



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Dolmetschen im Gesundheitswesen -
Kommunikationsschwierigkeiten im
österreichischen Rettungsdienst

Verfasserin

Sabine Figl, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im März 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 065 342 345

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Dolmetschen Englisch / Französisch

Betreuerin: Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Mira Kadrić-Scheiber

Vorwort

Auf das Thema der vorliegenden Masterarbeit bin ich zufällig gestoßen, als ich bei einer Rettungsorganisation einen Schnupperdienst absolvierte und feststellte, dass die dort tätigen SanitäterInnen während ihrer Dienste sowohl Sprach- als auch Kulturbarrrieren überwinden müssen. Es war für mich immer klar, dass sich meine Masterarbeit mit dem Dolmetschen im medizinischen Bereich beschäftigen sollte. Aber erst nachdem ich persönlich erlebte, wie mit Nichtdeutschsprachigen bei der Rettung kommuniziert wird, entschloss ich mich, dieses Thema ausführlicher im Rahmen meiner Masterarbeit zu behandeln.

Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Mira Kadrić-Scheiber, die mir von Anfang an die richtige Richtung aufzeigte. Ich möchte mich für ihre Vorschläge und ihre Unterstützung während der Entstehung der vorliegenden Masterarbeit bedanken.

Insbesondere möchte ich auch den SanitäterInnen danken, die mir als InterviewpartnerInnen zur Verfügung standen und ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Außerdem möchte ich Ingrid Winkler für den fachlichen und persönlichen Beistand sowie für die Durchsicht meiner Arbeit großen Dank aussprechen. Ulli Frimmel bin ich für die organisatorischen Tipps und die persönliche Unterstützung dankbar.

Ein großer Dank gilt auch Siegi, der mir bei technischen Problemen während der Ausarbeitung der Arbeit zur Seite stand. Zudem bin ich ihm für die persönliche Unterstützung während meines Masterstudiums dankbar.

Inhalt

Vorwort.....	3
Inhalt.....	5
Abkürzungsverzeichnis	7
0. Einleitung	9
1. <i>Community Interpreting</i>	11
1.1 Charakteristika des <i>Community Interpreting</i>	13
1.2 <i>Community Interpreting</i> in den Pionierländern	15
1.3 Professionalisierung.....	18
2. <i>Healthcare Interpreting</i>	23
3. Triadische Kommunikation.....	27
3.1 <i>Social Theory</i>	28
3.2 <i>Sociological Theory</i>	29
3.3 <i>Linguistic Anthropology</i>	31
4. Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich.....	35
4.1 <i>Angelellis visible model</i>	36
4.1.1 <i>Interpreters as detectives</i>	38
4.1.2 <i>Interpreters as multi-purpose bridges</i>	39
4.1.3 <i>Interpreters as diamond connoisseurs</i>	40
4.1.4 <i>Interpreters as miners</i>	40
5. Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen im Krankenhaus	43
5.1 Natürliche DolmetscherInnen	44
5.2 Kinder als DolmetscherInnen	48
6. Dolmetschen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen.....	51
6.1 Dolmetschen im österreichischen Rettungswesen.....	56
6.1.1 Forschungsfragen	56
6.1.2 Methode.....	57
6.1.3 Organisatorische Vorbereitung	59
6.1.4 Ablauf der Interviews.....	60
6.2 Auswertung der Interviews.....	61
6.2.1 Einstiegsfragen	61

6.2.2	Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen.....	63
6.2.3	Dolmetschbedarf	76
7.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	81
	Bibliographie	85
	Anhang	91
	Interviewleitfaden.....	91
	Interview 1	94
	Interview 2.....	101
	Interview 3.....	108
	Interview 4.....	116
	Interview 5.....	122
	Lebenslauf	129
	Abstract (deutsch).....	131
	Abstract (englisch).....	133

Abkürzungsverzeichnis

AIIC	Association Internationale des Interprètes de Conférence Internationaler Verband der Konferenzdolmetscher
AKH	Allgemeines Krankenhaus (der Stadt Wien)
CI	Community Interpreting
CTIC	Canadian Translators and Interpreters Council
EFSLI	European Federation of Sign Language Interpreters
NAATI	National Accreditation Authority for Translators and Interpreters
NCIHC	National Council for Interpretation in Health Care
RID	Registry of Interpreters for the Deaf

0. Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen im österreichischen Rettungswesen. Die Interaktion mit anderssprachigen PatientInnen im Rettungsdienst stellt SanitäterInnen vor enorme Herausforderungen. Das Ziel der Arbeit ist es festzustellen, wie diese Herausforderungen in der Praxis gehandhabt werden. Es werden daher die derzeit üblichen Praktiken bei der Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen bei einer österreichischen Rettungsorganisation untersucht und es wird daraus der Kommunikations- und Dolmetschbedarf abgeleitet.

Allem voran ist es notwendig zu definieren, um welche Dolmetschart es sich beim medizinischen Dolmetschen handelt. Darum beschäftigt sich das erste Kapitel mit dem *community interpreting*. Zunächst werden die charakteristischen Eigenschaften sowie die Entwicklung in den Pionierländern beschrieben und in weiterer Folge wird auf die Ausbildung und auf die Professionalisierung eingegangen.

Um einen besseren Einblick in das Dolmetschen im Gesundheitsbereich zu erhalten, wird im zweiten Kapitel der Terminus *healthcare interpreting* näher erläutert und es werden die besonderen Merkmale dieses Settings im Gegensatz zu anderen Arten des *community interpreting* hervorgehoben.

Das dritte Kapitel widmet sich der triadischen Kommunikation, das heißt der Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen. Ausgehend von Theorien der Soziologie wird die Rolle der TeilnehmerInnen an einem medizinischen Gespräch beschrieben und diese mit der Rolle von DolmetscherInnen in Zusammenhang gesetzt.

Im vierten Kapitel der vorliegenden Arbeit wird ausführlich auf die Sichtbarkeit von DolmetscherInnen eingegangen, wobei insbesondere das *visible model* von Angelelli (2004) dargelegt wird. Zudem wird ihre im Jahr 2004 durchgeführte Studie erwähnt und anhand der in ihrer Studie angeführten Metaphern die Rollenauffassungen aus Sicht der DolmetscherInnen aufgezeigt.

Gegenstand des fünften Kapitels ist die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen im Krankenhaus, wobei zunächst die verschiedenen Möglichkeiten zur Kommunikation mit Anderssprachigen verdeutlicht werden. Im

Anschluss daran wird unterstrichen, wie problematisch der Einsatz von natürlichen DolmetscherInnen in diesem Bereich ist.

Das sechste Kapitel behandelt im Speziellen das Dolmetschen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen und beleuchtet die Kommunikation im österreichischen Rettungswesen näher. Es werden die Forschungsfragen und die Methode der Studie präsentiert sowie letztendlich die geführten Interviews analysiert.

Im letzten Kapitel wird die vorliegende Masterarbeit zusammengefasst und es werden Schlussfolgerungen gezogen. Es wird betont, wie wichtig weitere Untersuchungen in diesem Bereich sind, um eine bessere und effizientere Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen zu gewährleisten.

1. *Community Interpreting*

Die Begriffsbezeichnung *community interpreting* (CI) selbst ist sehr umstritten und vage und daher auch schwierig zu definieren. Etwas vereinfacht kann das *community interpreting* als das Dolmetschen in alltäglichen Situationen bezeichnet werden (vgl. Pöllabauer ²2002a: 197).

In Expertenkreisen stößt die Begriffsbezeichnung *community interpreting* oft auf Ablehnung, da, so wie Gentile dies zum Beispiel ausdrückt, der Terminus *community interpreting* weder Auskunft darüber gibt, welche Fähigkeiten erforderlich sind noch zwischen den verschiedenen Dolmetscharten unterscheidet (vgl. Gentile 1993: 257).

Daher wird das *community interpreting*, je nach Definition und Auffassung, oft auch als „*Liaison Interpreting, Dialogue Interpreting, Public Service Interpreting, Cultural Interpreting, ad-hoc-Interpreting, Contact Interpreting, Three-cornered-Interpreting, Escort Interpreting, Legal Interpreting* [oder als] *Medical Interpreting*“ (Pöllabauer ²2002a: 197) bezeichnet. Pöchhacker (2000a) verwendet und prägt die deutsche Bezeichnung Kommunal Dolmetschen. Bahadir (2000: 215f.) führt an, dass Kommunal DolmetscherInnen darüber hinaus als DolmetscherInnen im medizinischen, sozialen und juristischen Bereich oder als FachdolmetscherInnen (mit Spezialisierung im medizinischen/sozialen/juristischen Bereich) bezeichnet werden.

Ein weiterer Grund, warum der Terminus *community interpreting* nicht unumstritten ist, ist die Tatsache, dass sowohl der englische Terminus als auch die deutsche Bezeichnung Kommunal Dolmetschen sehr leicht mit ähnlichen Termini (z.B. *European Community* oder Kommunalwahlen) verwechselt werden können (vgl. Pöllabauer ²2002a: 197).

Aufgrund dieser etwas unscharfen Begriffsbezeichnung gibt es eine Vielzahl von Definitionen. Pöllabauer fasst die auch schon von Pöchhacker (2000a: 36-42) beschriebenen Merkmale des *community interpreting* in einer Definition zusammen:

Community Interpreters ermöglichen Menschen, deren Mutter- und Bildungssprache nicht die des Gastlandes ist, den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen des Gastlandes (z.B. Krankenhäuser, Gerichte, Polizeistationen, Sozialeinrichtungen, Schulen etc.). Sie helfen zwei oder mehr Gesprächsparteien, die einander nicht gleichgestellt sind und über

unterschiedliches kulturelles Wissen und soziokulturelles Vorwissen verfügen, zu ihrer gegenseitigen Zufriedenheit zu kommunizieren. Community Interpreters tragen daher zum Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren bei. (Pöllabauer ²2002a: 197)

Aus dieser Definition geht hervor, dass nicht nur MigrantInnen die Leistung von *community interpreters* in Anspruch nehmen, sondern auch andere Menschen, die die Sprache des Gastlandes nicht beherrschen, wie zum Beispiel Touristen. Ein weiteres Merkmal dieser Definition ist, dass hier das Gerichtsdolmetschen zum *community interpreting* gezählt wird.

Pöllabauers Definition deckt sich mit jener von Roberts, die besagt, dass das *community interpreting* der Überbegriff für das Dolmetschen im sozialen (*public service interpreting*), rechtlichen (*legal interpreting*) und medizinischen Bereich (*medical interpreting*) ist. Roberts führt jedoch auch an, dass noch Uneinigkeit darüber besteht, ob das *legal interpreting* zum *community interpreting* gehört, da das *legal interpreting* oft mit dem Dolmetschen bei Gericht in Zusammenhang gebracht wird. Hierbei sind auch Unterschiede in den verschiedenen Ländern erkennbar. Während zum Beispiel in Großbritannien *community interpreters* auch bei Gericht zum Einsatz kommen, werden in den Vereinigten Staaten bei Gericht nur beeidete DolmetscherInnen eingesetzt. (vgl. Roberts 1997: 9).

Wenn in der vorliegenden Arbeit der Terminus *community interpreting* verwendet wird, so schließt dieser das Gerichtsdolmetschen nicht ein, da dieses Setting andere Charakteristika aufweist, zum Beispiel unterliegt es in vielen Ländern (auch in Österreich) äußerst strengen gesetzlichen Bestimmungen (vgl. Angelelli 2004: 134). Außerdem werden in Österreich beim Gerichtsdolmetschen sowie oft auch beim Dolmetschen für Asylbehörden oder beim Polizeidolmetschen nur allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte DolmetscherInnen herangezogen, was einen wesentlichen Unterschied zu den anderen Settings darstellt (vgl. Kadrić ²2006: 62).

Garber stellte bei der 2. Critical Link Konferenz¹ ein weiteres Modell vor, welches das Dolmetschen in vier verschiedene und sich überschneidende Bereiche

¹ „The Critical Link“ ist ein Netzwerk von SpezialistInnen, das Brian Harris von der Universität Ottawa im Jahr 1992 einberufen hat, um Fortschritte im Bereich des *community interpreting* zu erzielen (vgl. Critical Link 2010a).

unterteilt: das Gerichtsdolmetschen (*court interpreting*), das Polizeidolmetschen (*police interpreting*), das Dolmetschen im medizinischen Bereich (*medical interpreting*) sowie das Konferenzdolmetschen (*conference interpreting*). Laut Garber verfolgen DolmetscherInnen, die in den obengenannten Bereichen tätig sind, trotz der jeweils charakteristischen Merkmale der verschiedenen Settings, zumindest zwei gleiche Grundsätze: Genauigkeit und Treue (vgl. Garber 2000: 15).

Pöchhacker (2004: 16f.) trifft hingegen eine etwas allgemeinere Unterscheidung und differenziert zwischen internationalen Settings (*international settings*) und intrasozialen Settings (*intra-social* oder *community-based*) sowie zwischen Konferenz- und Dialogdolmetschen, wobei sich die Bereiche teilweise überschneiden.

Dieses Kapitel zeigt, dass es für den Terminus *community interpreting* eine Vielzahl von Definitionen gibt. Wenn dieser Terminus verwendet wird, ist es daher wichtig, zu berücksichtigen, dass es in verschiedenen Ländern unterschiedliche Auffassungen und Definitionen dieser Begriffsbezeichnung gibt, wobei auch die rechtliche und politische Lage dieser Länder für die Definition ausschlaggebend ist. Da sich der empirische Teil der vorliegenden Masterarbeit auf Österreich bezieht, schließt dieser Terminus das Gerichtsdolmetschen nicht ein. Um ein besseres Verständnis des Terminus *community interpreting* zu erhalten, werden im Folgenden die charakteristischen Merkmale dieser Dolmetschart beschrieben.

1.1 Charakteristika des *Community Interpreting*

Das *community interpreting* zeichnet sich durch bestimmte Eigenschaften aus, die im Folgenden näher erläutert werden. Es sind stets zwei Gesprächsparteien vorhanden: einerseits die im Gastland lebenden Minderheiten (zum Beispiel MigrantInnen, AsylwerberInnen, GastarbeiterInnen, Flüchtlinge, etc.), andererseits VertreterInnen von Behörden, Institutionen oder Einrichtungen des Gastlandes (vgl. Pöllabauer ²2002a: 197f.).

KommunaldolmetscherInnen kommen also nicht wie KonferenzdolmetscherInnen in formalen Konferenz-Settings zum Einsatz, sondern sie helfen Menschen im täglichen Leben zu kommunizieren. Hierbei geht es nicht nur um

Einsätze bei Ämtern, Behörden und Institutionen, sondern es sind auch in medizinischen sowie psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Einrichtungen, sozialen Einrichtungen, Bildungseinrichtungen und in wirtschaftlich/rechtlichen Settings DolmetscherInnen vonnöten (vgl. Pöllabauer ²2002a: 198).

Charakteristisch für das *community interpreting* ist, dass zwischen den Gesprächsparteien ein asymmetrisches Machtgefüge vorhanden ist. Dies drückt sich durch einen unterschiedlichen Bildungsstand, andere Wertsysteme und Denkschema sowie durch verschiedene soziokulturelle Konventionen und Normen aus (vgl. Pöllabauer ²2002a: 198f.).

Ferner werden beim *community interpreting*, im Gegensatz zu anderen Dolmetscharten, die DolmetscherInnen wahrgenommen, da sie für alle Gesprächsparteien sichtbar sind (vgl. Pöllabauer ²2002a: 199). Dies kann jedoch dazu führen, dass die von den Berufsorganisationen geforderte Neutralität nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Allein durch ihre physische Anwesenheit werden DolmetscherInnen – gewollt oder ungewollt – durch nonverbale Zeichen, wie zum Beispiel der Gestik, beeinflusst (vgl. Pöchlhammer 2000a: 41).

Auch die Sprachkombinationen der KommunaldolmetscherInnen unterscheiden sich von jenen der KonferenzdolmetscherInnen. KommunaldolmetscherInnen werden nicht nur für die großen Weltsprachen, sondern insbesondere für Minderheitssprachen benötigt. Hierbei besteht jedoch das Problem, dass es für viele Minderheitssprachen, vor allem wegen mangelnder Ausbildung, keine qualifizierten DolmetscherInnen gibt (vgl. Pöllabauer 2002b: 292).

Eine weitere Herausforderung für KommunaldolmetscherInnen besteht darin, dass sie durch das dialogische Setting nicht nur aus der Fremdsprache, sondern auch in die Fremdsprache dolmetschen müssen und sie daher ihre Sprachen passiv und auch aktiv sehr gut beherrschen müssen (vgl. Pöllabauer ²2002a: 199).

Außerdem wird beim *community interpreting*, im Gegensatz zum Konferenzdolmetschen, vor allem die Konsekutivtechnik angewandt. (vgl. Wadensjö 1992: 49). In manchen Bereichen, wie zum Beispiel der Psychiatrie, der Psychotherapie sowie der Sprachtherapie, wird auch oft auf das Flüsterdolmetschen zurückgegriffen, da

hierbei die Sprache nicht nur Ausdrucksmittel, sondern auch diagnostisches Mittel ist (vgl. Gentile 1993: 258).

Durch die Erläuterung der charakteristischen Merkmale des *community interpreting* wurde versucht diese Dolmetschart näher zu beschreiben und die Unterschiede zum Konferenzdolmetschen hervorzuheben. Es ist aber auch wichtig festzuhalten, dass die Entwicklung des *community interpreting* nicht in allen Ländern am gleichen Stand ist. Anhand von zwei Vorzeigemodellen wird im nächsten Kapitel die Entwicklung dieser Dolmetschart näher erläutert.

1.2 *Community Interpreting* in den Pionierländern

Zu den Pionierländern des *community interpreting* zählen typische Einwanderungsländer wie zum Beispiel Australien, Kanada, die USA und Schweden. Diese Länder stellten schon früh fest, dass ein Dolmetschdienst vonnöten ist, um Anderssprachigen Zugang zu diversen Dienstleistungen zu ermöglichen und um eine effiziente und erfolgreiche Kommunikation garantieren zu können (vgl. Pöllabauer 2002b: 289). Im Folgenden wird nun die Entwicklung des *community interpreting* anhand von zwei Beispielen, Schweden als europäisches Beispiel und Australien, als eines der typischen Einwanderungsländer, beschrieben.

Niska (2007: 297f.) beschreibt die Vorreiterrolle von Schweden im Bereich des *community interpreting*. Das schwedische Gesetz legt fest, dass Personen, die der schwedischen Sprache nicht mächtig sind, Anspruch auf professionelle DolmetscherInnen haben. Die schwedische Integrationspolitik sieht demnach vor, dass für jede Person die gleichen Rechte unabhängig von ethnischer oder kultureller Herkunft gelten und Chancengleichheit besteht. Diese Politik hat sich weiter zum Ziel gesetzt, jeder Person eine Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen. Außerdem stehen die Wahrung der demokratischen Werte, Chancengleichheit für Frauen und Männer und die Vorbeugung von Diskriminierung, Ausländerfeindlichkeit und Rassismus im Vordergrund dieser Politik.

Niska (2007: 301) führt weiter an, dass die Anfänge des *community interpreting* in Schweden auf die 1960er Jahre zurückgehen. Aufgrund des Zustroms ausländischer

Arbeitskräfte zu dieser Zeit haben schwedische Gewerkschaften aktiv Dolmetschdienste am Arbeitsplatz gefördert, um den ArbeitnehmerInnen Informationen betreffend Sicherheit am Arbeitsplatz und Gesundheit zu übermitteln. In den ersten Dolmetschkursen ging es daher um das Dolmetschen am Arbeitsplatz. Die TeilnehmerInnen dieser Kurse waren ArbeitnehmerInnen, die von der Gewerkschaft zu DolmetscherInnen am Arbeitsplatz ernannt wurden. Die DolmetscherInnen am Arbeitsplatz waren also berechtigt, während der Arbeitszeit als DolmetscherInnen zu agieren. Natürlich stieß diese Politik bei den ArbeitgeberInnen auf Ablehnung und so kam es immer wieder zu Diskussionen, ob es überhaupt möglich sei, die Rollen der ArbeitnehmerInnen mit der Rolle von DolmetscherInnen zu verbinden. Anfang der 1970er Jahre änderte sich die Dolmetschausbildung. Die Regierung organisierte von diesem Zeitpunkt an Dolmetschkurse, in denen professionelle DolmetscherInnen als LehrerInnen agierten. So entstand schon Mitte der 1970er Jahre der erste Berufskodex, der sich weitgehend an vorhandenen Bestimmungen, zum Beispiel jenen der AIIC, dem internationalen Verband der Konferenzdolmetscher, orientierte. Die ersten Berufsorganisationen wurden auch zu dieser Zeit gegründet. Im Jahr 1969 wurde die erste Berufsorganisation für GebärdensprachdolmetscherInnen (*Sveriges Teckenspråkstolkars Förening*) und 1975 der schwedische Verband für DolmetscherInnen (*Sveriges Tolkförbund*) gegründet.

Heute sind die Dolmetschdienste in Schweden sehr gut organisiert und werden auch als wichtiger Bestandteil der öffentlichen Dienstleistungen betrachtet (vgl. Niska: 2007: 300).

Neben Schweden zählt auch Australien zu den Pionierländern im Bereich des *community interpreting*. Heutzutage hat Australien eine sehr gute Einwanderungspolitik. Diese Politik sieht vor, dass jede Person in Australien Zugang zu Dienstleistungen der Regierung hat und sich dort in der eigenen Sprache verständigen kann (vgl. Gentile 1993: 253). Bell (1997: 93f.) hält jedoch fest, dass Australien den Status des Vorzeigemodells im Bereich des *community interpreting* erst nach dem Zweiten Weltkrieg erhielt². In den 1970er und 1980er Jahren verzeichnete Australien

² In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde dem Multikulturalismus keine Beachtung geschenkt und so mussten sich ImmigrantInnen entweder integrieren oder sich damit abfinden, in jeglicher Hinsicht benachteiligt zu werden. Der Beruf des Dolmetschers/der Dolmetscherin und des Übersetzers/der Übersetzerin wurde nicht anerkannt und daher wurde auch nicht daran gedacht, DolmetscherInnen und

aufgrund des Vietnamkriegs einen Zustrom von MigrantInnen aus Asien. All diese ImmigrantInnen benötigten auch die Dienstleistungen von ÄrztInnen, AnwältInnen, SteuerberaterInnen, Versicherungsunternehmen, Sozialämtern etc. So wurden zum ersten Mal DolmetscherInnen eingesetzt, die jedoch keineswegs eine Ausbildung genossen hatten. Es handelte sich um MigrantInnen, die einen etwas höheren Bildungsstand hatten und Englisch besser beherrschten als andere. Es wurde jedoch festgestellt, dass es dennoch zu Benachteiligungen kam, da zum Beispiel Aussagen ungenau wiedergegeben oder kulturelle Eigenheiten nicht berücksichtigt wurden.

Erst Mitte der 1970er Jahre wurde der soeben dargestellte Ansatz infrage gestellt. Die australische Regierung erkannte, dass in einer pluralistischen Gesellschaft mit einer ausgeprägten sprachlichen und kulturellen Diversität, bilinguale ExpertInnen vonnöten sind, um auch Nichtenglischsprachigen einen gleichwertigen Zugang zu Dienstleistungen gewähren zu können (vgl. Bell 1997: 94). So wurde im Jahr 1974 in New South Wales ein Dolmetschdienst (*Hospital Interpreter Service*) eingerichtet, der anfangs DolmetscherInnen für vier Sprachen für ein Kinderkrankenhaus bereitstellte (vgl. Chesher 1997: 284). Außerdem kam es bereits im Jahr 1973 zur Gründung des *Telephone Interpreter Service* und es wurden Kurse für DolmetscherInnen im medizinischen und rechtlichen Bereich angeboten (vgl. Pöllabauer 2002b: 289). Im Jahr 1977 wurde die *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (NAATI) von der Regierung ins Leben gerufen, die anfangs zur Einwanderungsbehörde gehörte und seit 1983 eine eigenständige Organisation ist. Diese Organisation hatte von Anfang an die Aufgabe, Standards festzulegen sowie diese zu überwachen und ein Akkreditierungssystem zu entwickeln. Seitdem ist eine Akkreditierung durch die NAATI der einzige akzeptierte Qualifikationsnachweis für ÜbersetzerInnen und DolmetscherInnen in Australien (vgl. Bell 1997: 94ff.).

Während diese Pionierländer den Bedarf an Dolmetschdiensten bereits sehr früh erkannten, um ImmigrantInnen zu helfen, sich in ihrem Gastland zurecht zu finden, haben andere Länder diesen Bedarf an intrasozietärer Kommunikation erst später

ÜbersetzerInnen einzusetzen. Erst als es nach dem Zweiten Weltkrieg einen Zustrom von MigrantInnen, vor allem aus dem kriegsgeschundenen Europa, gab, sah man sich mit einem massiven Sprachproblem konfrontiert (vgl. Bell 1997: 93).

wahrgenommen. Erst in den 1980er und 1990er Jahren schenken andere Länder diesem Bereich mehr Beachtung, da immer mehr Kommunikationsprobleme in öffentlichen Einrichtungen (zum Beispiel in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen) entstanden (vgl. Pöchhacker 2004: 15). Obwohl diese Art des Dolmetschens schon seit langem ausgeübt wird, wird das *community interpreting* auch erst seit Beginn der 1990er Jahre in der Dolmetschwissenschaft berücksichtigt (Pöllabauer ²2002a: 197).

Die internationale Konferenz *The Critical Link: Interpreters in the Community. First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings*, die das erste Mal 1995 in Orillia/Kanada stattfand, trug wesentlich zur Forschung in diesem Bereich bei. Auch die Folgekonferenzen, die im Jahr 1998 in Vancouver, 2001 in Montreal, 2004 in Stockholm, 2007 in Sydney und 2010 in Birmingham abgehalten wurden, leisteten einen wichtigen Beitrag, um Fortschritte im Bereich des *community interpreting* zu erzielen (vgl. Critical Link 2010b).

1.3 Professionalisierung

Wie im Unterkapitel 1.2 schon kurz angesprochen wurde, gibt es schon seit tausenden von Jahren eine sprachliche Unterstützung bei der Kommunikation mit ethnischen Minderheiten. Diese Leistungen wurden jedoch meistens ohne Entlohnung erbracht. So wurde in der Vergangenheit das Dolmetschen als eine banale und alltägliche Tätigkeit betrachtet. Dies ist wohl auch ein Grund dafür, dass sich heutzutage die Bemühungen, das *community interpreting* zu professionalisieren, als sehr schwierig erweisen (vgl. Niska 2007: 300).

Es ist außerordentlich wichtig, die Gründe für die Schwierigkeiten bei der Professionalisierung zu analysieren, um Fortschritte erzielen zu können. So führt Garber (2000: 13f.) an, dass das *community interpreting* zum Beispiel einen anderen geschichtlichen Hintergrund als das Konferenzdolmetschen oder das diplomatische Dolmetschen hat. Beim *community interpreting* geht es, wie schon erwähnt, darum, einzelnen Menschen Zugang zu Dienstleistungen öffentlicher Einrichtungen zu ermöglichen. Aber auch *community interpreters* haben oft einen anderen Hintergrund als KonferenzdolmetscherInnen oder diplomatische DolmetscherInnen, da sie meist keine Ausbildung zum *community interpreter* genossen haben. Die geringe Anzahl an

Ausbildungsmöglichkeiten stellt daher einen weiteren Stolperstein in Richtung Professionalisierung dar. So besuchen KommunaldolmetscherInnen oft nur Kurse bei den Organisationen für die sie tätig sind. Diese Organisationen haben sich jedoch nicht ausreichend bemüht, Standards festzulegen und auf hohe Qualität zu achten.

Verglichen mit dem Konferenzdolmetschen steckt die Professionalisierung des Dolmetschens in intrasozialen Settings daher noch in den Kinderschuhen. Es gab zum Beispiel für das Gerichtsdolmetschen bis zum Ende des 20. Jahrhunderts keine einheitlichen Standards oder Berufskodizes. In den USA wurden durch ein 1978 verabschiedetes Gesetz (*Court Interpreter Act*) erstmals Standards für Akkreditierungsprüfungen und Zertifizierungen festgelegt. 1965 wurde die erste Berufsorganisation, die *Registry of Interpreters for the Deaf* (RID), die auch einen Ehrenkodex für ihre MitgliederInnen festsetzte, gegründet (vgl. Pöchhacker 2004: 29).

Länder mit einer guten Einwanderungspolitik wie Australien und Schweden haben auch wesentlich zur Professionalisierung in diesem Bereich beigetragen. Die Ansätze dieser Länder wurden darauffolgend auch in den USA und in anderen Ländern Europas übernommen. Wie schon in Unterkapitel 1.2 erläutert, nimmt in Australien die NAATI (*National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*) eine sehr wichtige Stellung ein (vgl. Pöchhacker 2004: 30).

Pöchhacker (2004: 30) führt weiter an, dass man sich durch die Gründung von Berufsorganisationen und die Festlegung einheitlicher Standards bemühte, das *community interpreting* zu professionalisieren. So wurden zum Beispiel der *US National Council for Interpretation in Health Care* (NCIHC), the *European Federation of Sign Language Interpreters* (EFSLI) oder die *European Association of Community Interpreting Agencies* (Babelea) gegründet. Aber auch für diese Organisationen war und ist es nicht einfach Fortschritte zu erzielen, da öffentliche Einrichtungen häufig nicht für den Einsatz professioneller DolmetscherInnen aufkommen können oder wollen und auch nicht in die Aus- oder Weiterbildung investieren möchten. Zudem gibt es kaum Ausbildungen für das *community interpreting* auf Universitätsebene. Diese Tatsache ist auch einer der wesentlichsten Unterschiede zwischen dem Kommunaldolmetschen und dem Konferenzdolmetschen.

Roberts (1997:16ff.) hebt hervor, dass aber auch für den Bereich des *community interpreting* hoch qualifizierte, professionelle DolmetscherInnen vonnöten sind.

Ausbildungsprogramme für *community interpreters* wurden erst in den 1980er Jahren ins Leben gerufen. Da diese jedoch nur vereinzelt vorzufinden sind, haben viele *community interpreters* keine oder nur eine unzureichende Ausbildung für ihre Tätigkeit genossen. Wie schon erwähnt, gibt es nur eine geringe Anzahl an Ausbildungsprogrammen auf Universitätsebene. Als Beispiel wäre die Deakin University in Victoria/Australien zu nennen, die ein 3-jähriges Bachelor Studium und ein einjähriges Masterstudium anbietet. Es gibt jedoch noch immer sehr viele Universitäten, an denen zwar Kurse im Bereich des Kommunaldolmetschens absolviert werden können, diese aber nicht mit einem Diplom abgeschlossen werden. Meist erfolgt die Ausbildung von KommunaldolmetscherInnen noch immer bei den Organisationen für die sie tätig sind. Die von diesen Organisationen angebotenen Kurse sind aber nicht einheitlich und außerdem werden sie aufgrund der finanziellen Belastung vorwiegend in Englisch gehalten. Roberts hält weiter fest, dass in diesen Kursen mehr über das Dolmetschen gesprochen wird als wirklich praktiziert wird. Darum sind viele, die an derartigen Kursen teilgenommen haben, meistens nicht so qualifiziert wie man es gerne hätte.

Seriöse Ausbildungsprogramme für *community interpreters* entwickeln sich nur sehr langsam, da aufgrund der schlechten Bezahlung und Arbeitsbedingungen die Ansicht vertreten wird, dass es sich nicht lohnt eine langwierige Ausbildung zu absolvieren (vgl. Roberts 1997: 19).

Um vor allem dem Mangel an Ausbildungs- und Akkreditierungsmöglichkeiten sowie den schlechten Arbeitsbedingungen und der mangelnden Anerkennung entgegenzuwirken, wird eine Verbesserung des Berufsprofils angestrebt, wobei insbesondere folgenden Punkten Beachtung geschenkt werden soll: Aufklärung über die Rolle von DolmetscherInnen in öffentlichen Einrichtungen und bei den KlientInnen, eine Ausbildung für MitarbeiterInnen öffentlicher Einrichtungen in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen, eine bessere Ausbildung für *community interpreters*, eine Ausbildung für AusbilderInnen von *community interpreters* sowie eine Akkreditierung von *community interpreters* (vgl. Roberts 1997: 20-24).

Es ist weiter festzuhalten, dass die Entwicklung und Professionalisierung des *community interpreting* in den Ländern sehr unterschiedlich ist. Erst Mitte der 1990er Jahre wurde dem Bereich auf internationaler Ebene mehr Beachtung geschenkt und es

wurden Konferenzen organisiert, um sich auszutauschen und zusammenzuarbeiten. So wurde zum Beispiel 1995 die erste Critical Link Konferenz in Kanada organisiert, mit der ein bedeutender Schritt in Richtung Professionalisierung gesetzt wurde (vgl. Pöchhacker 2004: 30f.).

Um eine verstärkte Professionalisierung in diesem Bereich herbeizuführen, ist es vor allem notwendig noch mehr Organisationen wie die *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters* (NAATI) oder den *Canadian Translators and Interpreters Council* (CTIC) zu gründen (vgl. Roberts: 1997: 24). Zudem kommt einer Dolmetschausbildung für die Festlegung einheitlicher Standards und somit für die Professionalisierung entscheidende Bedeutung zu. Denn nur so können qualitativ hochwertige Dolmetschdienste bereitgestellt werden (vgl. Niska 2007: 300).

Dieses Kapitel hat das *community interpreting* näher erläutert, um so zu einem besseren Verständnis der weiteren Kapitel beizutragen. Es wurde zunächst auf die Begriffsbezeichnung eingegangen und erläutert, dass es sich als sehr schwierig erweist diesen Terminus zu definieren. In weiterer Folge wurden die charakteristischen Merkmale des *community interpreting* näher beschrieben und auf die Entwicklung in den Pionierländern eingegangen. Es wurde hervorgehoben, dass die Entwicklung in den verschiedenen Ländern nicht am selben Stand ist und dass die Professionalisierung noch zu wünschen übrig lässt. Da sich die vorliegende Arbeit dem Dolmetschen in Gesundheitseinrichtungen widmet, wird nun dieser Bereich des *community interpreting* näher behandelt.

2. *Healthcare Interpreting*

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es, die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen im medizinischen Bereich zu analysieren und zu einem besseren Verständnis dieser beizutragen. Hierfür ist es allem voran notwendig, den Terminus *healthcare interpreting* zu definieren und die besonderen Merkmale dieser Dolmetschart hervorzuheben.

Healthcare interpreting, also das Dolmetschen im Gesundheitswesen, ist eine Untergruppe des *community interpreting* bzw. des *public service interpreting*, so wie es im Vereinigten Königreich bezeichnet wird oder des *cultural interpreting* (übliche Bezeichnung in Kanada) und wird im anglophonen Raum auch als *medical interpreting* oder *hospital interpreting*³ bezeichnet (vgl. Pöchlacker 2004: 15).

Die Aufgabe von DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich ist es, die Kommunikation zwischen ImmigrantInnen, GastarbeiterInnen, Flüchtlingen, Touristen, der einheimischen Bevölkerung etc. und den ÄrztInnen, dem Pflegepersonal, PhysiotherapeutInnen, SprachpathologInnen etc. herzustellen. Dabei ist ihr Einsatzort nicht auf das Krankenhaus beschränkt, sondern sie sind auch in Arztordinationen, in Ärztezentren der Gemeinde sowie bei den PatientInnen zu Hause vonnöten. (vgl. Tebble 1999: 179f.).

In der vorliegenden Arbeit wird der Terminus *healthcare interpreting* im Sinne von Roberta Favaron's Definition verwendet:

(...) in general terms, HCI can be defined as a type of (human) interpreting, both spoken and signed, that occurs in an intra-social setting, more specifically in healthcare, where a (usually) semi-professional or (sometimes) natural interpreter uses the (short) consecutive mode to interpret face-to-face talk between an individual speaking a migrant language and an institutional representative. (Favaron 2010: 9)

Laut Favaron (2010: 9f.) geht aus dieser Definition eindeutig hervor, dass der Bereich des *healthcare interpreting* ähnliche Charakteristika aufweist wie andere Bereiche des

³ Pöchlacker (2000a) verwendet auch den deutschen Terminus KrankenhaUSDolmetschen.

community interpreting. Sie führt jedoch auch an, dass DolmetscherInnen in medizinischen Settings zusätzlichen Faktoren ausgesetzt sind, da sie zum Beispiel mit Krankheiten und dem Tod konfrontiert werden.

Die Stellung des *healthcare interpreting* sowie die Rolle von DolmetscherInnen, die im Gesundheitswesen tätig sind, haben sich im Laufe der Zeit sehr geändert. Bis zu den 1990er Jahren besaß das Dolmetschen in medizinischen Settings – verglichen mit anderen Dolmetscharten – nur geringes Ansehen. Dies erklärt auch, warum meistens nur „natürliche DolmetscherInnen“ zum Einsatz kamen. Außerdem gab es weder eigene Verhaltens- und Berufskodizes noch ethische Grundprinzipien für diesen Bereich. So bediente man sich den Standards und Prinzipien anderer Dolmetscharten, wie zum Beispiel des Konferenzdolmetschens oder des Gerichtsdolmetschens. Diese wurden jedoch nicht oder nur gering dem neuen Setting, das heißt dem Dolmetschen im Gesundheitswesen, angepasst (vgl. Angelelli 2004: 2).

Dennoch wurden in diesem Bereich auch die ersten Initiativen ergriffen, um Kommunikationsschwierigkeiten zu überwinden. So wurde bereits 1974 in New South Wales/Australien das schon unter Punkt 1.2 erwähnte *Hospital Interpreter Service* gegründet, um DolmetscherInnen bereitzustellen. Zudem haben DolmetscherInnen im Gesundheitswesen in den 1990er Jahren den ersten Berufsverband außerhalb des Bereichs des Gerichtsdolmetschens gegründet (vgl. Pöchhacker und Shlesinger 2007: 1). Ein weiterer Meilenstein für die Entwicklung des Dolmetschens im Gesundheitsbereich wurde mit der Organisation der internationalen Konferenz *The Critical Link: Interpreters in the Community. First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings* gesetzt (vgl. Critical Link 2010b).

Die oben angeführte Definition von Roberta Favaron zeigt deutlich, dass trotz der vielen Gemeinsamkeiten jedes Setting des *community interpreting* bestimmte Eigenheiten aufweist und auch Herausforderungen mit sich bringt. Die nachstehende Definition von Jeannette Otto soll dies für den medizinischen Bereich verdeutlichen:

Kluge, einfühlsame, psychisch robuste Menschen, die unbekanntes Terrain betreten. Wie macht eine Arabisch-Dolmetscherin einer Frauenärztin klar, dass sich die junge ledige

Patientin aus Saudi-Arabien auf keinen Fall einer gynäkologischen Untersuchung unterziehen wird – auch wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist? Wie vermittelt man einem deutschen Ärzteteam, das um das Leben eines zweijährigen Mädchens ringt, dass der Vater des Kindes, obwohl er ein Stück seiner Leber abgeben könnte, nicht spenden wird, weil es ihm vom Großvater in Saudi-Arabien verboten wurde? (Zeit-Online 2002)

Diese Definition veranschaulicht, welche teils unrealistischen Anforderungen an DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich gestellt werden (vgl. Pöllabauer 2003: 21). In diesem Bereich ist es jedoch auch gang und gäbe, ad hoc DolmetscherInnen, also natürliche DolmetscherInnen, einzusetzen. So kommt es nicht selten vor, dass unter anderem Familienmitglieder, zweisprachiges Personal, Reinigungspersonal oder auch Kinder als DolmetscherInnen herangezogen werden. Dies kann jedoch zu weitreichenden Folgen führen, nicht nur was die Psyche der zum Dolmetschen herangezogenen Personen betrifft, sondern auch, wenn aufgrund ihrer mangelnden Sprach- und Kulturkenntnisse medizinische Diagnosen oder die weiteren Behandlungsmöglichkeiten falsch übermittelt werden (vgl. Pöllabauer ²2002a: 199f.).

Ferner sind auch persönliche Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, Berufsausbildung, Konfessionszugehörigkeit oder ethnische Zugehörigkeit im medizinischen Bereich von großer Bedeutung. Diese Faktoren können zum Beispiel dazu führen, dass Frauen mancher Kulturen in Anwesenheit von Männern, auch von männlichen Dolmetschern, nicht über ihre gynäkologischen Probleme sprechen (vgl. Pöllabauer ²2002a: 201f.).

Zu den schon genannten Herausforderungen an DolmetscherInnen im medizinischen Bereich kommt hinzu, dass die DolmetscherInnen auch mit dem hektischen Treiben im Krankenhaus konfrontiert sind und daher eine hohe Stressresistenz besitzen müssen. So müssen sie zum Beispiel PatientInnen in Windeseile über Operationen aufklären, sind in der Psychiatrie den psychischen Störungen und Neurosen von KlientInnen ausgesetzt oder müssen lebensbedrohliche Diagnosen dolmetschen (vgl. Pöllabauer ²2002a: 201f.).

Wie aus diesem Kapitel hervorgeht, stellt das Dolmetschen in medizinischen Settings eine extreme psychische Belastung dar. Den DolmetscherInnen kommt die Aufgabe zu,

„komplexe Zusammenhänge und heikle oder peinliche Sachverhalte“ (Pöllabauer ²2002a: 203) zu dolmetschen (zum Beispiel lebensbedrohliche Diagnosen), wobei sie sich weder von persönlichen noch von emotionalen Faktoren beeinflussen lassen dürfen (vgl. Pöllabauer ²2002a: 202f.). Um einen besseren Einblick in das Dolmetschen in medizinischen Settings zu erhalten, wird im folgenden Kapitel die triadische Kommunikation, also die Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen näher beleuchtet.

3. Triadische Kommunikation

Für das bessere Verständnis der Kommunikation in medizinischen Settings beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Interaktion zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen und es wird versucht diese in Beziehung zur Rolle von DolmetscherInnen zu setzen. Um dies zu veranschaulichen, geht Angelelli (2004) von drei Theorien aus (*social theory*, *sociological theory*, *linguistic anthropology*), die auch Kern dieses Kapitels sind.

DolmetscherInnen sind, genauso wie ÄrztInnen und PatientInnen, vollwertige GesprächsteilnehmerInnen. Wie alle KommunikationsteilnehmerInnen bringen auch DolmetscherInnen soziale Ansichten, das heißt ihre Überzeugungen, ihre Einstellungen sowie ihre kulturellen Normen, in die Interaktion ein. DolmetscherInnen, sowie alle anderen Menschen auch, nehmen an einer Interaktion teil, die nicht in einem sozialen Vakuum stattfindet. Die Ausübung ihre Rolle wird immer von den Institutionen und der Gesellschaft, in der die Interaktion stattfindet, eingeschränkt, egal ob DolmetscherInnen nun die von den Berufsverbänden vorgeschriebene Rolle ausüben oder ob sie zu sichtbarerem GesprächsteilnehmerInnen werden, indem sie den Gesprächsfluss steuern (vgl. Angelelli 2004: 26).

Bei einem ÄrztInnen-PatientInnen Gespräch gehören die ÄrztInnen zur dominanten Kultur, während die PatientInnen der weniger dominanten Kultur angehören. In diesem Fall ist es wahrscheinlich, dass DolmetscherInnen dieselben sozialen Ansichten vertreten wie eine Partei, aber sicherlich nicht jene beider Parteien. Nun stellt sich die Frage, wie DolmetscherInnen in solchen Situationen ihre Neutralität bewahren können und ob es überhaupt möglich ist neutral zu bleiben. Angelelli (2004) führt drei Theorien an, um die Rolle von DolmetscherInnen in solchen Gesprächen besser verstehen zu können. Angelelli unterscheidet zwischen der *social theory* (Gesellschaftstheorie), der *sociological theory* (soziologische Theorie) und der *linguistic anthropology* (linguistische Anthropologie) (vgl. Angelelli 2004: 26).

3.1 *Social Theory*

Um die *social theory* näher zu erläutern, bezieht sich Angelelli auf Bourdieus Theorie der Praxis, die besagt, dass eine gedolmetschte Interaktion nicht nur von deren TeilnehmerInnen, sondern auch von ihren vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Dispositionen beeinflusst wird. Daraus folgt, dass eine Interaktion nie unabhängig von ihren objektiven Strukturen betrachtet werden kann. Diese Strukturen rufen gewisse Dispositionen (einen Habitus) auf Seiten der InteraktantInnen hervor und sind auch für ihre Position in der Interaktion verantwortlich. Demnach bringt der Habitus bewusste Praktiken hervor, die von den InteraktantInnen auch als solche wahrgenommen werden. Laut Bourdieu geht es bei Interaktionen nicht nur um die einzelnen daran beteiligten Menschen, sondern es ist auch notwendig alle sozialen Faktoren zu berücksichtigen, die jede/r Einzelne in die Interaktion einbringt. Außerdem sind die von den Institutionen und der Gesellschaft auferlegten Einschränkungen zu beachten. Bourdieus Theorie der Praxis verdeutlicht auch die Rolle, die DolmetscherInnen einnehmen. Sie haben – sowie alle anderen Menschen – einen Habitus und sind in der Ausübung ihrer Rolle den Einschränkungen der Institutionen, in denen die Interaktion stattfindet, unterworfen (vgl. Bourdieu 1977: 81).

Angelelli (2004: 28) führt weiter an, dass wir als Mitglieder einer bestimmten Gesellschaft dazu neigen, uns an deren Ansichten, Normen und Regeln anzupassen. Daher fühlen wir uns mehr oder weniger mit bestimmten sozialen Gruppen verbunden. Dementsprechend treffen wir auch Entscheidungen und zeigen bei der Interaktion bestimmten Gruppen gegenüber eine gewisse Loyalität. Dies trifft auch auf DolmetscherInnen zu. Sie treffen bewusst oder unbewusst Entscheidungen und tragen somit zur Interaktion bei. Dies verdeutlicht, dass gedolmetschte Gespräche nicht in einem sozialen Vakuum stattfinden.

Bourdieu führt ferner aus, dass jede Kommunikation – egal ob ein- oder mehrsprachig – ein sprachlicher Austausch ist, der an sich auch ein wirtschaftlicher Austausch ist (Bourdieu 1991). Dieser wirtschaftliche Austausch wird durch symbolische Machtbeziehungen verdeutlicht. ÄrztInnen sind ProduzentInnen, die das von den PatientInnen benötigte Wissen besitzen. Im Gegensatz zu ÄrztInnen haben PatientInnen eine weniger mächtige Position inne. DolmetscherInnen besitzen die

sprachliche und kulturelle Kompetenz. Sie sind ProduzentInnen, während die einsprachigen GesprächspartnerInnen KonsumentInnen sind. Zweisprachige Personen, die verschiedene kulturelle Erfahrungen gesammelt haben, besitzen einen sprachlichen Habitus, der es ihnen ohne Schwierigkeiten ermöglicht mit Personen anderer Sprachzugehörigkeit und manchmal auch anderer gesellschaftlichen Schichten zu kommunizieren. So können sie zum Beispiel mit ÄrztInnen und PatientInnen kommunizieren und übertragen dabei nicht nur das Gesagte in die Zielsprache, sondern sie passen auch das Register an (vgl. Angelelli 2004: 28).

Die *social theory* zeigt auf, dass DolmetscherInnen sowie alle Mitglieder einer Gesellschaft, die in einer Institution arbeiten, voneinander abhängig sind. Dies führt auch zu einem besseren Verständnis dafür, dass DolmetscherInnen nicht nur einen Habitus besitzen, sondern auch an der Kommunikation teilnehmen. Die *social theory* berücksichtigt jedoch nicht die Interaktion. Um auch diesen Blickwinkel zu beleuchten, wird im Folgenden die *sociological theory* erläutert (vgl. Angelelli 2004: 29).

3.2 Sociological Theory

Wenn zwei oder mehrere Gesprächsparteien interagieren, so bringen sie das Ich in die Interaktion ein. Angelelli führt an, indem sie sich auf Theorien der Sozialpsychologie bezieht, dass Menschen auf zweierlei Weise voneinander abhängig sind. Erstens möchten sie bestimmte Ziele erreichen und zweitens sind die Parteien voneinander abhängig, um Informationen über ihr Umfeld sammeln zu können. Im Falle des Dolmetschens im Gesundheitswesen kommen die drei Parteien (der Arzt/die Ärztin, der Patient/die Patientin, der Dolmetscher/die Dolmetscherin) aus beiden Gründen zusammen: Sie müssen miteinander kommunizieren und sie müssen Informationen über eine Situation erhalten (vgl. Angelelli 2004: 29).

Demnach tragen alle GesprächsteilnehmerInnen etwas zur Interaktion bei: die ÄrztInnen bringen ihre wissenschaftlichen Kenntnisse ein, die DolmetscherInnen ihre Dolmetschkenntnisse und die PatientInnen beschreiben ihre Krankheit. Beim ersten Kontakt erhalten alle GesprächsteilnehmerInnen – bevor noch ein Wort geäußert wurde – einen Eindruck von den anderen, basierend auf sozialen Faktoren wie

Geschlecht, Alter und Rasse. Angelelli führt auch die *theory of impression formation* (Theorie der Eindrucksbildung) von Brewer (1988) an, die besagt, dass Menschen zuerst das Ich und die Anderen definieren müssen, bevor sie in Interaktion treten können. Jede/r Einzelne verwendet ein Klassifizierungssystem, welches auf den kulturellen und gesellschaftlichen Hintergründen sowie ethnischer Zugehörigkeit und Geschlecht basiert. Kulturelle Schema schließen insbesondere auch institutionalisierte Settings, also die kulturellen Regeln und Rollen, die befolgt bzw. eingenommen werden sollen, und soziale Settings, also, die Dinge, an die eine Gesellschaft glaubt, ein (vgl. Angelelli 2004: 29).

So erhält jede/r Einzelne einen bestimmten Status. In der Interaktion zwischen ÄrztInnen, DolmetscherInnen und PatientInnen hängt der Status davon ab, wie viel Informationen die jeweiligen Parteien in die Interaktion einbringen. Der Status ist demnach der einflussreichste Faktor in dieser Interaktion (vgl. Angelelli 2004: 32).

Angelelli führt auch die *status generalization theory* (Webster und Foschi 1988) an, die besagt, dass Beziehungen von den sozialen Kategorien, denen wir angehören, sowie deren kulturellen Überzeugungen beeinflusst werden. Das Ich berücksichtigt den Anderen, weil letzterer etwas Bedeutendes für das Ich hat. Dies führt zur Bildung von Hierarchien in der Gruppe. Das bedeutungsvolle Element, das der Andere besitzt, also zum Beispiel Wissen und Informationen, muss für die Gruppe (also für ÄrztInnen, PatientInnen, DolmetscherInnen) auch bedeutungsvoll sein und von ihr geschätzt werden. Wenn dies nicht der Fall ist, so ist kein Status vorhanden, sondern Dominanz (vgl. Angelelli 2004: 32).

Die angeführten Theorien zeigen, dass eine Person alles andere als neutral ist. Sie ist in einer sozialen Interaktion eingebunden, baut zwischenmenschliche Beziehungen auf und verhält sich entsprechend ihren Emotionen, Wahrnehmungen und den gesuchten und erhaltenen Informationen. Da sich diese Theorien auf Personen im Allgemeinen beziehen, schließen sie auch DolmetscherInnen mit ein, da DolmetscherInnen Personen sind und auch am medizinischen Gespräch teilnehmen. Beim Erstkontakt sind auch DolmetscherInnen – genauso wie alle anderen Parteien – all diesen Prozessen unterworfen. DolmetscherInnen sind – wie die einsprachigen Parteien – der Macht, der Dominanz sowie dem hohen bzw. niedrigen Status unterworfen. Im Sinne der

sociological theory sind DolmetscherInnen also weder neutral noch unsichtbar (vgl. Angelelli 2004: 32).

Die *social theory* und die *sociological theory* haben gezeigt, dass die zu dolmetschende Interaktion in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eingebettet ist und dadurch auch eingeschränkt ist, genauso wie die Rolle der an der Interaktion Beteiligten. Das nächste Unterkapitel soll zeigen, dass DolmetscherInnen auch durch ihre eigenen Worte sichtbar werden. Mit Hilfe der linguistischen Anthropologie wird die zwischenmenschliche Rolle von DolmetscherInnen auf Mikroebene beleuchtet (vgl. Angelelli 2004: 32f.).

3.3 *Linguistic Anthropology*

Die linguistische Anthropologie hilft uns, die gedolmetschte Interaktion auf Diskursebene zu analysieren. Im Zusammenhang mit der linguistischen Anthropologie führt Angelelli Hymes *theory of speaking* (1977) (Theorie des Sprechens) an. Laut Hymes setzt sich eine Interaktion aus folgenden Faktoren zusammen: den TeilnehmerInnen (SenderInnen, AdressatInnen etc.), dem Kanal (mündlich oder schriftlich), den von den Beteiligten geteilten Codes (zum Beispiel die Sprache), den Settings, der Form und dem Genre der Interaktion, den Themen und dem kommunikativen Ereignis als solches (vgl. Angelelli 2004: 33).

In einem einsprachigen ärztlichen Gespräch (zum Beispiel einem Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen), ist anzunehmen, dass die ÄrztInnen mit der Art des Redens in ihrer Sprachgemeinschaft (medizinisches Umfeld) vertraut sind, das heißt dass die ÄrztInnen die Sprache ihrer Sprachgemeinschaft fließend sprechen. Dasselbe trifft auf die PatientInnen zu, die einer anderen Sprachgemeinschaft angehören, in der die Art des Sprechens sich von jener der ÄrztInnen unterscheidet. Daher gehören ÄrztInnen und PatientInnen nicht derselben Sprachgemeinschaft an (vgl. Angelelli 2004: 34).

Im Anschluss werden nun die wesentlichsten von Angelelli (2004: 34-40) angeführten Unterschiede zwischen einer monolingualen und einer bilingualen Interaktion mit DolmetscherInnen laut Hymes erläutert:

- *Scene*: Unter *scene* wird der Kommunikationsanlass verstanden. Die DolmetscherInnen stehen in ständiger Interaktion mit den SprecherInnen und ZuhörerInnen. Dadurch ist es möglich, Erklärungen abzugeben. Die DolmetscherInnen können sogar als *gatekeeper* gegenüber den Parteien agieren, falls diese nicht im Stande sind den Kommunikationsanlass zu prüfen.
- *Participants*: Bei einer gedolmetschten Interaktion gibt es drei TeilnehmerInnen, die miteinander ständig in Interaktion stehen. Dies führt dazu, dass gedolmetschte Interaktionen komplexer sind als monolinguale Interaktionen. Zudem übernehmen DolmetscherInnen spontan Rollen, indem sie zum Beispiel den Gesprächsfluss koordinieren oder als KulturmittlerInnen agieren.
- *Purposes and outcomes*: Darunter werden die mit dem Kommunikationsereignis verbundenen Konsequenzen und Zwecke verstanden. Die verschiedene Kultur und Sprache der Gesellschaft sowie der einzelnen InteraktantInnen können die gedolmetschte Interaktion beeinflussen, da nicht zwangsläufig die verschiedenen Überzeugungen und Erwartungen geteilt werden.
- *Message form and content*: Darunter werden die Themen und Inhalte sowie die Ausdrucksformen verstanden. Bei einer gedolmetschten Interaktion versuchen die DolmetscherInnen das Wissen der SprecherInnen zu prüfen. Außerdem haben sie die Möglichkeit, die Themen und Inhalte sowie die Ausdrucksformen der anderen GesprächsteilnehmerInnen zu übermitteln, während sie auch ihre eigenen einbringen.
- *Forms of speech*: Bei einer gedolmetschten Interaktion verwenden die DolmetscherInnen die linguistischen Formen der SprecherInnen und ZuhörerInnen und bringen auch ihre eigenen ein. Die GesprächsteilnehmerInnen können sich nicht in derselben Sprache verständigen. Nur die DolmetscherInnen sind den Sprachen beider GesprächsteilnehmerInnen mächtig.
- *Norms of interaction and norms of interpretation*: Bei einer gedolmetschten Interaktion übermitteln die einsprachigen SprecherInnen Interaktions- und Interpretationsregeln mit Hilfe der DolmetscherInnen, die wiederum eigene Regeln in die Interaktion einbringen was zur Komplexität einer gedolmetschten Interaktion beiträgt.

Die linguistische Anthropologie zeigt, dass jede Gesprächspartei die Kommunikation gestaltet bzw. mitgestaltet und hierbei auch Verantwortung übernimmt. So sind auch DolmetscherInnen aktiv an der Interaktion beteiligt. DolmetscherInnen übermitteln die Nachricht und werden dabei von sprachlichen und sozialen Faktoren beeinflusst (vgl. Angelelli 2004: 42).

Die in diesem Kapitel vorgestellten Theorien zum besseren Verständnis der triadischen Kommunikation sowie der Rolle von DolmetscherInnen in der Interaktion sollten nicht getrennt voneinander, sondern gemeinsam betrachtet werden. Laut diesen drei Theorien bringen alle GesprächsteilnehmerInnen eine Reihe von Dispositionen, Wahrnehmungen und Überzeugungen in die Interaktion ein. Sie übernehmen auch eine Rolle, tragen Verantwortung und ihre Interaktion wird von den Institutionen und der Gesellschaft beeinflusst. Jede/r GesprächsteilnehmerIn, die/der mit anderen Parteien in Interaktion steht, wird zu einem/r wichtigen AkteurIn in der Gestaltung der Kommunikation. Sie müssen also den Einfluss der Institutionen und der Gesellschaft, in der die Interaktion stattfindet, balancieren (vgl. Angelelli 2004: 42f.).

Dieses Kapitel hat einen Überblick über die triadische Kommunikation gegeben. Durch die Erläuterung der Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen und der kurzen Einführung in Theorien der Soziologie wurde schon ein kleiner Einblick in die Rolle von DolmetscherInnen, vor allem betreffend Sichtbarkeit und Neutralität, gewährt, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

4. Rolle von DolmetscherInnen im medizinischen Bereich

Dieses Kapitel soll Aufschluss darüber geben, ob DolmetscherInnen bei medizinischen Gesprächen nun sichtbar oder unsichtbar sind. Ausgehend von einer kurzen Erklärung des Konzepts der Unsichtbarkeit, wird auf Wadensjös Rollenauffassung eingegangen und diese mit Angelellis *visible model* in Zusammenhang gesetzt. Um die Rolle von DolmetscherInnen zu veranschaulichen, wird in Folge die von Angelelli im Jahr 2004 durchgeführte Studie über die Sichtbarkeit von DolmetscherInnen beschrieben. Angelelli (2004) verwendete verschiedene Methoden, um Daten zu sammeln. Einerseits beruhen die Ergebnisse der Studie auf Beobachtungen gedolmetschter Interaktionen in einem Krankenhaus in Kalifornien, andererseits auf Umfragen mittels Fragebögen sowie auf Interviews mit DolmetscherInnen über ihre Rollenauffassung.

In der Literatur wird oft der Frage nachgegangen, ob DolmetscherInnen neutral und unsichtbar sind. Unsichtbarkeit bedeutet, dass DolmetscherInnen und RednerInnen sowie die RednerInnen untereinander nicht in Interaktion miteinander stehen und die Rolle der DolmetscherInnen nur jene eines Sprachrohrs ist. Zudem heißt dies, dass die gedolmetschte Interaktion in einem sozialen Vakuum stattfindet, da die von den DolmetscherInnen und RednerInnen in die Interaktion eingebrachten sozialen und kulturellen Faktoren nicht berücksichtigt werden (vgl. Angelelli 2004: 8).

Diesem Konzept der Unsichtbarkeit steht das Konzept der sichtbaren DolmetscherInnen gegenüber. Laut Wadensjö nehmen DolmetscherInnen aktiv an der Kommunikation teil. Sie beschreibt die Kommunikation als *communicative pas de trois* (vgl. Wadensjö 1998: 12). Wadensjö zufolge (1998: 195) kommen den DolmetscherInnen zwei miteinander verbundene Aufgaben zu: Sie dolmetschen nicht nur das Gesagte, sondern sie koordinieren auch den Gesprächsfluss:

In an interpreter-mediated conversation, the progression and substance of talk, the distribution of responsibility for this among co-interlocutors, and what, as a result of interaction, becomes mutual and shared understanding – all will to some extent depend on the interpreter's words and deeds. (Wadensjö 1998: 195)

Daraus geht eindeutig hervor, dass DolmetscherInnen aufgrund ihrer Doppelrolle die Macht haben, den Gesprächsverlauf zu beeinflussen, da sie nicht nur TeilnehmerInnen an, sondern auch KoordinatorInnen der Interaktion sind (vgl. Wadensjö 1998: 195). Die oben angeführten Theorien (vgl. Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit) haben dies bestätigt.

4.1 Angelellis *visible model*

Angelelli (2004) beschäftigt sich auch mit der Frage, ob DolmetscherInnen neutral und unsichtbar sind. Sie führt an, dass DolmetscherInnen nicht nur sprachlich gesehen sichtbare InteraktionspartnerInnen sind, sondern auch, weil sie soziale und kulturelle Faktoren in die Interaktion einbringen. Die Ansichten der DolmetscherInnen bezüglich Macht, Status, Solidarität, Geschlecht, Alter, Rasse, ethnischer Zugehörigkeit, Nationalität, sozio-ökonomischer Status sowie kultureller Normen und sozialen Hintergrund stehen in Interaktion mit den Auffassungen der beteiligten Parteien. Laut Angelellis Modell der sichtbaren DolmetscherInnen (*visible model*) findet eine durch DolmetscherInnen vermittelte Kommunikation nicht in einem sozialen Vakuum statt. Es gibt unzählige soziale sowie institutionelle Faktoren, die Einfluss auf die Interaktion haben. DolmetscherInnen sind demnach mächtige Gesprächsparteien, die das Ergebnis des Gesprächs maßgeblich beeinflussen können, indem sie zum Beispiel den Zugang zu Informationen erleichtern oder Möglichkeiten aufzeigen (vgl. Angelelli 2004: 9).

Die Sichtbarkeit der DolmetscherInnen ist nicht nur sprachlich gesehen von hoher Bedeutung, sondern sie ist auch notwendig, um kulturelle Unterschiede sowie Sprachbarrieren zu überwinden, den Inhalt der Botschaft sowie deren Nuance zu übermitteln, Vertrauen zwischen den beteiligten Gesprächsparteien herzustellen, den gegenseitigen Respekt zu erleichtern, den Parteien die Befangenheit während des Gesprächs zu nehmen, mehr Gleichgewicht bzw. Ungleichgewicht während des Gesprächs zu schaffen, Partei für eine Gesprächspartei zu ergreifen und um die Informationen zu übermitteln (vgl. Angelelli 2004: 11). Um dies zu veranschaulichen, beschreibt Angelelli (2004: 11) mit Belegen aus der Literatur, wie sich die Sichtbarkeit von DolmetscherInnen äußern kann. DolmetscherInnen werden sichtbar, wenn sie sich selbst vorstellen und sich als Gesprächspartei positionieren. Somit werden sie zu TeilnehmerInnen an der Kommunikation und gestalten diese auch mit. Die Sichtbarkeit

von DolmetscherInnen manifestiert sich ferner, wenn sie Kommunikationsregeln aufstellen und den Informationsfluss koordinieren, wenn sie Termini und Konzepte paraphrasieren oder erklären, wenn sie die Botschaft an die jeweiligen Sprachregister anpassen oder wenn sie sich dazu entscheiden, manche Informationen nicht zu übermitteln. Außerdem ist die aktive Teilnahme von DolmetscherInnen am Gespräch auch ersichtlich, wenn sie sich auf die Seite einer Partei stellen oder anstelle einer Partei in die Interaktion treten (vgl. Angelelli 2004: 11).

Angelelli (2004) führte eine Studie über die Sichtbarkeit von DolmetscherInnen in einem Krankenhaus in Kalifornien durch, indem sie dort tätige DolmetscherInnen mit Hilfe von Fragebögen und Interviews über die Auffassung ihrer Rolle befragte sowie gedolmetschte Interaktionen analysierte. Als Ausgangspunkt dienten die zuvor genannten Merkmale von „sichtbaren“ DolmetscherInnen (vgl. Angelelli 2004: 61). Der Grad der Sichtbarkeit wird dadurch gemessen, ob in einer gedolmetschten Interaktion nur die originalen Botschaften der beiden Parteien, die originalen Botschaften und die von den DolmetscherInnen produzierten Texte oder nur die von den DolmetscherInnen produzierten Texte übermittelt werden (vgl. Angelelli 2004: 76).

Angelelli führt an, dass die Sichtbarkeit zu Beginn und am Ende der gedolmetschten Interaktion sehr ritualisiert ist. Wenn DolmetscherInnen nicht von den ÄrztInnen vorgestellt werden, so tun sie dies selber. Am Ende der Interaktion haben die DolmetscherInnen schon eine Beziehung zu den PatientInnen aufgebaut, die beendet werden muss, so wie dies von allen TeilnehmerInnen der Interaktion erwartet wird. Zu Beginn und am Ende der gedolmetschten Interaktion ergreifen DolmetscherInnen also das Wort und begrüßen und verabschieden sich nach den jeweiligen kulturellen Normen. Hierbei sind DolmetscherInnen also sichtbar, wenn auch nur begrenzt (vgl. Angelelli 2004: 76-85).

Einen hohen Grad an Sichtbarkeit weisen DolmetscherInnen während der Anamnese, der Untersuchung der PatientInnen, der Diagnose und der Besprechung der Einzelheiten bezüglich der Behandlung oder der weiteren Untersuchungen auf (vgl. Angelelli 2004: 85). Diese Sichtbarkeit äußert sich zum Beispiel, wenn DolmetscherInnen Antworten auf Fragen in Erfahrung bringen, Aussagen zusammenfassen oder erweitern, das Verständnis sichern und Fachtermini erklären, Kulturunterschiede überbrücken, Partei für eine Gesprächspartei ergreifen oder wenn sie

eine Gesprächspartei in der Interaktion ersetzen. Je häufiger DolmetscherInnen einen eigenen Text produzieren, desto sichtbarer sind sie (vgl. Angelelli 2004: 102).

Angelelli führt weiter an, indem sie sich auf Hymes bezieht, dass die Zielsetzungen der an einer gedolmetschten Interaktion beteiligten Parteien sehr unterschiedlich sind. Dies wird insbesondere in den oben genannten Phasen der ärztlichen Untersuchung ersichtlich. PatientInnen benötigen ärztliche Hilfe, ÄrztInnen möchten ihr Fachwissen und ihre Expertise zur Verfügung stellen und DolmetscherInnen müssen den Parteien helfen, ihre jeweiligen Zielsetzungen zu erreichen. Die Zielsetzungen sind aber nicht die einzigen Dinge die sich unterscheiden. Die verschiedenen Parteien treten auch mit unterschiedlichen Erwartungen in die Interaktion ein. PatientInnen möchten, dass ihnen zugehört wird, ÄrztInnen möchten die notwendigen Informationen erhalten, damit eine Diagnose erstellt und Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden können und die DolmetscherInnen möchten den einsprachigen Parteien helfen, miteinander zu kommunizieren. PatientInnen haben jedoch oft Angst und verstehen die von den ÄrztInnen verwendete Fachterminologie nicht. ÄrztInnen stehen oft unter Zeitdruck, sind nicht in der Lage eine einfache Sprache gegenüber PatientInnen zu verwenden und sind oft auch nicht mit der Kultur der PatientInnen vertraut. Es liegt also an den DolmetscherInnen diese verschiedenen Zielsetzungen und Erwartungen zu organisieren und koordinieren (vgl. Angelelli 2004: 86).

Angelelli (2004) führte im Rahmen ihrer Studie auch Interviews mit DolmetscherInnen durch und befragte sie unter anderem über ihre Rolle. Einige der befragten DolmetscherInnen haben Metaphern verwendet, um ihre Rolle zu beschreiben. Diese verschiedenen Metaphern werden nun näher erläutert.

4.1.1 *Interpreters as detectives*

Wie aus der Studie von Angelelli (2004) hervorgeht, geben PatientInnen auf Fragen der ÄrztInnen nicht immer die gewünschten Antworten. Manchmal wurden DolmetscherInnen sogar aufgefordert, selber Fragen zu formulieren, um so die gewünschten Antworten zu erhalten. Somit agieren sie als Detektive, da sie die PatientInnen befragen und darauf hoffen, die richtigen Antworten zu erhalten. Aus Sicht

der DolmetscherInnen ist dies eine enorme Verantwortung, die ihnen übertragen wird, da nicht nur die ÄrztInnen von den Antworten abhängig sind, um geeignete Schritte einzuleiten, sondern auch, weil es keine Leitlinien für die Befragung gibt, an die sich die DolmetscherInnen halten können. Falls notwendig, übernehmen die DolmetscherInnen diese Rolle, da ihr Hauptziel, wie das von allen guten Detektiven, darin besteht, den „Fall“ zu lösen (vgl. Angelelli 2004: 129f.).

4.1.2 *Interpreters as multi-purpose bridges*

DolmetscherInnen sind ein wichtiger Bestandteil eines kulturübergreifenden ärztlichen Gesprächs. Sie sind die einzige Gesprächspartei, die sprachlich und kulturell die Äußerungen der beiden anderen Gesprächsparteien verstehen. Auch wenn ÄrztInnen Wissen besitzen, um PatientInnen zu helfen, können sie dies nur, wenn sie über die Krankheitsgeschichte der PatientInnen Bescheid wissen. Daher sind sie von den DolmetscherInnen abhängig. PatientInnen hingegen haben die Antworten, um das Wissen der ÄrztInnen zu vervollständigen. Um jedoch Zugang zum Wissen und zu der Expertise der ÄrztInnen zu erhalten, benötigen sie die Hilfe von DolmetscherInnen. DolmetscherInnen helfen demnach jeder Partei Zugang zu den notwendigen Informationen zu erhalten, indem sie die Botschaft übermitteln und dabei sprachliche und kulturelle Eigenheiten berücksichtigen (vgl. Angelelli 2004: 130).

Heutzutage sind ÄrztInnen ständig unter Zeitdruck und daher sind die ärztlichen Untersuchungen vor allem auf Effizienz ausgerichtet, wobei der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wenig Beachtung geschenkt wird, obwohl es einfacher ist Informationen über die Krankheitsgeschichte der PatientInnen zu erhalten, wenn Vertrauen zwischen den Parteien vorhanden ist. DolmetscherInnen sind oft bereit, sich die Geschichten der PatientInnen anzuhören. Sie können auch die kulturellen Ansichten beider Parteien koordinieren und somit kulturelle Unterschiede überbrücken. Die befragten DolmetscherInnen betrachten es auch als ihre Aufgabe, den Parteien kulturelle Unterschiede zu erklären oder, falls diese nicht relevant sind, wegzulassen, ohne die Parteien darauf aufmerksam zu machen (vgl. Angelelli 2004: 130).

4.1.3 *Interpreters as diamond connoisseurs*

Die Krankheitsgeschichten der PatientInnen sind sehr unterschiedlich und beinhalten üblicherweise relevante, weniger relevante und irrelevante Informationen. DolmetscherInnen müssen daher die wichtigen Informationen von den unwichtigen trennen (vgl. Angelelli 2004: 131). Angelelli beschreibt diese Metapher folgendermaßen: „In the telling of the story, the patient opens up a bag full of rocks, diamonds, and dirt.“ (Angelelli 2004: 131) Hierbei werden unter „diamonds“ die wichtigen und unter „rocks“ die irrelevanten Informationen verstanden. „Dirt“ beschreibt die Dinge, die benötigt werden, damit ein Gespräch entstehen kann. Angelelli führt weiter aus, dass anfangs Informationen als unwichtig erscheinen mögen, aber im Laufe des Gesprächs diese Informationen zu „Diamanten“ werden können. DolmetscherInnen tragen daher eine große Verantwortung, wenn sie „diamonds“ von „rocks“ und „dirt“ herausfiltern müssen (vgl. Angelelli 2004: 131).

4.1.4 *Interpreters as miners*

Wie schon oben erwähnt, erzählen manche PatientInnen gerne ihre Krankheitsgeschichte. Andere wiederum sind nicht bereit, den DolmetscherInnen die gewünschten Informationen sofort zukommen zu lassen. DolmetscherInnen müssen zusätzlich zu den schon genannten Aufgaben Wege finden, um die gewünschten Informationen zu erhalten und übernehmen daher die Rolle der „BergarbeiterInnen“, da sie nach dem „Gold“ suchen müssen. Viele PatientInnen sind nicht sonderlich kooperativ und fühlen sich durch all diese Fragen unter Druck gesetzt. Darüber hinaus verstehen sie oft nicht, warum sie auf Fragen zu ihrer Krankheitsgeschichte antworten müssen oder sie wissen die Antworten auf diese Fragen einfach nicht. Die Aufgabe von DolmetscherInnen ist es also auch, dieselben Fragen auf verschiedene Weisen zu stellen und zwar solange bis sie das „Gold“ finden (vgl. Angelelli 2004: 131f.).

Angelellis Studie (2004) zeigt, dass DolmetscherInnen eine Reihe von komplexen Aufgaben und somit auch viel Verantwortung übernehmen. Sie stehen zudem vor enormen Herausforderungen, die sie bewältigen müssen (vgl. in diesem Zusammenhang auch Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit). Durch Beobachtung von gedolmetschten

Interaktionen sowie durch Befragungen mit Hilfe von Fragebögen und Interviews mit DolmetscherInnen wurde versucht, ihre Rolle zu beschreiben. Angelelli ist zu dem Schluss gekommen, dass DolmetscherInnen sehr wohl sichtbare Geschöpfe sind und somit aktiv an der Interaktion teilnehmen. Angelelli führt jedoch auch an, dass noch unklar ist, welche Auswirkungen die Interventionen von DolmetscherInnen haben (vgl. Angelelli 2004: 137).

Die Anwesenheit von DolmetscherInnen kann sich positiv oder negativ auf das medizinische Gespräch auswirken. Von den Gesundheitseinrichtungen wird es oft als nachteilig empfunden, dass gedolmetschte Gespräche länger dauern als monolinguale Gespräche. PatientInnen hingegen fühlen sich manchmal von DolmetscherInnen bevormundet, auch wenn sie auf diese angewiesen sind. Um von den Vorteilen von DolmetscherInnen bestmöglich profitieren zu können, sollten MitarbeiterInnen der Gesundheitseinrichtungen über kulturelle Probleme, die im medizinischen Bereich auftreten können, sowie über die Arbeit mit DolmetscherInnen aufgeklärt werden. Dies würde nicht nur die Länge der gedolmetschten Gespräche verkürzen, sondern auch ihre Effizienz steigern und Missverständnissen vorbeugen (vgl. Angelelli 2004: 138).

Das Gegenteil dieses *visible model*, wie schon zu Beginn dieses Kapitels erläutert, sind DolmetscherInnen, die die Informationen in einer anderen Sprache nur wiederholen und nicht sicherstellen, dass die andere Partei diese auch verstanden hat. Sie folgen dem Gesprächsverlauf (anstatt ihn zu kontrollieren) und lassen Unterschiede in den Sprachregistern außer Acht. Das Ziel dieser DolmetscherInnen ist es nicht, den Parteien Zugang zu den Informationen zu gewähren und kulturelle Unterschiede zu überwinden. Stattdessen vermitteln diese DolmetscherInnen die Informationen nur auf sprachlicher Ebene (vgl. Angelelli 2004: 11). Diese Meinung vertritt Angelelli, wie oben erläutert, nicht. DolmetscherInnen dekodieren und kodieren nicht einfach die Botschaft, um Kommunikationsprobleme zu überwinden. Ihre Rolle geht über die des Sprachrohrs hinaus, denn durch das Zusammenspiel von sozialen Faktoren gestalten DolmetscherInnen den Kommunikationsprozess mit und nehmen somit aktiv an der Kommunikation teil (vgl. Angelelli 2004: 67).

Wie nun im Speziellen mit Nichtdeutschsprachigen in Krankenhäusern kommuniziert wird und wer als DolmetscherIn agiert, ist Gegenstand des nächsten Kapitels.

5. Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen im Krankenhaus

Die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen im Krankenhaus stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Darum widmet sich dieses Kapitel den verschiedenen Kommunikationsmöglichkeiten mit solchen PatientInnen. Vorweg ist aber klarzustellen, wer mit der Bezeichnung „Nichtdeutschsprachige“ gemeint ist. In der vorliegenden Arbeit wird diese Bezeichnung im Sinne von Pöchhacker's Definition verwendet: Nichtdeutschsprachige sind „PatientInnen, die sich nur schwer oder gar nicht auf Deutsch verständigen können.“ (Pöchhacker 2000a: 153)

Pöchhacker (2000a: 142) gibt mit Belegen aus der Literatur eine Übersicht über die verschiedenen Möglichkeiten wie Kommunikationsprobleme überwunden werden können. Eine Option der Verständigung stellt der Einsatz von zweisprachigem Fachpersonal dar. Pöchhacker hebt hervor, dass nur die fachliche, jedoch nicht die sprachliche und kulturelle Kompetenz von diesem Personal überprüft wird, wodurch wieder Kommunikationsprobleme entstehen können.

Ferner kann eine erfolgreiche Kommunikation mit Hilfe von geschultem Beratungspersonal zusätzlich zum ärztlichen Personal herbeigeführt werden (vgl. Pöchhacker 2000a: 142).

Eine weitere Option besteht im Einsatz von schriftlichem Informationsmaterial, das heißt, dass Formulare sowie Informationen zur medizinischen Behandlung in den Sprachen der PatientInnen verfügbar sind. Es können jegliche schriftliche Informationen jedoch nur unterstützend verwendet werden und ersetzen keinesfalls die mündliche Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Dasselbe gilt für vorgefertigte Fragensammlungen, die die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen erleichtern sollen (vgl. Pöchhacker 2000a: 142).

Außerdem muss bedacht werden, dass es auch heutzutage noch immer viele AnalphabetInnen gibt, die keinen Zugang zu den schriftlichen Informationen haben (vgl. Tuffnell et al. 1994: 992). Moriyama et al. (1994: 387) waren sich dessen bewusst und entwarfen daher Symbole für 26 verschiedene Symptome, um so eine erfolgreiche Kommunikation zu ermöglichen.

Eine andere Möglichkeit, um Sprachbarrieren zu überwinden, ist der Einsatz moderner Computertechnologien, die Fragen, Erklärungen oder Anweisungen automatisch in der benötigten Sprache generieren. (vgl. Gunby 1995: 1002).

Zudem besteht die Option, DolmetscherInnen zu bestellen, die durch konsekutives oder simultanes Flüsterdolmetschen eine erfolgreiche Kommunikation herbeiführen. Aber auch dem Telefondolmetschen wird immer mehr Bedeutung beigemessen, wobei konsekutiv gedolmetscht wird und häufig auch ein visueller Kanal zur Verfügung steht (vgl. Pöchhacker 2000a: 143).

Aus diesem Kapitel geht hervor, dass es viele Möglichkeiten gibt, um eine effiziente und erfolgreiche Kommunikation mit anderssprachigen PatientInnen zu ermöglichen. Laut Pöchhacker hängt die Art und Weise wie in Krankenhäusern mit Anderssprachigen kommuniziert wird aber weitgehend von der verfolgten Integrationspolitik sowie der Gesundheits- und Sozialpolitik des jeweiligen Landes ab (vgl. Pöchhacker 2000a: 141). Die bestehenden Kommunikationsmöglichkeiten reichen daher von zweisprachigem Fachpersonal und geschultem Beratungspersonal über schriftliches Informationsmaterial und vorgefertigte Fragensammlungen bis hin zum Einsatz von professionellen DolmetscherInnen. Es muss jedoch auch festgehalten werden, dass vor allem in diesem Bereich natürliche DolmetscherInnen zum Einsatz kommen, auf die nun näher eingegangen wird.

5.1 Natürliche DolmetscherInnen

Das Dolmetschen im Gesundheitsbereich hebt sich von anderen Dolmetscharten, wie zum Beispiel dem Konferenzdolmetschen oder dem Gerichtsdolmetschen, ab, da hierbei oft natürliche DolmetscherInnen zum Einsatz kommen. Nicht selten werden Familienmitglieder, Verwandte, zweisprachiges Personal, Reinigungspersonal oder auch Kinder eingesetzt, um Sprachbarrieren zu überwinden (vgl. Pöllabauer ²2002a: 199f.).

Laut Pöchhacker (2004: 22) versteht man unter natürlichen DolmetscherInnen oder LaiendolmetscherInnen, so wie sie auch oft genannt werden, zweisprachige

Personen, die zum Dolmetschen herangezogen werden, aber keine entsprechende Ausbildung dafür haben.

Auch Harris und Sherwood (1978: 155) verstehen unter der Bezeichnung natürliche DolmetscherInnen: „The translating done in everyday circumstances by people who have had no special training for it.“

Pöchhacker (2004: 22f.) führt an, dass es auch heute noch gang und gäbe ist, natürliche DolmetscherInnen einzusetzen, da oft nur mit deren Hilfe eine Kommunikation zustande kommen kann. Meist müssen hierbei Kinder von ImmigrantInnen oder gehörlosen Eltern dolmetschen (vgl. Punkt 5.2 der vorliegenden Arbeit). Erst als ein Bewusstsein dafür entstand, dass für das Dolmetschen mehr Kenntnisse erforderlich sind, wie zum Beispiel Sach- und Kulturkenntnisse oder Dolmetschkenntnisse, wurden vermehrt professionelle DolmetscherInnen eingesetzt.

Das folgende Zitat von Carr verdeutlicht, welche Probleme der Einsatz von natürlichen DolmetscherInnen mit sich bringen kann.

Thus, we often have the anomaly of an abusive husband interpreting for the victim of his abuse, or an anxious ten-year old obliged to interpret to his mother the rationale and procedures for a frightening test the child must undergo. (Carr 1997: 271f.)

Dieses Zitat zeigt, dass Personen zum Dolmetschen herangezogen werden, die dafür nicht geeignet sind, da in diesem Fall zum Beispiel die Möglichkeit besteht, dass der Ehemann die Aussagen des Opfers falsch wiedergibt. Dieses Zitat hebt weiter hervor, dass Kinder oft gezwungen werden, als DolmetscherInnen zu agieren, was jedoch die Psyche des Kindes enorm belasten kann.

Durch den Einsatz von natürlichen DolmetscherInnen kann den PatientInnen keine effiziente und adäquate Betreuung garantiert werden, da die sprachliche, fachliche und kulturelle Kompetenz derartiger DolmetscherInnen kaum überprüft werden kann. Für MitarbeiterInnen der Gesundheitseinrichtungen besteht die Gefahr, dass sie das Gespräch nicht mehr kontrollieren können, da die natürlichen DolmetscherInnen den Gesprächsverlauf bestimmen (vgl. Pöllabauer 2003: 23).

Außerdem ist es natürlichen DolmetscherInnen häufig nicht möglich, neutral zu bleiben, da sie oft versuchen als HelferInnen zu fungieren. Somit überschreiten sie ihre

Aufgabe als DolmetscherInnen. Sie versuchen zum Beispiel Schwächere zu unterstützen und ihnen Entscheidungen abzunehmen (vgl. Pöllabauer 2002b: 291).

Falls keine zweisprachige Person anwesend ist, wird oft auf andere Mittel zurückgegriffen, wie Gestikulieren, Mimik, Bilder und übersetzte Broschüren sowie auf das vereinfachte Pidgin-Deutsch, wobei keine erfolgreiche Kommunikation garantiert werden kann. Die Tatsache, dass nicht kontrolliert werden kann, wie viel und ob die PatientInnen alles verstanden haben, kann zu schwerwiegenden Folgen führen, vor allem, wenn es um die Aufklärung vor chirurgischen Eingriffen oder um Informationen zur Medikamenteneinnahme oder Medikamentenunverträglichkeit geht (vgl. Pammer 2000: 12).

Die Öffentlichkeit ist sich noch immer nicht bewusst, dass es nicht nur unprofessionell, sondern auch inakzeptabel ist, natürliche DolmetscherInnen einzusetzen, da dies zu gravierenden Nachteilen für die Betroffenen führen kann. Außerdem kann durch deren Einsatz weder eine Qualitätskontrolle noch die Einhaltung von Verhaltens- und Berufskodizes garantiert werden (vgl. Pöllabauer 2003: 21).

Der Einsatz von natürlichen DolmetscherInnen kann gerade im medizinischen Bereich schwerwiegende Konsequenzen mit sich bringen. Im schlimmsten Fall kann dies zum Ableben von PatientInnen führen (vgl. Smirnov 1997: 215). Es darf auch nicht vergessen werden, dass das medizinische Personal für ihre Diagnosen verantwortlich ist und im Falle von Fehldiagnosen oder –therapien zur Rechenschaft gezogen werden kann (vgl. Pammer 2000: 12).

In der Medizin herrscht jedoch noch immer der Irrglaube, dass bilinguale Menschen in der Lage sind, eine reibungslose Kommunikation herbeizuführen (vgl. Pöllabauer 2003: 22).

Ein Berufsdolmetscher sollte nach Möglichkeit bei Sprachproblemen hinzugezogen werden. Neben Berufsdolmetschern können Angehörige und Bekannte des Patienten zum Übersetzen herangezogen werden. Oftmals lässt sich auch im Krankenhausumfeld eine Person finden, die die jeweilige Sprache des Patienten spricht. (Kellnhauser und Schewior-Popp 1999: 66)

Dieses Zitat hebt hervor, dass in Gesundheitseinrichtungen oft noch die Ansicht vertreten wird, dass natürliche DolmetscherInnen ausreichen, um eine effiziente und erfolgreiche Kommunikation zu ermöglichen. Dies trifft auch auf Österreich zu. Während in Österreich beim Gerichtsdolmetschen nur professionelle DolmetscherInnen, also beeidete und gerichtlich zertifizierte DolmetscherInnen, zum Einsatz kommen (vgl. Kadrić ²2006: 62), hat sich dies in den österreichischen Gesundheitseinrichtungen noch nicht durchgesetzt. Dies wurde auch anhand einer von Pöchhacker und Kadrić (1999) durchgeführten Studie verdeutlicht, die nun im Folgenden näher beschrieben wird.

Pöchhacker und Kadrić (1999) führten eine Fallstudie in einem Wiener Krankenhaus durch. Sie beschrieben und analysierten ein Gespräch zwischen zwei Logopädinnen, einem 10-jährigen Patienten und seinen Eltern. Als Dolmetscherin agierte eine Serbisch sprechende Reinigungskraft. Das Ziel dieser Untersuchung war es, die Rolle und das Verhalten dieser natürlichen Dolmetscherin zu analysieren. Pöchhacker und Kadrić kamen zu dem Schluss, dass die Reinigungskraft ihre Rolle als Dolmetscherin nicht als solche wahrnahm. So musste sie des Öfteren von den Logopädinnen zum Dolmetschen aufgefordert werden und verwendete daraufhin die indirekte Rede. Es wurde weiter festgestellt, dass die Dolmetscherin Elemente zu den Aussagen hinzufügte, einige wegließ oder auch vieles anders wiedergab. So wurden zum Beispiel manche Aussagen der Logopädinnen als Befehle wiedergegeben. Außerdem wurde ersichtlich, dass sich die Dolmetscherin auch in die Rolle der Co-Therapeutin begab, indem sie selber Anweisungen erteilte (vgl. Pöchhacker und Kadrić 1999: 161-173). Pöchhacker und Kadrić schlussfolgerten, dass die Logopädinnen die Kontrolle über das Gespräch verloren hatten, da sie nicht mehr in der Lage waren, die Qualität und die Effizienz ihrer Arbeit sicherzustellen. Sie fügen auch hinzu, dass eine derartige Situation, so wie es sie in dieser Studie gab, Routine in Wiener Krankenhäusern ist. Die Gesundheitseinrichtungen sollten sich daher bewusst werden, dass mit Hilfe von natürlichen DolmetscherInnen keine qualitativ hochwertige und effiziente Kommunikation gewährleistet werden kann (Pöchhacker und Kadrić 1999: 177).

Dieses Unterkapitel hat einen Einblick in die gängige Praxis bei der Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen gegeben. Es werden in diesem

Bereich vor allem natürliche DolmetscherInnen eingesetzt, was zu einer Vielzahl von Problemen führen kann. Heutzutage besteht noch immer kein Bewusstsein dafür, dass natürliche DolmetscherInnen die Kommunikation auf vielerlei Weise beeinflussen und somit das Gespräch steuern. Dies wurde auch in der Studie von Pöchlhammer und Kadrić (1999) verdeutlicht. Umso erschreckender ist es, dass auch Kinder als DolmetscherInnen fungieren, womit sich das nächste Unterkapitel ausführlich beschäftigt.

5.2 Kinder als DolmetscherInnen

Kuljuh (2003: 145ff.) hebt hervor, dass Kinder nicht nur die Sprache des Gastlandes im Allgemeinen schneller als ihre Eltern lernen, sondern sie auch das Wertesystem und die Mentalität besser verstehen und schneller damit vertraut werden. Dies ist auch der Grund, warum Kinder häufig als DolmetscherInnen für ihre Eltern eingesetzt werden. Ihnen wird Verantwortung übertragen, die eigentlich den Eltern zukäme. Der Einsatz von Kindern als DolmetscherInnen kann im medizinischen Bereich zu problematischen Situationen führen, wenn sie zum Beispiel Diagnosen für ihre Eltern dolmetschen müssen. Dies kann zu Verlustängsten führen, da sie befürchten einen Elternteil zu verlieren. Ein weiteres Problem besteht darin, dass Kinder weder mit den medizinischen Fachausdrücken vertraut sind noch deren Bedeutung oder die Termini in der Muttersprache kennen. Zudem müssen Kinder auch dolmetschen, wenn sie selbst die PatientInnen sind, was während des Gesprächs oder auch erst danach zu psychosomatischen Störungen bei den Kindern führen kann. Kinder werden demnach oft gezwungen, die Erwachsenenrolle zu übernehmen. Einerseits besteht dadurch die Gefahr, dass sie sich überfordert fühlen, da sie über Krankheiten in der Familie Bescheid wissen, andererseits kann ihnen die Dolmetschrolle auch mehr Selbstwertgefühl geben, da sie ihren Eltern helfen können. Eltern hingegen haben oft das Gefühl von ihren Kindern abhängig zu sein, es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass sie stolz auf sie sind.

Pöllabauer (2003: 24) hebt darüber hinaus auch hervor, dass Kinder, die als DolmetscherInnen fungieren, aus ihrer unbeschwerten Welt herausgerissen werden und ihre Kindheit nicht mehr genießen können, da sie das Gefühl haben, ihre Eltern

beschützen zu müssen, wenn sie zum Beispiel für sie medizinische Diagnosen dolmetschen müssen.

Das Gesundheitspersonal ist sich oft nicht über die emotionale Belastung, die die Kinder bewältigen müssen, bewusst. Falls Kinder als DolmetscherInnen eingesetzt werden – was natürlich nicht wünschenswert ist – ist ein nachbereitendes Gespräch mit den Kindern dringend vonnöten (vgl. Kuljuh 2003: 146f.).

Pöchhacker (2000b) hat sich die Frage gestellt, inwiefern Kinder, die als natürliche DolmetscherInnen agieren, die Dolmetschtätigkeit bewerkstelligen können. Hierfür führte er eine Studie durch, bei der er die Dolmetschtätigkeit einer Jugendlichen anhand einer Videoaufnahme eines Gespräches zwischen einer Logopädin und einer türkischen Familie, die aufgrund von Problemen der Sprachentwicklung ihrer zweieinhalbjährigen Tochter Rat suchten, in einem Wiener Krankenhaus beschrieb und er untersuchte ob die Tätigkeit dieser natürlichen Dolmetscherin ihre Zwecke erfüllt. Als Dolmetscherin fungierte die sechzehnjährige Nichte der Mutter (vgl. Pöchhacker 2000b: 154-157). Pöchhackers Analyse ergab, dass nicht nur Probleme bei der Dolmetschung der getätigten Äußerungen entstanden, sondern auch bezüglich der Rollenauffassung seitens der Dolmetscherin. So hat diese zahlreiche Äußerungen trotz Aufforderung seitens der Logopädin nicht gedolmetscht und auf Fragen der Logopädin oft selbst geantwortet. Darüber hinaus wurden die Aussagen ungenau und unvollständig übermittelt, was Verwirrung stiftete. Die Tatsache, dass auch keine Kulturspezifika erklärt wurden, führte zu einer sehr angespannten Situation (vgl. Pöchhacker 2000b: 172f.). Pöchhacker kam zur Schlussfolgerung, dass die Dolmetschung der Sechzehnjährigen weder zweckgemäß noch professionell war. Durch den Einsatz professioneller DolmetscherInnen wäre es sehr wohl möglich gewesen, sowohl die Sprach- als auch Kulturbarrieren erfolgreich zu überwinden (vgl. Pöchhacker 2000b: 177). Pöchhackers Fallstudie zeigt daher sehr deutlich, dass das Dolmetschen als „(...) eine an Professionalisierung gebundene Expertentätigkeit zu sehen und Dolmetschen eben doch *kein Kinderspiel* ist.“ (Pöchhacker 2000b: 178)

Aus diesem Kapitel geht hervor, dass es weder adäquat noch professionell ist, natürliche DolmetscherInnen einzusetzen. Sie haben nicht nur Defizite was ihre sprachliche, fachliche und kulturelle Kompetenz betrifft, sondern sie haben auch Probleme ihre

Rolle zu definieren. Die zwei vorgestellten Studien haben dies auch verdeutlicht. Sie haben weiter hervorgehoben, dass es unumgänglich ist, professionelle DolmetscherInnen einzusetzen, um eine erfolgreiche und effiziente Kommunikation garantieren zu können. Das folgende Zitat von Reisinger bringt die von vielen Seiten gestellte Forderung auf den Punkt: „Ein professioneller Arzt braucht einen professionellen Dolmetscher.“ (Reisinger 2003: 139) Der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen bringt eine Vielzahl von Vorteilen mit sich. Die Kosten der DolmetscherInnen sind zwar höher, jedoch lohnt es sich, wenn man den Ausgang der Gespräche betrachtet. Gespräche mit professionellen DolmetscherInnen sind nicht nur kürzer und effizienter im Vergleich zu jenen, die mit Hilfe von natürlichen DolmetscherInnen oder schlecht ausgebildeten DolmetscherInnen geführt werden, sondern es können so auch Folgeuntersuchungen sowie Folgegespräche aufgrund von Fehldiagnosen vermieden werden (vgl. Pöllabauer 2003: 26).

Inwiefern diese Einstellung in Österreich vertreten wird und wie mit Nichtdeutschsprachigen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen kommuniziert wird, ist Gegenstand des nächsten Kapitels.

6. Dolmetschen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen

In Österreich hat das Kommunal Dolmetschen mit mangelnder Anerkennung zu kämpfen. Pöchlhammer beschreibt dies sehr treffend: Er setzt das Konferenzdolmetschen mit der „ersten Welt“ gleich und das Kommunal Dolmetschen mit der „dritten Welt“, wobei die „erste Welt“ auf die „dritte Welt“ hinab blickt. Diese Metapher verdeutlicht, wie das Kommunal Dolmetschen in Österreich und auch in einigen anderen europäischen Ländern betrachtet wird (vgl. Pöchlhammer 1997: 215). Dolmetschen wird automatisch mit dem hoch angesehenen und auf einer universitären Ausbildung basierendem Konferenzdolmetschen assoziiert, wobei anderen Bereichen des Dolmetschens, wie dem Kommunal Dolmetschen, wenig Beachtung geschenkt wird (vgl. Pöchlhammer 1997: 223).

Abgesehen vom Konferenzdolmetschen, gelang es auch dem Gerichtsdolmetschen in Österreich mehr Anerkennung als das Kommunal Dolmetschen zu erreichen. So gibt es den „Österreichischen Verband der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher“ schon seit 1920, wobei jedoch erst im Jahr 1980 die Kompetenz dieser DolmetscherInnen überprüft wurde. Heutzutage ist die positive Ablegung einer Prüfung Voraussetzung, um in die Liste der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten DolmetscherInnen aufgenommen zu werden. Es muss jedoch auch festgehalten werden, dass es noch keine Ausbildung für das Gerichtsdolmetschen in Österreich gibt (vgl. Pöchlhammer 1997: 218).

An zwei von drei österreichischen Universitäten, an denen eine Dolmetschausbildung absolviert werden kann, gibt es zwar Schwerpunkte im Bereich des Verhandlungs- und Dialogdolmetschens, das Kommunal Dolmetschen wird aber kaum berücksichtigt. An der Universität Wien gibt es zum Beispiel im Masterstudium Dolmetschen den Schwerpunkt Dialogdolmetschen. Auch wenn der Studienplan besagt, dass

(...) die Studierenden professionelle Kompetenz im Verhandlungsdolmetschen [sic] und Gesprächsdolmetschen in verschiedenen Einsatzbereichen wie Geschäftsverhandlungen in Unternehmen (Verhandlungsdolmetschen), bei Gericht und Behörden (Gerichtsdolmetschen) oder in medizinischen und sozialen Einrichtungen (...) (Universität Wien 2011)

erlangen, so findet das Dolmetschen in medizinischen und sozialen Einrichtungen wenig bis keine Beachtung in den Lehrveranstaltungen.

Am Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft der Karl-Franzens-Universität in Graz hingegen, gibt es unter dem Schwerpunkt Gesprächs- und Verhandlungsdolmetschen des Masterstudiums Dolmetschen ein Modul, das sich mit dem Kommundolmetschen befasst (vgl. Karl-Franzens-Universität Graz 2011). Erwähnenswert ist auch, dass in Graz der Universitätslehrgang Kommundolmetschen für die Sprachen Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Arabisch, Albanisch, Türkisch und Russisch angeboten wird. Dieser Lehrgang ist auf jene Personen zugeschnitten, die bereits als KommundolmetscherInnen tätig sind, aber keine Ausbildung genossen haben, auf ausgebildete DolmetscherInnen und Studierende des Studiums Dolmetschen und Übersetzen, die eine Zusatzqualifikation erhalten möchten sowie auf MitarbeiterInnen öffentlicher Einrichtungen, die selbst als DolmetscherInnen während ihrer Arbeit agieren (vgl. Uni Graz for Life 2011). Die TeilnehmerInnen dieses Universitätslehrgangs erwerben die erforderlichen Kompetenzen, um „in verschiedenen kommunalen, sozialen, medizinischen und therapeutischen Einrichtungen als Sprach- und KulturmittlerInnen („KommundolmetscherInnen“) tätig zu sein“. (Uni Graz for Life 2011)

Aber nicht nur die geringe Anzahl an Ausbildungsmöglichkeiten für KommundolmetscherInnen in Österreich trägt zur mangelnden Anerkennung und den geringen Professionalisierungsgrad bei. Ein Grund dafür ist sicherlich auch die Integrationspolitik der Vergangenheit. Laut Pöhhacker (2000a: 147) dominierte in Österreich das GastarbeiterInnen-Konzept und somit sahen die öffentlichen Einrichtungen keine Notwendigkeit, sich nachhaltig um die Bedürfnisse der MigrantInnen zu kümmern. Aufgrund des Familiennachzugs sowie der unbefristeten Niederlassung von MigrantInnen stehen die öffentlichen Einrichtungen in Österreich nun der Herausforderung gegenüber, nichtdeutschsprachige PatientInnen angemessen zu betreuen und zu versorgen.

Während in den Pionierländern des *community interpreting* (vgl. Unterkapitel 1.2) der Bedarf an DolmetscherInnen in Gesundheitseinrichtungen schon früh erkannt wurde, werden in Österreich ausgebildete DolmetscherInnen selten hinzugezogen. Pöhhacker (1997: 220f.) befragte 1995 die Krankenkasse sowie die Direktionen

mehrere Krankenhäuser, wie mit Nichtdeutschsprachigen kommuniziert wird und kam zu dem Schluss, dass im Bereich des Gesundheitswesens kaum professionelle DolmetscherInnen eingesetzt werden. Bei der Wiener Gebietskrankenkasse, zum Beispiel, erfolgt die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen mit Hilfe von zweisprachigen Angestellten, um so Sprachbarrieren zu überwinden. In Wien besteht weiter die Möglichkeit, Telefondolmetschdienste in Anspruch zu nehmen, worauf jedoch kaum zurückgegriffen wird. Pöchhacker (1997: 221) stellte weiter fest, dass auch in den Wiener Krankenhäusern kaum ausgebildete DolmetscherInnen eingesetzt werden. Stattdessen wird, wie zum Beispiel im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, eine Liste geführt, worauf Angestellte mit Fremdsprachenkenntnissen angeführt sind, die bereit sind, als DolmetscherInnen zu agieren. Pöchhacker (1997: 221) hebt hervor, dass die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen auch in anderen Krankenhäusern ähnlich aussieht. So agieren das medizinische Personal, das Pflegepersonal, Begleitpersonen der PatientInnen sowie auch Reinigungskräfte als DolmetscherInnen (vgl. hierzu auch Punkt 5.1 der vorliegenden Arbeit).

Eine Ausnahme dieser gängigen Praxis stellen türkische Dolmetscherinnen in Wiener Krankenhäusern dar. Im Jahr 1989 wurden erstmals im Rahmen eines Projekts Dolmetscherinnen für die türkische Sprache zur Verfügung gestellt. Die acht als Dolmetscherinnen angestellten Frauen sind in der Türkei aufgewachsen und besitzen Kenntnisse im medizinischen Bereich. Sie haben jedoch keine Dolmetschausbildung absolviert (vgl. Pöchhacker 1997: 222). Diese Dolmetscherinnen für die türkische Sprache werden auch als „Muttersprachliche Beraterinnen“ (Pöchhacker 2000a: 148) bezeichnet.

Pöchhacker (1997: 222) hält zusammenfassend fest, dass der Dolmetschbedarf für Serbokroatisch, Türkisch, Arabisch sowie für einige osteuropäische Sprachen am stärksten ist. Auf professionelle Dolmetschdienste sowie Telefondolmetschdienste wird jedoch kaum zurückgegriffen. Der Dolmetschbedarf wird vor allem durch natürliche DolmetscherInnen gedeckt, wobei es bevorzugt wird, zweisprachiges Personal einzustellen, da auch immer mehr MigrantInnen der zweiten Generation die Kompetenz für solche Positionen mitbringen. Laut Pöchhacker (1997: 223) gaben die befragten Gesundheitseinrichtungen an, dass sie mit der derzeitigen Praxis zufrieden sind und sie

daher immer wieder auf Angestellte mit Fremdsprachenkenntnissen oder Begleitpersonen der PatientInnen zurückgreifen.

Im Jahr 1996 führte Pöchhacker (2000a) eine weitere Studie hinsichtlich „dem Bedarf an Dolmetschleistungen zur Vermittlung der Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen“ (Pöchhacker 2000a: 148) aus Sicht von ärztlichem Personal, Pflegepersonal und therapeutischem Personal durch und erzielte unter anderem folgende Ergebnisse: 95 % der Befragten gaben an, dass sie tagtäglich nichtdeutschsprachige PatientInnen betreuen, die 27 Sprachgemeinschaften angehören, wobei sie mit Abstand am häufigsten Serbokroatisch und Türkisch sprechen. 90 % der Befragten führten an, zur Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen Dritte hinzuziehen. Hierbei werden insbesondere Begleitpersonen der PatientInnen, hauptsächlich Kinder, und zweisprachiges Krankenhauspersonal, hierbei vor allem Reinigungskräfte, hinzugezogen. Hingegen wird auf „Muttersprachliche Beraterinnen“ nicht so häufig zurückgegriffen und professionelle DolmetscherInnen werden nur sehr selten angefordert. Die Befragten gaben weiter an, dass ein Dolmetschdienst des Krankenhauses wünschenswert sei, um Sprachbarrieren zu überwinden (Pöchhacker 2000a: 151-169). Aufgrund der Ergebnisse der Studie kam Pöchhacker (2000a: 182) zur Schlussfolgerung, dass sehr wohl ein Dolmetschbedarf besteht, dieser von den jeweiligen Institutionen jedoch nicht ernst genommen wird.

Ein Grund warum heutzutage noch sehr wenig professionelle DolmetscherInnen eingesetzt werden, ist sicherlich auch der Kostenfaktor. Dolmetschdienste werden daher eher in privaten Institutionen und nicht in öffentlich finanzierten Institutionen angefordert. So werden zum Beispiel in einem Kinderkrankenhaus in Wien regelmäßig drei bis vier DolmetscherInnen bestellt, wobei entweder auf zweisprachiges medizinisches Personal oder auf DolmetscherInnen, die an einer Universität eine entsprechende Ausbildung absolviert haben, zurückgegriffen wird. Diese DolmetscherInnen werden auch entsprechend entlohnt (vgl. Pöchhacker 1997: 224).

Ausgebildete DolmetscherInnen sind aber nicht nur in privaten Gesundheitseinrichtungen dringend vonnöten, um eine erfolgreiche Kommunikation zu ermöglichen. Dies trifft unter anderem auch auf den Bereich der Logopädie zu. Denn hierbei ist die Sprache nicht nur Ausdrucksmittel, sondern Gegenstand der Untersuchung. Es wäre schon für ausgebildete DolmetscherInnen schwierig, die

Aussagen der PatientInnen zu dolmetschen, sodass die LogopädInnen eine Diagnose erstellen können. Eine Dolmetschung durch Begleitpersonen oder Reinigungskräfte wäre daher noch weniger erfolgsversprechend (vgl. Pöchhacker 1997: 224).

Neben dem Kostenfaktor spielt sicherlich auch die geringe Anzahl an Ausbildungsmöglichkeiten für DolmetscherInnen in diesem Bereich eine Rolle. Es stehen daher kaum ausgebildete DolmetscherInnen zur Verfügung. Die Tatsache, dass es weder Akkreditierungsstellen noch Berufsorganisationen für KommunaldolmetscherInnen in Österreich gibt, trägt auch wesentlich zum geringen Ansehen dieses Berufsstands bei (vgl. Pöchhacker 1997: 223).

Pöchhacker (1997: 224) hält weiter fest, dass das Kommunaldolmetschen in Österreich im Allgemeinen noch schlecht entwickelt ist und dass es für KommunaldolmetscherInnen, wie schon erläutert, nur eine geringe Anzahl an Ausbildungsmöglichkeiten gibt. An den drei universitären Ausbildungsstätten für DolmetscherInnen sollten daher auch Module für das Kommunaldolmetschen in das Curriculum integriert werden. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es nur an der Karl-Franzens-Universität ein Modul, das sich ausschließlich dem Kommunaldolmetschen widmet.

Wie aus den oben angeführten Erläuterungen hervorgeht, ist es in Österreich noch immer Realität, dass Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen nur einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheitswesen haben. Trotz der bereits erwähnten Sprachbarrieren in diesem Bereich, wird die Notwendigkeit DolmetscherInnen im österreichischen Gesundheitswesen einzusetzen wenig bis gar nicht von der Politik diskutiert. Das österreichische Gesundheitswesen sollte jedoch zum Ziel haben, allen Mitgliedern der Gesellschaft zu ermöglichen, professionell betreut und versorgt zu werden (vgl. Pöllabauer 2003: 17f.).

Wie nun im Speziellen die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen bei einer österreichischen Rettungsorganisation gehandhabt wird, stellt den Forschungsschwerpunkt der vorliegenden Masterarbeit dar und wird in den nächsten Unterkapiteln behandelt.

6.1 Dolmetschen im österreichischen Rettungswesen

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurde eine Untersuchung über die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen bei einer Rettungsorganisation durchgeführt. Aufgrund der anonymen Behandlung der erhobenen Daten wird weder der Name der Rettungsorganisation noch die Stadtgemeinde, in der sich die Dienststelle dieser Rettungsorganisation befindet und wo die Untersuchung durchgeführt wurde, genannt. Um dennoch einen Einblick in den Kommunikationsbedarf mit Nichtdeutschsprachigen zu erhalten, ist es wichtig zu wissen, dass die Untersuchung im Bundesland Niederösterreich durchgeführt wurde, wo es laut Statistik Austria (Stand 2010) eine Gesamtbevölkerung von 1.607.976 gibt, wobei 108.058, das heißt 6,7 %, AusländerInnen sind, die mit Abstand am häufigsten aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie der Türkei kommen. Auch wenn der AusländerInnenanteil von 6,7% nicht die Anzahl der nichtdeutschsprachigen Menschen widerspiegelt, so deutet er dennoch auf möglichen Kommunikations- und somit Dolmetschbedarf mit Menschen, die sich nur schwer oder gar nicht auf Deutsch verständigen können, hin.

6.1.1 Forschungsfragen

Die Untersuchung hat zur Zielsetzung, eine Bestandsaufnahme der aktuellen Praktiken bei der Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen bei der Rettung zu machen und daraus ableitend den Bedarf an DolmetscherInnen im österreichischen Rettungswesen aus SanitäterInnensicht anhand von qualitativen Methoden zu erfassen. Es soll insbesondere untersucht werden, welche Probleme bei der Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen entstehen, wer eingesetzt wird, um Sprach- und Kulturbarrieren zu überwinden, welche Rolle diese Personen einnehmen und welche Probleme beim Einsatz von natürlichen DolmetscherInnen entstehen. Es soll weiter eruiert werden, ob ein Dolmetschbedarf aus SanitäterInnensicht besteht.

Die vorliegende Untersuchung soll im Speziellen folgende Fragen beantworten: Wie häufig werden PatientInnen versorgt? Wie häufig werden nichtdeutschsprachige PatientInnen versorgt? Was ist für gewöhnlich die Muttersprache dieser PatientInnen? Wie wird eine erfolgreiche Kommunikation ermöglicht? Werden nichtdeutschsprachige

PatientInnen von dieser Sprache mächtigen Familienangehörigen oder Bekannten begleitet? Kommen Kinder zum Einsatz? Welche Rolle nehmen die dolmetschenden Personen ein? Kommt es zu Schwierigkeiten, wenn Begleitpersonen als DolmetscherInnen agieren? Ist eine Dolmetschung durch Familienmitglieder ausreichend? Sind Kommunikationsprobleme häufig auch auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen? Wie erfolgt die Verständigung, wenn keine Begleitpersonen anwesend sind? Werden professionelle DolmetscherInnen eingesetzt? Beeinflussen Sprachbarrieren die Versorgung der PatientInnen? Wie wird der Bedarf an DolmetscherInnen eingeschätzt? Ist ein Telefondolmetschdienst eine praktikable Lösung? Gibt es Verbesserungsvorschläge, um eine erfolgreiche Kommunikation und somit auch eine effiziente Versorgung zu garantieren? Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, wurden Gespräche mit 5 SanitäterInnen einer Rettungsorganisation geführt.

6.1.2 Methode

Als Forschungsdesign wurde die qualitative Interviewstudie gewählt. Ein Merkmal der qualitativen Untersuchung ist, dass nicht wie bei der quantitativen Forschung Hypothesen überprüft werden, sondern, dass Hypothesen während oder am Ende der Untersuchung generiert werden. Außerdem stehen hier die Ansichten der Akteure und die Beschreibung ihres Verhaltens bzw. ihrer Handlungsweisen im Zentrum des Interesses (vgl. Atteslander ¹²2008: 82). Atteslander definiert das Interview folgendermaßen:

Befragung bedeutet Kommunikation zwischen zwei oder mehreren Personen. Durch verbale Stimuli (Fragen) werden verbale Reaktionen (Antworten) hervorgerufen: Dies geschieht in bestimmten Situationen und wird geprägt durch gegenseitige Erwartungen. Die Antworten beziehen sich auf erlebte und erinnerte soziale Ereignisse, stellen Meinungen und Bewertungen dar. (Atteslander ¹²2008: 101)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass das Interview Teil einer sozialen Situation ist und somit gegenseitige Erwartungen das Verhalten sowie die Antworten der InterviewpartnerInnen beeinflussen. Atteslander hebt auch hervor, dass die soziale Situation als solche daher nie vollständig kontrolliert werden kann, da die Menschen,

die in Interaktion treten sowie die jeweilige Umgebung Einfluss auf die soziale Situation haben. Dennoch ist es wichtig, die Befragung so gut wie möglich zu kontrollieren, das heißt, dass die einzelnen Schritte festgehalten und nachvollziehbar gemacht werden sollen. Denn nur so kann erfasst werden, ob und inwiefern die erhobenen Daten durch äußere Umstände beeinflusst wurden (vgl. Atteslander ¹²2008: 103f.). Aus diesem Grund werden im Anhang die Transkripte der Aufzeichnungen angeschlossen. Da nicht nur die verbalen Äußerungen bei der Kommunikation eine wichtige Rolle spielen, sondern auch die nichtverbalen Elemente, wie zum Beispiel Mimik, Gestik oder das Verhalten der GesprächspartnerInnen (vgl. Atteslander ¹²2008: 102), wurden diese in den Transkripten vermerkt. Zudem wird in weiterer Folge jede Entscheidung, die bezüglich der Studie getroffen wurde, aus Gründen der soeben erwähnten Nachvollziehbarkeit dokumentiert und die Interviews werden analysiert.

Atteslander betont auch die Nachteile des Interviews und merkt diesbezüglich an, dass InterviewerInnen den Gesprächsverlauf weitgehend beeinflussen und somit die Antworten verzerren können (vgl. Atteslander ¹²2008: 125). Daher wurde versucht, die Gespräche so neutral wie möglich zu führen und auf jegliche zustimmende und ablehnende Haltung zu verzichten. Laut Atteslander (¹²2008: 128) soll bei einem neutral geführten Interview nicht zugelassen werden, dass Emotionen Einfluss auf die Interaktion haben, um somit die erhobenen Daten, also die Antworten, vergleichbarer zu machen. Die InterviewerInnen sollen also ihre Haltung und Meinungen weder durch verbale Äußerungen noch durch Mimik oder Gestik preisgeben. Atteslander hebt jedoch auch hervor, dass es unmöglich ist, sich in zwischenmenschlichen Beziehungen neutral zu verhalten, so wie dies auch Angelelli (2004) beschreibt. Dies trifft auch auf das Interview als soziale Situation zu.

Atteslander (¹²2008: 122) führt ferner an, dass Interviews verbal vieldeutig sind, was ein weiteres Problem darstellen kann. Allerdings kann die soziale Realität nur selten eindeutig beschrieben werden und daher ist es wichtig, die im Folgenden erhobenen Antworten nicht isoliert zu betrachten, sondern im Zusammenhang zueinander zu sehen.

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein teilstrukturiertes Interview durchgeführt, da eine stark strukturierte Befragung für den Zweck nicht angemessen erschien, weil diese weniger flexibel ist und somit weniger Freiräume für die

InterviewpartnerInnen zulässt. Bei teilstrukturierten Interviews werden zwar Fragen vorformuliert (Leitfaden), die Abfolge während des Gesprächs ist aber offen. Außerdem ist es beim teilstrukturierten Interview, im Gegensatz zum stark strukturierten, möglich, Themen, die sich aus dem Interview ergeben, weiter zu behandeln (vgl. Atteslander ¹²2008: 124f.). Für das Interview wurde daher in Anlehnung an die Untersuchung von Pöchhacker (2000a) über den Dolmetschbedarf im Krankenhaus ein Leitfaden erstellt. Da das Interview eine soziale Situation darstellt, können die Abfolge und der Wortlaut der tatsächlich gestellten Fragen während der Interviews variieren.

Zudem fiel die Entscheidung auf ein nichtstandardisiertes Interview, das heißt, dass die Antworten nicht kategorisiert wurden. Außerdem wurden offene Fragen gestellt und keine Antworten vorgegeben, sodass die InterviewpartnerInnen ihre Antworten frei formulieren konnten (vgl. Atteslander ¹²2008: 134ff.) und somit auch neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten.

Es muss auch festgehalten werden, dass die durchgeführte Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt. Obwohl sich die Analyse ausschließlich auf die vorliegende Untersuchung bezieht, kann dennoch auf das Verhalten von SanitäterInnen und natürlichen DolmetscherInnen in derartigen Situationen rückgeschlossen werden.

6.1.3 Organisatorische Vorbereitung

Bevor Interviews durchgeführt werden können, müssen im Vorfeld InterviewpartnerInnen akquiriert werden. Für die gegenständliche Untersuchung fand die Kontaktaufnahme mit den InterviewpartnerInnen persönlich sowie telefonisch statt. Ihnen wurden der Gegenstand der vorliegenden Untersuchung, der Zweck sowie die Dauer des Gesprächs mitgeteilt. Es wurde auch vorab die Einwilligung für die Aufnahme des Gesprächs eingeholt und ihnen versichert, dass die während des Interviews erhobenen Daten anonym behandelt werden. Es wurde weiter vereinbart, dass die Gespräche in einem Besprechungszimmer der Dienststelle stattfinden.

Was die befragten Personen betrifft, so wurden die SanitäterInnen nach dem Zufallsprinzip ausgesucht, um eine möglichst heterogene Gruppe zu befragen. Hierbei ist auch zu erwähnen, dass manche Personen eine ablehnende Haltung einnahmen und nicht interviewt werden wollten. Atteslander (¹²2008: 102) hebt hervor, dass es oft

schwierig ist, Interviews durchzuführen, da die Bereitschaft zu solchen Befragungen häufig nicht vorhanden ist.

Vor den eigentlichen Interviews wurde auch ein Probeinterview mit einem Sanitärer durchgeführt, um die durchschnittliche Dauer des Interviews in Erfahrung zu bringen. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang) wurde nach dem Probeinterview optimiert, insbesondere wurden die Fragen auf eine konkretere Art und Weise gestellt. Außerdem wurde versucht, die Fragen einfach zu stellen und keine Fachtermini zu verwenden, sodass es keine Verständigungsprobleme gibt. Die tatsächlichen Interviews fanden im Februar 2011 statt.

6.1.4 Ablauf der Interviews

Bevor mit den Interviews begonnen wurde, wurden den InterviewpartnerInnen noch einmal der Zweck sowie der Gegenstand des Interviews erklärt. Es wurde ihnen erneut die ungefähre Dauer des Gesprächs mitgeteilt und ihnen versichert, dass die Daten anonym behandelt und nur im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit verwendet werden. Es wurde weiter darauf hingewiesen, dass während des Interviews nur die weibliche Form verwendet wird, diese aber die männliche einschließt.

Die Fragen wurden in drei Themenschwerpunkte gruppiert, wobei die erste Gruppe allgemeine Fragen für den Gesprächseinstieg umfasste, die zweite beschäftigte sich mit der Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen und die dritte mit dem Dolmetschbedarf. Nach jedem Punkt wurde versucht die Kernaussage zusammenzufassen, um so sicherzugehen, alles richtig verstanden zu haben. Am Ende des Interviews wurde noch nach etwaigen Ergänzungen gefragt.

Alle InterviewpartnerInnen sprachen in der Umgangssprache. Da für die vorliegende Arbeit die Informationen wichtig sind und nicht die Art und Weise des Sprechens, wurden die Interviews in der Standardsprache transkribiert. Diese Entscheidung wurde auch getroffen, um eine bessere Lesbarkeit der Interviews zu garantieren. Dennoch wurden die von den InterviewpartnerInnen gewählten Worte, die Syntax sowie die grammatikalische Struktur der Aussagen beibehalten und abgebrochene Sätze, kurze Pausen, Denkpausen etc. wurden als solche gekennzeichnet.

Die Interviews dauerten zwischen 8:57 und 12:22 Minuten. Die Ergebnisse der Interviews werden nun im nächsten Unterkapitel präsentiert.

6.2 Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgt im Folgenden deskriptiv. Wie schon erwähnt, ist es äußerst wichtig die Anonymität der InterviewpartnerInnen zu wahren. Die InterviewpartnerInnen werden daher mit I 1, I 2, I 3, I 4 und I 5 bezeichnet. Es wurden Gespräche mit drei Sanitätern und zwei Sanitäterinnen geführt. Um etwaige Rückschlüsse auf die Identität der InterviewpartnerInnen auszuschließen, wird im Folgenden – sowie auch in den Transkripten – für diese immer die männliche Form verwendet. Wenn der Name der Rettungsorganisation, der Name der Stadtgemeinde, in der sich die Rettungsorganisation befindet, oder andere Eigennamen von den InterviewpartnerInnen erwähnt wurden, wurden diese aufgrund der anonymen Behandlung der Daten durch „Rettungsorganisation“, „Name der Stadtgemeinde“ etc. ersetzt. Unvollständige Sätze wurden mit Suspensionspunkten (...) als solche gekennzeichnet.

6.2.1 Einstiegsfragen

Bevor Kommunikationsprobleme angesprochen werden können, war es wichtig in Erfahrung zu bringen, wie lange die befragten Personen als SanitäterInnen tätig sind, welche Aufgaben ihre Tätigkeit umfasst, wie oft sie deutsch- und nichtdeutschsprachige PatientInnen versorgen und mit welchen Sprachen sie am häufigsten konfrontiert sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die InterviewpartnerInnen zwischen drei und vierzehn Jahren als SanitäterInnen tätig sind, wobei ihre Tätigkeit den Rettungsdienst und Krankentransport umfasst. I 2 gab an, dass er auch mit administrativen Aufgaben betraut wurde, diese jedoch nicht in Zusammenhang mit der Tätigkeit als Sanitäter selbst stehen. I 1 und I 4 führten auch an, dass sie bei der Jugendorganisation der Dienststelle tätig seien und I 5 erwähnte, dass er darüber hinaus noch Gruppenkommandant sei.

Die Antworten bezüglich der Häufigkeit der PatientInnenversorgung waren sehr ähnlich, wobei hier auch unterschieden werden muss, ob es sich um den Krankentransport oder den Rettungsdienst handelt. Die befragten Personen gaben an, dass durchschnittlich ein bis vier Mal pro Dienst der Rettungsdienst benötigt werde. Die Meinungen betreffend die Häufigkeit der Versorgung von nichtdeutschsprachigen PatientInnen variieren hingegen. Während vier der Befragten angaben, dass das nicht so häufig vorkomme beziehungsweise sich oft nicht genau daran erinnern konnten, gab I 4 an, dass bei durchschnittlich jedem fünften Einsatz Nichtdeutschsprachige versorgt werden: „Jeder fünfte Einsatz. Es ist schwer zu sagen. Es ist so unterschiedlich, auch von der Dienstfrequenz her. Manchmal in einem Monat überhaupt nicht und dann bei jedem Dienst. Also, das ist sehr schwer zu sagen.“ Aber auch I 4 hob hervor, dass es sehr schwer zu schätzen sei, wie oft PatientInnen, die sich nur schwer oder gar nicht auf Deutsch verständigen können, versorgt werden. Ein Grund dafür könnte die selektive Erinnerung sein, da die meisten angaben, sich kaum daran erinnern zu können. Eine andere Erklärung für die Tatsache, dass die Befragten sich nicht daran erinnern konnten, wäre, dass es keine Probleme bei der Kommunikation mit den zu versorgenden Nichtdeutschsprachigen gab und somit die Versorgung dieser PatientInnen nicht in Erinnerung blieb. In diesem Zusammenhang muss auch in Betracht gezogen werden, wie oft die befragten SanitäterInnen Dienst haben. Alle interviewten SanitäterInnen sind freiwillig bei der gegenständlichen Rettungsorganisation tätig, wobei I 1 angab, zuerst als Freiwilliger tätig gewesen zu sein und jetzt den Zivildienst dort zu absolvieren und somit fast täglich Dienst habe, während die anderen nicht täglich, aber dennoch regelmäßig als SanitäterInnen tätig sind.

Was die Sprachen der Nichtdeutschsprachigen betrifft, so gaben fast alle Befragten an, dass mit Abstand am häufigsten Türkisch gesprochen werde. Laut den SanitäterInnen wird auch öfters Slowenisch, Kroatisch, Bosnisch, Rumänisch, Bulgarisch oder Tschetschenisch gesprochen. Mit Russischsprechenden oder Englischsprechenden sind die SanitäterInnen bis jetzt kaum in Berührung gekommen. Diese am häufigsten vorkommenden Sprachen sind auch aus den Daten der Statistik Austria ersichtlich (vgl. Unterkapitel 6.1). Laut Statistik Austria kommen die meisten AusländerInnen in Niederösterreich aus der Türkei oder aus dem ehemaligen Jugoslawien.

6.2.2 Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen

Nach den soeben erläuterten Einstiegsfragen wurde näher auf die Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen eingegangen.

Auf die Frage, wer die Verständigung mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen ermögliche, wurde angegeben, dass vor allem Familienangehörige oder FreundInnen der PatientInnen als DolmetscherInnen agieren, wobei I 2 und I 5 hierbei sofort erwähnten, dass die Verständigung mit Hilfe der Kinder erfolge, die Deutsch sowie die jeweilige Sprache beherrschen, so hielt I 2 fest: „In aller Regel sind es die Kinder, die hier zur Schule gehen, die ah Deutsch ausreichend sprechen, um sich verständigen zu können und die versucht man dann als Dolmetscher einzusetzen.“ Es ist demnach ersichtlich, dass sich die SanitäterInnen bei der Kommunikation hauptsächlich auf Begleitpersonen verlassen, wobei vor allem den Kindern eine große Bedeutung zukommt. Nur I 2 führte explizit an, dass er hierbei noch nie auf Probleme gestoßen sei, wenn Kinder als DolmetscherInnen eingesetzt wurden. I 1 und I 4 erwähnten, dass vor allem Kinder im Jugendalter zum Einsatz kommen. Alle befragten SanitäterInnen bis auf I 2 gaben an, dass es natürlich nicht unproblematisch sei, wenn Kinder als DolmetscherInnen agieren. So hielt I 4 Folgendes fest:

Das kommt auf den Einsatz an. Also, wenn jetzt natürlich ein dramatischer Einsatz ist, sage ich, ahm, dann schickt man die Kinder weg. Dann befragt man die außerhalb. Dann lassen wir die Kinder aber auch nicht zum Patienten. Sondern sprechen halt außerhalb vom Raum, wo das Ereignis stattfindet, mit ihnen. Es geht einfach oft nicht anders. Also, es sind oft wirklich dann 10 Menschen anwesend und es spricht halt nur das jüngere Kind Deutsch ja. Das ist halt schwierig.

Dieses Beispiel veranschaulicht die Problematik, wenn nur jüngere Kinder die deutsche Sprache beherrschen. I 4 erzählte nach dem Interview von einem weiteren Vorfall, bei dem ein Familienmitglied den Notruf absetzte und sagte: „Kind da, Kind da.“ Diese Person sprach kaum Deutsch und so wurde die Rettung hingeschickt, wobei die SanitäterInnen nicht wussten, was sie erwartete. Als sie ankamen, stellte sich heraus, dass eine Frau kurz vor der Geburt stand. Erschwerend kam hinzu, dass niemand außer einem kleinen Jungen Deutsch konnte. Dieser weigerte sich aber im selben Raum wie

die Frau zu sein und so versuchte er vom Nebenzimmer aus zu dolmetschen. Dieses Beispiel zeigt, dass Kinder oft nur widerwillig dolmetschen und dass dadurch auch ihre Welt zerstört wird beziehungsweise sie aus dieser herausgerissen werden, so wie das auch Pöllabauer (2003) feststellte (vgl. hierzu auch Unterkapitel 5.2 der vorliegenden Arbeit).

I 1, I 3 und I 5 betonten, dass Kinder oder auch andere Familienangehörige weggeschickt werden, wenn es sich um schwerwiegende Fälle handelt. I 3 demonstrierte anhand des folgenden Beispiels, dass nicht nur Kinder im Jugendalter dolmetschen müssen, sondern sehr wohl auch jüngere Kinder:

(...) das habe ich einmal gehabt bei einem Herrn. Also, da war das Kind, das war, irgendwie so, weiß ich nicht, glaube ich, erste, zweite Klasse Volksschule und das Kind hat dann für mich übersetzt. Das war ein bisschen ungut. Ja [lacht], weil der Papa da Schmerzen hat und das Kind muss das dann übersetzen.

Dieses Zitat zeigt eindeutig, dass es unter den SanitäterInnen ein Bewusstsein dafür gibt, dass es nicht unproblematisch ist, Kinder als DolmetscherInnen einzusetzen, da dies unter anderem negative Auswirkungen auf ihre Psyche haben kann. Dennoch scheinen die österreichischen Gesundheitseinrichtungen sich dessen nicht bewusst zu sein, denn allzu oft agieren Kinder als DolmetscherInnen, um die Kommunikation zu ermöglichen. Dies verdeutlichte auch eine von Pöchlhammer (2000a) durchgeführte Studie, demnach aus Sicht von ärztlichem Personal, Pflegepersonal und therapeutischem Personal hauptsächlich Kinder oder Reinigungskräfte zur Verständigung herangezogen werden (vgl. Kapitel 6 der vorliegenden Arbeit). Ein von Pöchlhammer (2000b) analysiertes Gespräch zwischen einer Logopädin und den Eltern einer zweijährigen Patientin, bei dem eine 16jährige Familienangehörige die Kommunikation ermöglichte, hat auch bestätigt, dass Kinder bzw. Jugendliche als DolmetscherInnen nicht geeignet sind. Die Analyse von Pöchlhammer (2000b) ergab, dass die als Dolmetscherin agierende 16-jährige nicht im Stande war, eine erfolgreiche Kommunikation zu ermöglichen, da nicht nur ungenau oder auch überhaupt nicht gedolmetscht wurde, sondern auch kulturelle Eigenheiten nicht berücksichtigt wurden (vergleiche hierzu auch Punkt 5.2 der vorliegenden Arbeit).

Abgesehen von der Verständigung mit Hilfe von Familienangehörigen oder Bekannten gaben I 1 und I 4 auch an, dass versucht werde sich mit der Zeichensprache, also mit „Händen und Füßen“ zu verständigen. I 4 führte weiter an, dass die PatientInnen teilweise ein paar Brocken Deutsch sprechen und sie sich daher mit ihnen im vereinfachten Pidgin-Deutsch verständigen. Mit Hilfe der englischen Sprache sei es jedoch noch nie möglich gewesen eine Kommunikation herzustellen.

An dieser Stelle soll auch darauf hingewiesen werden, dass den SanitäterInnen der Unterschied zwischen Übersetzen und Dolmetschen nicht klar zu sein scheint. So sprach zum Beispiel I 1 zunächst vom Übersetzen. Als die Bezeichnung „Dolmetschen“ das erste Mal gefallen ist, verwendete er daraufhin diesen Terminus. Dieses Phänomen konnte auch bei den anderen InterviewpartnerInnen beobachtet werden. Es kann festgehalten werden, dass für die SanitäterInnen Übersetzen und Dolmetschen Synonyme zu sein scheinen und sie auch so verwendet wurden.

Bezüglich der Rolle der DolmetscherInnen waren sich alle InterviewpartnerInnen einig, dass diese eine sehr wichtige und tragende Rolle einnehmen. Was jedoch im Detail ihre Rolle betrifft, gehen die Meinungen etwas auseinander. I 1, I 2 und I 3 vertreten die Ansicht, dass die DolmetscherInnen unbedingt alles, was die PatientInnen äußern, dolmetschen sollen. I 2 meinte hierzu:

(...) also filtern sollte der Dolmetscher eigentlich gar nicht. Er soll das eins zu eins übersetzen, was gesagt wird, denn auch aus einer augenscheinlich nicht wichtigen Information kann natürlich auch zum Beispiel ein Unfallhergang oder dergleichen rückgeschlossen werden oder wenn das Erzählte nicht in sich schlüssig ist, dass man sagt, ok, es ist jetzt der Verdacht, dass der Patient keinen klaren Gedanken fassen kann oder so. Also, das ist schon wichtig, dass das eins zu eins übersetzt wird. Also, ich frage dann auch aktiv nach, was hat Ihre Mutter, Ihr Vater jetzt gesagt.

Demnach ist es also außerordentlich wichtig, dass alles was gesagt wird, auch gedolmetscht wird, wobei für I 1 nicht „eins zu eins“ gedolmetscht werden muss, sondern es auch ausreicht, wenn der Inhalt übertragen wird. Aber auch I 1 teilt die Meinung von I 2: „(...) es ist auf alle Fälle gut, wenn man alles mitkriegt, weil es kann ja dann doch immer wieder eine kleine Information sich verstecken.“ Diese Einstellung wird auch von den von Angelelli (2004) befragten DolmetscherInnen vertreten. Nach

einer von diesen DolmetscherInnen verwendeten Metapher, können Steine, also irrelevante Informationen, zu Diamanten, das heißt zu wichtigen Informationen, im Laufe des Gesprächs werden (vgl. hierzu Punkt 4.1.3). I 5 meinte auf die Frage, ob laut ihm alles Gesagte übermittelt werden sollte hingegen, dass nur alles gedolmetscht werden müsse, sobald sich die Aussagen auf den Gesundheitszustand der PatientInnen beziehen. I 4 äußerte sich auf die gleiche Frage folgendermaßen: „Bei uns ist es eher, dass wir dann Fragen stellen und die dann die Fragen beantworten. Dann ist das Wichtigste einfach für uns herausen.“ Diese Aussage lässt anklingen, dass PatientInnen nicht von sich aus erzählen, sondern auf Fragen antworten. I 3 ist jedoch anderer Meinung. Er führte an, dass PatientInnen häufig länger sprechen, als DolmetscherInnen „übersetzen“ und fragt deshalb oft nach, um auch wirklich alle Informationen zu erhalten.

Für I 2 ist es zudem außerordentlich wichtig, direkten Kontakt mit den PatientInnen zu haben und zunächst mit diesen zu sprechen, da unter Umständen „Wortfetzen“ verstanden werden können. I 4 gab in diesem Zusammenhang an, dass es auch für die psychologische Betreuung der PatientInnen sehr wichtig sei mit ihnen selber zu sprechen und nicht nur mit den Begleitpersonen. Auch I 3 misst der Kommunikation mit den PatientInnen selbst hohe Bedeutung bei und denkt daher, dass es am besten sei, wenn das „übersetzt“ werden würde, was der Patient/die Patientin sagt. I 3 fügte jedoch auch Folgendes hinzu:

Das ist eigentlich allgemein ein bisschen schwierig, wenn wer anderer für den Patienten spricht. Wurscht, ob der jetzt die Sprache kann oder nicht, weil die das immer ein bisschen ja verschleiern, wie auch immer, in die eine Richtung, sie machen es schlimmer oder sie machen es weniger tragisch, weil das halt einfach ihr eigenes Empfinden ist.

Diese Aussage verdeutlicht, dass I 3 sich der Tatsache bewusst ist, dass Begleitpersonen, egal ob sie nun dolmetschen oder nicht, die Kommunikation maßgeblich beeinflussen und diese auch lenken können. Angelelli (2004) führte auch an, dass DolmetscherInnen mächtige Gesprächsparteien sind, die erheblichen Einfluss auf die Kommunikation haben, was mit voranstehender Aussage veranschaulicht wurde (vgl. hierzu auch Unterkapitel 4.1).

Während I 2, I 3 und I 4 dem Kontakt mit den PatientInnen demnach hohe Wichtigkeit beimessen, führte I 5 an, dass er oft nur mit der Begleitperson rede, wenn diese mit der Patientin/dem Patienten zusammenlebt. Hierbei geht es vor allem um Fragen über die Krankenvorgeschichte, die die Begleitperson kennt und somit auf Fragen antwortet ohne diese für die Patientin/den Patienten zu dolmetschen. I 1 äußerte sich diesbezüglich folgendermaßen: „(...) ich rede auch sehr gerne mit den Angehörigen, die dolmetschen, wie es sonst so ist und wie jetzt der Unterschied jetzt zu vorher ist mit den Symptomen. Dass man halt in dieser Richtung auch etwas herausfinden kann.“ Die von den InterviewpartnerInnen gegebenen Antworten zeigen, dass ein direkter Kontakt mit den PatientInnen äußerste Wichtigkeit hat. Dennoch scheint auch die Praxis vorzuherrschen, dass nur mit den Begleitpersonen kommuniziert wird, wenn diese ausreichend über den Gesundheitszustand der PatientInnen informiert sind.

Alle InterviewpartnerInnen sind der Ansicht, dass sie von den Begleitpersonen genügend Informationen erhalten, um die Erstversorgung zu gewährleisten, wobei I 2 Folgendes anmerkte:

Sofern der Patient selbst diese Angaben überhaupt machen kann. [kurze Pause] Sofern er genug Daten liefert, die man überhaupt dolmetschen kann, kann man sich dann auch das entsprechende Bild machen. Oft ist dann halt leider das Problem, dass dann nur Schmerzen angegeben werden, die halt nicht spezifiziert werden können oder ah dass es halt überall weh tut, was dann auch nicht weiterhilft ja. Aber das ist dann auch wieder nicht das Problem des Dolmetschens an sich, sondern ah des subjektiven Empfindens der Patientin oder des Patienten.

Aus diesem Zitat geht hervor, dass die SanitäterInnen ausreichend Informationen erhalten, um die PatientInnen zu versorgen, sofern diese auch den Begleitpersonen genügend Angaben zu ihrem Gesundheitszustand übermitteln, die sie dann dolmetschen können. I 3 fügte diesbezüglich hinzu:

(...) ich glaube schon und vor allem, wie gesagt, man nimmt ja einen Teil wahr, also es gibt ja ein paar Grunddinge, die man ja sowieso ohnehin macht und wenn man sich nicht ganz sicher ist, dann macht man es im besten Fall dann trotzdem, lieber ein Mal zu viel als ein Mal zu wenig. Ahm, ich glaube schon, dass das für die Grundversorgung reicht.

Ja, also, alles was dann erweitert ist, ist dann schon ein bisschen schwierig, aber, ja... [lacht]. Also so Dinge wie, ich weiß nicht, so grundsätzliche Dinge bei uns wie einfach die richtige Lagerung, Sauerstoff geben, Blutdruckmessen, also das geht ohne weitere Informationen genauso. Ja.

I 3 vertritt demnach auch den Standpunkt, dass für die Erstversorgung genügend Informationen erhalten werden. Er führte außerdem an, dass es ein Standardprogramm gibt, das immer durchgeführt werde und hierfür keine Informationen benötigt werden. Zudem erhält er durch die visuelle Wahrnehmung auch Informationen über den Gesundheitszustand der PatientInnen.

Auf die Frage, ob die SanitäterInnen auf Schwierigkeiten stoßen, wenn Familienangehörige dolmetschen, gab nur I 4 an noch nie auf Schwierigkeiten gestoßen zu sein. I 1 und I 5 erklärten, dass es vor allem schwierig sei, wenn viele Familienangehörige anwesend sind. I 1 hielt fest:

Gerade in diesem Kulturkreis ist es üblich, wenn gesundheitlich gerade irgendwas ist oder wenn irgendwas in der Familie passiert, dass dann auf einmal sehr viele weitere Angehörige da sind und das macht es kompliziert. Wenn in diesem, was weiß ich, 20m² Raum, nicht mehr die zwei Leute sind, der Patient und der Dolmetscher, sondern zwanzig Leute, dreißig Leute.

Auch I 5 erwähnte, dass es die Arbeit behindere, wenn mehrere Personen anwesend sind und alle gleichzeitig „übersetzen“. I 5 fügte hinzu, dass eine derartige Situation gelöst werde, indem alle bis auf eine Person, die als DolmetscherIn agieren soll, weggeschickt werden. I 2 merkte hierzu an, dass oft die Situation an sich schwierig sei, weil zum Beispiel die Angehörigen aufgeregt oder nicht kooperativ sind, aber dies mit dem Dolmetschen nichts zu tun habe. I 3 führte an, dass es eigentlich keine Probleme gäbe. Er kann sich jedoch an einen bestimmten Fall erinnern:

(...) es war einmal bei einer Geburt sehr knapp, weil da nicht ganz klar war, wie groß der Wehenabstand ist, da ist es dann zum Schluss ein bisschen eng geworden [lacht]. Aber wir haben es ins Krankenhaus geschafft. Ahm, also, das waren nur die Wehen und da war einfach nicht klar, wie oft die kommen und das war dann schon ein bisschen knapp. Ich

meine das war eh ein freudiges Ereignis [lacht], insofern macht das dann weniger Schwierigkeiten, aber nein, sonst eigentlich nicht.

Auch wenn I 3 erzählte, dass es hier zu keinen größeren Problemen gekommen ist, deutet dieser Fall dennoch daraufhin, dass Familienangehörige oder sonstige Begleitpersonen nicht als DolmetscherInnen geeignet sind, da sie weder sprachliche, fachliche oder kulturelle Qualifikationen aufweisen noch sich den Aufgaben von DolmetscherInnen bewusst sind bzw. den Anforderungen (vgl. Kapitel 2) an DolmetscherInnen nicht gewachsen sind, um eine adäquate und effiziente Betreuung und Versorgung zu gewährleisten (vgl. Unterkapitel 5.1 der vorliegenden Arbeit).

Bezüglich der Frage, ob Kommunikationsprobleme auch häufig aufgrund kultureller Unterschiede entstehen, sind I 1, I 2, I 3 sowie I 5 dieser Meinung. I 1 nannte ein konkretes Beispiel:

Da ist es um einen gynäkologischen Notfall gegangen und da waren wir drei männliche Kollegen. Das war ein bisschen schwierig, hat sich dann aber relativ schnell lösen lassen, indem wir die Angehörigen hinaus geschickt haben und mit der Patientin noch einmal geredet haben, ob es eh ok ist und die dann gesagt hat, ja, ja, das ist kein Problem. Nur die Angehörigen haben recht ein Theater gemacht.

Auch das folgende Zitat von I 2 verdeutlicht, dass oft Angehörige ein Problem damit haben, wenn eine Frau von einem männlichen Sanitäter versorgt wird:

(...) in dem Fall war es undenkbar, dass die Patientin, also eine weibliche Patientin, ah mit einem Sanitäter allein im Auto war. Das war aufgrund des kulturellen Hintergrundes nicht möglich. Das wurde als Angriff verstanden. Nicht von ihr, sondern von ihrem Gatten.

Dieses Beispiel veranschaulicht, dass die Kultur der PatientInnen vor allem in solchen Situationen eine dominante Rolle spielt und erheblich die Versorgung beeinträchtigen kann. Auf die Frage, wie solche Situationen gelöst werden, antwortete I 2:

Man versucht zu deeskalieren. Man muss auch klarstellen ah, dass es halt nicht... oder dass es zum Teil erforderlich sein muss, dass der Sanitäter oder die Sanitäterin die Patientin berührt, zum Beispiel zu einer Blutdruckmessung, ja, oder um zu schauen, wie groß eine Verletzung ist. Ja, das muss man dann klarstellen. Wenn das nicht geht, dann ah muss die Begleitperson oder in dem Fall der Angehörige draußen warten oder zu Hause bleiben und kann nicht mitfahren. Dann braucht man einen anderen Dolmetsch.

Aus den Angaben der InterviewpartnerInnen kann geschlussfolgert werden, dass es immer wieder zu derartigen Situationen kommt und kulturelle Barrieren hauptsächlich darauf beruhen, dass Angehörige nicht möchten, dass Frauen von männlichen Sanitätern betreut werden. Warum nur I 4 denkt, dass Probleme aufgrund sprachlicher Barrieren und nicht aufgrund kultureller entstehen, lässt vermuten, dass I 4 entweder selber noch nie mit einer derartigen Situation konfrontiert war oder sich nicht mehr daran erinnern konnte.

Die Frage, wie die Verständigung abgesehen mit Hilfe von Begleitpersonen erfolge, hat I 1 vorweg genommen und gleich zu Beginn erläutert, dass die Kommunikation auch mittels Händen und Füßen erfolge sowie unter Zuhilfenahme von „Heften“, die im Rettungsauto aufliegen und die gängigen Termini aus dem Rettungsdienst in den verschiedenen Sprachen enthalten. Auch I 2 wies darauf hin:

Wenn es aufgrund der sprachlichen Barriere wirklich so ist, dass man es verbal nicht schafft, dann gibt es als Hilfestellung, ah, einen ich sage jetzt einmal, einen Zeichensatz, einen Satz von verschiedenen Symbolen, mit denen man sich behelfen kann. Also, man muss es sich mal so vorstellen, wenn ich jetzt die Frage stelle, ob Sie Kopfschmerzen haben, dann können Sie mir darauf sagen ja oder nein. Ich kann Ihnen aber auch ein Symbol zeigen, das Kopfschmerzen symbolisiert und Sie können mit Kopfnicken oder Kopfschütteln zu verstehen geben, ah, ob Sie Kopfschmerzen haben oder nicht. Die Symbole funktionieren ja auch zum Beispiel ah sonst auf der Welt ganz gut. Sie wissen, wie auf der ganzen Welt das Symbol für eine Toilette aussieht, Sie wissen was eine Stopptafel bedeutet, ah, Sie wissen was ein weißes I auf grünem Hintergrund bedeutet, also Information. Mit diesen Symbolen können wir auch im Rettungsdienst arbeiten und da gibt es Vorlagen, die im Rettungswagen mitgeführt werden für: Ist Ihnen schlecht? Haben Sie Schmerzen? und so weiter.

Diese Antwort spiegelt die von Moriyama et al. (1994) erwähnte Möglichkeit für die Kommunikation mit Anderssprachigen wider, die Symbole für 26 verschiedene Symptome entwarfen (vgl. hierzu Kapitel 5). I 1 und I 2 fügten jedoch hinzu, dass sie diesen Katalog mit Symbolen bzw. Fragen noch nie verwendet haben, weil bisher immer die Verständigung in Zeichensprache und vereinfachtem Deutsch ausreichte. I 3, I 4 und I 5 führten auch an, dass sie noch nie auf diesen Katalog zurückgegriffen haben. I 3 erwähnte hierbei, dass ein Grund dafür darin liegen könnte, dass die SanitäterInnen einfach oft nicht daran denken, dass dieser im Rettungswagen vorhanden ist. I 3 denkt auch, dass es unpraktisch sei, wenn man bei den PatientInnen ist und dieser Katalog im Rettungswagen, denn das würde bedeuten, dass jemand diesen wieder holen müsste. Auch I 4 meinte, dass diese „Zettel“, so wie er diesen Katalog bezeichnet, in der Praxis nicht einsetzbar seien und führte weiter an, dass normalerweise die Verständigung immer funktioniere, selbst wenn keine Begleitperson zum Dolmetschen anwesend ist, weil jede/r etwas Deutsch spräche. I 3 führte außerdem an, dass er zuerst probiere auf Deutsch zu kommunizieren, dann auf Englisch und schlussendlich auch mit Zeichen, wenn keine Begleitperson anwesend ist, die dolmetschen kann. Auch I 5 versucht sich mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen mit Handzeichen und gebrochenem Deutsch zu verständigen, wobei er aber auch anmerkte, dass meistens eine Deutsch sprechende Person in der Nähe ist, da irgendwer auch den Notruf betätigt haben muss. Er erwähnte darüber hinaus, dass er erst seit kurzem etwas von diesem Katalog wisse. Ein Grund warum dieser Katalog nicht benutzt wird bzw. die SanitäterInnen nicht daran denken, diesen zu verwenden oder auch warum I 5 erst seit kurzem davon weiß, liegt möglicherweise darin, dass nicht ausreichend darüber kommuniziert wurde. In einem Gespräch, welches nicht im Rahmen der Interviews entstand, stellte sich heraus, dass nur eine E-Mail, die an alle SanitäterInnen ging, darauf hinwies, dass ein solcher Katalog zur Verfügung steht. Eine Kopie dieses Katalogs wurde mir auf späterer Anfrage von der Dienststelle dieser Rettungsorganisation zur Verfügung gestellt. Nach ausführlicher Recherche konnte festgestellt werden, dass es hierbei zweierlei gibt. Zum einen existieren einzelne A4 Seiten (zwei Seiten pro Sprache), auf denen Termini sowohl für die Datenaufnahme als auch bezüglich Beschwerden und Krankheiten in Deutsch und der jeweiligen Sprache aufgelistet sind. Diese „Glossare“ liegen im Rettungswagen im PatientInnenraum auf und stehen für folgende Sprachen zur

Verfügung: Englisch, Französisch, Spanisch, Italienisch und Türkisch. Auf diesen A4 Seiten sind jedoch keine Symbole abgebildet, die I 2 und I 3 explizit erwähnten. Es ist anzunehmen, dass sich nur I 4 auf die soeben erwähnten A4 Seiten bezog, da er diese auch mit „Zetteln“ bezeichnete. Zum anderen gibt es ein A5 Heft mit allgemeinen Phrasen und Termini sowie Fragensammlungen, Ausdrücken und Bezeichnungen für die Bereiche Körper, Diagnose, Therapie und psychosoziale Betreuung. Dieses Heft ist im Handschuhfach der Fahrerkabine des Rettungswagens aufzufinden und beinhaltet die Übersetzung, die sich auf sechzehn Seiten erstreckt, für folgende Sprachen: Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch, Portugiesisch, Holländisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Schwedisch, Tschechisch, Türkisch, Griechisch und Russisch. Ferner umfasst dieses Heft auch vier Seiten, auf denen 24 Symbole abgebildet sind. Es kann vermutet werden, dass sich I 1, I 2 und I 3 in ihren Aussagen auf dieses Heft bezogen haben.

Den SanitäterInnen stehen demnach vorgefertigte Fragensammlungen und Phrasen sowie Symbole zur Verfügung. Pöchhacker (2000a) hebt jedoch hervor, dass derartige Fragensammlungen nur als Unterstützung gedacht sind und sie die mündliche Kommunikation zwischen den – im vorliegenden Fall – SanitäterInnen und PatientInnen nicht ersetzen (vgl. hierzu auch Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit). Es kann weiter festgehalten werden, dass die SanitäterInnen nicht genug darüber informiert sind, welche Möglichkeiten ihnen für die Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen zur Verfügung stehen. Dies hat auch die Recherche bezüglich den Fragensammlungen und Symbolen ergeben, die erst einige Zeit nach den Interviews erfolgte. So wussten manche SanitäterInnen weder von den A4 Seiten noch von dem A5 Heft. Andere schienen nur von den A4 Zetteln zu wissen und nicht von dem A5 Heft oder umgekehrt. Dies deutet auch auf eine unzureichende Kommunikation innerhalb der gegenständlichen Dienststelle hin. Nach Durchsicht der Fragensammlungen und Übersetzungen der A4 Seiten beziehungsweise des A5 Hefts, kann an dieser Stelle auch festgehalten werden, dass die Übersetzungen des A5 Hefts, im Gegensatz zu den A4 Seiten, einen gewissen Grad an Professionalität aufweisen.

Die Antworten der InterviewpartnerInnen auf die Frage, wie mit Nichtdeutschsprachigen kommuniziert werde, spiegeln auch die von Pammer (2000) angeführten gängigen Praktiken (Gestik, Mimik, Bilder, vorgefertigte Übersetzungen,

Pidgin-Deutsch) zur Kommunikation mit Anderssprachigen wider. Pammer hebt jedoch hervor, dass somit keine erfolgreiche Kommunikation garantiert werden kann (vgl. Unterkapitel 5.1), was durch die erhaltenen Antworten der SanitäterInnen bestätigt wurde.

Die oben erwähnte von I 2 getätigte Aussage „(...) Sie können mit Kopfnicken oder Kopfschütteln zu verstehen geben, ah, ob Sie Kopfschmerzen haben oder nicht.“ deutet auch daraufhin, dass die SanitäterInnen kulturelle Eigenheiten nicht in ihrer Ganzheit berücksichtigen, da in manchen Ländern Kopfnicken „nein“ und Kopfschütteln „ja“ bedeutet.

Auf die Frage, ob sich Kommunikationsprobleme auch direkt auf die Erstversorgung der PatientInnen auswirken, gab nur I 1 an, dass dies nicht der Fall sei. Er führte an:

(...) wenn jetzt wirklich irgendwas ist, das in der Sekunde passieren muss, ah, erstens versteht man sich dann mit dem Patienten, glaube ich, teilweise sogar blind fast ah bzw. wenn es wirklich so arg ist, dass es schnell gehen muss und der Patient vielleicht bewusstlos ist, erübrigt sich das ja in Wirklichkeit sowieso.

Diese Aussage verdeutlicht, dass im Rettungsdienst auch non-verbal Erste Hilfe zu leisten ist, da, wenn keine Kommunikation mehr möglich ist, nicht nur Anderssprachige, sondern auch Deutschsprachige versorgt werden müssen. Dieser Aspekt wird von den anderen InterviewpartnerInnen nicht berücksichtigt. I 2, I 3, I 4 und I 5 sind der Meinung, dass Sprachbarrieren sehr wohl die Kommunikation beeinflussen und es so zu Problemen kommen kann. I 2 ist zum Beispiel der Ansicht, dass es sich immer nachteilig auf die Versorgung auswirke, wenn es Schwierigkeiten bei der Kommunikation gibt. I 4 führte an, dass schon beim Absetzen des Notrufs die ersten Probleme entstehen:

Es dauert länger bis eine Versorgung vorhanden ist, weil man erst herausfinden muss, was ist passiert, ahm, wenn wer Muttersprache Deutsch ja, wenn da ein Notruf abgesetzt wird, dann erfahren wir bevor wir hinfahren schon, was ist eigentlich passiert und gerade eben wo Deutsch dann ein Problem ist, müssen wir dort erst herausfinden, wo eigentlich

das Problem liegt. Und das kann vom Bauchweh über eine schwere Verletzung so ziemlich alles sein.

I 4 hebt mit dieser Äußerung hervor, dass nichtdeutschsprachige PatientInnen bei der Erstversorgung gegenüber deutschsprachigen PatientInnen weitgehend benachteiligt sind, was gravierende Auswirkungen haben kann. Hierzu äußerte sich I 5 folgendermaßen:

Es kann verzögert werden oder es kann auch ah, etwas übersehen werden, weil irgendwelche Symptome nicht erkannt werden, weil man eben nichts davon erfährt. Ah es ist auch schwieriger Vorgeschichten zu erfahren, weil man ja über das Dolmetschen... ohne Dolmetscher überhaupt nicht, mit Dolmetschen wird dann auch die Vergangenheit nicht so ganz berücksichtigt bei der Vorgeschichte, wie oft jetzt oder wann das erste Mal die Symptome aufgetreten sind und solche Dinge.

Da bei der Erstversorgung oft Sekunden von entscheidender Bedeutung sind, kann es sogar zum Ableben der PatientInnen führen, wenn Symptome nicht erkannt werden oder auch wenn die Krankengeschichte nicht bekannt gegeben wird oder wenn es darum geht, Angaben über die Medikamenteneinnahme zu machen, so wie dies auch schon Pammer (2000) festgestellt hat (vgl. hierzu auch Unterkapitel 5.1).

Auf die Frage, ob es einen Dolmetschdienst gäbe, erwiderte I 1, dass es für den Rettungsdienst keinen gäbe, aber bei der Leitstelle. Er führte an, dass sich die DolmetscherInnen über die Konferenzschaltung hinzuschalten und während des Notrufs mithören und „übersetzen“. Er konnte aber keine weiteren Angaben hierzu machen, da er zu wenig Einblick in diesen Bereich hat. I 2 meinte zu dieser Frage, dass es aufgrund der „zeitkritischen Patientenversorgung gar nicht denkbar“ wäre immer ausgebildete DolmetscherInnen einzusetzen. Auch I 3 und I 4 wussten, dass die Leitstelle mit DolmetscherInnen arbeitet, diese aber nicht für den Rettungsdienst zur Verfügung stehen. Dennoch würde I 3 die Leitstelle kontaktieren und sich verbinden lassen, wenn andernfalls keine Kommunikation mit den anderssprachigen PatientInnen möglich wäre. I 5 erwähnte auch, dass für den Rettungsdienst keine DolmetscherInnen zur Verfügung stünden. Bei den von I 1, I 3 und I 4 angeführten DolmetscherInnen bei der Leitstelle handelt es sich nicht um ausgebildete DolmetscherInnen, sondern um MitarbeiterInnen

der Rettungsorganisation mit Sprachkenntnissen, die im Falle des Falles zum Dolmetschen herangezogen werden.

Die Fragen, die unter dem Punkt „Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen“ gestellt wurden, geben Aufschluss über die aktuellen Praktiken bei der Interaktion mit Anderssprachigen bei einer Rettungsorganisation. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass laut den InterviewpartnerInnen vor allem Familienangehörige, darunter auch Kinder, oder FreundInnen als DolmetscherInnen agieren, wobei die gegebenen Antworten aber auch zeigen, dass es nicht als unproblematisch angesehen wird, wenn Kinder als DolmetscherInnen eingesetzt werden. Falls keine Deutsch sprechenden Personen anwesend sind, wird auf die Zeichensprache sowie auf das Pidgin-Deutsch zurückgegriffen. Als letzte Möglichkeit zur Verständigung werden übersetzte Fragensammlungen, die im Rettungsauto aufliegen, gesehen, die jedoch wenig Anklang finden. Zudem kann vermutet werden, dass viele der dort tätigen SanitäterInnen nicht über deren Existenz Bescheid wissen.

Darüber hinaus war die Mehrheit der Befragten der Meinung, dass diese natürlichen DolmetscherInnen alles, was gesagt wird, dolmetschen sollten, um so auch Informationen zu erhalten, die anfangs als nicht wichtig erscheinen mögen. Außerdem hat für die befragten SanitäterInnen der direkte Kontakt zu den PatientInnen oberste Priorität, da es gerade in diesem Beruf wichtig ist, ein Vertrauensverhältnis zu den PatientInnen aufzubauen. Die Schwierigkeiten, die laut SanitäterInnen entstehen können, sind sprachlicher sowie auch kultureller Natur. Letzteres bezieht sich insbesondere auf die Tatsache, dass Frauen nicht von männlichen Sanitätern untersucht werden sollten. Ferner vertreten die meisten InterviewpartnerInnen die Ansicht, dass sich Kommunikationsprobleme erheblich auf die Erstversorgung auswirken und somit auch Nachteile für die PatientInnen entstehen.

Laut den interviewten SanitäterInnen gibt es keinen Dolmetschdienst für den Rettungsdienst, wobei für die Leitstelle Personen mit Sprachkenntnissen zur Verfügung stehen. Ob nun aus Sicht der SanitäterInnen ein Bedarf an DolmetscherInnen besteht und welche Verbesserungsvorschläge sie unterbreiten, wird im nächsten Punkt näher beleuchtet.

6.2.3 Dolmetschbedarf

Nachdem ausführlich über die übliche Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen gesprochen wurde, wurde nach der Zufriedenheit mit der gängigen Praxis, nach dem Bedarf an ausgebildeten DolmetscherInnen, nach dem Einsatz eines Telefondolmetschdiensts sowie nach Verbesserungsvorschlägen gefragt.

Allgemein kann festgehalten werden, dass die befragten SanitäterInnen mit der derzeitigen Praxis zufrieden sind. Nur I 4 hielt fest, dass Verbesserungsbedarf vorhanden sei. I 1 meinte hierzu auch, dass es natürlich nicht schlecht wäre, wenn DolmetscherInnen mitfahren würden, dies aber in der Praxis sicher nicht einfach umzusetzen sei. Er sprach auch an, dass es unrealistisch wäre, MitarbeiterInnen als DolmetscherInnen auszubilden. I 2 scheint prinzipiell auch mit der gängigen Praxis zufrieden zu sein. Er führte diesbezüglich Folgendes an:

Ist es mir möglich die erforderlichen Informationen in aller Regel zu bekommen, ja. Wir sind ja öfters damit konfrontiert, Informationen nicht zu erhalten, weil jemand bewusstseinseingetrübt ist oder bewusstlos, wo ich mich auch auf das verlassen muss, was ich quasi beobachten kann und aufgrund von Aussagen von Angehörigen auch eben was ich dann an Informationen bekomme. Also, wir können ja damit umgehen, dass nicht immer der Patient mit uns sprechen kann. Das ist keine Sondersituation. Ah wie gesagt, in aller Regel ist der Patient selten alleine, vor allem in diesem kulturellen Umfeld sind große Familien noch, ah, und haben auch da das Glück, dass meistens irgendjemand im Berufsleben steht, der soweit kulturell integriert ist, dass er die deutsche Sprache ausreichend beherrscht und das dolmetschen kann.

I 2 führte hier das an, was I 1 schon zu einem früheren Zeitpunkt erläuterte, nämlich dass SanitäterInnen oft PatientInnen versorgen müssen, die aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands nicht in der Lage sind, sich zu äußern. I 3, I 4 und I 5 meinten, dass es in der Praxis nicht realistisch wäre, ausgebildete DolmetscherInnen mitzuführen, wobei I 5 auch hervorhob, dass es der Aufwand nicht wert wäre, da es zu wenig Einsätze in der Region gäbe, bei denen nichtdeutschsprachige PatientInnen versorgt werden müssen.

Ein Telefondolmetschdienst wäre für I 3, I 4 und I 5 vorstellbar, wobei I 3 anmerkte, dass dieser wohl nicht so oft gebraucht werden würde und I 4 meinte, dass

dies zwar keine schlechte Idee wäre, aber es wohl am Finanziellen scheitern würde. An diesem Punkt teilte I 5 mit, dass es bei der Leitstelle die sogenannten „Sprachskills“ gäbe, das heißt, dass jemand der gerade Dienst hat und die benötigte Sprache beherrscht zum „Übersetzen“ herangezogen wird. I 1, I 3 und I 4 haben schon im Rahmen einer vorangehenden Frage auf diese Personen, die sie DolmetscherInnen nannten, hingewiesen.

I 2 zeigte sich bezüglich dieser Frage skeptisch und hob hervor, dass es für ihn nicht abschätzbar sei, ob ein Telefondolmetschdienst sinnvoll wäre und dass dies in der Praxis näher angeschaut werden müsse. I 1 kann sich einen Telefondolmetschdienst hingegen überhaupt nicht vorstellen,

(...) weil der Patient ja dann nicht mit mir sozusagen redet, sondern mit wem, der nicht da ist. Der kennt diesen anderen nicht und das ist immer ein bisschen eine schwierige Geschichte, weil es da auch sehr viel um Vertrauen geht, auf alle Fälle, gerade im Rettungsdienst.

Diese Aussage lässt vermuten, dass I 1 die Ansicht vertritt, dass es am besten sei, wenn Familienangehörige oder Bekannte als DolmetscherInnen agieren, da sie den PatientInnen vertraut sind. I 1 bestätigte auch im Rahmen einer anderen Frage, dass er damit zufrieden sei, wenn Begleitpersonen zum Dolmetschen herangezogen werden.

Zum Schluss der Interviews wurde nach Verbesserungsvorschlägen gefragt, um eine effizientere Kommunikation und somit eine effizientere Versorgung der PatientInnen zu garantieren. Auf diese Frage erwähnten I 2, I 3 und I 5 konkrete Beispiele, um die Versorgung und Betreuung zu verbessern. I 2 meinte zum Beispiel:

Ich persönlich halte sehr viel vom Arbeiten mit diesen Symbolen. Allerdings ist das sicherlich auch etwas, das man üben muss. Das passiert in dieser Form jetzt noch nicht. Das heißt, das ist mehr oder weniger so ein backbone, das man irgendwo hat ja. Aber es ist immer einfacher, auf was zurückzugreifen, mit dem man eine gewisse Routine hat.

Auch an dieser Stelle führte I 2 diese Symbole an, die anscheinend in der Praxis nicht verwendet werden. Er ist der Ansicht, dass im Rahmen von Seminaren oder

Weiterbildungen der Umgang mit diesen Symbolen explizit erklärt werden sollte. Denn bislang gab es dies noch nicht, sondern es wurde nur, wie oben schon erwähnt, eine E-Mail verschickt, um die SanitäterInnen darauf aufmerksam zu machen. I 3 stellte eine andere Maßnahme vor und erwähnte, dass die Rettungsorganisation selbst schon Überlegungen angestellt habe, um Schulungen für Nichtdeutschsprachige anzubieten:

(...) wo es so Überlegungen gibt, so Schulungen anzubieten für Leute, die nicht ursprünglich aus Österreich stammen, einfach das Gesundheitssystem zu erklären und so weiter. Also, das sind auch manchmal administrative Dinge, wo die Leute dann nicht wissen, wo sie hinkommen. Ahm, ja, das wäre, glaube ich, ganz gut, wenn die Leute so im Vorhinein schon wissen würden, was passiert, wenn man den Notruf ruft und wer da daherkommt.

I 3 hält damit fest, dass Nichtdeutschsprachige im Allgemeinen sehr schlecht über das Gesundheitssystem in Österreich informiert sind und es bei weitem einfacher wäre, wenn diese besser darüber Bescheid wüssten. I 5 schlug hingegen vor, dass auf Seiten der SanitäterInnen etwas unternommen werden müsse. Er fände gut, wenn den SanitäterInnen eine Schulung über den Umgang mit Nichtdeutschsprachigen angeboten werden würde:

Das man eben die kulturelle Seite eben noch einmal erklärt bekommt, auf was man selber wirklich aufpassen soll, weil es eben Schwierigkeiten geben könnte und ah einfache Begriffe, dass man nicht absolut planlos davorsteht, sondern eben so wie es im Englischen auch üblich ist, dass man bei Urlaubskursen die grundlegenden Sachen, eben wo man beschreiben kann, wo tut es weh, was tut weh, wie tut es weh, dass man das grundsätzlich versteht, wobei ich anzweifle, dass die Bereitschaft von unserer Mannschaft da sehr groß sein würde.

Dies wäre also eine Maßnahme, die von den SanitäterInnen selbst umgesetzt werden müsste.

Auch Angelelli (2004) hat darauf hingewiesen, dass es für eine bessere und effizientere Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen unabdingbar ist, dass MitarbeiterInnen von Gesundheitseinrichtungen über kulturelle Probleme, die während

der Versorgung auftreten könnten, bestmöglich informiert sind (vgl. hierzu auch Unterkapitel 4.1).

Dieses Kapitel hat einen Einblick in die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen bei einer Rettungsorganisation gegeben. Wie aus den Antworten der befragten SanitäterInnen ersichtlich wurde, werden auch in diesem Bereich natürliche DolmetscherInnen eingesetzt, so wie Pöchhacker (1997) diese Praxis auch in Wiener Krankenhäuser vorfand. Außerdem wird bei dieser Rettungsorganisation, wie auch im AKH, eine Liste geführt, worauf SanitäterInnen mit Fremdsprachenkenntnissen angeführt sind, die, wenn nötig, bei der Leitstelle als DolmetscherInnen agieren. Wie die von Pöchhacker (1997) befragten Gesundheitseinrichtungen, sind auch hier die SanitäterInnen prinzipiell mit der vorherrschenden Praxis, Begleitpersonen als DolmetscherInnen einzusetzen, zufrieden. Aus den Aussagen der interviewten SanitäterInnen wurde ersichtlich, dass Kommunikationsprobleme dennoch auf Sprach- sowie Kulturbarrieren beruhen. Begleitpersonen sind offensichtlich den Anforderungen an DolmetscherInnen im medizinischen Bereich (vgl. Kapitel 2) nicht gewachsen und können die an sie gestellten Herausforderungen nicht bewältigen. Die befragten SanitäterInnen sind sich zwar der Tatsache bewusst, dass es nicht unproblematisch ist, natürliche DolmetscherInnen einzusetzen, sie zeigen sich aber dennoch mit der derzeitigen Praxis zufrieden. Nichtsdestoweniger hat die vorliegende Untersuchung gezeigt, dass ein Kommunikationsbedarf und demnach auch ein Dolmetschbedarf vorhanden ist. Es wurde erwiesen, dass natürliche DolmetscherInnen nicht ausreichen, um die an Kommunal DolmetscherInnen gestellten Aufgaben (vgl. Punkt 1.1) angemessen und professionell erfüllen zu können. Die befragten SanitäterInnen scheinen sich aber über diese Problematik noch nicht in ausreichendem Maße bewusst zu sein, da sie, wie schon erwähnt, im Allgemeinen mit der üblichen Vorgehensweise bei der Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen zufrieden sind. Da diesbezüglich noch keine Maßnahmen gesetzt wurden, kann auch geschlussfolgert werden, dass die Bereitschaft dazu noch nicht vorhanden ist beziehungsweise keine finanziellen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um Schulungen oder dergleichen organisieren zu können. Dass in diesem Bereich jedoch noch viel Aufklärungsarbeit notwendig ist und dass gegenüber den Pionierländern des *community interpreting* (vgl. Unterkapitel 1.2)

noch viel Aufholbedarf besteht, ist angesichts der durchgeführten Untersuchung sowie vergangener Studien (zum Beispiel Pöhhacker 1997, Pöhhacker und Kadrić 1999, Pöhhacker 2000a) unumstritten.

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, den Kommunikations- und Dolmetschbedarf im österreichischen Rettungswesen zu beleuchten. Hierzu wurde zu Beginn der Arbeit auf die Begriffsbezeichnung *community interpreting* eingegangen, die, wie ersichtlich wurde, auch in Expertenkreisen zu regen Diskussionen führt. Es wurden die charakteristischen Merkmale dieser Dolmetschart behandelt und die Entwicklung in den Pionierländern beschrieben. Es wurde festgestellt, dass die Entwicklung nicht in allen Ländern am selben Stand ist und es nur wenige Ausbildungsmöglichkeiten in diesem Bereich gibt, was beträchtlich zum geringen Professionalisierungsgrad beiträgt.

In einem weiteren Kapitel wurde der Terminus *healthcare interpreting* näher definiert sowie die Besonderheiten und die damit verbundenen Anforderungen an DolmetscherInnen in diesem Bereich erläutert. Es wurde unterstrichen, dass DolmetscherInnen den unterschiedlichsten Anforderungen und Erwartungen der verschiedenen InteraktantInnen gerecht werden müssen. Es wurde weiter darauf hingewiesen, dass das Dolmetschen in diesem Bereich zahlreiche Herausforderungen und extreme Belastungen mit sich bringt, da DolmetscherInnen im medizinischen Bereich ständig mit Krankheiten und dem Tod konfrontiert sind.

Das dritte Kapitel beschäftigte sich mit der triadischen Kommunikation. Es wurden Theorien der Soziologie vorgestellt und diese mit der Rolle von DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich in Zusammenhang gesetzt. Es wurde verdeutlicht, dass das Dolmetschen nicht in einem sozialen Vakuum stattfindet, sondern, dass zahlreiche kulturelle und soziale Faktoren Einfluss auf die Kommunikation haben und DolmetscherInnen den Einschränkungen der Gesellschaft und der Institutionen, in denen sie tätig sind, unterworfen sind.

Anschließend wurde Angelellis *visible model* angeführt und auf ihre im Jahr 2004 durchgeführte Studie eingegangen. Die Ergebnisse ihrer Studie, insbesondere die Rollenauffassung der von ihr befragten DolmetscherInnen, haben gezeigt, wie komplex die Rolle von DolmetscherInnen in diesem Bereich ist. Es wurde auch hervorgehoben, dass DolmetscherInnen – entgegen der Meinung von Berufsverbänden – sehr wohl sichtbare InteraktionspartnerInnen sind und Einfluss auf den Gesprächsverlauf haben.

Im fünften Kapitel stand die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen im Krankenhaus im Zentrum des Interesses, wobei zwei Studien (Pöchhacker und Kadrić 1999, Pöchhacker 2000a) präsentiert wurden. Es wurde mit Nachdruck betont, dass natürliche DolmetscherInnen keine effiziente Kommunikation garantieren können und es ausgebildeter DolmetscherInnen bedarf, um eine erfolgreiche Interaktion gewährleisten zu können.

Im Anschluss daran wurde offensichtlich, dass in Österreich das *community interpreting* im Allgemeinen nicht viel Anerkennung genießt und Ausbildungseinrichtungen quasi nicht existent sind. Studien über den Dolmetschbedarf im medizinischen Bereich wurden nur in geringer Anzahl durchgeführt (zum Beispiel Pöchhacker 1997, Pöchhacker und Kadrić 1999, Pöchhacker 2000a), was auch ein Zeugnis davon ist, dass das *healthcare interpreting* in Österreich noch am Anfang steht. Dies wurde auch durch die vorliegende Studie, die bei einer Rettungsorganisation durchgeführt wurde, bestätigt. Die Ergebnisse dieser Studie haben gezeigt, dass in diesem Bereich keine ausgebildeten DolmetscherInnen eingesetzt werden und die SanitäterInnen generell mit der vorherrschenden Praxis, Familienangehörige oder Bekannte dolmetschen zu lassen, zufrieden sind. Dennoch wurden einige Verbesserungsvorschläge für eine effizientere Kommunikation mit den PatientInnen unterbreitet, die von der Verwendung von Symbolen über Schulungen für Nichtdeutschsprachige über das österreichische Gesundheitssystem bis hin zu kulturellen und sprachlichen Fortbildungen für SanitäterInnen reichten. Ausgebildete DolmetscherInnen vor Ort einzusetzen, schien für die interviewten SanitäterInnen eine nicht praktikable Lösung, wohingegen ein Telefondolmetschdienst vorstellbar wäre, aber dies natürlich auch in der Praxis untersucht werden müsste.

Auch wenn die befragten SanitäterInnen erwähnten, dass es sehr wohl Kommunikationsprobleme aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren gibt, scheint es auf Seiten der Verantwortlichen noch kein Bewusstsein dafür zu geben, welche schwerwiegenden Folgen Kommunikationsprobleme für die Versorgung der PatientInnen haben können. Um Gesundheitseinrichtungen daraufhin zu sensibilisieren, wäre es wünschenswert weitere Untersuchungen in diesem Bereich durchzuführen und die Forschung zu unterstützen, damit die Notwendigkeit professioneller DolmetscherInnen

aufgezeigt werden kann und jeder Stolperstein in der Kommunikation mit Anderssprachigen entfernt werden kann.

Bibliographie

- Angelelli, Claudia V. (2004) *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Atteslander, Peter (¹²2008) *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Bahadir, Şebnem (2000) Von natürlichen Kommunikationsbrücken zu professionellen Kommunikationsbrücken. *TEXTconTEXT . Halbjahresschrift zur Translation. Theorie. Didaktik. Praxis*, 14 (4), 211-229.
- Bell, Sherrill (1997) The Challenges of Setting and Monitoring the Standards of Community Interpreting. An Australian Perspective. In: S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour und D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 93-108.
- Bourdieu, Pierre (1977) *Outline of a Theory of Practice*. Übersetzt von Richard Nice. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, Pierre (1991) *Language and Symbolic Power*. Übersetzt von Gino Raymond und Matthew Adamson. Cambridge: Polity Press.
- Brewer, Marilyn B. (1988) A Dual Process Model of Impression Formation. In T. Srull and R. Wyer (Hg.) *Advances in Social Cognition* (1). *A Dual Process Model of Impression Formation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1-36.
- Carr, Silvana E. (1997) A Three-Tiered Health Care Interpreter System. In: S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour und D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 271-276.
- Chesher, Terry (1997) Rhetoric and Reality. Two Decades of Community Interpreting and Translating in Australia. In: S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour und D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service*

- Settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 277-289.
- Critical Link (2010a) „What is Critical Link?“ <http://criticallink.org/about/what-is-critical-link/> (27.11.2010).
- Critical Link (2010b) „Past Conferences“. <http://criticallink.org/conferences/past-conferences/> (27.11.2010).
- Favaron, Roberta (2010) *Interpreting in a bilingual healthcare facility: An ethnographic and corpus-based analysis*. Dissertation, Universität Wien.
- Garber, Nathan (2000) Community Interpretation: A Personal View. In: R. P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham und A. Dufour (Hg.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 9-20.
- Gentile, Adolfo (1993) Community Interpreting and Languages of Limited Diffusion. In: C. Picken (Hg.) *Translation – the vital link. Proceedings of the XIIIth World Congress of FIT, 6-13 August 1993, Brighton. Volume 2*. London: Institute of Translation and Interpreting, 253-262.
- Gunby, Phil (1995) Computer-Based Medical Translator System Helps Bridge Language Gap Between Physician, Patient. *The Journal of the American Medical Association* 274 (13), 1002-1004.
- Harris, Brian und Sherwood, Bianca (1978) Translating as an Innate Skill. In: D. Gerver und H. W. Sinaiko (Hg.) *Proceedings of the NATO Symposium on Language Interpretation and Communication held at the Giorgio Cini Foundation on the Isle of San Giorgio Maggiore, Venice, Italy, September 26 - October 1, 1977*. New York/London: Plenum Press, 155-170.
- Hymes, Dell (1977) *Foundations in Sociolinguistics. An Ethnographic Approach*. London: Tavistock Publications Limited.
- Kadrić, Mira (²2006) *Dolmetschen bei Gericht: Erwartungen - Anforderungen - Kompetenzen*. Wien: Facultas.
- Karl-Franzens-Universität Graz (2011) „Mitteilungsblatt der Karl-Franzens-Universität Graz. Curriculum für das Masterstudium Dolmetschen“. https://online.uni-graz.at/kfu_online/wbMitteilungsblaetter.display?pNr=132034 (07.02.2011).

- Kellnhauser, Edith und Schewior-Popp, Susanne (1999) *Ausländische Patienten besser verstehen*. Stuttgart/New York: Georg Thieme.
- Kuljuh, Emir (2003) Kinder als Dolmetscher. In: S. Pöllabauer und E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft, 143-148.
- Moriyama, Masaki, Harnisch, Delwyn L., Matsubara, Shinichi (1994) The Development of Graphic Symbols for Medical Symptoms to Facilitate Communication between Health Care Providers and Receivers. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* 174, 387-398.
- Niska, Helge (2007) From helpers to professionals. Training of community interpreters in Sweden. In: C. Wadensjö, B. E. Dimitrova und A-L. Nilsson (Hg.) *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community: Selected papers from the Fourth International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 297-310.
- Otto, Jeannette (2002) „Das Mamma-mia-Syndrom. Medizindolmetscher erklären Ärzten, was ausländische Patienten auf dem Herzen haben“. <http://www.zeit.de/2002/47/C-Med-Dolmetscher> (27.11.2010).
- Pammer, Christoph (2000) Was macht MigrantInnen krank? *Zebrat* 3, 11-13.
- Pöhhacker, Franz (1997) „Is there anybody out there?“ Community Interpreting in Austria. In: S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour und D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 215-225.
- Pöhhacker, Franz (2000a) *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und Deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöhhacker, Franz (2000b) Dolmetschen - ein Kinderspiel? Eine klinische Fallstudie. *TEXTconTEXT. Halbjahresschrift zur Translation. Theorie. Didaktik. Praxis*, 14 (4), 153-179.

- Pöchhacker, Franz (2004) *Introducing Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz und Kadrić, Mira (1999) The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. *The Translator* 5 (2), 161-178.
- Pöchhacker, Franz und Shlesinger, Miriam (Hg.) (2007) *Healthcare Interpreting. Discourse and Interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Pöllabauer, Sonja (2002a) Community Interpreting. Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren. In: I. Kurz und A. Moisl (Hg.) *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher. Perspektiven nach dem Studium*. Wien: Facultas, 196-204.
- Pöllabauer, Sonja (2002b) Community Interpreting als Arbeitsfeld – Vom Missionarsgeist und von moralischen Dilemmata. In: J. Best und S. Kalina (Hg.) *Übersetzen und Dolmetschen. Eine Orientierungshilfe*. Tübingen/Basel: Francke, 286-298.
- Pöllabauer, Sonja (2003) Dolmetschen im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich – eine Gratwanderung zwischen Interessenskonflikten und Streben nach Professionalität. In: S. Pöllabauer und E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft, 17-35.
- Reisinger, Ann M. (2003) Wie verbessert man die sprachliche und interkulturelle Kommunikation im Kranken- und Gesundheitswesen in einer Gesellschaft mit wachsender Migration und kultureller Vielfalt? In: S. Pöllabauer und E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Selbstverlag, Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft, 127-140.
- Roberts, Roda (1997) Community Interpreting Today and Tomorrow. In: S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour und D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 7-26.
- Smirnov, Stanislav (1997) An Overview of Liaison Interpreting. *Perspectives: Studies in Translatology* 5 (1), 211-226.

- Statistik Austria (2011) „Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland“. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/023438.html (15.02.2011).
- Tebble, Helen (1999) The Tenor of Consultant Physicians. Implications for Medical Interpreting. *The Translator* 5 (2), 179-200.
- Tuffnell, D. J., Nuttall, K., Raistrick, J. und Jackson, T. L. (1994) Use of translated written material with non-English speaking patients. *British Medical Journal* 309, 992.
- Uni Graz for Life (2011) „Universitätslehrgang Kommunaldolmetschen“. <http://www.uniforlife.at/index.php?lang=de&page=content/ulehr-kdolmetschen-de.html> (07.02.2011).
- Universität Wien (2011) „Masterstudium an der Universität Wien“. http://public.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/fak_translationswissenschaft/Studienprogrammleitung/Curr_2007_Aenderung_MA_Dolmetschen.pdf (07.02.2011).
- Wadensjö, Cecilia (1992) *Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University.
- Wadensjö, Cecilia (1998) *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman.
- Webster, Murray und Foschi, Martha (Hg.) (1988) *Status Generalization. New Theory and Research*. Stanford: Stanford University Press.

Anhang

Interviewleitfaden⁴

Gesprächseinstieg

Die Autorin bedankte sich bei den InterviewpartnerInnen für die Bereitschaft zum Interview. Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Bestandsaufnahme der aktuellen Praktiken bei der Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen bei der Rettung gemacht wird und dass das Gespräch etwa 15 Minuten dauern wird. Die Autorin betonte noch einmal, dass die erfassten Daten nur zum Zwecke der Masterarbeit verwendet und anonym behandelt werden. Es wurde weiter hervorgehoben, dass während des Interviews nur die weibliche Form verwendet wird, diese jedoch die männliche Form einschließt.

Einstiegsfragen

- Wie lange sind Sie schon als SanitäterIn tätig?
- Welche Aufgaben umfasst Ihre Tätigkeit?
- Wie oft versorgen Sie Patientinnen? (pro Dienst)
- Wie oft versorgen Sie nichtdeutschsprachige Patientinnen? (pro Dienst)
- Welche Sprachen sprechen nichtdeutschsprachige Patientinnen am häufigsten?

Kommunikation mit nichtdeutschsprachigen Patientinnen

- Wer hilft Ihnen bei der Verständigung mit nichtdeutschsprachigen Patientinnen?
- Werden nichtdeutschsprachige Patientinnen von Familienangehörigen, die Deutsch sprechen, begleitet?
- Helfen Kinder bei der Kommunikation?
- Welche Rolle spielt für Sie die Person, die dolmetscht?

⁴ Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an die Untersuchung von Pöchlhammer (2000a) über den Dolmetschbedarf in Krankenhäusern erstellt.

- Erwarten Sie, dass das Gesagte gedolmetscht wird? Oder möchten Sie, dass die Begleitperson nur die wichtigen Informationen dolmetscht? Wie schaut das in der Praxis aus?
- Möchten Sie, dass die Begleitpersonen anstelle der Patientin antworten? Kommunizieren Sie selber mit der Begleitperson anstelle der Patientin, falls diese ausreichend über den Gesundheitszustand Bescheid weiß?
- Stoßen Sie auf Schwierigkeiten, wenn Familienangehörige oder Bekannte dolmetschen? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Sind diese Menschen zu emotional gebunden?
- Erhalten Sie mit Hilfe von Begleitpersonen genug Informationen, um die medizinische Erstversorgung zu gewährleisten?
- Ist es Ihrer Meinung nach problematisch, Kinder als Dolmetscherinnen einzusetzen?
- Denken Sie, dass es Kommunikationsprobleme häufig auch aufgrund kultureller Unterschiede gibt?
- Wie verständigen Sie sich, wenn keine Begleitperson anwesend ist?
- Gibt es vorgefertigte schriftliche Fragen oder Symbole, um Informationen einzuholen?
- Gibt es einen Dolmetschdienst?
- Wie wirken sich Kommunikationsprobleme auf die Versorgung von Patientinnen aus? Beeinflussen Sprach- und Kulturbarrrieren die Versorgung der Patientinnen? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

Dolmetschbedarf

- Sind Sie mit der derzeitigen Praxis zufrieden?
- Denken Sie, dass ausgebildete Dolmetscherinnen vonnöten wären? Ist Bedarf vorhanden?
- Denken Sie, dass Telefondolmetscherinnen eine praktikable Lösung wären?
Telefondolmetschdienste gibt es zum Beispiel in Australien. Mit Hilfe technischer Ausrüstung (Telefon mit Lautsprecher, sensibles Mikrofon) ist es möglich, dass die Patientin und die Ärztin miteinander ungestört kommunizieren

und sie den Blickkontakt aufrecht erhalten können. Sie hören nur die Stimme der Dolmetscherin.

- Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden, um eine effiziente Kommunikation und somit eine effiziente Versorgung der Patientinnen zu garantieren?

- Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Interview 1

Wie lange sind Sie schon als Sanitäter tätig?

Ah, als Sanitäter eigentlich seit 2006. Da hat die Ausbildung begonnen. Fertig mit dem Rettungssanitäter war ich dann Anfang 2007.

Also schon ein paar Jahre.

Ja. [lacht]

Welche Aufgaben umfasst Ihre Tätigkeit?

Ich bin nicht nur als Rettungssanitäter tätig, sondern auch als Sanitätseinsatzfahrer, ah, bin auch bei der Jugend schon noch länger, jetzt inzwischen auch als Gruppenleiter.

Und Ausbilder auch?

Ah, naja, die beschränkte erste Hilfe, der Helfi, der sogenannte, für die Kleinen, da hat man mit der Gruppenleiterausbildung dann die Berechtigung dazu, dass man das den Kleinen beibringt. Und außerdem bin ich noch für Großschaden- und Katastrophenwesen zuständig bei uns auf der Dienststelle. Da bin ich hauptverantwortlich. Und ja, Mitarbeiter IT. Ja, was gibt es dann noch...[lacht] diverses.

Also viele Aufgaben.

Wie oft versorgen Sie ca. Patientinnen während eines Dienstes?

[kurze Pause]

Durchschnittlich? Was schätzen Sie?

Naja, momentan im Zivildienst werden es in der Woche zwei, drei sein, die wirklich den Rettungsdienst brauchen, jetzt abgesehen vom Krankentransport.

Und vom Krankentransport her?

Vom Krankentransport sind es durchschnittlich am Tag, würde ich sagen, acht, neun, so was.

Und wie oft versorgen Sie nichtdeutschsprachige Patientinnen? Darunter sind Patientinnen zu verstehen, die wenig bis gar kein Deutsch beherrschen.

Mhm, das ist eigentlich im letzten Jahr sehr selten passiert. Insgesamt seit 2006, ja werden es vielleicht zwanzig gewesen sein.

Also nicht so viel.

Ja, eigentlich weniger.

Und welche Sprachen sprechen diese Patientinnen vor allem?

Das ist hauptsächlich Türkisch bei uns, ah, ja, Russisch war auch dabei, aber sehr selten. Ja, ich denke das war es.

Und wer hilft Ihnen bei der Verständigung mit diesen Patientinnen?

An sich waren da eigentlich in meinem Fall immer Angehörige dabei, die übersetzen haben können.

Die Deutsch und Türkisch beherrscht haben.

Genau, also Familienangehörige von den Patienten bzw. glaube ich auch, dass es auch kein Problem gewesen wäre in diesen Fällen mit Hand und Fuß zu reden [lacht] bzw. haben wir auch in den Autos Hefte, ah, wo die gängigen Begriffe aus dem Rettungsdienst auch in den verschiedensten Sprachen auch vorkommen.

Welche Sprachen kommen da vor?

Ah, auswendig ist das jetzt schwierig.

Aber einige auf alle Fälle?

Türkisch auf jeden Fall. Wenn wir schon bei dem Thema waren. Italienisch, Französisch, Englisch.

Das sind dann vorgefertigte Fragen und die Patientinnen zeigen dann einfach, wo sie Schmerzen haben?

Ja, genau, so ist es.

Helfen auch öfters Kinder bei der Kommunikation?

Naja, es kommt auf die Definition von Kinder an.

Jüngere Kinder, also schulpflichtige Kinder?

Aber, ja, es kommt durchaus vor, dass das 14, 15, 16-jährige sind, ich habe auch schon jüngere dabei gehabt. So geschätzt [lacht].

Welche Rolle spielt für Sie die Person, die dolmetscht? Erwarten Sie bzw. möchten Sie, dass das Gesagte gedolmetscht wird, also das was die Patientin von sich gibt oder dass nur das Wichtigste herausgefiltert wird? Es kann ja sein, dass die Patientin eine ganze Geschichte erzählt, die vielleicht nicht von Interesse ist für den Fall. Möchten Sie, dass die Begleitperson nur das Wichtigste herausfiltert, also das, worauf es ankommt?

Naja, es ist auf alle Fälle gut, wenn man alles mitkriegt, weil es kann ja dann doch immer wieder eine kleine Information sich verstecken.

Sie möchten also, dass alles genau gedolmetscht wird?

Naja, Wort für Wort muss das natürlich nicht sein.

Aber inhaltlich, vom Sinn?

Ja, inhaltlich auf alle Fälle und ich rede auch sehr gerne mit den Angehörigen, die dolmetschen, wie es sonst so ist und wie jetzt der Unterschied jetzt zu vorher ist mit den Symptomen. Dass man halt in dieser Richtung auch etwas herausfinden kann.

Das heißt, Sie sprechen auch nur mit den Angehörigen, wenn die Patientinnen nicht in der Lage sind?

In einem vernünftigen Rahmen auf alle Fälle.

Das heißt, dass Sie sich eigentlich eher auch mit der Begleitperson unterhalten anstelle mit den Patientinnen?

Ja, klingt jetzt vielleicht hart, aber...

Wenn die Begleitpersonen über den Gesundheitszustand Bescheid wissen. Ist es dann einfacher für Sie?

Ja, auf alle Fälle.

Gut. Sind Sie schon auf Schwierigkeiten gestoßen, wenn Familienangehörige dolmetschen? Vielleicht, dass diese zu emotional gebunden sind oder sonst irgendwelche Schwierigkeiten, dass es Verständigungsprobleme gegeben hat?

So jetzt mit den Angehörigen, die selber dolmetschen eigentlich nicht. Gerade in diesem Kulturkreis ist es üblich, wenn gesundheitlich gerade irgendwas ist oder wenn irgendwas in der Familie passiert, dass dann auf einmal sehr viele weitere Angehörige da sind und das macht es kompliziert. Wenn in diesem, was weiß ich, 20m² Raum, nicht

mehr die zwei Leute sind, der Patient und der Dolmetscher, sondern zwanzig Leute, dreißig Leute.

Aber für gewöhnlich begleitet dann nur eine Person die Patientin?

Ja, auf alle Fälle.

Erhalten Sie von diesen Begleitpersonen normal auch genügend Informationen, um dann den Gesundheitszustand beurteilen zu können?

Ja. Das auf alle Fälle.

Denken Sie, dass es problematisch ist, auch Kinder als Dolmetscherinnen einzusetzen? Also jüngere Kinder oder im Jugendalter?

Naja, es kommt natürlich darauf an, was jetzt wirklich der Patient hat. Keine Frage, bei, ich nenne sie jetzt einmal schlimmere Sachen, ist es natürlich nicht so gescheit, wenn ein Kind zuschaut. Wobei ich in dieser Richtung eigentlich auch noch keine schlechten Erfahrungen gemacht habe. Also wirklich, wenn Kinder da waren, war nicht zu erkennen, dass es sowas Großartiges ist, sonst hätten wir wahrscheinlich eh geschaut, dass...

Dann würden sie nicht mit einbezogen werden?

Ja, da bemühe ich mich, dass das Kind nicht alles mitkriegt.

Denken Sie, dass es oft auch Kommunikationsprobleme gibt aufgrund der unterschiedlichen Kulturen? Also, dass nicht nur die Sprache das Problem darstellt, sondern auch die Kultur?

Mhm.

Dass sich vielleicht weibliche Patientinnen nicht von Männern untersuchen lassen wollen oder solche Sachen?

Genau, sowas ist auch schon einmal vorgekommen. Da ist es um einen gynäkologischen Notfall gegangen und da waren wir drei männliche Kollegen. Das war ein bisschen schwierig, hat sich dann aber relativ schnell lösen lassen, indem wir die Angehörigen hinaus geschickt haben und mit der Patientin noch einmal geredet haben, ob es eh ok ist und die dann gesagt hat, ja, ja, das ist kein Problem. Nur die Angehörigen haben recht ein Theater gemacht.

Also mehr als die Patientin selber?

Genau, genau, genau, die war froh, dass ihr geholfen wird.

Wie verständigen Sie sich eigentlich sonst, wenn keine Begleitperson anwesend ist und abgesehen von diesen Fragensammlungen?

Ist eigentlich noch nicht vorkommen.

Also, es reicht immer eine Begleitperson aus bzw. die vorgefertigten Fragen?

Genau, genau.

Werden diese Fragen eigentlich oft verwendet?

Ich persönlich habe die eigentlich auch noch gar nicht verwendet.

Noch gar nicht?

Wenn ich wirklich keinen Dolmetscher gehabt habe, ist das auch so gegangen in Wirklichkeit. Weil doch das Deutsche bzw. mit Hand und Fuß ein bisschen ausgereicht hat.

Gibt es einen Dolmetschdienst hier überhaupt im Rettungsdienst?

Nicht das ich wüsste. Bei der Rettungsleitstelle, weiß ich zufällig, dass es sowas gibt, weil die auch immer wieder Leute suchen, die sie dann in Konferenzschaltung dazu schalten lassen.

Also mit dem Telefon? Kommt das häufiger vor?

Da habe ich leider überhaupt keinen Einblick. Aber die suchen auf alle Fälle immer wieder über das Internet Kollegen, die sie dann im Falle des Falles verbinden lassen und während des Notrufs dann als Dritter mithören und übersetzen. [Kurze Unterbrechung aufgrund einer SMS-Alarmierung.]

Wie wirken sich Kommunikationsprobleme sonst aus auf die Verständigung bzw. auf die Versorgung? Denken Sie, dass die Versorgung dadurch verzögert wird oder dass sie den Patientinnen nicht so schnell helfen können? Dass sich das auf die Erstversorgung vor allem auswirkt?

Mhm, das glaube ich eigentlich nicht. Weil, wenn jetzt wirklich irgendwas ist, das in der Sekunde passieren muss, ah, erstens versteht man sich dann mit dem Patienten, glaube ich, teilweise sogar blind fast ah bzw. wenn es wirklich so arg ist, dass es schnell gehen

muss und der Patient vielleicht bewusstlos ist, erübrigt sich das ja in Wirklichkeit sowieso. Also ich...

Also Sie haben noch keine schlechten Erfahrungen damit gemacht?

Nein, überhaupt nicht.

Das heißt, dass sie mit der derzeitigen Praxis auch zufrieden sind? Habe ich das richtig herausgehört?

Auf alle Fälle, genau.

Also, wenn Begleitpersonen dolmetschen, dass es vollkommen ausreichend ist?

Bis jetzt auf alle Fälle schon.

Denken Sie, dass ausgebildete Dolmetscherinnen besser die Kommunikation gestalten können, sodass Sie die Patientinnen auch besser versorgen können?

Naja, schlecht ist das auf gar keinen Fall, wenn es so wem gibt, der mitfährt.

Denken Sie, dass es wichtig wäre bzw. dass Dolmetscherinnen vonnöten sind?

Ich glaube, dass das in der Praxis nicht unbedingt so einfach umsetzbar ist, weil wirklich jeden Mitarbeiter, zumindest soweit die Mitarbeiter zu Dolmetschern auszubilden, dass jedes Mal bei einem Transport einer dabei ist, ist unrealistisch. Und dann wirklich einen da haben, wenn es darauf ankommt, ist jetzt vielleicht auch eine Zeitfrage.

Und wäre dann so ein Telefondolmetschdienst eher eine praktikable Lösung, die auch umzusetzen ist?

Naja, schwierig...

Es gibt ihn ja schon in einigen Ländern, mit der technischen Ausrüstung, mit Lautsprecheranlage etc.

Ich kann mir da sogar vorstellen, dass das alles mühsamer machen würde, wenn man dann mit dem Telefon und was weiß ich irgendwas hin und her geben...

Das wäre eh mit Lautsprecheranlage und Mikrofon, dass man das Handy nicht hin und her geben muss.

Sie denken eher, dass es zu umständlich wäre und dass es einfacher ist mit Hilfe der Begleitperson und den Fragensammlungen, die Kommunikation...

Ich glaube auch, dass es da eventuell auch ein bisschen unpersönlich werden könnte, weil der Patient ja dann nicht mit mir sozusagen redet, sondern mit wem, der nicht da ist. Der kennt diesen anderen nicht und das ist immer ein bisschen eine schwierige Geschichte, weil es da auch sehr viel um Vertrauen geht, auf alle Fälle, gerade im Rettungsdienst.

Ok. Also wäre das für Sie eher eine Schwierigkeit, ein Hindernis, wenn man das so sieht?

Ja, so hart würde ich das jetzt nicht sagen [lacht], aber ich kann mir vorstellen, dass es nicht so praktisch ist.

Haben Sie noch andere Vorschläge wie man die Kommunikation verbessern könnte?

Schwierig... [lacht] nachdem es bei mir jetzt eigentlich immer funktioniert hat, ohne irgendwas, ohne großartige Schwierigkeiten.

Gibt es noch irgendetwas Anderes, was Sie hinzufügen möchten?

Ich denke nicht.

Ok. Danke vielmals für das Interview.

Dauer des Interviews: 11:35

Interview 2

Wie lange sind Sie schon als Sanitäter tätig?

Ah, 15 Jahre, Entschuldigung, 14 Jahre.

Welche Aufgaben umfasst Ihre Tätigkeit?

Ahm, als Sanitäter eben die Patientenversorgung, Patiententransport und diverse administrative Aufgaben auf der Dienststelle. Das hat aber mit dem Sanitäter weniger zu tun. Das ist, wie gesagt, mehr Administration dann.

Wie oft versorgen Sie Patientinnen pro Dienst? Durchschnittlich?

Pro Dienst würde ich sagen 1-3 Mal in einem 12 Stunden Dienst.

Und wie oft versorgen Sie nichtdeutschsprachige Patientinnen? Durchschnittlich?

Ist mir der letzte Fall gar nicht mehr rememberlich. Also es ist ausgesprochen selten.

Mit Nichtdeutschsprachige meine ich jetzt Personen, die sich nur schwer auf Deutsch verständigen können oder gar nicht. Also auch, die, die nur Brocken Deutsch können, fallen auch darunter.

Ja, habe ich aber wie gesagt jetzt keine Erinnerung an einen konkreten Fall, wann das das letzte Mal gewesen wäre. Das eine Kommunikation nur mehr sehr schwer oder gar nicht möglich gewesen wäre, das ist ausgesprochen selten.

Ok.

Also das ist sicherlich zwei Jahre her.

Und welche Sprachen sprechen diese Patientinnen am häufigsten, wenn solche Patientinnen versorgt werden müssen?

Das ist, wenn es ist, eher Ostblock, ehemaliger, also Rumänisch, Bulgarisch beispielsweise, ja.

Ok.

Und wie erfolgt normal die Verständigung mit diesen Patientinnen?

Ah, idealerweise über einen Dolmetsch, der in aller Regel vorhanden ist, im Rahmen des Familienverbandes.

Also, gibt es einen Dolmetschdienst der kontaktiert werden kann?

In aller Regel sind es die Kinder, die hier zur Schule gehen, die ah Deutsch ausreichend sprechen, um sich verständigen zu können und die versucht man dann als Dolmetscher einzusetzen.

Also, Begleitpersonen in dem Fall.

Genau, Begleitpersonen, ja.

Oder Bekannte eben.

Das ist dann immer so, dass man sagt es soll bitte jemand mitfahren, der Deutsch spricht, damit man hier diese ah verbale Brücke überbrücken kann.

Sie haben soeben erwähnt, dass Kinder vor allem auch bei der Kommunikation helfen, schulpflichtige Kinder?

Genau, ja.

Ist es für Sie problematisch, wenn solche Kinder eingesetzt werden? Hat es schon Vorfälle gegeben?

War bis jetzt noch kein Problem. Also Kinder, es ist jetzt gemeint eben schulpflichtige, es sind keine 4-jährigen Kinder, sondern...

Schon im Jugendalter?

Genau, genau, also bis zum Jugendlichen, ja natürlich, ja klar.

Welche Rolle spielt für Sie die Person, die dolmetscht? Die Begleitperson?

Ist ganz, ganz wichtig, weil sie ja meine kommunikative Brücke zum Patienten ist oder zur Patientin.

Möchten Sie, dass das Gesagte von der Patientin gedolmetscht wird oder nur das Wichtigste herausgefiltert wird? Also, es kann ja sein, dass Patientinnen oft Geschichten erzählen, was aber vielleicht nicht von Interesse ist für die Versorgung? Möchten Sie, dass da die Begleitperson eher nur das Wichtigste herausfiltert?

Nein, also filtern sollte der Dolmetscher eigentlich gar nicht. Er soll das eins zu eins übersetzen, was gesagt wird, denn auch aus einer augenscheinlich nicht wichtigen Information kann natürlich auch zum Beispiel ein Unfallhergang oder dergleichen rückgeschlossen werden oder wenn das Erzählte nicht in sich schlüssig ist, dass man sagt, ok, es ist jetzt der Verdacht, dass der Patient keinen klaren Gedanken fassen kann oder so. Also, das ist schon wichtig, dass das eins zu eins übersetzt wird. Also, ich frage dann auch aktiv nach, was hat Ihre Mutter, Ihr Vater jetzt gesagt.

Mhm. Und sprechen Sie auch eher nur mit der Begleitperson oder sprechen Sie schon auch direkt mit der Patientin? Beziehungsweise antwortet die Begleitperson auch gleich selbständig auf die Fragen, wenn sie über den Gesundheitszustand Bescheid weiß oder wird schon auch die Patientin immer wieder in der Muttersprache gefragt?

Ich versuche in aller Regel in deutscher Sprache, weil es ist die, die ich beherrsche, mit der Patientin oder mit dem Patienten zu sprechen. Wenn ich sehe, dass es nicht funktioniert, dann ersuche ich den Dolmetscher das zu übersetzen. Aber den direkten Kontakt versucht man einmal mit der Patientin, denn manchmal werden Wortfetzen eben verstanden.

Ok. Stoßen Sie auf Schwierigkeiten, wenn Familienangehörige dolmetschen? Vielleicht, dass sie zu emotional gebunden sind oder sonstige Schwierigkeiten, dass es dann Probleme gibt bei der Verständigung?

Nein, also, wenn dann ist die Situation an sich emotionsgeladen. Das ist aber dann kein spezielles Problem des Dolmetschens. Also entweder ist die Situation an sich so, dass man sagt, es ist das Familienumfeld schwierig, weil aufgeregt, weil unkooperativ oder wie auch immer. Aber dass es dann im Zuge des Übersetzungsvorganges zum Problem werden würde, das haben wir eigentlich nicht.

Das heißt, sie erhalten auch immer genügend Informationen über den Gesundheitszustand, dass sie die Patientinnen versorgen können? Auch von den Begleitpersonen, das ist für Sie dann immer ausreichend?

Sofern der Patient selbst diese Angaben überhaupt machen kann. [kurze Pause] Sofern er genug Daten liefert, die man überhaupt dolmetschen kann, kann man sich dann auch das entsprechende Bild machen. Oft ist dann halt leider das Problem, dass dann nur Schmerzen angegeben werden, die halt nicht spezifiziert werden können oder ah dass es halt überall weh tut, was dann auch nicht weiterhilft ja. Aber das ist dann auch wieder nicht das Problem des Dolmetschens an sich, sondern ah des subjektiven Empfindens der Patientin oder des Patienten.

Haben Sie auch schon kulturelle Probleme gehabt. Also, dass die Verständigung nicht nur aufgrund der Sprache schwierig war, sondern auch aufgrund der Kultur?

Ja, das gibt es.

Haben Sie da vielleicht ein Beispiel in Erinnerung?

Ah, dass es zum Beispiel nicht denkbar ist, also das ist keine generelle Feststellung, das war ein Einzelfall, aber in dem Fall war es undenkbar, dass die Patientin, also eine weibliche Patientin, ah mit einem Sanitärer allein im Auto war. Das war aufgrund des kulturellen Hintergrundes nicht möglich. Das wurde als Angriff verstanden. Nicht von ihr, sondern von ihrem Gatten.

Ist dieser dann in dem Fall zum Beispiel mitgefahren? Wie wird so eine Situation gehandhabt?

Man versucht zu deeskalieren. Man muss auch klarstellen ah, dass es halt nicht... oder dass es zum Teil erforderlich sein muss, dass der Sanitärer oder die Sanitärerin die Patientin berührt, zum Beispiel zu einer Blutdruckmessung, ja, oder um zu schauen, wie groß eine Verletzung ist. Ja, das muss man dann klarstellen. Wenn das nicht geht, dann ah muss die Begleitperson oder in dem Fall der Angehörige draußen warten oder zu Hause bleiben und kann nicht mitfahren. Dann braucht man einen anderen Dolmetsch.

Und wie wird dann die Kommunikation hergestellt, wenn jetzt keine Begleitperson anwesend ist?

Wenn es aufgrund der sprachlichen Barriere wirklich so ist, dass man es verbal nicht schafft, dann gibt es als Hilfestellung, ah, einen ich sage jetzt einmal, einen Zeichensatz, einen Satz von verschiedenen Symbolen, mit denen man sich behelfen kann. Also, man

muss es sich mal so vorstellen, wenn ich jetzt die Frage stelle, ob Sie Kopfschmerzen haben, dann können Sie mir darauf sagen ja oder nein. Ich kann Ihnen aber auch ein Symbol zeigen, das Kopfschmerzen symbolisiert und Sie können mit Kopfnicken oder Kopfschütteln zu verstehen geben, ah, ob Sie Kopfschmerzen haben oder nicht. Die Symbole funktionieren ja auch zum Beispiel ah sonst auf der Welt ganz gut. Sie wissen, wie auf der ganzen Welt das Symbol für eine Toilette aussieht, Sie wissen was eine Stopptafel bedeutet, ah, Sie wissen was ein weißes I auf grünem Hintergrund bedeutet, also Information. Mit diesen Symbolen können wir auch im Rettungsdienst arbeiten und da gibt es Vorlagen, die im Rettungswagen mitgeführt werden für: Ist Ihnen schlecht? Haben Sie Schmerzen? und so weiter.

Also, für die allgemeinen Dinge, um den Gesundheitszustand definieren zu können. Genau, zum Beispiel eben für die Frage, ob Ihnen schlecht ist, da sehen Sie ein Symbol, wo jemand erbricht darauf. Das ist für jedermann nachvollziehbar, wurscht welche..., es ist egal welche Sprache er spricht. Wenn ich ihm das Symbol zeige, dann wird er mir darauf zu verstehen geben ja ihm geht es so oder nein es geht ihm gerade nicht so.

Es wird also generell nur auf diese Symbole zurückgegriffen, falls keine Begleitperson anwesend ist, weil sonst keine Verständigung ermöglicht werden kann?

Genau, das ist so quasi die letzte Stufe auf die man zurückgreifen kann.

Wird das generell oft verwendet?

Ich weiß, dass wir es in den Autos mitführen. Ich kenne keinen Fall, wo es bis jetzt notwendig war darauf zurückzugreifen.

Also ist es eigentlich immer ausreichend wenn die Begleitperson dolmetscht?

Ja, bzw. gewisse Dinge, ah, lassen sich auch, sage ich mal, [lacht] durch die Zeichensprache oder durch Beschreibung der Situation, durch Gestik und Mimik herausfiltern, ja.

Haben Sie zum Beispiel auch schon Erlebnisse gehabt, wo sich die Kommunikation direkt auf die Versorgung ausgewirkt hat, wenn Probleme entstanden sind?

Ah, die Kommunikation ist ein ganz wesentlicher Teil in der rettungsdienstlichen Versorgung. Das Beruhigen des Patienten, das auf sich... das Eingehen auf seine Beschwerden und Probleme stellt einen wesentlichen Teil ah der Betreuung dar und so gesehen ist jede Kommunikation, die erschwert, behindert oder ahm verschlechtert ist,

ein Nachteil für die Patientenversorgung. Also, das ist unmittelbar miteinander verbunden.

Gibt es auch einen Dolmetschdienst? Also, wo ausgebildete Dolmetscherinnen, an einer Universität ausgebildet, als Dolmetscherinnen agieren? Ist sowas vorhanden?

Im Rettungsdienst jetzt in der Primärversorgung?

Ja.

Nein, das ist aufgrund der zeitkritischen Patientenversorgung gar nicht denkbar, weil da müsste man eigentlich immer einen Dolmetsch mithaben. Den dann vor Ort in einer Notfallsituation nachzufordern, wo der dann eine Vorlaufzeit hat von, sage ich mal, 2-3 Stunden, das wäre nicht akzeptabel.

Denken Sie, dass ein Telefondolmetschdienst praktikabel wäre? Den gibt es ja in einigen Ländern schon, mit der entsprechenden technischen Ausstattung, natürlich. Dass das vielleicht eine Möglichkeit wäre, um die Kommunikation effizienter zu gestalten?

Das müsste man sich in der Praxis anschauen. Das kann ich jetzt nicht abschätzen, ob das vernünftig wäre oder nicht.

Aber es wäre für Sie eine Möglichkeit, das mal auszuprobieren?

Ja, klar, ich meine [lacht] es ist einem unbenommen gescheiter zu werden ja.

Habe ich vorhin richtig herausgehört, dass sie eigentlich mit der allgemeinen Praxis derzeit, wie es hier gehandhabt wird, zufrieden sind? Das heißt, dass sie nicht unbedingt denken, dass Dolmetscherinnen vonnöten sind, weil es sich oft nicht rentiert, wegen dem Zeitaufwand, und weil die Begleitpersonen eh ausreichend sind?

Mhm, ahm [kurze Pause] ja, das glaube ich, dass das ausreichend ist. Aber ich bin die falsche Zielgruppe für diese Frage, denn man müsste die Patientinnen und Patienten fragen, die in dieser schwierigen Situation sind, ob sie sich ausreichend betreut und verstanden gefühlt haben. Ah...

Aber aus Ihrer Sicht, als Sanitäter, ist es...

Ist es mir möglich die erforderlichen Informationen in aller Regel zu bekommen, ja. Wir sind ja öfters damit konfrontiert, Informationen nicht zu erhalten, weil jemand bewusstseinseingetrübt ist oder bewusstlos, wo ich mich auch auf das verlassen muss, was ich quasi beobachten kann und aufgrund von Aussagen von Angehörigen auch eben was ich dann an Informationen bekomme. Also, wir können ja damit umgehen, dass nicht immer der Patient mit uns sprechen kann. Das ist keine Sondersituation. Ah wie gesagt, in aller Regel ist der Patient selten alleine, vor allem in diesem kulturellen Umfeld sind große Familien noch, ah, und haben auch da das Glück, dass meistens irgendjemand im Berufsleben steht, der soweit kulturell integriert ist, dass er die deutsche Sprache ausreichend beherrscht und das dolmetschen kann.

Ok. Haben Sie sonst noch Verbesserungsvorschläge, wie die Kommunikation verbessert werden kann?

[kurze Pause] Die jetzt auf Seiten des Rettungsdienstes zu treffen?

Ja.

Ich persönlich halte sehr viel vom Arbeiten mit diesen Symbolen. Allerdings ist das sicherlich auch etwas, das man üben muss. Das passiert in dieser Form jetzt noch nicht. Das heißt, das ist mehr oder weniger so ein backbone, das man irgendwo hat ja. Aber es ist immer einfacher, auf was zurückzugreifen, mit dem man eine gewisse Routine hat. Also, wäre es für Sie zum Beispiel auch wünschenswert, dass Seminare zu dem Thema auch organisiert werden?

Beispielsweise, ja.

Gut. Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Eigentlich nicht.

Vielen Dank.

Bitte gerne.

Dauer des Interviews: 12:22

Interview 3

Wie lange sind Sie schon als Sanitäter tätig?

*Mhm, ich habe die Prüfung gemacht, 2005, glaube ich, also 5 Jahre, naja, 6 Jahre fast. Freiberuflich?
Ja, freiwillig.*

Welche Aufgaben umfasst Ihre Tätigkeit?

Puh, als Rettungssanitäter, ja, primär Rettungs- und Krankentransport, qualifizierter Rettungs- und Krankentransport, glaube ich heißt das so schön [lacht]. Ahm, ja, Krankentransport ist alles was, sage ich mal, Tagesgeschäft ist. Also, ahm, Leute, die jetzt nicht einen Notfall haben, sondern eine Grunderkrankung, sei es jetzt, weiß ich nicht, zur Dialyse müssen, eine Krebserkrankung, ins Krankenhaus transportieren und auch wieder nach Hause. Ahm, ja, und der zweite Teil im Rettungstransport sind einfach eben Notfälle ja, also, Verkehrsunfälle, interne Notfälle, bunt gemischt, alles was halt so passiert [lacht].

Wie oft versorgen Sie Patientinnen pro Dienst?

*Puh...
Ein Durchschnittswert?
Pro Dienst... Ahm, wahrscheinlich drei, vier Mal.
Drei, vier Mal?
Ja, also es gibt natürlich Dienste, das meiste, was ich geschafft habe, waren elf in einem Dienst und meistens sind es so zwei, drei, manchmal vier, fünf. Ja.*

Und wie oft versorgen Sie nichtdeutschsprachige Patientinnen?

*Mhm...
Also Nichtdeutschsprachige sind jene, die halt gar kein Deutsch beherrschen oder sich nur schwer auf Deutsch verständigen können.
Mhm, in letzter Zeit ist mir das schon lange nicht mehr untergekommen. Sonst, also, ich mache ungefähr 3-4 Dienste im Monat, ich komme vielleicht auf 1-2 im Jahr.
Also nicht so viel?*

Zumindest jetzt nicht so, dass es mir auffallen würde oder dass ich mich erinnern könnte [lacht].

Und welche Sprachen sprechen die Patientinnen am meisten?

Mhm, also, da im Raum [Name der Stadtgemeinde], großteils Türkisch. Ja, ich glaube ich habe ein Mal einen Englischsprachigen gehabt. Das war aber in einem Notarzwagen in [Name einer Stadt]. Und [kurze Pause] ja eben, dadurch dass ich nicht nur da fahre, sondern auch im Notarzwagen gerade in [Name einer Stadt] mischt sich das dann auch ein bisschen mehr durch auch, Kroatisch zum Beispiel, ahm, aber großteils Türkisch. Ja.

Und wer hilft Ihnen bei der Verständigung mit diesen Patientinnen?

Die Angehörigen oder die Freunde von den jeweiligen Patienten.

Das heißt, es sind immer Begleitpersonen dabei?

Ahm [kurze Pause], ja, es sind immer Begleitpersonen dabei, wobei die halt auch mehr oder weniger gut die Sprache beherrschen [lacht].

Das heißt, es können auch Kinder zum Beispiel dolmetschen?

Richtig, genau, das habe ich einmal gehabt bei einem Herrn. Also, da war das Kind, das war, irgendwie so, weiß ich nicht, glaube ich, erste, zweite Klasse Volksschule und das Kind hat dann für mich übersetzt. Das war ein bisschen ungut. Ja [lacht], weil der Papa da Schmerzen hat und das Kind muss das dann übersetzen.

Also ist das aus Ihrer Sicht nicht so unproblematisch, wenn so junge Kinder dolmetschen?

Ich habe es halt schwierig gefunden, weil da geht es dem Papa eh schlecht und das Kind hat wahrscheinlich Angst und dann muss das Kind das auch noch so übersetzen. Ja [lacht]. War nicht so leicht.

Welche Rolle spielt für Sie die Person, die dolmetscht?

Mhm, ja, schon eine sehr Wichtige. Ich meine, ja, klar, man schaut ja den Patienten auch an und der verzieht wahrscheinlich das Gesicht oder greift sich irgendwo hin wo

es weh tut. Also, insoweit, kann man das natürlich auch ohne Sprache ahm irgendwie sehen was er hat, aber dann einfach so Details wie, weiß ich nicht, ist das ein stumpfer Bauchschmerz, ein spitzer Bauchschmerz, ständig oder verschwindet das. Das kann man halt oft nicht so wahrnehmen jetzt direkt. Also, so für Details ist das schon wichtig. Ich meine, oft ist die Sache eh ganz klar, wenn da einer liegt, der einen gebrochenen Fuß hat [lacht], dann sieht man das im Normalfall eh, aber gerade bei so internen Notfällen ist das schon wichtig, dass das ein bisschen beschrieben wird.

Das heißt, Sie möchten eigentlich auch, dass alles Gesagte, was die Patientin eben sagt, gedolmetscht wird? Oder möchten Sie eher, dass die Begleitperson das Wichtigste herausfiltert?

[lacht]

Je nachdem was für den Fall interessant ist? Es kann ja sein, dass die Patientin oft längere Geschichten erzählt, die nicht relevant sind für den Fall.

Das kommt oft vor, dass der Patient länger redet als der, der das dann übersetzt.

[lacht] Also, ich frage dann auch öfters immer nach, um da alles irgendwie herauszukriegen.

Also möchten Sie schon, dass wirklich alles Gesagte auch gedolmetscht wird?

Ja, nach Möglichkeit, wäre das natürlich gut. Weil der, der das wahrscheinlich dem das übersetzt auch ein bisschen erklärt. Und wenn man das mir auch erklärt, dann versteht man es wahrscheinlich auch besser [lacht].

Und möchten Sie, dass die Begleitperson anstelle der Patientin spricht? Das heißt, wenn diese über den Gesundheitszustand Bescheid weiß von der Patientin, dass Sie sich dann nur mit der Begleitperson unterhalten?

Das ist eigentlich allgemein ein bisschen schwierig, wenn wer anderer für den Patienten spricht. Wurst, ob der jetzt die Sprache kann oder nicht, weil die das immer ein bisschen ja verschleiern, wie auch immer, in die eine Richtung, sie machen es schlimmer oder sie machen es weniger tragisch, weil das halt einfach ihr eigenes Empfinden ist. Also, am besten ist es schon, wenn der übersetzt, was der Patient natürlich sagt.

Also, Sie unterhalten sich eher weniger mit der Begleitperson, sondern wirklich mit der Patientin?

Nein, beim Transport dann natürlich [lacht], aber primär nicht [lacht]. [Kurze Unterbrechung, da das Mobiltelefon des Interviewpartners läutete.]

Stoßen Sie sonst auf Schwierigkeiten, wenn Familienangehörige dolmetschen?

Mhm, auf Schwierigkeiten...

Haben Sie damit schon Erfahrungen gemacht, dass irgendetwas problematisch verlaufen ist?

Eigentlich nicht. Also, es war einmal bei einer Geburt sehr knapp, weil da nicht ganz klar war, wie groß der Wehenabstand ist, da ist es dann zum Schluss ein bisschen eng geworden [lacht]. Aber wir haben es ins Krankenhaus geschafft. Ahm, also, das waren nur die Wehen und da war einfach nicht klar, wie oft die kommen und das war dann schon ein bisschen knapp. Ich meine das war eh ein freudiges Ereignis [lacht], insofern macht das dann weniger Schwierigkeiten, aber nein, sonst eigentlich nicht.

Und auch nicht, dass die Familienangehörigen vielleicht zu emotional gebunden waren und dass es einfach nachher nur noch komplizierter war, wenn die dabei sind und dolmetschen?

Das hat man bei nichtfremdsprachigen Leuten genauso, dass da die Familienangehörigen [lacht] mehr oder weniger belastet sind. Also, ich kenne da jetzt keinen Unterschied, eigentlich nicht.

Erhalten Sie von den Begleitpersonen auch genug Informationen, um die Erstversorgung zu gewährleisten?

Mhm, ich glaube schon und vor allem, wie gesagt, man nimmt ja einen Teil wahr, also es gibt ja ein paar Grunddinge, die man ja sowieso ohnehin macht und wenn man sich nicht ganz sicher ist, dann macht man es im besten Fall dann trotzdem, lieber ein Mal zu viel als ein Mal zu wenig. Ahm, ich glaube schon, dass das für die Grundversorgung reicht. Ja, also, alles was dann erweitert ist, ist dann schon ein bisschen schwierig, aber, ja... [lacht]. Also so Dinge wie, ich weiß nicht, so grundsätzliche Dinge bei uns

wie einfach die richtige Lagerung, Sauerstoff geben, Blutdruckmessen, also das geht ohne weitere Informationen genauso. Ja.

Beruhren Kommunikationsprobleme auch oft auf der Kultur, dass es eben kulturelle Unterschiede es nicht so leicht möglich machen mit der Patientin zu kommunizieren?

Ahm, glaube ich schon, ja, gerade auch, wie sich dann die Angehörigen vor Ort verhalten, also das ist einfach alles Kultur, gerade bei unseren türkischen [lacht] ah, ahm Leuten, die da einfach rund um [Name der Stadtgemeinde] sind, da ist die ganze Familie aus dem Häuschen [lacht]. Also, klar, ja.

Also, stellt das für Sie auch eine Schwierigkeit dar, nicht nur die Sprache, sondern auch die Kultur?

Ja, ja, genau.

Und wie verständigen Sie sich, wenn keine Begleitperson anwesend ist?

Mhm, ja, so gut es halt geht auf Deutsch, man probiert es natürlich auch auf Englisch und dann halt einfach mit Zeichen, ja.

Also vor allem mit Zeichensprache?

Ja.

Gibt es auch vorgefertigte Fragen in ein paar Sprachen, um so leichter die Kommunikation herzustellen?

Wir haben sowas, ja wirklich. Ahm, das ist vom [Name des Entwicklers] entwickelt worden. Das ist so ein kleines A5 Heft quer und da ist eben, glaube ich, weiß ich nicht, 10 Sprachen sind die wichtigsten Sachen drinnen, auch mit Bildern zum hinzeigen. Ahm, finde ich eine voll coole Sache, aber ich habe es noch nie verwendet, also, ich habe es noch nie braucht [lacht], ja.

Also, wird darauf eigentlich kaum zurückgegriffen oder wie schaut das genau aus auf der Dienststelle?

Ich glaube, dass es..., puh, zum einen, glaube ich, denken die Leute dann oft nicht daran, wenn sie in der Situation sind, dass wir das eigentlich im Auto hätten. Ich glaube es ist..., ich bin mir nicht sicher ob es in allen Autos ist, aber ich glaube zumindest im

RTW ist es drinnen. Ahm, zum anderen, ist es so, dass man meistens beim Patienten steht und das Ding im Auto ist, das heißt, man müsste wieder wen schicken, der das holt, sofern man daran denkt. Ahm, und manchmal, glaube ich, ist es wahrscheinlich auch gar nicht notwendig, also, ja.

Weil die Begleitpersonen ausreichen und die Zeichensprache eben, so wie Sie meinen?
Genau. Also, das Heft finde ich super, aber... Ich würde es einmal gern verwenden, aber ich habe es selber... Ich bin noch nie in die Situation gekommen [lacht].

Gibt es auch einen Dolmetschdienst? Wissen Sie das zufällig?

Puh, ahm...

Ob ausgebildete Dolmetscherinnen auch herangezogen werden?

Ich glaube nicht, ich meine, ich weiß, dass unsere Rettungsleitstelle Dolmetscher hat für fremdsprachige Anrufer, das weiß ich.

Also, einen Telefondolmetschdienst?

Genau, ich meine die sind für Notfälle, ahm...

Also, wenn die Notrufe eingehen?

Richtig, genau. Ich meine, ich würde einmal sagen bevor es gar nicht geht, rufe ich auch 144 an, ich meine als Fahrzeug ist man da ja sowieso verbunden zum Disponenten und würde mir da auch wen dran holen, aber, ja...

Und das ist auch möglich in der Praxis?

Ich weiß nicht, also, im Prinzip ist das Angebot eigentlich nur für Notrufe, also für die, ich weiß nicht, Angehörigen, die halt anrufen, dass es irgendwem schlecht geht. Ahm [kurze Pause] und glaube ich nicht für den Rettungsdienst [lacht]. Ich glaube nicht, dass das für uns ausgelegt ist. Aber bevor ich gar nichts weiß, würde ich das probieren, ob es die Möglichkeit gibt über die Rettungsleitstelle.

Wie wirken sich sonst Kommunikationsprobleme auf die Versorgung aus? Können Sie Beispiele von der Praxis erzählen?

Puh. Wie sich das auswirkt, ahm, generell versucht man ja natürlich immer alles zu tun, es kommt natürlich dann oft vor, dass die Patienten zu wenig erzählen und dass man vielleicht selber mal eine Frage zu wenig gestellt hat und das ergibt sich dann halt während dem Transport. Ahm, dass man dann vielleicht noch irgendwie zusätzlich was

kontrolliert, ich weiß nicht, in die Pupillen leuchtet, Temperatur misst oder so, also, ahm, ich glaube, dass die Versorgung prinzipiell nicht schlecht ist, aber ich glaube es sind dann so die Kleinigkeiten, auf die man dann noch achten kann, die dann ein bisschen verloren gehen, ja.

Sind Sie mit der derzeitigen Praxis zufrieden, also, wenn Begleitpersonen zur Dolmetschung eingesetzt werden oder denken Sie, dass Dolmetscherinnen vonnöten wären, dass überhaupt Bedarf besteht?

Mhm, ich kann mir nicht vorstellen, wie das mit einem Dolmetscher funktionieren soll, wahrscheinlich auch über das Telefon, weil mitfahren wird er wahrscheinlich nicht [lacht] nämlich der in der richtigen Sprache.

Es gibt ja in manchen Ländern wie Australien auch Telefondolmetschdienste, die sich bewährt haben, also mit der entsprechenden technischen Ausstattung funktioniert das sehr gut.

Also, ich meine, ich könnte mir das natürlich vorstellen, dass es so einen Telefondolmetschdienst gibt. Ahm, ich weiß nicht, ob er wirklich so oft gebraucht werden würde. Dass wir wirklich so oft in einer Situation sind, wo wir sagen, so jetzt kann der Angehöriger gar nicht mehr übersetzen oder es gibt keinen der es übersetzen kann, weiß ich nicht.

*Also, würden Sie den nur zuziehen, wenn es keine Begleitperson gibt zum Beispiel?
Zum Beispiel, ja.*

Ok. Was könnte Ihrer Meinung nach noch verbessert werden, um die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen zu verbessern?

Mhm, gute Frage. Ich meine ich bin ein bisschen vorbelastet, weil ich da von der Arbeit auch was mitgekriegt habe, im [Name der Rettungsorganisation], ahm wo es so Überlegungen gibt, so Schulungen anzubieten für Leute, die nicht ursprünglich aus Österreich stammen, einfach das Gesundheitssystem zu erklären und so weiter. Also, das sind auch manchmal administrative Dinge, wo die Leute dann nicht wissen, wo sie hinkommen. Ahm, ja, das wäre, glaube ich, ganz gut, wenn die Leute so im Vorhinein schon wissen würden, was passiert, wenn man den Notruf ruft und wer da daherkommt.

Für die allgemeine Bevölkerung?

Nein, nicht für die allgemeine, speziell für Leute, die einfach zugewandert sind. Nämlich am besten in ihrer eigenen Sprache.

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Ahm, ich glaube nicht [lacht].

Dankeschön für das Gespräch.

Ja, bitte.

Dauer des Interviews: 11:38

Interview 4

Wie lange sind Sie schon als Sanitäter tätig?

Seit 5 Jahren.

Welche Aufgaben umfasst Ihre Tätigkeit?

Ahm, wir fahren im Rettungsdienst zu Einsätzen und Krankentransporten bzw. bin ich auch beim [Jugendorganisation dieser Rettungsorganisation] tätig.

Welche Aufgaben umfasst Ihre Tätigkeit dort?

Ich habe eine Jugendgruppe mit Kindern zwischen 11 und 14 Jahren, wo erste Hilfe gelehrt wird, Sozialkompetenz gesteigert. Wir fahren auf Lager jedes Jahr. Verschiedenstes.

Wie oft versorgen Sie Patientinnen pro Dienst?

Unterschiedlich.

Im Durchschnitt?

2-3 Einsätze

Und wie oft versorgen Sie nichtdeutschsprachige Patientinnen? Das sind Patientinnen, die sich nur schwer oder gar nicht auf Deutsch ausdrücken können.

Jeder fünfte Einsatz. Es ist schwer zu sagen. Es ist so unterschiedlich, auch von der Dienstfrequenz her. Manchmal in einem Monat überhaupt nicht und dann bei jedem Dienst. Also, das ist sehr schwer zu sagen.

Durchschnittlich jeder fünfte?

Ja.

Welche Sprachen sprechen diese Patientinnen vor allem?

Ah, wir haben türkische Patienten, tschetschenische Patienten, Bosnisch ist teilweise dabei oder auch ahm Slowenien ist auch vertreten.

Und wie verständigen Sie sich mit diesen Patientinnen?

Mit Händen und Füßen [lacht]. Teilweise ist schon ein bisschen Deutsch dabei, dann geht es schon. Englisch überhaupt nicht. Das ist in meinem Fall noch nie möglich gewesen mit wem auf Englisch zu reden. Aber mit Deutsch und Zeichensprache und meistens dann über die Angehörigen, wenn Kinder im Haus sind oder ahm jüngere Angehörige, die sprechen dann meistens Deutsch und dann dolmetschen sie.

Die Patientinnen werden also meistens von Kindern oder von Begleitpersonen begleitet?

Genau, ja.

Dolmetschen auch oft schulpflichtige oder jüngere Kinder oder kommt das eher weniger vor?

Die Kleinkinder sind of Patientinnen. Aber sonst...

Aber die werden nicht als Dolmetscherinnen herangezogen?

Nein, Dolmetscherinnen sind meistens Hauptschulkinder, so 10-15. Oder auch diese so Schwiegerkinder sind es dann oft, die dann teilweise auch als Muttersprache Deutsch haben. Das ist dann auch öfters dabei.

Denken Sie, dass es problematisch ist, Kinder als Dolmetscherinnen einzusetzen?

Das kommt auf den Einsatz an. Also, wenn jetzt natürlich ein dramatischer Einsatz ist, sage ich, ahm, dann schickt man die Kinder weg. Dann befragt man die außerhalb. Dann lassen wir die Kinder aber auch nicht zum Patienten. Sondern sprechen halt außerhalb vom Raum, wo das Ereignis stattfindet, mit ihnen. Es geht einfach oft nicht anders. Also, es sind oft wirklich dann 10 Menschen anwesend und es spricht halt nur das jüngere Kind Deutsch ja. Das ist halt schwierig.

Welche Rolle spielt für Sie die Person, die dolmetscht, die die Verständigung dann ermöglicht?

Naja, es ist für uns eine Behandlung einfach wichtig, weil oft die Menschen wirklich nicht einmal sagen können, wo sie Schmerzen haben. Und dann können wir ihnen nicht helfen. Also, das ist eine sehr tragende Rolle. Auch was den Notruf betrifft.

Ist es für Sie dann auch wichtig, dass die Begleitperson alles dolmetscht, was die Patientin sagt oder nur die wichtigen Informationen, die relevant sind für den Fall?

Bei uns ist es eher, dass wir dann Fragen stellen und die dann die Fragen beantworten. Dann ist das Wichtigste einfach für uns herausen.

Also, es kommt gar nicht so vor, dass die Patientinnen von sich aus längere Geschichten erzählen?

Nein, nein, überhaupt nicht eigentlich. Das ist eher von unserer Seite aus, dass wir dann sagen, ist wer da, der Deutsch spricht, den man fragen kann. Und dann geht das.

Ok. Kommunizieren Sie dann oft nur mit der Begleitperson, wenn diese über den Gesundheitszustand Bescheid weiß, ohne dass es für die Patientin gedolmetscht wird?

Nein, wir sprechen schon mit den Patientinnen auch, einfach weil es wichtig ist für die psychische Betreuung von Patienten. Auch wenn er nicht eins zu eins versteht was wir sagen, ist mit beruhigen und so, ist es einfach wichtig, dass man mit dem Patienten selber spricht.

Stoßen Sie auf Schwierigkeiten, wenn Familienangehörige dolmetschen? Haben Sie schon irgendetwas diesbezüglich erlebt?

Eigentlich nicht, nein.

Sind die Menschen, die dolmetschen, zu emotional geladen?

Ja, aber das ist nicht nur bei ausländischen Angehörigen. Das ist generell, dass die Angehörigen dann oft sehr aufgewühlt sind und emotional sehr agieren. Aber das ist eigentlich wirklich immer im Rahmen.

Denken Sie, dass es auch Kommunikationsprobleme gibt aufgrund der kulturellen Barrieren? Also, dass die Kultur so unterschiedlich ist, dass es dadurch auch zu Problemen kommen kann und nicht nur aufgrund der Sprache, sondern aufgrund der Kultur?

Bestimmt auch, also wird auch eine Rolle spielen. Aber ich glaube einfach, dass das Problem ist, dass meistens dann wirklich so viele, also eine große Familie, oder mehrere Familien in einem Haus wohnen und die sprechen natürlich in der Muttersprache miteinander und wenn die nicht viel Außenkontakte haben, dann sind eben nur die Kinder, die die Kontakte in den Schulen haben oder die, die halt arbeiten gehen. Aber ich glaube, dass das daher dann eher das Problem ist, dass zu wenig Deutsch gesprochen wird.

Also für Sie ist eher die Sprache das Problem, weniger die Kultur?

Ja.

Wie verständigen Sie sich sonst noch, wenn keine Begleitperson anwesend ist, abgesehen von der Zeichensprache? Gibt es vorgefertigte Fragensammlungen oder Ähnliches?

Gibt es eigentlich nicht. Also wir haben zwar eine Zeit lang einen Zettel mit Fragen ahm also gedolmetscht mehr oder weniger vorgeschrieben gehabt. Es ist aber im Einsatz im Alltag nicht zu gebrauchen, weil es einfach untergeht. Aber es funktioniert eigentlich, selbst wenn kein Dolmetscher da ist. Ein bisschen Deutsch spricht jeder und also „aua“ [lacht] und „wo“ ja sind Sachen, die einfach wirklich jeder versteht. Und sie wollen ja, dass ihnen wer hilft, sonst hätten sie ja nicht angerufen. Also, das funktioniert dann auch.

Wie wirken sich Kommunikationsprobleme im Speziellen dann auf die Versorgung aus, auf die Erstversorgung? Haben Sie diesbezüglich schon Erfahrungen gemacht?

Es dauert länger bis eine Versorgung vorhanden ist, weil man erst herausfinden muss, was ist passiert, ahm, wenn wer Muttersprache Deutsch ja, wenn da ein Notruf abgesetzt wird, dann erfahren wir bevor wir hinfahren schon, was ist eigentlich passiert und gerade eben wo Deutsch dann ein Problem ist, müssen wir dort erst herausfinden, wo eigentlich das Problem liegt. Und das kann vom Bauchweh über eine schwere Verletzung so ziemlich alles sein.

Also, das beeinträchtigt schon erheblich die Erstversorgung, wenn Sprachbarrieren vorhanden sind?

Ja.

Gibt es einen Dolmetschdienst? Mit ausgebildeten Dolmetscherinnen? Wissen Sie das?

Bei uns auf der Rettungsorganisation nicht, aber da wo der Notruf hingeleitet wird, die haben so was teilweise, glaube ich. Aber da bin ich mir nicht ganz sicher. Aber bei uns selber nicht, nein.

Funktioniert das dort mit einem Telefondolmetschdienst?

Genau.

Denken Sie, dass Dolmetscherinnen vonnöten sind, dass Bedarf vorhanden ist?

Ich glaube, dass es bei uns nichts bringen würde, da wir zu dritt im Auto Dienst haben und wir nicht in jedes Auto einen Dolmetscher reinsetzen könnten. Ahm...

Wie schaut es mit einem Telefondolmetschdienst aus? In manchen Ländern gibt es den ja schon.

Ja, das wäre sicher zu überlegen. Gerade über die Leitstelle, wo der Notruf abgesetzt wird oder so, wenn man da rücksprechen könnte und eben Türkisch, Bosnisch, diese Sprachen. Aber das wird wohl am Finanziellen scheitern.

Sind Sie derzeit mit der Praxis zufrieden, so wie das derzeit gehandhabt wird? Dass vor allem Begleitpersonen für die Verdolmetschung zur Verfügung stehen?

Es muss unbedingt verbessert werden. Einfach auch weil es für die Qualität von der Versorgung wichtig ist. Aber...

Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

Außer den Dolmetscherinnen ist es halt wirklich schwierig. Weil vor Ort..., ja, außer, dass wir Kurse machen [lacht], was jetzt einfach nicht möglich ist, weil wir eh so viele Weiterbildungen und so haben, ist es halt schwierig. Aber es wird weniger, es wird weniger die Problematik. Das ist mein Gefühl zumindest jetzt.

Also, reichen für Sie Dolmetschungen durch Begleitpersonen bzw. die Verständigung mit Händen und Füßen nicht aus? Sie würden sich schon wünschen, dass mehr in dem Bereich getan wird, damit Sie gleich effizienter von Anfang an kommunizieren können?
Genau.

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Nein.

Dankeschön.

Bitte.

Dauer des Interviews: 8:57

Interview 5

Wie lange sind Sie schon als Sanitäter tätig?

Ah, seit 2000, also 11 Jahre.

Welche Aufgaben umfasst Ihre Tätigkeit?

Ich bin Rettungssanitäter, ah Sanitätseinsatzfahrer und ah Gruppenkommandant.

Wie oft versorgen Sie Patientinnen pro Dienst?

Ahm, puh, pro Dienst...

Durchschnittlich.

Pro Dienst werden es so zwei, drei sein.

Und wie oft versorgen Sie nichtdeutschsprachige Patientinnen?

Ah, das ist bei weitem seltener. Das könnte ich jetzt gar nicht sagen, wie viel das jetzt so sind. Über das Jahr verteilt, werden es schon so fünf, sechs sein. Das schwankt auch.

Also nicht recht viele?

Nicht so häufig.

Welche Sprachen sprechen diese Patientinnen am meisten?

Meistens ist es Türkisch bei uns in der Gegend. Zumindest sind das die, die mir jetzt in Erinnerung sind.

Und wie erfolgt die Verständigung mit diesen Patientinnen?

Ahm, meistens mit Kindern, die bei uns schon länger aufgewachsen sind, also, die unsere Sprache sprechen, wenn es die ältere Generation ist.

Sind das dann auch schulpflichtige Kinder?

Meistens ja oder schon Erwachsene, teilweise dann schon.

Finden Sie, dass es problematisch ist, wenn Kinder als Dolmetscherinnen agieren?

Ja, sie sind halt persönlich involviert. Also, das ist immer das Problem, dass die Distanz dann zum Patienten nicht so klar ist. Und wenn es dann wirklich Probleme gibt, ahm,

sind die ja dann halt auch emotional da, hängen die ja drinnen und das ist dann nicht so das Wahre, wenn die dann drinnen sind. Weil normalerweise schauen wir, dass die Angehörigen, wenn es heftiger wird, nicht beim Patienten sind.

Also auch nicht erwachsene Begleitpersonen?

Ja, versuchen wir auch. Also, es kommt immer auf die Situation an. Aber wenn es wirklich heftiger wird, schauen wir halt, dass das ein bisschen auf Abstand geht, damit sie nicht alles mitkriegen.

Ok.

Wenn der dolmetschen soll, ist es dann halt schwierig ihn wegzuschicken.

Haben Sie schon schlechte Erfahrungen damit gemacht?

Es funktioniert dann eigentlich immer ganz gut. Also, ich habe jetzt persönlich noch keine Probleme damit gehabt.

Welche Rolle spielen für Sie die Dolmetscherinnen? Möchten Sie zum Beispiel, dass alles was von der Patientin gesagt wurde wiedergegeben wird? Oder möchte Sie, dass nur das Wichtigste herausgefiltert wird?

Ahm, sobald es den Zustand betrifft oder irgendwelche Befindlichkeiten muss alles übersetzt werden. Wenn es jetzt irgendwelche „ich bin jetzt beleidigt“ Sachen sind oder private Dinge, die mit dem Zustand vom Patienten nichts zu tun haben, dann muss ich das nicht unbedingt wissen. Also, das würde mich nicht stören, wenn ich das nicht weiß. Also, wirklich nur Dinge, die im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand stehen? Genau.

Und unterhalten Sie sich oft auch nur mit der Begleitperson anstelle mit den Patientinnen?

Das passiert dann oft, wenn die miteinander zusammen leben. Also, man fragt dann..., man stellt Fragen, die dann der Dolmetscher ohne Rückfragen beantwortet. Ja, teilweise eben über die Vergangenheit, über die Vorgeschichte, Krankenvorgeschichte, da wird dann meistens dann nicht mehr nachgefragt, sondern das weiß dann der Dolmetscher dann schon oft.

Also wird dann auch nicht mehr mit der Patientin selber gesprochen, sondern nur mit der Begleitperson?

Nicht zwangsläufig.

Ok. Sind Sie schon einmal auf Schwierigkeiten gestoßen, wenn Familienangehörige dolmetschen? Haben Sie diesbezüglich schon irgendetwas erlebt?

[kurze Pause] Ahm, naja, das Problem ist dann halt, dass, wenn mehrere Personen anwesend sind und dann fünf Leute gleichzeitig versuchen zu übersetzen, das ist dann eigentlich die Haupt... die einzige Schwierigkeit. Aber das umgeht man dann, indem man dann alle bis auf einen wegschickt. Also, das kriegt man in den Griff. Aber ansonsten...

Sind Menschen zu emotional gebunden an die Person, sodass sie gar nicht dolmetschen können?

Erlebt habe ich das Gott sei Dank noch nicht. Also, ich kann es mir vorstellen, aber ich habe es, wie gesagt, noch nicht selbst erlebt.

Erhalten Sie dann von diesen Begleitpersonen genug Informationen, um die Erstversorgung gewährleisten zu können?

Ja. Das ist immer ausreichend und funktioniert immer.

Denken Sie, dass es auch Kommunikationsprobleme oft gibt wegen der Kultur, weil die Kulturen unterschiedlich sind und nicht nur aufgrund der Sprache?

Ja, das spielt ja dann auch oft mit. Also, ich glaube auch, dass ah die Notwendigkeit eines Dolmetschers auch kulturell bedingt ist.

Und können die Begleitpersonen die kulturellen Dinge auch erklären oder wie wird damit umgegangen? Wie schaut das in der Praxis aus?

Die kennen dann eben dann beide Welten, also die kennen dann..., weil sie eben bei uns in die Schule gegangen sind und unsere Welt kennen, kennen sie die Unterschiede zwischen ihrer Welt und unserer und die können dann doch erklären auf was wir Rücksicht nehmen sollten, falls doch irgendetwas ist. Hauptproblem eben da mit den ah Damen, die dann unter Umständen etwas empfindlicher sind, wenn jetzt Männer reinkommen. Das kann also ein bisschen schwieriger werden, das da halt... also das ist

der Hauptunterschied, wo ich das Gefühl habe, da kann es wirklich zu Konflikten kommen.

Wie wird damit in der Praxis umgegangen? Haben Sie damit schon Erfahrungen gemacht?

Man versucht sich halt zurückzuhalten oder wenn man... also ich hatte meistens dann doch ein bisschen ein gemischtes Team, dann war dann eh wieder ein Frau da oder es wird dann erklärt, dass wir das jetzt machen müssen. Dann funktioniert das schon, aber es ist halt immer ein bisschen ein Erklärungsbedarf dann immer da.

Ok. Wie verständigen Sie sich sonst mit den Patientinnen, wenn keine Begleitperson anwesend ist?

Man probiert es dann halt mit Handzeichen. Also, mit gebrochenem Deutsch mit... ja, recht viel mehr geht dann eigentlich eh schon kaum mehr. Irgendjemand muss ja auch angerufen haben, also es ist dann meistens doch irgendjemand in der Nähe. Es ist noch nicht vorgekommen, dass wir irgendwo hingefahren sind und es war keiner da außer dem Patienten.

Also ist eigentlich meistens eine Begleitperson da?

Genau, irgendwer ist immer da, weil irgendjemand hat ja auch angerufen.

Gibt es vorgefertigte Fragensammlungen?

Ahm, ich habe gerade... vor kurzem erst erfahren, dass wir das im Rettungsauto haben sollen, sollten. Ich habe es noch nicht benutzt, weil seitdem wir es haben, hatte ich anscheinend noch nicht den Bedarf. [kurze Pause] Es kam noch nicht zu einer Situation, wo ich das benötigt hätte.

Wird die Fragensammlung oft benutzt oder wird darauf weniger zurückgegriffen?

Das weiß ich eigentlich gar nicht, weil das ist eigentlich nicht die Hauptdiskussion bei uns auf der Dienststelle, dass wir jetzt über Dolmetschschwierigkeiten reden.

Gibt es eigentlich einen Dolmetschdienst, der eben universitär ausgebildete Dolmetscherinnen zur Verfügung stellt?

Puh, im direkten Rettungsdienst wüsste ich jetzt nichts davon.

**Wie wirken sich Kommunikationsprobleme sonst auf die Erstversorgung aus?
Wird die Erstversorgung verzögert aufgrund der Sprachbarrieren?**

Es kann verzögert werden oder es kann auch ah, etwas übersehen werden, weil irgendwelche Symptome nicht erkannt werden, weil man eben nichts davon erfährt. Ah es ist auch schwieriger Vorgeschichten zu erfahren, weil man ja über das Dolmetschen... ohne Dolmetscher überhaupt nicht, mit Dolmetschen wird dann auch die Vergangenheit nicht so ganz berücksichtigt bei der Vorgeschichte, wie oft jetzt oder wann das erste Mal die Symptome aufgetreten sind und solche Dinge.

Ihrer Meinung nach wird die Erstversorgung negativ beeinflusst?

Ganz negativ. Genau.

Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Praxis, dass jetzt vor allem Begleitpersonen als Dolmetscherinnen agieren? Ist das für Sie ausreichend? Oder wären Dolmetscherinnen, ausgebildete Dolmetscherinnen nötig? Ist Bedarf vorhanden?

Ahm, ich glaube bei uns jetzt direkt in der Region würde ah der Aufwand nicht dafür stehen, weil es doch zu wenig Einsätze sind, wo sie notwendig sind. Ah, eine telefonische... telefonisch wär auch noch interessant, dass es vielleicht eine Hotline geben würde, wo man anrufen kann und sich dann dort über das Telefon übersetzen, über Lautsprecher, keine Ahnung wie, wie technisch, aber das wäre noch eine Möglichkeit.

Also ein Telefondolmetschdienst wäre praktikabel?

Das wäre eventuell noch eine Möglichkeit, weil es eben... das kann man dann eben so aufziehen, dass es wirklich Sinn macht vom Aufwand, Kosten-Nutzen Rechnung. Ich kann mir vorstellen, dass es in größeren Städten mehr Sinn hätte, das im aktiven Dienst zu haben. Dass man wirklich mit so Notruf, und dann kommt der Dolmetscher an den Unfallort.

Einen Telefondolmetschdienst gibt es ja auch schon in einigen Ländern mit der entsprechenden technischen Ausstattung, der sich auch bewährt hat. So etwas wäre auch vorstellbar?

Wäre sicher nicht schlecht. Ich weiß nur, dass auf der Leitstelle das mehr oder weniger gibt, diese Sprachskills. Das heißt, wenn man jemanden hat... also wenn, die jemandem am Telefon haben, die sie nicht verstehen von der Sprache her, dann haben die die Möglichkeit nachzusehen, ob irgendjemand gerade Dienst hat, der die Sprache spricht, der damit eingeloggt ist, um es zu übersetzen.

Was könnte Ihrer Meinung nach noch verbessert werden, damit die Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen effizienter gestaltet werden kann?

Von unserer Seite aus oder von der anderen Seite?

Von Ihrer Seite?

Von unserer Seite. Ah, ja, das einzige weiß ich jetzt nur, wenn man jetzt weiß, so wie es bei uns zum Beispiel ist, dass großteils Türkisch ist, fast ein Basiskurs für uns.

Für die Mitarbeiterinnen der Rettungsorganisation?

Ja, das eventuell. Das man eben die kulturelle Seite eben noch einmal erklärt bekommt, auf was man selber wirklich aufpassen soll, weil es eben Schwierigkeiten geben könnte und ah einfache Begriffe, dass man nicht absolut planlos davorsteht, sondern eben so wie es im Englischen auch üblich ist, dass man bei Urlaubskursen die grundlegenden Sachen, eben wo man beschreiben kann, wo tut es weh, was tut weh, wie tut es weh, dass man das grundsätzlich versteht, wobei ich anzweifle, dass die Bereitschaft von unserer Mannschaft da sehr groß sein würde.

Aber es wäre für Sie persönlich wünschenswert?

Es wäre interessant, ja. Aber ob der Aufwand dafür steht, müsste man statistisch erfassen.

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Nein.

Dankeschön.

Bitte.

Dauer des Interviews: 10:11

LEBENS LAUF

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Sabine Figl
Geburtsdaten: St. Pölten, 20. Juli 1983
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig

AUSBILDUNG

Seit 2009 Masterstudium Fachübersetzen an der Universität Wien;
Arbeitssprachen: Deutsch, Englisch, Französisch

Seit 2008 Masterstudium Konferenzdolmetschen an der Universität
Wien; Arbeitssprachen: Deutsch, Englisch, Französisch

2003 – 2008 Bakkalaureatsstudium Übersetzen und Dolmetschen in
Verbindung mit freien Wahlfächern an der Universität Wien;
Arbeitssprachen: Deutsch, Englisch, Französisch;
freies Wahlfach: Rechtswissenschaften

1997 – 2002 Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe in St. Pölten;
Matura mit ausgezeichnetem Erfolg bestanden

AUSLANDSAUFENTHALTE

08/2008 – 12/2008 Auslandssemester an der Macquarie Universität
in Sydney/Australien

09/2005 – 06/2006 Auslandsstudienjahr an der Universität „Toulouse Le Mirail“
in Frankreich

09/2002 – 04/2003 Servicemitarbeiterin im Muskoka Sands Resort
in Gravenhurst/Kanada

ARBEITSERFAHRUNG

seit März 2010 Beschäftigt bei Mag. Bettina Rittsteuer (Übersetzerin und
allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte
Dolmetscherin für die englische Sprache)

seit August 2007 Nachhilfeunterricht (Englisch und Französisch) im
Biku (Institut für Bildung und Kultur) in St. Pölten

03/2011	Praktikum im Übersetzungsbüro „lex & tax Übersetzungen GmbH“ in Wien
15.08.2010 – 17.09.2010	Praktikum im Übersetzungsbüro „lex & tax Übersetzungen GmbH“ in Wien
08/2009	Praktikum im Übersetzungsbüro „lex & tax Übersetzungen GmbH“ in Wien
09/2008 – 12/2008	Praktikum im Übersetzungsbüro „Anglo-German Communications“ in Sydney/Australien

KENNTNISSE UND FÄHIGKEITEN

Sprachen	Deutsch: Muttersprache Englisch: fließend in Wort und Schrift Französisch: fließend in Wort und Schrift Spanisch: grundlegende Kenntnisse
EDV	Microsoft Office: sehr gute Kenntnisse TRADOS: sehr gute Kenntnisse MultiTerm: sehr gute Kenntnisse

Abstract (deutsch)

Durch die zunehmende Migration gewinnt das Kommunaldolmetschen immer mehr an Bedeutung. Während in Ländern wie Schweden und Australien die Entwicklung des Kommunaldolmetschens, insbesondere auch das Dolmetschen im medizinischen Bereich, sehr weit fortgeschritten ist und diese Länder als Pionierländer auf diesem Gebiet betrachtet werden, steckt in Österreich das Dolmetschen im medizinischen Bereich noch in den Kinderschuhen. Ein Zeugnis davon ist die Tatsache, dass hier vor allem natürliche DolmetscherInnen, hauptsächlich Familienangehörige oder Reinigungskräfte, zum Einsatz kommen, wobei jedoch universitär ausgebildete DolmetscherInnen vonnöten wären. Hinzu kommt, dass es in Österreich einen Mangel an Ausbildungsmöglichkeiten für diesen Bereich gibt und KommunaldolmetscherInnen im Vergleich zu KonferenzdolmetscherInnen nur ein geringes Ansehen genießen.

Das Hauptaugenmerk in dieser Arbeit liegt auf den Kommunikationsschwierigkeiten im österreichischen Rettungswesen. Um zu untersuchen wie die Verständigung mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen bei der Rettung erfolgt, wurden Interviews mit fünf SanitäterInnen durchgeführt, die Aufschluss über die gängige Praxis bei einer Rettungsorganisation geben. Die Analyse der Interviews lässt erkennen, dass aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren Schwierigkeiten bei der Kommunikation entstehen. Die interviewten SanitäterInnen versuchen diese Barrieren mit Hilfe von natürlichen DolmetscherInnen, im Normalfall sind dies Familienangehörige oder Bekannte, sowie unter Zuhilfenahme der Zeichensprache und des Pidgin-Deutsches zu überwinden. Diese „Kommunikationsmittel“ werden zwar im Regelfall als ausreichend erachtet, es wurden aber dennoch Verbesserungsvorschläge unterbreitet, die von der Verwendung von Symbolen über Schulungen für Nichtdeutschsprachige über das österreichische Gesundheitssystem bis hin zu kulturellen und sprachlichen Fortbildungen für SanitäterInnen reichen.

Die Analyse der Ergebnisse zeigt, dass es aufgrund von Kultur- und Sprachbarrieren immer wieder zu einer unzureichenden Verständigung kommt und somit auch die Versorgung beeinträchtigt wird. Dies deutet darauf hin, dass bei der Rettung in der Tat ein Kommunikations- und somit auch ein Dolmetschbedarf besteht,

auch wenn dieser von den Verantwortlichen anscheinend noch nicht erkannt wurde. Die Tatsache, dass bis zum aktuellen Zeitpunkt in dieser Hinsicht bei der Dienststelle dieser Rettungsorganisation keine Maßnahmen gesetzt wurden, zeigt, dass noch viel Aufklärungsarbeit notwendig ist. In Zukunft sollten insbesondere noch weitere Studien durchgeführt werden, um bei den Verantwortlichen ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Kommunikationsprobleme schwerwiegende Auswirkungen auf die Versorgung haben können.

Abstract (englisch)

Due to increasing migration, community interpreting is becoming more and more important. While community interpreting, especially medical interpreting, is highly developed in countries like Sweden and Australia and while these countries are considered as pioneers in this field, medical interpreting is still in its early stages of development in Austria. This is illustrated by the fact that primarily natural interpreters, in particular family members or cleaning staff, are relied on for interpreting although there would be a need for professional, university-trained interpreters. There is also a lack of training institutions for community interpreters in Austria and compared to conference interpreters they are held in low esteem.

This thesis mainly focuses on communication barriers in Austria's emergency medical services. Interviews with five emergency medical technicians were conducted in order to examine how they communicate with non-German-speaking patients. These interviews shed light on current practice at a specific organisation providing emergency medical services. The analysis of the interviews indicates that cultural and language barriers cause difficulties when communicating with patients. The emergency medical technicians interviewed try to overcome these barriers with the help of natural interpreters, usually family members or friends, or by using sign language and simplified German. Although these means of communication are normally regarded as sufficient, the emergency medical technicians interviewed made suggestions for improving the current practice. These suggestions range from using symbols to seminars for non-German-speaking patients about the Austrian healthcare system to further training for emergency medical technicians in the field of foreign cultures and languages.

The analysis of the results shows that cultural and language barriers often lead to an inadequate communication, which also negatively influences medical care. This demonstrates that there is indeed a need for professional communication and interpretation at Austria's emergency medical services, even though this has apparently not yet been recognised by those responsible. The fact that no measures have been taken so far shows that much educational work still needs to be done. In the future, further studies should be conducted in order to raise awareness for the difficulties when

communicating with non-German speaking patients since the current practice may have serious consequences on medical care.