlicht und ergreifend in Europa – oder zumindest in Deutschland und Österreich – so nicht anwendbar, allein schon deswegen, weil ein Großteil der im Ayurveda so wichtigen Gewürze und Kräuter bei uns nur sehr schwer erhältlich sind. Die Ausgeh- und Netzwerkkultur in Europa unterscheidet sich wesentlich von jener in Südindien, wo GeschäftspartnerInnen eher nach Hause eingeladen werden, um dort von der Ehefrau königlich – aber immer noch relativ bekömmlich und gesund – bekocht zu werden. Zudem durften die Therapien für PatientInnen nie zu extrem ausfallen, da die ÄrztInnen letztendlich von den Resortgästen abhängig waren. Ich vermute, dass auch hier das Management extremen Druck ausgeübt hat und den ÄrztInnen klar kommunizierte, dass die PatientInnen entscheiden, was sie wirklich (hören) möchten und was nicht. Diesbezüglich möchte ich kurz den Fall einer deutschen Heilpraktikerin erwähnen, die sich während Ihres Aufenthalts einen leichten Bandscheibenvorfall zuzog, da ihr Beckenschiefstand mit für deutsche Verhältnisse veralteten Verfahren behandelt wurde.

Sie klagte von Deutschland aus das Resort und gewann den Prozess, woraufhin der behandelnde Arzt im Resort wenig später gekündigt wurde - und das obwohl viele PatientInnen im Resort mit einer ähnlichen Methode therapiert wurden und dabei durchaus Fortschritte machten.

3.4.5. Das Resort

Das Resort, in dem ich tätig war, zählt zu einem der größeren Resorts in der Gegend rund um Kovalam, Kerala, Südindien. Es besteht im Wesentlichen aus einer relativ naturbelassenen Parkanlage mit Bungalows in unterschiedlichen Preiskategorien. In den 4 Hauptgebäuden befanden sich jeweils die Rezeption mit Back Office, das Hauptrestaurant, das Therapiezentrum mit Yoga-Raum, Behandlungsräumen und Untersuchungszimmern sowie die Küche bzw. die Wäscherei. Über einen schmalen Weg gelangte man über die steile Klippe hinunter an den öffentlichen Strand.

Zum Zeitpunkt meines Aufenthalts waren bestimmt 100 Angestellte beschäftigt: 10 ÄrztInnen, davon zwei leitende ÄrztInnen, 20-30 Therapeutinnen, die ständig wechselten, 10 Personen im Guest Relations Management, 10 Personen im Back Office, Sicherheitskräfte, Reinigungskräfte, Köche, Küchenhilfen und vermutlich viele helfende Hände mehr, die ich während meiner Tätigkeit nicht explizit kennen lernte. In der Regel hatte ich mit den beiden Haupt-Rezeptionistinnen den meisten Kontakt, da sie mich über die Ankunft von deutsch- oder französischsprachigen Gästen informierten, sowie mit den ÄrztInnen und mit den Restaurantmanagern. Letztere beeindruckten mich nicht selten mit ihren umfassenden Sprachkenntnissen, da sie im Gegensatz zu den ÄrztInnen auch in der Lage waren, sprachliche Feinheiten und Sprachwitze zu verstehen und diese auch selber anwendeten. Die beiden Restaurantmanager kamen aber auch aus benachbarten, arabischen Ländern und erfuhren laut Eigenaussage eine bessere Ausbildung als gleichgestellte Arbeitskräfte in der Gegend.

Die Resort-Managerin hielt sich sehr selten im Resort auf, aber wenn, dann konnte man ihre Ankunft regelrecht spüren, da die Angestellten tatsächlich nervös und unruhig wurden. Zu Beginn konnte ich das nicht nachvollziehen, aber nach mehreren Gesprächen mit den Angestellten im Restaurant erfuhr ich, mit welcher strenger Hand dieses Unternehmen geführt wurde.

In Einzelfällen arbeiteten die Angestellten für Kost und Logis, da sie beim Management einen Kredit für ein Haus oder für einen Krankheitsfall in der Familie aufgenommen hatten, und fühlten sich somit noch mehr unter Druck gesetzt, fehlerfrei und teilweise rund um die Uhr zu arbeiten. Die Angestellten versuchten natürlich die Gäste nichts davon spüren zu lassen, doch feinfühlig PatientInnen, denen auch das Wohl der Angestellten vor Ort am Herzen lag, berichteten mir immer wieder von den ihrer Meinung nach großen Diskrepanzen zwischen Vermarktung des Resorts als ganzheitliche Kuranstalt und der Realität.

Ich persönlich kam nach meiner Ankunft wenig in Kontakt mit der Managerin. Lediglich während diverser Veranstaltungen oder Feste war sie öfter anzutreffen. Mit meiner Arbeit und meinen Reports war sie augenscheinlich immer sehr zufrieden, vor allem, da ich von den Gästen immer nur gelobt wurde. Kämpfen musste ich nur um meine Urlaubstage und um Vorbereitungsmaterial oder zumindest Informationen zu anstehenden Events. Rückblickend betrachtet hätte ich mich auch noch mehr für eine bessere Unterkunft für mich selber und für bessere Arbeitsbedingungen für meine KollegInnen vor Ort sowie für ein selbstverantwortliches Arbeiten frei von Angst um den Arbeitsplatz einsetzen sollen. Für diese Einsicht fehlte mir zum damaligen Zeitpunkt allerdings die entsprechende Reife und der nötige Mut.

3.4.6. Rollenbilder und Beziehung zu den PatientInnen

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurden bereits kurz die verschiedenen Rollen der DolmetscherIn im Gesundheitsbereich erläutert und erklärt, dass diese sowohl von PatientInnen als auch von KlientInnen auf die DolmetscherIn projiziert werden können (vgl. Angelelli 2004: 129-132). Im Folgenden werden Angelellis vier typische Rollenbilder anhand realer Beispiele aus meiner Zeit in Indien aufgezeigt.

3.4.6.1. DolmetscherInnen als „DetektivInnen“

Scham und mangelndes Vertrauen sind wesentliche Faktoren, weswegen eine PatientIn zwar einen Großteil ihrer Krankengeschichte preisgibt, wichtige Details zu einzelnen Ereignissen allerdings verschweigt und sich so kein stimmiges Gesamtbild ergibt. Ein typisches Beispiel für die Erstkonsultationen am Anreisetag, das den zuständigen Ayurveda-ÄrztInnen beim Bestimmen der richtigen Therapieform half, war die Frage nach Regelmäßigkeit und Beschaffenheit des Stuhlgangs. Bei diesem allerersten Gespräch wird also bereits von der PatientIn erwartet, sprichwörtlich alle Hüllen fallen zu lassen und diese Frage ehrlich zu beantworten. Oft verrieten eine in Falten gelegte Stirn, geweitete Augen oder eine regelrechte Ganzkörperstarre, wie unangenehm diese Frage den PatientInnen war, weswegen ein erneutes, fast schon detektivisches Nachfragen seitens der DolmetscherIn gefordert war.

3.4.6.2. Dolmetscherinnen als kulturelle „Mehrzweck-Brücken“

Ein Paradebeispiel für diesen Fall sind vor allem die grundlegend verschiedenen verbalen, aber auch nonverbalen Kommunikationsmittel in der europäischen und der indischen Kultur. Ayurveda-ÄrztInnen, die in Zentren für westliche Gäste arbeiten, kennen meist die Mehrheit der kulturellen Eigenheiten Ihrer PatientInnen, jedoch sind die europäischen Gäste umgekehrt – vor allem bei der ersten Konsultation – oftmals von der für sie sehr forschenden, genauen und intimen Befragungs- und Untersuchungssituation überfordert.

Auch die Tatsache, dass das männliche indische Betreuungspersonal rasch körperliche Nähe aufbaut, während der Konversation oft vehement den Kopf schüttelt (ein Zeichen für Bestätigung und Bejahung, gleicht einem sanften Nicken bei uns) und Therapeutinnen oft direktem Blickkontakt ausweicht (Zeichen von Respekt), erscheint den europäischen Gesprächsparteien befremdlich. Auch hier ist also die DolmetscherIn als kulturelle Brücke gefordert, um den europäischen Gästen durch Erklären und näheres Ausführen kultureller Unterschiede das Gefühl von Fremdheit zu nehmen und durch Vertrauen – welches vor allem im medizinischen Bereich ungemein wichtig ist – zu ersetzen.

3.4.6.3. DolmetscherInnen als „DiamantensucherInnen“

Obwohl im Ayurveda die Psyche als ein wesentliches Element von Gesundheit verstanden wird, wurden die PatientInnen bei den Arztkonsultationen bis auf die typische Frage nach Depressionen nicht näher zu ihrem geistigen Gesundheitszustand befragt.

Bei einer PatientIn mit Morbus Crohn stellte sich in einem Gespräch mit der DolmetscherIn innerhalb der ersten Woche fernab des Therapiezentrums heraus, dass sie eigentlich wegen Burn-Out nach Südindien gekommen war und sich ihre Darmkrankheit dadurch wesentlich verschlechtert hatte. Nachdem ich ihr Einverständnis für die Weitergabe dieser wesentlichen Information erhalten hatte, konnten die ÄrztInnen daraufhin die Medikamente und andere Therapieformen dahingehend anpassen, dass die Schmerzen der PatientIn um ein Vielfaches gemildert wurden. Ohne diese Hintergrundinformation hätte die vorgeschlagene Therapie der ÄrztInnen wohl nur die augenscheinlichen Symptome lindern, nicht aber das darunterliegende Problem lösen können.

3.4.6.4. DolmetscherInnen als „MinenarbeiterInnen“

Medizinische Konsultationen erfordern seitens des Betreuungspersonals ein hohes Maß an Expertise, Erfahrung und psychosozialer Kompetenz – gerade da manche PatientInnen sich von zu vielen Fragen schnell überfordert fühlen oder sich sogar schämen und dadurch zu verminderter Kooperation neigen. Die Kunst ist es dann, die entsprechende Frage auf verschiedene Arten und Weisen zu stellen und hartnäckig zu bleiben, ohne dabei der PatientIn das Gefühl zu geben, bedrängt zu werden. Psychische Krankheiten, Ängste oder nicht verarbeitete Verluste und Zwischenfälle sind dabei sehr sensible Themen, bei denen besonderes Fingerspitzengefühl gefragt ist und an deren Beispiel einmal mehr die Bedeutsamkeit nicht-translatorischer Fähigkeiten und Kompetenzen bei einem Dolmetscheinsatz im medizinischen Bereich veranschaulicht werden kann. So sind beispielsweise junge alleinstehende Frauen oder Männer, die auf den ersten Blick nur geringe Beschwerden (Verspannungen, leichtes Übergewicht) aufweisen oder laut Eigenaussage lediglich aufgrund von „innerer Reinigung“ die Kuranstalt aufsuchen, häufig gesehene Gäste in Ayurveda-Resorts.

Die tatsächlichen Beweggründe findet man oftmals erst nach mehreren Gesprächen oder – im schlimmsten Fall – nur durch einen medizinischen Zwischenfall heraus.

Ein konkreter Fall war ein junger Mann aus Frankreich, der ein namhaftes Textilunternehmen führte und auch gerne davon erzählte. In einem kurzen Gespräch beim Abendessen verriet er mir, wie furchtbar für ihn doch die lange Flugreise gewesen sei, da er ein immer wiederkehrendes Engegefühl sowie einen andauernden stechenden Schmerz in der Brust verspürte. Obwohl alle Gäste des Resorts, die ich betreute, meine dienstliche Handynummer erhielten, erreichte mich während meiner gesamten Zeit in Kerala nur ein einziges Mal ein Notruf: Besagter junger Mann rief mich mitten in der Nacht zu sich, da er sich in seinem Zimmer aus unerfindlichen Gründen bedroht sah und an plötzlicher Atemnot litt. Ich verständigte sofort die zuständigen ÄrztInnen und begleitete den Mann ins Krankenhaus, wo er endlich offen ansprach, dass er wohl bereits seit Monaten an Panikattacken leide, die ernstzunehmende physische Konsequenzen nach sich zogen. Der junge Mann erhielt daraufhin eine auf ihn abgestimmte Therapie mit im Ayurveda für diesen Krankheitszustand typischen Massagen und Behandlungen (Stirngüsse gelten bei psychische Problemen als sehr heilsam) und meditierte täglich morgens und abends jeweils eine Stunde gemeinsam mit dem Yogalehrer vor Ort. Drei Wochen später reiste er ohne jegliche Beschwerden und augenscheinlich zufriedener und ruhiger wieder ab.

4. Interviewstudie

Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine Untersuchung über den Wellness- und Gesundheitstourismus in Südindien und die Kommunikation mit den deutsch- und französischsprachigen PatientInnen, die für eine Ayurveda-Kur nach Kerala gereist sind, durchgeführt. Diese Interviews sind aufgrund der PatientInnensicht interessant und dienen als zweite Perspektive zu den Feldbeobachtungen im vorigen Kapitel.

4.1. Grundfragestellung

Die erste wichtige Zielsetzung dieser Interviewstudie ist es Antworten auf die folgenden allgemeinen Fragen zur Reise aus PatientInnensicht zu untersuchen: Aus welchen Gründen reisen zentraleuropäische Gäste nach Südindien, um sich dort nach den Regeln und Praktiken einer Ayurveda-Kur behandeln zu lassen? Wieso suchen Sie sich Indien als Zielort aus? Wie gehen Sie vor, sobald Sie die Entscheidung getroffen haben, sich in Südindien behandeln zu lassen? Wie verläuft die Kontaktaufnahme zum Ayurveda-Kurzentrum bzw. erfolgt eine Kontaktaufnahme über eine heimische Agentur?

Das zweite wichtige Ziel ist es, die Kommunikation und das Verhältnis zwischen PatientInnen, medizinischem Personal und DolmetscherIn zu untersuchen und dabei konkret unter anderem folgende Fragen zu beantworten: Wie werden sprachliche Hindernisse überwunden? Wie wird die Qualität der Dolmetschung bewertet? Wird die DolmetscherIn als reines Sprachrohr wahrgenommen oder entsteht im Laufe der mehrwöchigen Aufenthalte eine Beziehung zwischen der DolmetscherIn und den PatientInnen? Inwiefern beeinflusst dieses Verhältnis die Kommunikation?

Um diese Untersuchung durchführen zu können, wurden Gespräche mit vier Personen geführt, die allesamt Patientinnen desselben Ayurveda-Kurzentrums waren, dessen Aushängeschild es unter anderem war, eine DolmetscherIn im Personalstab zu haben.

Ich habe versucht, mit den ÄrztInnen in diesem speziellen Ayurveda-Institut Kontakt aufzunehmen sowie mit einer zweiten, allerdings ortsansässigen Dolmetscherin mit Deutsch als Arbeitssprache, doch leider ohne Erfolg. Dies liegt vermutlich weniger an meinem persönlichen Überzeugungstalent als vielmehr an der mangelnden Bereitschaft seitens des Managements und der strengen Hierarchie. Auch davon wird in der Analyse zu lesen sein.

4.2. Methodik

4.2.1. Gesprächspartnerinnen

Bei den vier Patientinnen handelte es sich um:

- eine Französin, 45 Jahre, mit wenig bis gar keinen Englischkenntnissen, die zum ersten Mal nach Indien gereist war (P1),
- eine Deutsche, 50 Jahre, die beruflich viel mit Englisch in Kontakt kommt und daher zu Beginn auf eine DolmetscherIn verzichten wollte (P2),
- eine Deutsche, 48 Jahre, Lehrerin an einem Oberstufengymnasium, die zum zweiten Mal eine Ayurveda-Kur – allerdings in einem anderen Resort – machte und einen Vergleich zwischen ihrem ersten und ihrem zweiten Aufenthalt ziehen konnte (P3),
- eine Deutsche, 21 Jahre, Architekturstudentin, die sich noch nie zuvor mit Ayurveda auseinandergesetzt hatte, aber auf Einladung ihrer Mutter im Hinblick auf ihre Beschwerden nach Kerala gereist war (P4).

4.2.2. Rekrutierung und Ablauf der Interviews

Es erwies sich unglücklicherweise als sehr schwierig mehr als die eben genannten Gesprächspartnerinnen zu finden, die für diese Studie relevante Informationen über den Gesundheits- und Wellnesstourismus in Indien besitzen, von einer DolmetscherIn während ihres Aufenthalt begleitet wurden und bereit waren, ihre Informationen mit mir zu teilen.

Somit ergibt sich für meine Untersuchung lediglich eine Gruppe bestehend aus Patientinnen, die ihren Aufenthalt aus ihrer Sicht schildern konnten. Die Patientinnen kannte ich alle aus meiner Zeit als Angestellte in Indien, daher erfolgte die Rekrutierung via E-Mail; die Interviews selbst fanden schließlich mit Hilfe des Programms *Face Time* statt.

Alle Teilnehmerinnen wurden im Vorhinein über Gegenstand und Zweck dieser Analyse informiert, bevor um ihre Einwilligung für die Aufzeichnung der Interviews gebeten wurde. Ebenfalls wurde ihnen versichert, dass ihre Anonymität gewahrt wird. Dies war angesichts der persönlichen (medizinischen) Hintergründe für alle Patientinnen ein wichtiger Faktor.

Die Interviews wurden auf Deutsch bzw. auf Französisch geführt und dauerten zwischen 7:02 und 14:04 Minuten. Alle vier Gespräche fanden im Zeitraum von Oktober 2016 bis Dezember 2016 statt.

4.2.3. Datenerhebung, Analyse, Übersetzung und Transkription

Gerade angesichts der Tatsache, dass ich mit den befragten Personen besser bekannt bin, war es sehr wichtig, diese Befragung nach wissenschaftlichen Kriterien zu gestalten und sie somit von der alltäglichen Kommunikation zu unterscheiden.

Wie aus der Fachliteratur bekannt ist, stellen weder eine gewisse Systematik in der Herangehensweise noch die kommunikative Zielgerichtetheit ausschlaggebende Merkmale einer wissenschaftlichen Befragung dar (vgl. Atteslander 2010: 111). Erst die theoriegeleitete Kontrolle der gesamten Befragung macht den entscheidenden Unterschied. Es ist diese Kontrolle, die die Erfüllung von zwei wichtigen Aufgaben garantieren kann: Erstens soll die wissenschaftliche Methode dadurch gewährleistet werden und zweitens soll festgestellt werden können, inwieweit die Antworten, das heißt die erhobenen Daten, von den Bedingungen der Befragung beeinflusst worden sind (vgl. Atteslander 2010: 112). Immerhin stellt jedes Interview eine soziale Situation dar, die nicht nur von den beteiligten Gesprächsparteien, sondern auch vom Umfeld der Befragung abhängt – selbst dann, wenn die Befragung telefonisch stattfindet, wie im vorliegenden Fall.

Daher fiel die Entscheidung schließlich auf ein teilstrukturiertes Interview, da dieses zwar auf einem vorab erstellten Gesprächsleitfaden beruht und somit für nötige Struktur und Kontrollierbarkeit sorgt, gleichzeitig aber der ForscherIn und den Befragten durch die offene Fragenabfolge gewisse Freiheiten einräumt. Es ergibt sich dadurch die Möglichkeit, Themen weiter zu verfolgen, die während des Interviews aufkommen und die andernfalls nicht dezidiert vom Leitfaden erfasst würden (vgl. Atteslander 2010: 135). In einigen Fällen wurden Fragen sogar absichtlich übersprungen, wenn sie bereits beantwortet wurden. Daraus ergeben sich auch die unterschiedliche Dauer und der individuelle Ablauf der einzelnen Interviews.

Um den Einstieg in das Gespräch zu erleichtern, wurden die ersten Fragen des Leitfadens relativ offen und allgemein formuliert: Wie kam es zum Aufenthalt? Warum genau Kerala, Indien? Durch diese Methode im Sinne des narrativen Interviews kommt es im besten Fall auch zur Aktivierung konkreter erlebter Ereignisse, die für die qualitative Datenerhebung wesentlich sind (vgl. Atteslander 2010: 143). Darauf folgen spezifische Fragen zur eigenen Reisegestaltung und zu Erwartungen in Bezug auf die DolmetscherIn vor Ort. Abschließend wurden konkrete Fragen zur DolmetscherIn und zu den wesentlichen Punkten Loyalität, Ausbildung, Herkunft, Vertrauen und Qualität gestellt.

Die Gespräche wurden digital mittels Software am Laptop aufgezeichnet und mithilfe eines Transkripts schriftlich festgehalten. Ein Interview wurde nicht auf Deutsch geführt, weswegen es vom Französischen übersetzt wurde. Bis auf Füllwörter oder längere Sprechpausen wurde das Gesagte inklusive diverser umgangssprachliche Ausdrücke wörtlich in Schriftdeutsch transkribiert. Mayring begründet diese Vorgehensweise damit, dass der Inhalt, die Aussage und somit auch indirekte Äußerungen im Vordergrund stehen (vgl. Mayring 2002: 98). In den Interviews duze ich meine Interviewpartnerinnen und umgekehrt.

Wie bereits erwähnt, stellt die nachfolgende Interviewstudie keinen Anspruch auf Repräsentativität, was vor allem aufgrund der eingeschränkten Stichprobe nicht möglich wäre. Durch meine persönliche Reflexion aus DolmetscherInnenperspektive sowie durch eine qualitative Inhaltsanalyse der Interviews können dennoch wertvolle Erkenntnisse für die Dolmetschwissenschaft gewonnen werden.

Mayring versteht unter qualitativer Inhaltsanalyse eine regelgeleitete Vorgehensweise, bei welcher das Material in Kategorien eingeordnet und eingebettet in seinem Kontext analysiert wird (vgl. Mayring 2003). Aus diesem Grund wurden für die vorliegende Arbeit die Antworten der Interviewpartnerinnen zusammengefasst und in die folgenden deduktiv erstellten Kategorien eingeteilt: Beweggründe zur Reise und zur Ortswahl, Fragen zum Aufenthalt im Resort und schließlich Fragen zur DolmetscherIn (Qualität der Dolmetschung, Rolle der DolmetscherIn, Fragen zur Situierung der DolmetscherIn, etc.) (vgl. Mayring 2003: 74f).

4.2.4. Interviewleitfaden

Der Leitfaden der vorliegenden Studie besteht aus den folgenden Fragen:

- Warum bist du für eine Ayurveda-Kur nach Indien gereist?
- Warum nach Kerala?
- Bist du schon vorher mit Ayurveda in Kontakt gekommen?
- Hast du dich selbst über die verschiedenen Kurmöglichkeiten in Indien informiert oder erfolgte die Suche nach einem geeigneten Etablissement über eine Reiseagentur? Wie fand die Vermittlung statt?
- War es für dich wichtig, ob eine DolmetscherIn vor Ort ist?
- Wie hast du sprachliche Hindernisse überwunden?
- War die Dolmetschung für dich hilfreich?
- Wie würdest du die Qualität der Dolmetschung beurteilen?
- Wie erging es dir in Bezug auf Vertrauen und Privatsphäre? Fiel es dir schwer, persönliche Hintergründe sowohl mit den ÄrztInnen, als auch mit der Dolmetscherin zu teilen?
- War die Dolmetscherin für dich mehr als ein reines Sprachrohr?
- Hat die Ausbildung der Dolmetscherin für dich eine Rolle gespielt?
- Hat die Herkunft der Dolmetscherin eine Rolle gespielt?

- Gab es jemals Missverständnisse (zwischen der Dolmetscherin und dir)?
- Wie hast du das Machtgefüge im Zentrum empfunden und wo würdest du die Dolmetscherin situieren?
- Deiner Meinung nach: Wem war die Dolmetscherin am loyalsten gegenüber – dem Management, den ÄrztInnen oder den PatientInnen?

4.3. Analyse

4.3.1. Beweggründe zur Reise

Die vier Patientinnen wiesen unterschiedliche Motive für eine Reise nach Kerala auf. P1 war eher an Kultur und Land interessiert und erhoffte sich durch ihren Aufenthalt eine Erweiterung ihres kulturellen Wissens – vor allem in Hinblick auf ihre berufliche Tätigkeit als Yoga-Lehrerin. Da auch tägliche Yogastunden Teil des Programms bei den meisten Ayurveda-Kuren sind, waren diese für sie freilich besonders interessant. Auf die Region Kerala wurde P1 durch Mundpropaganda aufmerksam.

P2 wiederum nannte als Hauptmotiv für ihre Reise den Faktor Erholung, obgleich für sie ebenfalls die kulturelle Komponente wichtig war. Sie wollte „etwas von der indischen Lebensart mitkriegen“ (P2). Natürlich stand für sie auch ein Kennenlernen der ayurvedischen Medizin im Vordergrund.

P3 kannte Ayurveda-Kuren bereits von einer vorhergehenden Reise und war vorwiegend gesundheitlich motiviert – gab sie auf die Frage, warum sie nach Indien gereist war, die konkrete Antwort: „Um zu entgiften“ (P3). Sie ergänzte ihre Antwort in weiterer Folge mit „Ich wollte das alles nochmal machen“.

P4 ist P3s Tochter und nannte als Beweggründe ebenso die Faktoren Erholung und Linderung ihrer Beschwerden, „also, Grunderneuerung, quasi“ (P4). Sie ist davor noch nicht in Kontakt mit dem ayurvedischen Heilsystem gekommen.

4.3.2. Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme fand in allen vier Fällen über eine externe Reiseagentur statt und wurde nicht von den Patientinnen selbst in die Hand genommen.

P2, P3 und P4 waren gemeinsam angereist und kamen aufgrund eines Missverständnisses zwischen ihnen und ihrer Reisevermittlerin im falschen Hotel an. Gebucht wurde das Zentrum nebenan, das aufgrund Namensähnlichkeit mit dem Resort, in dem sie nun untergebracht werden sollten, seitens der Reiseagentur verwechselt wurde. P3 war in ebendiesem Nachbarhotel ein Jahr zuvor untergebracht. Beim ersten Mal sei sie jedoch über eine befreundete Heilpraktikerin zur Ayurveda-Kur gekommen. Interessant ist, dass diese sowohl die Reise gebucht und ihre Mitreisenden begleitet, als auch als Dolmetscherin für die Gruppe fungiert hatte.

P1 wiederum war durch Zufall auf Südindien und Kerala gestoßen, nämlich durch einen Newsletter, den sie zu diesem Thema erhielt und der darauffolgenden Internetsuche, die sie schlussendlich auch dazu bewog, über eine Reiseagentur zu buchen.

4.3.3. Überlegungen zum Vorhandensein einer DolmetscherIn

Für P1, die über wenig bis gar keine Englischkenntnisse verfügte, war das Vorhandensein einer Dolmetscherin ungemein wichtig. Sie und ihr Mann, der gemeinsam mit ihr anreiste, wählten das Kurzentrum aufgrund der Tatsache, dass eine DolmetscherIn vor Ort sein würde.

Für P2, die beruflich viel „mit Englisch zu tun“ (P2) hat, war das Vorhandensein einer DolmetscherIn kein besonders wichtiges Kriterium für die Wahl des Resorts.

P3 wiederum hatte sich weder aktiv informiert, noch wusste sie, dass die Möglichkeit einer Dolmetschung überhaupt besteht, da diese Leistung bei ihrem ersten Aufenthalt in einem anderen Hotel nicht angeboten wurde. Zudem war P3 der Auffassung, dass man sie ja bereits kenne (das heißt ihre Krankheitsgeschichte), womit die Notwendigkeit einer Dolmetschung für sie noch weiter in den Hintergrund rückte. Bei ihrem ersten Aufenthalt fungierte allerdings die Heilpraktikerin als Sprachmittlerin.

Auch P4 hatte sich vor dem Reiseantritt keine Gedanken über das Vorhandensein einer Dolmetscherin gemacht und war auch vor Ort zu Beginn eher optimistisch eingestellt, da „sie sehr gut Englisch sprechen konnten“ (P4 in Bezug auf das Personal beim Empfang).

4.3.4. Sprachbarrieren und Missverständnisse

P2, P3 und P4 konnten laut Eigenaussage sprachliche Hindernisse gut bewältigen und erlebten – bis auf die bereits erwähnte Hotel-Verwechslung – keinerlei Missverständnisse. Allerdings waren alle drei Patientinnen sehr froh, dass eine Dolmetscherin vor Ort war, die sie in sprachlicher Hinsicht unterstützte.

P1 antwortete auf die Frage wie sie sprachliche Hindernisse bewältigt hatte, mit:
Mit meinen Händen, mit einem Lächeln, einem kleinen Wörterbuch. Und natürlich mithilfe der Dolmetscherin. (P1)

4.3.5. Hilfestellung und Qualität der Dolmetschung

Auf die Frage hin, ob die Dolmetschung für sie hilfreich war, antworteten sowohl P2 als auch P3 und P4 recht einheitlich:

P4, die Studentin mit guten Englischkenntnissen, meinte, dass sie im Vorhinein die Überzeugung vertrat, dass sie „das schon schaffen“ (P4) würde. Vor Ort war sie dann überrascht, wie viel besser die Kommunikation mit der Verdolmetschung gelang. Zudem meinte sie, dass man mit einer Dolmetscherin vor Ort auch die „Zeichen und die Kultur besser lesen“ könne:

Jemand vor Ort, mit westlichem Hintergrund, weil dann versteh ich das auch alles besser.“ (P4)

P3 meinte, dass sie auch sehr froh war, dass eine Dolmetscherin vor Ort war, da sie nicht immer „Lust hatte“ (nach den passenden Worten zu suchen) oder die Fachausdrücke nicht kannte. Für sie war die Verdolmetschung „absolut“ hilfreich und sie ergänzte:

Eigentlich fände ich das toll, wenn es das überall gibt. Auch, zum Beispiel, wenn der Arzt fragt: „Ist ihr Kot groß oder klein?“ oder was weiß ich. Dann sind ja viele geschockt. Und wenn der Dolmetscher dann sagt: „Das ist jetzt eine Routinefrage, bitte beantworten Sie die ehrlich“. Dann dient der Dolmetscher ja nicht nur als Übersetzer, sondern auch noch als mehr, finde ich. So. Und das ist oberwichtig! Gerade in so einem Fall. Sonst entgiftest du nicht richtig, wenn die nur die Hälfte wissen. (P3)

Für P2 ergab sich während ihres Aufenthalts keine Situation, in der sie die Dolmetscherin wirklich „gebraucht“ hätte. Sie gab aber an, dass die Sprachbarriere für Personen, die Englisch nicht in der Schule lernen, sicher schwieriger zu bewältigen wäre.

Sowohl P2 als auch P3 und P4 – also die PatientInnen mit Englischkenntnissen – schätzen die Qualität der Verdolmetschung als „perfekt“ (P2), „auf jeden Fall transparent (P4) und „sehr gut, absolut ok“ (P3) ein.

Für P1 war die Situation indes eine wesentlich andere: Sie hätte bei den Konsultationen tatsächlich kaum etwas verstanden, weswegen sie auf eine Dolmetscherin angewiesen war. Aus diesem Grund kann sie die Qualität der Verdolmetschung nur subjektiv bewerten.

4.3.6. Vertrauen, Privatsphäre, Rollenbild

Laut P4 bestand zwischen der Dolmetscherin und ihr kein Vertrauensproblem, was sie mit dem ähnlichen Alter begründet. Sie könne sich aber durchaus vorstellen, dass man sich als „ältere Person“ eher jemand gleichaltrigen wünscht, oder dass dieses Vertrauen auch am gleichen Geschlecht liegen kann.

Also, dass sich ein Mann vielleicht einer weiblichen Dolmetscherin nicht so öffnen würde. [...] Das müsste man sich dann individuell ansehen. (P4)

P3 beantwortet die Frage nach Vertrauen und Privatsphäre eher in Bezug auf ihren persönlichen medizinischen Hintergrund. Für sie war das Beiwohnen der Dolmetscherin an medizinischen Gesprächen kein Problem, sofern die Gespräche im Rahmen der Klinik stattfinden und diese auch nicht verlassen. Sie beteuert allerdings:

Es kommt halt auch immer auf die Person an. Wenn da jetzt ein Ekelpaket gestanden wäre, hätte ich nicht gewollt, dass er das (Anm.: ihre persönlichen Hintergründe) weiß.“ (P3)

Für P1 war das Treffen mit der Dolmetscherin vor der tatsächlichen Erstkonsultation mit den ÄrztInnen ausschlaggebend. Laut P1 bestand von Anfang an ein nettes Verhältnis zwischen ihr und der Dolmetscherin und da auch ihre medizinischen Probleme sehr „banal“ waren, war für sie das Thema Privatsphäre und Vertrauen nie Thema.

Auch P2 erwähnt, dass sie schnell ein enges Verhältnis zur Dolmetscherin aufgebaut hat, daher stellte auch für sie die Offenlegung ihrer medizinischen Beschwerden kein Problem dar.

4.3.7. Ausbildung

Beim Thema Ausbildung waren die Meinungen der Befragten sehr unterschiedlich. Für P4 spielte die Ausbildung überhaupt keine Rolle. Sie hat auch nie hinterfragt, ob die Dolmetscherin überhaupt einen fachlichen Hintergrund besitzt: „Ich habe [der Dolmetscherin] einfach vertraut“ (P4).

Interessant war vor allem die Antwort von P3:

Die Dolmetscherin hatte auch viel Kenntnis über Ernährung, also wenn sie Ernährungsberaterin mit gutem Englisch gewesen wäre, anstatt ausgebildete Dolmetscherin, wäre es auch gut gewesen. Ich fände das sogar toll. Klar, langt das, wenn man nur die Dolmetscher-Ausbildung gemacht hat, aber ich finde, dass da jemand arbeiten sollte, der sich auch dafür interessiert. Nicht nur blank übersetzt, wie zum Beispiel die Nachrichten. Einer, der dahintersteht, sag ich mal. (P3)

P1 hat es in jedem Fall „interessiert“, ob eine Ausbildung gemacht wurde, aber es war ihr „eher nicht so wichtig“. Eher von Bedeutung war für P1, dass die Dolmetscherin „offen war“ und ein „freundschaftliches Verhältnis vorgeherrscht hat“ (P1).

Für P2 war als einzige Befragte die Ausbildung sehr wichtig und bildete unter anderem die Grundlage für ihr Vertrauen in die Dolmetscherin.

4.3.8. Herkunft

Die Herkunft der Dolmetscherin spielte für P2 wiederum keine große Rolle, obwohl sie anmerkte, dass sie sich vielleicht negativ auf das freundschaftliche Verhältnis ausgewirkt hätte. P1 gibt auf die Frage nach der Herkunft eine sehr aufschlussreiche Antwort:

Klar, die gleiche Kultur zu haben ist ein Vorteil. Man hat die gleichen Codes. Das war also viel leichter, man braucht nicht so vorsichtig sein, was man sagt. Man weiß, dass man nicht so leicht den Anderen verstören wird. Also die Codes sind auf jeden Fall nicht die Gleichen mit den Amerikanern oder den Indern. (P1)

Für P3 war weniger die Herkunft, als vielmehr die Sprache ein wichtiges Kriterium:

Das fließende Deutsch war mir wichtig. Dass man nicht fehlverstanden wird, aufgrund zum Beispiel der Melodie oder Intonation, war mir sehr wichtig. Das gibt es nämlich! Das wäre mir aufgefallen und hätte das die ganze Zeit im Kopf gehabt. Das habe ich in der Zeit, die ich selbst im Ausland verbracht habe, gelernt. Und das passiert mit Native Speaker Deutsch nicht!

Deshalb ist es wichtig, dass man jemandem begegnet, der die Sprache innehat. Zweisprachig wäre auch gut, aber anders... muss man sich halt selbst durchwurschteln (Anm: durchkämpfen). Dann weiß ich nicht, ob ich das gewollt hätte. (P3)

Auch P4 vertritt diesbezüglich eine ähnliche Meinung. Sie meint, dass weniger das genaue Herkunftsland, sondern vielmehr der Kulturkreis wichtig sei. Sie ist der Meinung, dass es wichtig ist, dass die Dolmetscherin ihre Probleme nachvollziehen kann und dass „zu Hause andere Standards“ vorherrschen oder sie als „Ausländer in Indien mit dem ein oder anderen ein Problem haben“. Wäre sie auf eine asiatische Dolmetscherin getroffen, so hätte diese vermutlich die Probleme von P4 nicht verstanden, da diese Dolmetscherin nicht wisse „wie es im Westen läuft“.

4.3.9. Hierarchie und Machtgefüge

Für alle Befragten war die Hierarchie im Ayurveda-Kurhotel eindeutig erkennbar. P4 legte dies sehr exakt mit den Worten dar:

Alleine, wenn die Ärzte die „Kommandos“ sagen, dann sind die Therapeuten gleich losgerannt. Also ich habe selten gesehen, dass die sich jemals abgesprochen hätten. (P4)

Für P2 war es ebenso eindeutig, dass eine klare hierarchische Struktur galt, auch „innerhalb der Ärzte“. Laut ihr kam dies bei den Gästen sehr deutlich an.

P3 war entsetzt von der Machtaufteilung im Resort, was sich in ihrer leidenschaftlich ausformulierten Antwort widerspiegelt:

Die Hierarchie hat mich angekotzt. Das war eine Katastrophe, dass man die Therapeuten auf so ein Bestimmerlevel setzt. Die machen so eine tolle Arbeit. Ich fand das schrecklich, dass die bei Onam (Anm.: Südindischer Feiertag) alle bleiben mussten. Von oben herab bestimmt. Fremdbestimmt. Die haben doch auch alle Familie. Da wurde so getreten in dem Resort. Das hat mir sehr missfallen. Ich war letztes Jahr in einem anderen Resort, und dort gab es das nicht. Daran merkt man Qualität. Wie gerne die (Therapeuten) dann arbeiten und wie ruhig die sind. Auch von der Aura her. Unsere waren ja alle total gestresst! Die anderen null! Die hatten an Onam auch frei. Da waren ein paar Freiwillige da, aber ab 13:00 waren dann keine Therapien mehr, zack. Und dann hatten die frei! Die fühlten sich auch anerkannt, ich sag jetzt mal, fast geliebt dort! Und wenn die Therapeutin dann das Gefühl hatte, dass da noch

woanders ein Problem liegt, dann hat die Therapeutin das dem Arzt gesagt. Daraufhin hat er nochmal nachgesehen und gesagt: „Ok, ja gerne, schauen wir nochmal. Gut, dass du aufgepasst hast. (P3)

Auch P1 konnte die „Hierarchie spüren“. Je mehr sie sich mit den anderen MitarbeiterInnen unterhielt, desto unwohler fühlte sie sich. Aber eine Hierarchie, meinte sie, gibt es überall, „auch in Frankreich“.

In Bezug auf die Dolmetscherin waren sich die Befragten bis auf P3 im Wesentlichen einig und platzierten sie außerhalb des Dreiecks Management – ÄrztInnen – Therapeuten und andere Mitarbeiter.

P1 empfand die Situation als „immer unterschiedlich [...] so als wüsste sie (Anm.: die Dolmetscherin), wo sie hingehörte“.

P4 meinte, die Dolmetscherin habe eine „Sonderrolle“, weil sie keinem „untersteht“, obwohl sie Reports abgeben musste.

Für P3 war die Situation anders; sie schildert es mit den Worten:

„Die (Dolmetscherin) war genauso Teil des Gefüges und Mittel zum Zweck.

Wie als hätten sie (Anm.: das Management) eine Peitsche in der Hand.“ (P3)

4.3.10. Loyalität

Auf die Frage, wem ihrem Empfinden nach die Dolmetscherin gegenüber am loyalsten war, antworteten alle vier Interview-Partnerinnen sofort mit „den Klienten“. P3 gibt an, in der Kuranstalt der Dolmetscherin „am meisten vertraut“ zu haben.

P1 und P3 führten ihre Antworten noch etwas näher aus:

Den Klienten absolut loyal, beim Arzt auch, aber nur, wenn er nicht arschig war. Dann hat die Dolmetscherin auch geblockt. Da passt das System ja nicht. Für so ein Resort passt dieses System nicht. [...] (P3)

Man hat sich niemals allein gefühlt, ich musste nie Angst haben, dass sie (Anm.: die Dolmetscherin) nicht da ist, wenn ich etwas brauche. (P1)

4.3.11. Zusammenfassung

Die Gründe für einen Besuch in einer Ayurveda-Kuranstalt sind unterschiedlich: Kulturelles Interesse, Erholung, Interesse für alternative Heilsysteme, Entgiftung, Grunderneuerung, Linderung von Beschwerden. Im Wesentlichen ist diese Aufzählung jedoch deckungsgleich mit den im ersten Kapitel geschilderten Motiven von Kur- und Reha­gästen, also einer aktiven Gruppe von Gesundheits- und WellnesstouristInnen. Ebenso stimmt die Motivation der interviewten PatientInnen mit den Mega-Trends, wie sie von Berg im ersten Kapitel genannt werden, überein.

Die Kontaktaufnahme erfolgte in allen vier Fällen über eine externe Reiseagentur, jedoch ist besonders bei P1 die Effektivität von klassischem E-Mail-Marketing hervorzuheben, da sie erst durch einen Sondernewsletter auf Kerala und seine Institute aufmerksam wurde.

Das Vorhandensein einer DolmetscherIn war vor allem für P1 wichtig, da sie fast gar kein Englisch sprach. Für die anderen drei Befragten war die Anwesenheit einer DolmetscherIn im Vorhinein nicht wichtig, stellte dann aber eine angenehme Überraschung und Erleichterung der Kommunikation dar. Auch ein besseres kulturelles Verständnis konnte durch die DolmetscherIn erzielt werden.

Die Qualität der Dolmetschung wurde von allen Interviewpartnerinnen als sehr gut und transparent bewertet, wobei P1 als einzige die Verdolmetschung nur subjektiv bewerten konnte, da für sie das indische Englisch gänzlich unverständlich war.

Hinsichtlich Privatsphäre und Vertrauen gab es für die Befragten keinerlei Hemmungen oder Probleme. P4 nannte allerdings die Faktoren Alter und Geschlecht als vorrangige Gründe für Sympathie und gegenseitiges Vertrauen, während für P3, P2 und P4 vor allem auch die Person selbst sowie Verschwiegenheit und Professionalität eine große Rolle spielten.

Zum Thema Ausbildung äußerten sich die Teilnehmerinnen sehr unterschiedlich: Während eine fundierte Ausbildung im Dolmetscherbereich für die einen besonders wichtig war, stellte dies für andere lediglich eine Nebensächlich­keit dar. P3 fände es darüber hinaus noch besser, wenn die Dolmetscherin auch einschlägiges Wissen in den Themen Ernährung und Gesundheit allgemein besäße. Für P1 war indes ein freundschaftliches Verhältnis und Offenheit ausschlaggebend.

Die Herkunft war für die Klientinnen weniger wichtig als vielmehr der gleiche Kulturhintergrund mit den gleichen Codes – und das nicht ohne Grund: Diese Unterschiede werden vor allem im medizinischen Bereich besonders problematisch, wenn zwei so gänzlich verschiedene Kulturen aufeinandertreffen.

Für P3 stand weniger die Kultur als vielmehr dieselbe Muttersprache im Vordergrund, obwohl sie auch zugibt, dass es für sie mit einer zweisprachig aufgewachsenen Dolmetscherin mit einer anderen Muttersprache als Deutsch ebenfalls „gepasst“ hätte. Diese Antwort spiegelt eine weit verbreitete Laien-Annahme wieder, die nicht nur auf das Kommunaldolmetschen, sondern auf jede Art des Dolmetschens zutrifft, nämlich, dass jede Person, die Kenntnisse in einer anderen Sprache hat, automatisch auch dolmetschen kann.

Für die Gäste war die strenge Hierarchie im Hotel deutlich spürbar. Bis auf P3 waren alle der Meinung, die Dolmetscherin nehme eine „Sonderrolle“ ein. P3 jedoch nahm die Dolmetscherin genauso als Teil des Machtgefüges wahr, was anhand der Ausführungen im vorherigen Kapitel bestätigt werden kann.

Hinsichtlich Loyalität sind sich die Teilnehmerinnen allerdings einig: Sie alle gaben an, der Dolmetscherinnen am meisten vertraut zu haben, da sie eher den KlientInnen als dem Management oder den ÄrztInnen gegenüber loyal zu sein schien.

5. Schlussfolgerungen und Resümee

Aus der Analyse geht klar hervor, dass die Dolmetscherin mit den verschiedensten Erwartungshaltungen konfrontiert wird, welche allerdings nicht offen angesprochen werden: Von allen Seiten wird Professionalität, Genauigkeit und Loyalität verlangt; seitens des Managements um umfassende Gästebetreuung und 24-Stunden-Service erweitert; seitens der Ärzte wird umfassendes medizinisches Wissen und höchst antizipatives und interpretatives Dolmetschen gewünscht; seitens der Gäste wird ein freundschaftlicher Umgang, ein umfassendes Kulturwissen und Verschwiegenheit erwartet. Die Dolmetscherin selbst schließlich strebt zusätzlich nach Neutralität und versucht einen Mittelweg zwischen all diesen Rollenbildern zu finden. Diese verschiedenen Erwartungen können zu einem ethischen Dilemma führen, wenn die Prinzipien der Vertraulichkeit und der Unparteilichkeit nicht mehr eingehalten werden können.

Wird nämlich von der DolmetscherIn verlangt, eine gewisse Passage nicht zu dolmetschen – sei es, dass diese als unwichtig oder im Gegenteil als zu wichtig erachtet wird – müssen die Konsequenzen richtig abgewogen werden können. Was wirkt sich negativer aus: Stillschweigen oder Weitergabe der Information ohne Zustimmung? Wessen Vertrauen verliert man? Wessen Sicherheit gefährdet man?

DolmetscherInnen sind allerdings keine Maschinen, die Konsequenzen mathematisch berechnen und Lösungsideen sofort richtig umsetzen können. Zusätzlich zu den Rollenbildern, die auf sie projiziert und den Erwartungshaltungen, die an sie gestellt werden, stellen auch die Emotionen, die während eines Dolmetscheinsatzes seitens der Beteiligten hochkommen, eine große Belastung dar. Vor allem, da diese Emotionen oft – wenn auch vielleicht unbewusst – gegen die DolmetscherIn gerichtet sind. Emotionale Stabilität und ein gutes Stressmanagement sind wesentlich für die Gesundheit der DolmetscherIn und Qualität ihres Produktes. Kommt, wie in meinem Fall, eine geforderte 24-Stunden-Verfügbarkeit, ungewohnte Umgebung und – nicht zu unterschätzen – extreme Temperaturschwankungen und Wetterabhängigkeiten (Monsun) hinzu, erreicht das Stressniveau mitunter Grenzwerte, die eigentlich unzumutbar sind. Vor allem, wenn es sich um einen medizinischen Notfall handelt wie jenen, der im dritten Kapitel beschrieben wurde.

Mit der expliziten Ausnahme von ausgebildeten und erfahrenen DolmetscherInnen wird sich eine DolmetscherIn in den wenigsten Fällen ihrer immensen Verantwortung, des Drucks und der Bedeutsamkeit ihrer Tätigkeit bewusst sein und ihre Bedürfnisse dem medizinischen Fachpersonal offen kommunizieren. Die vielseitige Tätigkeit einer GesundheitsdolmetscherIn, die viel weniger in normierten Settings arbeitet als beispielsweise ihre KollegInnen bei Gericht, erschwert die Arbeit ferner.

In vielerlei Hinsicht scheint das Kommunaldolmetschen, und dabei insbesondere das Dolmetschen im Gesundheitswesen, ein regelrechter Drahtseilakt zu sein. Zwar gibt es seitens offizieller Verbände und Institutionen, wie beispielsweise der CHIA oder der IMIA, Richtlinien zu Vorgehensweisen, zur korrekten Einhaltung der Berufsprinzipien und zu Lösungsvorschlägen, doch zeichnet die Realität oft ein anderes Bild: Weder ist die Mehrheit der KommunaldolmetscherInnen in medizinischen Settings auf den Beruf vorbereitet, noch existiert – weder in Österreich, noch international – eine nennenswert hohe Zahl an Professionellen, die diesen fordernden Beruf ausübt. Drahtseilakt auch deswegen, da jede Situation, jedes Gespräch, jede Gesprächskonstellation neu für die DolmetscherInnen sind und sie sich jedes Mal mit anderen Kommunikationsproblemen, Kulturbarrieren und persönlichen Angelegenheiten befassen und möglichst schnell und gezielt Lösungsvorschläge für ein vorliegendes Problem finden müssen. Die unterschiedlichen Erwartungshaltungen der involvierten Parteien, die auf die DolmetscherIn projizierten Rollenbilder sowie eventuell ethische Dilemmas („Bitte nehmen Sie das nicht in Ihren schriftlichen Report auf.“) erschweren die Tätigkeit zusätzlich, behindern eventuell einen positiven Kommunikationsverlauf und –abschluss und belasten die Beziehung zwischen AuftraggeberIn bzw. KlientIn und DolmetscherIn.

Obwohl es in der Theorie eine Vielzahl an Methoden gibt, die beschreiben wie DolmetscherInnen im Gesundheitswesen mit den oben genannten Problemstellungen umgehen sollten, muss die DolmetscherIn in der Praxis letztendlich immer wieder selbst spontan neu entscheiden und manche der ethischen Grundprinzipien des Dolmetschens unter Berücksichtigung der möglichen Konsequenzen (z.B. Vertrauensverlust, Gefährdung der Gesundheit der Patientin) zugunsten anderer vernachlässigen.

Es ist bestimmt nicht die Absicht dieser Arbeit angehende DolmetscherInnen – darunter auch mich selbst – zu desillusionieren und von diesem Bereich des Dolmetschens abzuschrecken. Die Herausforderungen in diesem Beruf mögen groß erscheinen und auch genießt er bei weitem nicht dasselbe Ansehen, geschweige denn dieselbe Bezahlung wie der Beruf der KonferenzdolmetscherIn. Aber so vielfältig die Probleme und Herausforderungen für diesen Teilbereich auch sind, so zahlreich und vielsprechend sind auch die Perspektiven: Der Gesundheitstourismus ist, wie in dieser Arbeit dargelegt, einer der am stärksten wachsenden Wirtschaftssektoren der Welt und ist mit einem steigenden Bedarf an DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen konfrontiert – und zwar nicht nur in Indien.

Das Feld des Kommunaldolmetschens ist eines mit viel Entwicklungspotenzial, großer Verantwortung und hochkomplexem Arbeitsumfeld, bei dem nicht bloß die sprachliche, sondern vor allem auch die kulturelle und psychosoziale Komponente im Vordergrund stehen. Sofern die entsprechenden Modalitäten der Professionalisierung und der Qualitätssicherung weiter ausgebaut und wahrgenommen werden, wird dieses spannende Feld sich positiv entwickeln können und als Beruf für angehende DolmetscherInnen und Professionelle attraktiver werden. Die Möglichkeiten sind noch lange nicht erschöpft und daher darf man zuversichtlich in die Zukunft blicken.

Bibliographie

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

Atteslander, Peter (2010) *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Berg, Waldemar (2008) *Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus*. München: Oldenburg Wissenschaftsverlag.

Bowen, Margareta (1998) *Community Interpreting*. In M. Snell-Hornby, H. G. Höning, P. Kussmaul, P. A. Schmitt (Hg.) *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg, 319-321.

CHIA (2002) „California Standards for Healthcare Interpreters. Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Role & Intervention.“
http://c.ymcdn.com/sites/www.chiaonline.org/resource/resmgr/docs/standards_chia.pdf
(zuletzt besucht am 25.07.2016).

Chistyakova, Svetlana (2016) *Dolmetschen im Gesundheitstourismus. Eine Studie zum Rollenverständnis aus der PatientInnenperspektive*. Diplomarbeit, Universität Wien.

Germann, Michaela (2009) „Potential des internationalen Medizintourismus am Sempachersee“. http://clubest.hevs.ch/td/TD-volee-2009/Germann_Michaela.pdf
(zuletzt besucht am 29.07.2016).

Google (2017a) „Ayurveda Kur Indien“.
<https://www.google.at/#q=ayurveda+kur+indien> (zuletzt besucht am 11.01.2017).

Google (2017b) „Ayurveda Kur Indien Schlagworte“.
<https://www.google.at/#q=ayurveda+kur+indien> (zuletzt besucht am 11.01.2017).

Google (2017c) „Ayurveda Kur Indien Kerala“.

<https://www.google.at/#q=ayurveda+kur+indien+kerala> (zuletzt besucht am 11.01.2017).

Hale, Sandra (2007) *Community Interpreting*. New York: Palgrave Macmillan.

Hedge, Vijayalaxmi (2011) „The Time Has Come for Legal and Medical Interpreting in India“.

<http://www.common senseadvisory.com/Default.aspx?Contenttype=ArticleDetAD&tabID=63&Aid=1402&moduleId=390> (zuletzt besucht am 02.08.2016).

Illing, Kai-Torsten (2009) *Gesundheitstourismus und Spa-Management*. München: Oldenburg Wissenschaftsverlag.

IMIA (2007) „Medical Interpreting Standards of Practice“.

<http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf> (zuletzt besucht am 02.08.2016).

Ivascu, Anamaria (2014) *Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus*. Diplomarbeit, Universität Wien.

JCI (2016) „New Joint Commission Standards for Health Care Interpreting: Myths and Truths“.

<http://interpret.cyracom.com/new-joint-commission-standards-health-care-interpreting-myths-truths/> (zuletzt besucht am 01.05.2017).

Kaser, Sarah Maria (2011) *Dolmetschen im Gesundheitswesen. Eine Fallstudie zur Verständigungspraxis mit nicht deutschsprachigen PatientInnen an einem oberösterreichischen Krankenhaus*. Diplomarbeit, Universität Wien.

Lanz Kaufmann, Evelin (2002) *Wellness-Tourismus. Entscheidungsgrundlage für Investitionen und Qualitätsverbesserungen*. Bern: Bernen Studien zu Freizeit und Tourismus, Bd. 38.

Lotus Travel Service (2016) „Ayurveda“.

<https://www.lotus-travel.com/pdf/Ayurveda-Broschuere.pdf> (zuletzt besucht: 01.08.2016).

Lotus Travel Service (2017) „Hotel Somatheeram“.

<https://www.lotus-travel.com/indien/hotel-somatheeram.php> (zuletzt besucht am 11.02.2017).

Mayring, Philipp (2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2003) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Pöchlhacker, Franz (1997) *Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen*. Teil 2. Wien: MA 15/ Dezernat für Gesundheitsplanung.

Pöchlhacker, Franz (1998) *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Habilitationsschrift. Geisteswissenschaftliche Fakultät, Universität Wien.

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- Universitätsverlag, 196-204.

Pöllabauer, Sonja (2006) „Dolmetschen im Asylverfahren“.

http://www.unhcr.at/fileadmin/rechtsinfos/fluechtlingsrecht/1_international/1_3_asylverfahren/FR_int_asyl-Dolmetsch.pdf (zuletzt besucht am 26.07.2016).

Rulle, Monika (2004) *Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien*. München/Wien: Profil.

Shetty, Priya (2010) “Medical Tourism booms in India – but at what cost?”.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61320-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61320-7/fulltext) (zuletzt besucht am 01.05.2017).

Slavu, Maria-Luiza (2017) *Dolmetschen im Krankenhaus. Eine Fallstudie zum rumänischen Medizintourismus*. Diplomarbeit, Univeristät Wien.

Somatheeram Ayurveda Health Resort (2017a) „Beschreibung“.

<http://somatheeram.org/en/my-stay/our-services> (zuletzt besucht am 11.01.2017).

Somatheeram Ayurveda Health Resort (2017b) „Leistungen“.

<http://somatheeram.org/de/mein-aufenthalt/unser-service>

(zuletzt besucht am 11.01.2017).

Transparency Market Research (2013) „Medical Tourism Market (India, Thailand, Singapore, Malaysia, Mexico, Brazil, Taiwan, Turkey, South Korea, Costa Rica, Poland, Dubai and Philippines) - Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends and Forecast, 2013 – 2019“ . <http://www.transparencymarketresearch.com/medical-tourism.html> (zuletzt besucht am 01.08.2016).

ZENITH International Journal of Multidisciplinary Research (2011) “Medical Tourism in India: Issues, Oportunities and Designing Strategies for Growth and Development”.

<http://zenithresearch.org.in/images/stories/pdf/2011/July/16%20SUMAN%20KUMAR%20DAWN.pdf> (zuletzt besucht am 02.08.2016).

Anhang

Interviewpartnerin P1:

Warum hast du Indien ausgesucht? Kerala? Dieses Resort?

Indien wegen dem Yoga. Da wollte ich als Yogalehrerin immer schon mal hin. Auch wegen der Kur, weil man mir gesagt hatte, dass Kerala für Kuren sehr gut sein soll. Und was das Resort betrifft, das war Zufall. Ich erhielt eine Mail mit verschiedensten Themenreisen und so bin ich beim Surfen im Internet darauf gestoßen. Und ich bekam plötzlich große Lust drauf. Und ich fand die Idee super.

Wie hast du das Resort gefunden? Nicht über eine Agentur?

Ich hatte wie gesagt die Mail bekommen und dann über eine Agentur, die auf Themenreisen spezialisiert sind, gebucht.

War es wichtig, ob dort ein Dolmetscher vor Ort ist?

Ja, das war mir wichtig. Wir haben uns erkundigt!

Sprachliche Hindernisse – wie hast du sie überwunden?

Mit meinen Händen, mit einem Lächeln, einem kleinen Wörterbuch. Und natürlich mithilfe der Dolmetscherin.

War die Dolmetschung hilfreich?

Ich habe kaum etwas verstanden, daher war es sehr, sehr wichtig. Vor allem bei den Konsultationen.

Was die Privatsphäre betrifft – war es schwer, der Dolmetscherin zu vertrauen?

Nein, denn als ich sie gesehen hatte, war das schon sehr nett. Wir haben uns gut verstanden. Und meine gesundheitlichen Probleme waren sehr banal, also ich hatte nichts Schlimmes.

Hat ihre Ausbildung eine Rolle gespielt?

In jedem Fall hat es mich interessiert. Aber es war mir eher nicht so wichtig. Viel wichtiger war, dass sie offen war und ein fast freundschaftliches Verhältnis vorgeherrscht hat.

War die Herkunft der Dolmetscherin von Bedeutung? Wäre es anders gewesen, wenn sie aus Amerika oder Indien gekommen wäre?

Klar, die gleiche Kultur zu haben ist ein Vorteil. Man hat die gleichen Codes. Das war also viel leichter, man braucht nicht so vorsichtig sein, was man sagt. Man weiß, dass man nicht so leicht den Anderen verstören wird.

Also die Codes sind auf jeden Fall nicht die Gleichen mit den Amerikanern oder den Indern.

Wie beurteilst du die Qualität der Dolmetschung?

Ich hab ja immer nur ein Zehntel verstanden. Ich kann dazu nichts sagen.

Gab es Missverständnisse?

Ich erinnere mich an keine.

War die Dolmetscherin mehr als eine bloße Dolmetscherin? Vielleicht eine Art Freundin?

Sie war jemand, der mir Sicherheit gab. Auf die ich zählen konnte, im Falle. Ich hab mich weniger allein gefühlt in einem Land, dessen Sprache ich nicht beherrschte.

Machtgefüge – wie hast du es empfunden?

Man konnte die strenge Hierarchie spüren. Je mehr ich mich mit anderen Mitarbeitern unterhielt, desto unwohler fühlte ich mich. Aber eine Hierarchie gibt es überall. Auch in Frankreich.

Wo siehst du in dieser Hierarchie die Dolmetscherin?

Das war immer unterschiedlich, aber eher außerhalb. Wie als wüsste sie nicht, wo sie hingehörte. So kam das bei mir an.

Wem gegenüber war die Dolmetscherin am ehesten loyal?

Den Klienten. Das war für uns immer klar. Man hat sich niemals allein gefühlt, ich musste nie Angst haben, dass sie nicht da ist, wenn ich etwas brauche.

Interviewpartnerin P2:

Warum bist du nach Indien gereist? Was waren die Beweggründe?

Mich zu erholen, die ayurvedische Medizin kennenzulernen und auch speziell bisschen was von der indischen Lebensart mitzukriegen.

Wie hat sich die Kontaktaufnahme gestaltet?

Das ging übers Reisebüro. Das hat eine Freundin von mir gebucht und als wir ankamen, waren wir im falschen Hotel...(lacht)

Hast du dich vergewissert, ob eine Dolmetscherin vor Ort ist?

Ne, wir haben gute Englischkenntnisse. Es war kein ausschlaggebendes Kriterium.

Wie hast du sprachliche Hindernisse überwunden?

Für mich ist Englisch kein Problem, also gab es keine. Aber für jemanden, der nur in der Schule Englisch lernt, ist dies sicher schwieriger.

Kulturelle Unterschiede – gab es da Probleme?

Nein.

War die Dolmetscherin mehr als nur Sprachrohr? Gab es ein Problem mit der Privatsphäre?

Ja, man kann schon sagen, dass man zur Dolmetscherin schnell ein Näheverhältnis aufgebaut hat. Also Privatsphäre: kein Problem.

Ausbildung- spielte diese eine Rolle?

Ja, das war wichtig!

Herkunft? Hat die eine Rolle gespielt?

Nein, kein Problem. Aber vielleicht hätte das auf das freundschaftliche Verhältnis sich negativ ausgewirkt. Oder das wäre gar nicht entstanden.

Wie bewertest du die Qualität der Dolmetschung?

Sehr gut, absolut ok.

Gab es Missverständnisse?

Nein, keine. Mit niemandem.

Wie hast du das Machtgefüge empfunden?

Ganz klare, strikte hierarchische Struktur. Das kam auch bei den Gästen so an. Auch innerhalb der Ärzte.

Loyal – arbeiten die Ärzte für dich? Und was ist mit der Dolmetscherin?

Ja, schon. Aber es kann jedem Mal passieren, dass man die falsche Diagnose stellt.

Hast du die Dolmetscherin als Element des Hotels oder als eher außenstehend wahrgenommen?

Als außenstehendes Element.

Wem hast du am meisten vertraut? Dem Management, der Dolmetscherin oder den Ärzten?

In dem Fall der Dolmetscherin.

Interviewpartnerin P3:

Warum bist du nach Indien gereist?

Um zu entgiften.

Warum Kerala, Südindien?

Ich hatte ne Freundin, die gerne homöopathisch sich behandeln ließ. Und ich war auch davor schon mal dort, in Nachbarhotel. Und dadurch habe ich die ganze Art des Entschlackens kennengelernt. Ich wollte das alles nochmal machen.

Wie fand die Vermittlung statt?

Über ein Reisebüro. Beim ersten Mal ging das über eine Heilpraktikerin. Aber beim 2. in Auftrag gegeben.

Hast du dich vergewissert, ob eine Dolmetscherin vor Ort ist?

Ne, wusste das gar nicht, das gab es in dem anderen Hotel nicht.

Und war das für dich wichtig?

Ne, ich kann ja reden. Aber damals hat uns eine Bekannte – eben die Heilpraktikerin geholfen. Und quasi gedolmetscht. Und beim 2. Mal habe ich mir keine Sorgen gemacht, weil ich dachte, die kennen mich ja schon. Nur bin ich dann woanders gelandet.

Wie wurden die sprachlichen Hindernisse überwunden?

Na mit Englisch. Oder mit der Dolmetscherin. Ich hatte ja nicht immer Lust oder kannte ein paar Fachausdrücke nicht.

War es also hilfreich für dich, dass eine Dolmetscherin vor Ort war?

Absolut. Eigentlich fände ich das toll, wenn es das überall gibt. Auch z.B. wenn der Arzt fragt „Ist ihr Kot groß oder klein“ oder was weiß ich, dann sind ja viele geschockt. Und wenn der Dolmetscher dann sagt, „das ist jetzt eine Routinefrage, bitte beantworten Sie die ehrlich“...

...dann dient der Dolmetscher ja nicht nur als Übersetzer, sondern auch noch als mehr, finde ich. So. Und das ist oberwichtig! Gerade in so einem Fall. Sonst entgiftest du nicht richtig, wenn die nur die Hälfte wissen.

Privatsphäre: Die ständige 3. Person, die an den Konsultationen teilnahm - war das ein Problem?

Nein, solange ich weiß, dass das im Rahmen dieser Klinik bleibt, ist mir das völlig egal. Es kommt halt auch immer auf die Person an. Wenn da jetzt ein Ekelpaket gestanden wäre, hätte ich nicht gewollt, dass er das weiß.

Hat die Ausbildung der Dolmetscherin eine Rolle gespielt?

Die Dolmetscherin hatte auch viel Kenntnis über Ernährung, also wenn sie Ernährungsberaterin mit gutem Englisch gewesen wäre, anstatt ausgebildete Dolmetscherin, wäre es auch gut gewesen. Ich finde das sogar toll. Klar, langt das, wenn man nur die Dolmetscher-Ausbildung gemacht hat, aber ich finde, dass da jemand arbeiten sollte, der sich auch dafür interessiert. Nicht nur blank übersetzt, wie z.B. die Nachrichten. Einer, der dahintersteht, sag ich mal.

Hat die Herkunft eine Rolle gespielt?

Nein, keine Rolle.

Wäre es anders gewesen, wenn die Dolmetscherin aus einem anderen Kulturkreis gekommen wäre? Zum Beispiel Amerika?

Ne, das hätte mich dann gestört. Das fließende Deutsch war mir wichtig. Und die Deutschen sind den Österreichern auch sehr nah. Dass man nicht fehlverstanden wird, aufgrund z.B. der Melodie oder Intonation, war mir sehr wichtig. Das gibt es nämlich! Das wär mir aufgefallen und hätte das die ganze Zeit im Kopf gehabt. Das hab ich in der Zeit, die ich selbst im Ausland verbracht habe, gelernt. Und das passiert mit Native Speaker Deutsch nicht!

Deshalb ist es wichtig, dass man jemandem begegnet, der die Sprache innehat. Zweisprachig wäre auch gut, aber anders... muss man sich halt selbst durchwurschteln. Dann weiß ich nicht, ob ich das gewollt hätte.

Wie würdest du die Qualität der Dolmetschung bewerten?

Perfekt, die Dolmetscherin hat alles gewusst.

Sprachliche Hindernisse?

Keine.

Machtgefüge. War das für dich als Gast erkennbar? Management – Ärzte – Therapeuten?

Die Hierarchie hat mich angekotzt. Das war ne Katastrophe, dass man die Therapeuten auf so nen Bestimmerlevel setzt. Die machen so eine tolle Arbeit. Ich fand das schrecklich, dass die bei Onam alle bleiben mussten. Von oben herab bestimmt. Fremdbestimmt. Die haben doch auch alle Familie. Da wurde so getreten in dem Resort. Das hat mir sehr missfallen. Ich war letztes Jahr in einem anderen Resort, und dort gab es das nicht. Daran merkt man Qualität. Wie gerne (die Therapeuten) dann arbeiten und wie ruhig die sind. Auch von der Aura her. Unsere waren ja alle total gestresst! Die anderen null! Die hatten an Onam auch.... da waren ein paar Freiwillige da, aber ab 13:00 waren dann keine Therapien mehr, zack. Und dann hatten die frei! Die fühlten sich auch anerkannt, ich sag jetzt mal, fast geliebt dort! Und wenn die Therapeutin dann das Gefühl hatte, dass da noch woanders ein Problem liegt, dann hat die Therapeutin das dem Arzt gesagt. Daraufhin hat er nochmal nachgesehen und gesagt, „ok, ja gerne schauen wir nochmal. Gut, dass du aufgepasst hast.“

Wo würdest du die Dolmetscherin situieren? Innerhalb der Hierarchie? Außerhalb?

Die war genauso Teil des Gefüges und Mittel zum Zweck. Wie als hätten sie (das Management) eine Peitsche in der Hand.

Loyalität – wem gegenüber war die Dolmetscherin am loyalsten?

Den Klienten absolut loyal, beim Arzt auch, aber nur, wenn er nicht arschig war. Dann hat die Dolmetscherin auch geblockt. Da passt das System ja nicht. Für so ein Resort passt dieses System nicht. Du bringst da so viel Negativaura rein, dass sich das auch auf die Patienten überträgt. Auch wenn man das nicht sieht.

Die Patienten können nie ungestresst aus der Massage raus. Da ist immer ein Stressfaktor dahinter. Letztes Jahr im anderen Resort war es um Nummern besser! Die Anwendungen waren gleich, auch die Therapeuten waren toll ausgebildet. Aber der Umgang war friedlich. Keiner hatte Angst. Das gab es einfach nicht. Das hat mir richtig gefallen. Aus diesem Grund würde ich dahin nicht mehr zurückgehen. Dann können auch die Angestellten ihre Arbeit nicht machen.

Interviewpartnerin P4:

Warum bist du nach Indien gereist ins Ayurveda Zentrum?

Zum Entspannen, und, halt, weil ich als Kind immer schon viel krank war. Also Grunderneuerung quasi.

Hattest du vorher Ahnung von Ayurveda?

Nein.

Hast du dich selber informiert über die verschiedenen Anstalten in Indien oder ging das über die Reiseagentur?

Reiseagentur. Sehr unselbstständig...

War es wichtig, ob eine Dolmetscherin vor Ort ist?

Jetzt nicht unbedingt, weil sie sehr gut Englisch sprechen konnten.

Wie erging es dir mit sprachlichen Hindernissen?

Gut.

War die Dolmetschung für dich hilfreich?

Ja, auf jeden Fall.

Also im Vorhinein die Einschätzung: „Ich schaff das schon. Und dann dort vor Ort: Ok, es hilft doch sehr?“

Ja, aber ich finde auch, dass wenn man als Dolmetscherin vor Ort ist, dann kann man irgendwie die Zeichen und die Kultur besser lesen. Das ist halt gut. Jemand vor Ort, mit westlichem Hintergrund, weil dann versteh ich das auch alles besser.

Wie erging es dir mit den Themen Privatsphäre und Vertrauen? Die Dolmetscherin war ja nicht das reine Sprachrohr, sondern auch Vertrauensperson, Kulturmittlerin, etc.. Sie war die 3. Person, die immer da war. War das ein Problem für dich?

Nein, aber ich denke das lag bei uns auch am gleichen Alter. Aber ich kann mir vorstellen, dass wenn man älter ist, dass man sich eher einen Gleichaltrigen wieder wünscht. Oder auch geschlechterspezifisch, also, dass sich ein Mann vielleicht einer weiblichen Dolmetscherin nicht so öffnen würde, aber eine Frau schon. Das müsste man sich dann individuell ansehen.

Hat für dich die Ausbildung der Dolmetscherin eine Rolle gespielt?

Nein, ich hab ihr einfach vertraut.

Spielte die Herkunft der Dolmetscherin eine Rolle?

Nein, vielleicht aber der Kulturkreis. Aber nicht darüber hinaus. Vielleicht die gleiche Gesinnung... dass du halt nachvollziehen kannst, dass wir Zuhause andere Standards haben und als Ausländer in Indien mit dem ein oder anderen ein Problem haben. Wenn du auch, sagen wir, aus dem asiatischen Raum kommen würdest, dann würdest du vielleicht gar nicht unbedingt wissen, wie es im Westen läuft und könntest dann meine Probleme gar nicht verstehen.

Wie bewertest du die Qualität der Dolmetschung? Vollständig, transparent?

Ja, auf jeden Fall transparent.

Gab's Missverständnisse?

Ja, nur am Anfang, weil wir dachten wir sind im falschen Hotel. Sonst nicht.

Wie hast du das Machtgefüge im Hotel empfunden? Management – Ärzte – Massagetherapeuten?

Jaja, klar, weil alleine wenn die Ärzte die „Kommandos“ sagen, dann sind die Therapeuten gleich losgerannt. Also ich habe selten gesehen, dass die sich jemals abgesprochen hätten. Es war vielmehr so Kommandoerteilung und -ausführung als ein fachliches Gespräch.

Und beim Management hat man es auch gemerkt, weil wenn die dann im Restaurant vorbeikamen, haben sich die Kellner und gleich viel mehr gesputet. Aber ich empfand die eher immer so außerhalb von dem Gefüge. Und die Ärzte waren mehr Teil von der „unteren Gruppe“, wobei sie noch über den Masseuren standen.

Und die Dolmetscherin? Auch extern?

Ja genau, aber nicht extern als Machtposition, sondern sie untersteht keinem, hat eine Sonderrolle, obwohl sie Reports abgeben musste. Also vielleicht dem Management untergeordnet.

War die Dolmetscherin eher dem Management, den Ärzten oder den Klienten gegenüber loyal?

Den Klienten.

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Phänomen des Dolmetschens im Gesundheitstourismus in Indien, wobei mein fünfmonatiger Einsatz als Dolmetscherin in einem Ayurveda-Resort im südindischen Bundesland Kerala die Grundidee für diese Forschungsarbeit lieferte. In dieser Masterarbeit wird daher der Gesundheitstourismus und seine Ausprägungen thematisiert, auf die Besonderheiten des Kommunaldolmetschens eingegangen sowie das Dolmetschen im Gesundheitswesen näher betrachtet. Der empirische Teil widmet sich dem Dolmetschen im Gesundheitstourismus in Form einer Feldbeobachtung, welche durch die Ergebnisse einer Interviewstudie mit Resort-Gästen ergänzt wird. In einem abschließenden Resümee wird ein Fazit gezogen und insbesondere die Frage geklärt, welche Perspektiven es für DolmetscherInnen im Gesundheitstourismus geben kann und vor welchen Herausforderungen sie stehen.