

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Verständigung im mehrsprachigen Krankenhaus
unter besonderer Berücksichtigung von "healthacross"

Verfasserin

Ivana Riener, Bakk.phil.

Angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 065 331 342

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Dolmetschen Deutsch/Englisch

Betreuerin / Betreuer: ao. Univ.-Prof. Dr. Mira Kadric-Scheiber

Vorwort

Das Thema der Masterarbeit ergab sich aus einem angeregten Gespräch mit Bekannten aus der Region Gmünd und Freunden aus Tschechien betreffend die geplante grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich und der Diskussion um die Notwendigkeit des Ausbaus des Angebots an Sprachkursen auf beiden Seiten der Grenze zum Abbau von Sprachbarrieren.

An dieser Stelle möchte ich mich in erster Linie bei Frau ao. Univ.-Prof. Dr. Mira Kadric-Scheiber für die umfangreiche Betreuung der Arbeit bedanken.

Weiterer Dank gilt meinen Eltern, meinen Schwiegereltern, meinem Ehemann, meiner Schwester und meinen Freunden. Sie alle haben mich in den letzten Jahren mit viel Geduld begleitet.

In der Hoffnung, dass meine Dankbarkeit verstanden und angenommen wird, möchte ich meinen Dank auch in slowakischer Sprache verfassen.

Svoje poďakovanie by som chcela v prvom rade vysloviť svojím rodičom, môjmu manželovi a jeho rodičom, mojej sestre a mojím priateľom, ktorí ma v posledných rokoch mojím štúdiom s veľkou trpezlivosťou sprevádzali.

„Wenn die Sprache nicht stimmt, dann ist das, was gesagt wird, nicht das, was gemeint ist. Ist das, was gesagt wird, nicht das, was gemeint ist, so kommen keine guten Werke zustande. Kommen keine guten Werke zustande, so gedeihen Kunst und Moral nicht. Gedeihen Kunst und Moral nicht, so trifft die Justiz nicht. Trifft die Justiz nicht, so weiß das Volk nicht, wohin Hand und Fuß setzen. Also dulde man keine Willkürlichkeit in den Worten. Das ist es, worauf es ankommt.“

Konfuzius

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	vii
Tabellenverzeichnis	viii
1 Einleitung	1
2 Kommunikationsbarrieren beim Dolmetschen im Gesundheitsbereich	4
2.1 Entstehen von Verständigungsproblemen.....	4
2.2 Verständigungsprobleme im medizinischen Bereich.....	7
2.3 DolmetscherInnen in der Arzt-Patient-Kommunikation.....	9
2.4 Recht auf Übersetzen und Dolmetschen im Gesundheitsbereich	15
2.5 Ärztliche Aufklärungspflicht	16
2.5.1 Rechtliche Lage in Österreich	18
2.5.2 Internationale Bestimmungen.....	19
2.6 Zusammenfassung.....	20
3 Die Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich	22
3.1 Die Rollenbilder für ÄrztInnen und PatientInnen.....	23
3.2 Die Rollenmodelle für DolmetscherInnen	24
3.2.1 Pyramidenmodell.....	27
3.2.2 Rollenmodelle nach Weiss und Stuker.....	29
3.3 Professionalität.....	30
3.3.1 Ethik der DolmetscherInnen.....	31
3.3.1.1 Grundsätze ärztlicher Ethik.....	32
3.3.2 Neutrales Verhalten/Unparteilichkeit	34
3.3.3 Schweigepflicht	35
3.3.4 Interkulturelle Kompetenz	35
3.3.5 Emotionale und psychische Stabilität.....	38
3.3.6 Koordinationskompetenz.....	39
3.3.7 Medizinisches und institutionelles Hintergrundwissen	40
3.3.8 Transkulturelle Kompetenz aus der Sicht der Pflegewissenschaft.....	41

3.4	Zusammenfassung.....	44
4	Healthacross – grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	46
4.1	Beispiele grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	47
4.2	Pilotprojekt Notfallversorgung Gmünd – České Velenice	49
4.3	Kommunikation und Verständigung	54
4.4	Zusammenfassung.....	57
5	Verständigung im medizinisch-sozialen Bereich	59
5.1	Professionelle vs. nicht-professionelle DolmetscherInnen	59
5.1.1	Gestaltung eines Arzt-Patient-Dolmetscher-Gesprächs	62
5.2	Lösungen bei Verständigungsschwierigkeiten.....	63
5.3	Qualitätssicherung.....	65
5.3.1	Ausbildung.....	65
5.3.2	Vermittlungsstellen.....	68
5.4	Zusammenfassung.....	74
6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	75
7	Literaturverzeichnis	78
	Anhang.....	85
	Zusammenfassung	87
	Abstract	88
	Curriculum Vitae.....	89

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AIIC	Association Internationale des Interprètes de Conférence
EMR	Euroregion Maas-Rhein
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
KH	Krankenhaus
KKH	Kreiskrankenhaus
KUKuG	Bundesgesetz über die Krankenanstalten und Kuranstalten
LK	Landeskrankenhaus
PUP	Psychiatrische Universitäre Poliklinik
StGB	Strafgesetzbuch
UFK	Universitäre-Frauenklinik
UPK	Universitäre Psychiatrische Klinik

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Modell nach Niska	28
Abbildung 4.1: Region Gmünd - České Velenice	51
Abbildung 4.2: Sprachliche Ausrüstung Deutsch	52
Abbildung 4.3: Sprachliche Ausrüstung Englisch	53
Abbildung 4.4: Befürchtungen bei stationärer Behandlung im Krankenhaus Gmünd	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rollenspektrum der DolmetscherInnen (vgl. Stuker 2001:192).....	27
Tabelle 2: Lösungen bei Verständigungsschwierigkeiten mit fremdsprachigen PatientInnen in der Pflege (Stuker 2001:188).....	64

1 Einleitung

Durch die Veränderungen des wirtschaftlichen, sozialen und politischen Umfelds sieht sich auch der medizinisch-soziale Bereich mit neuen Anforderungen konfrontiert.

Neben der rapiden Zunahme der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens durch fremdsprachige PatientInnen sind auch fortschreitende länderübergreifende Kooperationen zwischen grenznahen Krankenhäusern zu beobachten.

Die geänderten Rahmenbedingungen durch den Beitritt Tschechiens zur Europäischen Union im Jahr 2004 sowie die im Jahr 2008 erfolgte Übernahme der Krankenhäuser in Niederösterreich durch die Niederösterreichische Landeskliniken-Holding waren wichtige Meilensteine für den Projektstart der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit Gmünd-České Velenice im Rahmen von „healthacross“.

Hauptziel dieser Masterarbeit ist zu untersuchen, welche Chancen sich für DolmetscherInnen in diesem Zusammenhang auftun und welchen Stellenwert DolmetscherInnen im medizinischen Bereich bei der Unterstützung zur Beseitigung von Kommunikationsbarrieren im Arzt-Patient-Gespräch einnehmen. Weiters soll untersucht werden, welchen Beitrag sie zur Vermeidung kommunikationsbedingter Fehldiagnosen oder Fehltherapien leisten können.

Bevor jedoch die These aufgestellt werden kann, dass der Einsatz von DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich zur Bewältigung der vorhandenen Verständigungsschwierigkeiten führen könnte, ist es erforderlich, die Ursachen für das Entstehen von Kommunikationsbarrieren in der Arzt-Patient-Kommunikation zu erforschen und auf die Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich einzugehen.

Im Kapitel 2 werden die Gründe für das Entstehen von Kommunikations- und Verständigungsbarrieren näher beleuchtet und die Schwierigkeiten aufgezeigt, mit denen sich DolmetscherInnen im Arzt-Patient-Gespräch aufgrund fehlender Fachterminologie und des Vorhandenseins interkultureller und kulturspezifischer Unterschiede konfrontiert sehen.

Es wird auf die Gefahr der Verdolmetschung durch den Einsatz nicht-professioneller DolmetscherInnen hingewiesen, und dieser Sachverhalt mithilfe vorliegender Studien untermauert.

Inwieweit ein gesetzlicher Anspruch auf ärztliche Aufklärungspflicht und das Recht auf Übersetzen und Dolmetschen im Gesundheitsbereich besteht, wird in den Kapiteln 2.4. und 2.5. untersucht.

Ausgehend von der Aufarbeitung der Kommunikationsbarrieren werden die aktuellen Anforderungen an die Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich herausgearbeitet und die wichtigsten Rollenmodelle in Kapitel 3 dargestellt.

Die traditionelle duale Arzt-Patient-Beziehung wird durch die Einbindung und die Anwesenheit von DolmetscherInnen zu einer Dreierbeziehung, wobei den AkteurInnen unterschiedliche Rollen zukommen.

Im Zuge der Erarbeitung des Anforderungsprofils, das an DolmetscherInnen im medizinischen Setting gestellt wird, ist es notwendig, auch auf die Rollenbilder für ÄrztInnen einzugehen, da gerade im medizinisch-sozialen Bereich der Aufbau einer Vertrauensbasis als wesentlich erachtet wird und es sinnvoll erscheint, den Stellenwert zu kennen, den DolmetscherInnen in der Krankenhausorganisation einnehmen. Auch ist es wichtig zu wissen, welche Erwartungen an sie gestellt werden.

Die Verankerung der DolmetscherInnen als neutrale und unparteiliche PartnerInnen in dieser Dreierbeziehung ist nicht unproblematisch und stellt deshalb hohe Anforderungen an die Persönlichkeit der handelnden Personen im Hinblick auf Schweigepflicht, interkulturelle Kompetenz sowie emotionale und psychische Stabilität.

In Kapitel 3.3.1 wird ein Konnex zwischen den Grundsätzen ärztlicher Ethik und den Berufskodizes der DolmetscherInnen hergestellt. Es werden die Berufskodizes des Berufsverbands für KonferenzdolmetscherInnen AIIC und des Berufsverbands für DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen in Österreich UNIVERSITAS verglichen.

Die erforderliche Qualifikation von DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich setzt neben den bereits formulierten Anforderungen auch medizinisches und institutionelles Hintergrundwissen über die Institution Krankenhaus, den Ablauf der Patientenversorgung und eines Arzt-Patienten-Gesprächs im medizinischen Setting voraus.

Das Wissen zum Thema Entstehen und Umgang mit Kommunikationsbarrieren und Erarbeitung von Verständigungsstrategien und die Sicht auf die Gestaltung der Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich sind wesentliche Bestimmungsfaktoren zur Beurteilung der in Kapitel 4 vorgestellten umgesetzten Lösungsan-

sätze zur Beseitigung von Sprachbarrieren bei bestehenden grenzüberschreitenden Kooperationen im Gesundheitswesen.

Schwerpunktmäßig wird in Kapitel 4.2. die Machbarkeitsstudie des Pilotprojekts Gmünd České Velenice und der enthaltene Lösungsansatz zum Abbau von vorhandenen Defiziten im Kommunikationsbereich vorgestellt.

Ausgehend von den unterschiedlichen Auffassungen und getroffenen Lösungsansätzen zur Beseitigung von Verständigungsbarrieren bei den in Kapitel 4 beschriebenen Kooperationen kann doch deutlich erkannt werden, dass im Bereich des Dolmetschens im medizinischen Setting auf Professionalität nicht verzichtet werden kann.

Welche Einfluss- und Erfolgsfaktoren bei einem erfolgreichen medizinischen Setting unverzichtbar sind, wird im Kapitel 5 herausgearbeitet. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass nur durch das Vorliegen definierter Qualitätsstandards eine Qualitätssicherung im medizinischen Setting sicherzustellen ist. Erst durch das Vorliegen eines Qualitätsplans können Qualitätskriterien identifiziert und überprüft werden. Die Ausarbeitung von Leitlinien zum Aufbau von krankenhausinternen Sprachdatenbanken und ein einheitliches Berufsbild mit einem entsprechenden Schulungsangebot zur Aneignung umfassender theoretischer Kenntnisse runden die getroffenen Lösungsansätze zum besseren Umgang mit Verständigungsstrategien im mehrsprachigen Krankenhaus ab.

2 Kommunikationsbarrieren beim Dolmetschen im Gesundheitsbereich

Im Rahmen dieser Masterarbeit werden die Gründe für Verständigungsbarrieren näher beleuchtet. Das Ziel jeder Kommunikation ist, eine funktionierende Verständigung zu erzielen. Im Laufe des Gesprächs entstehen störende Faktoren. Daher wird zunächst auf die Ursachen eingegangen, die zu Verständigungsproblemen zwischen GesprächsteilnehmerInnen führen können.

Das vorliegende Kapitel beschreibt bestehende Kommunikationsschwierigkeiten in Arzt-Patient-Gesprächen durch das Vorhandensein von sprachlichen Hürden aufgrund fehlender Terminologie. Anschließend werden die Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen unter Anwesenheit von DolmetscherInnen erläutert.

In weiterer Folge wird zu Rechtsgrundlagen für Übersetzen und Dolmetschen im Gesundheitswesen sowie zur ärztlichen Aufklärungspflicht auf nationaler und internationaler Ebene Stellung genommen.

Die in der Literatur vorhandenen umfangreichen juristischen Ausführungen werden nur anhand einiger relevanter Beispiele vorgestellt, da sie im Rahmen dieser Arbeit als zweitrangig erachtet werden.

2.1 Entstehen von Verständigungsproblemen

Laut Fiehler (2002) strebt jede Kommunikation eine konfliktfreie Verständigung an. Bedingung für eine funktionierende Kommunikation ist, dass der Bedeutungsinhalt der Botschaft auch bei EmpfängerInnen ohne Nachrichtenverlust ankommt. Voraussetzung für diese Wechselseitigkeit ist, dass die handelnden Personen gleiche Signale senden und empfangen, wie z.B. dieselbe Sprache sprechen, über gleiches Wissen und ähnliche Wertvorstellungen verfügen. Im Alltag besteht immer die Gefahr, dass die Kommunikation nicht zum Erfolg führt. Deshalb muss ständig kontrolliert werden, ob die Verständigung den beabsichtigten Zweck für die GesprächspartnerInnen erfüllt. Zur Verbesserung der Ergebnisse der Kommunikation, ist somit wiederum kommunikative Arbeit erforderlich. Eine funktionierende Kommunikation setzt das Gelingen von Verständigung voraus, und sie verfolgt mit dem Streben nach Verständigung die Erreichung be-

stimmter Ziele und die Realisierung bestimmter Zwecke. Um dies zu erreichen bedarf es der konstruktiven Arbeit aller GesprächspartnerInnen. „Kommunikation ist also ein wechselseitiges Bemühen um eine stetig gefährdete Verständigung“ (Fiehler 2002:8).

Verständigungsprobleme entstehen nach Fiehler (2002) im Laufe eines Gesprächs. Ein Problem bzw. eine Störung wird dann festgestellt, wenn der Kommunikationsprozess von gewissen Erwartungen negativ abweicht und dadurch die Verständigung gefährdet wird. Aber nicht alle Kommunikationsstörungen sind auf Verständigungsprobleme zurückzuführen. Dies ist dann der Fall, wenn die GesprächspartnerInnen kein Interesse an Verständigung haben, wenn sie sich nicht bemühen zu verstehen, oder die Verständigung nur vortäuschen. Andererseits liegen Verständigungsprobleme vor, wenn die beteiligten Parteien den Willen an Verständigung haben, jedoch Probleme und Störungen in der Kommunikation auftreten. Diese kommen in unterschiedlichen Formen vor und lassen sich im Wesentlichen auf drei Faktoren zurück führen: auf kommunikativ-sprachliche Aspekte im engeren Sinn, auf unterschiedliche Erwartungen und unterschiedliches Wissen sowie auf Unterschiede in den Anschauungen, Werten und Interessen (vgl. Fiehler 2002:7-15).

In fast jeder Kommunikation kommt es laut Kindt (2002) zwischen den GesprächspartnerInnen zu Verständigungsproblemen, die aber, wenn sie sofort gelöst werden, den Kommunikationserfolg nicht beeinträchtigen. Diese so genannten normalen Verständigungsprobleme entstehen, wenn zum Beispiel aufgrund einer momentanen Unaufmerksamkeit um eine Formulierungswiederholung gebeten wird. Im Gegensatz zu diesen normalen Verständigungsproblemen gibt es auch nachhaltige Verständigungsprobleme. Kindt (2002) spricht von folgenden möglichen Ursachen:

- *Differierende Regularität*: tritt auf, wenn zum Beispiel die GesprächspartnerInnen unterschiedlichen sozialen Gruppen mit teilweise verschiedenem Sprachgebrauch angehören, oder wenn sie sich beim Lernen einer Zweitsprache semantische Regeln inkorrekt angeeignet haben.
- *Beschränkte Zugänglichkeit zu Verständigungsprozessen*: liegt vor, wenn beispielweise mit unbewussten oder unbeabsichtigten Aussagen Kränkungen für GesprächspartnerInnen verbunden sind.
- *Fehlende Rückkopplung*: tritt zum Beispiel auf, wenn die in der Face-to-Face-Kommunikation bestehenden Rückkopplungsmöglichkeiten durch

Störungen bei der Informationsübertragung (starke Geräusche usw.) eingeschränkt sind. Dadurch können aus leicht behebbaren Verständigungsproblemen nachhaltige Verständigungsprobleme entstehen. Die Psychotherapie nutzt die Möglichkeit einer kommunikativen Rückkopplung in der Form des aktiven Zuhörens.

- *Großer Aufwand für Bedeutungsangleichung:* liegt vor, wenn aufgrund unterschiedlicher Wissensvoraussetzungen der GesprächspartnerInnen die Sachverhalte erklärt werden müssen.
- *Instabilität von Zuordnungsergebnissen:* tritt auf, wenn die zur Problemlösung durchgeführte Abänderung von Formulierungen aufgrund spezieller Situationsbedingungen zu keinem Ergebnis führt (vgl. Kindt 2002:20-27).

Die Kommunikationsfähigkeit von GesprächsteilnehmerInnen wird laut Kellnhauser und Schewior-Popp durch mehrere Faktoren, wie zum Beispiel physische, psychische und soziokulturelle Faktoren, die Umgebung und individuelle Gewohnheiten beeinflusst. Dabei dient die Sprache als ein Mittel, um Informationen auszutauschen, Gedanken, Gefühle und Erfahrungen auszudrücken und andere dazu zu bewegen, eigene Handlungsabsichten mitzuteilen (vgl. Kellnhauser/Schewior-Popp 1999:20f).

An dieser Stelle war es unerlässlich einen Überblick über die Verständigungsprobleme zwischen den GesprächsteilnehmerInnen im Allgemeinen zu verschaffen, wie sie zum Beispiel Fiehler (2002) und Kindt (2002) beschrieben haben. Es ist wichtig die Verständigungsprobleme auf allen Kommunikationsebenen wahrzunehmen und zu reflektieren, und sich bewusst zu werden, dass die Kommunikationsbarrieren nicht nur aufgrund unterschiedlicher Sprachen, die die Kommunikation zusätzlich erschweren entstehen. Erfolgreiche Kommunikation hängt davon ab, ob alle beteiligten Gesprächspartner Interesse an Verständigung haben, und ob sie sich bemühen den beabsichtigten Zweck der Kommunikation zu erreichen.

Nach diesem Überblick über die Verständigungsprobleme wird nun auf einen weiteren Aspekt in Bezug auf Kommunikationsbarrieren eingegangen, der für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist: die Verständigungsprobleme im medizinischen Bereich.

2.2 Verständigungsprobleme im medizinischen Bereich

Mit den Verständigungsproblemen im medizinischen Bereich beschäftigen sich mehrere Autoren nicht nur aus dem Bereich der Medizin wie z.B. Westermilies (2004), sondern auch Autoren aus der Gesprächsforschung wie z.B. Fiehler (2002), Kindt (2002), Lalouschek (2002), der Linguistik (Wodak 1981) und der Translationswissenschaft (Allaoui 2005).

Zu Verständigungsstörungen zwischen den GesprächspartnerInnen kommt es laut Kindt (2002) oft, weil sie statt Sachproblemen die Sprachprobleme für ihre Verständigungsschwierigkeit verantwortlich machen. Sie neigen dazu, die Sachverhalte neu zu formulieren oder umzuschreiben. Solche Verständigungsprobleme treten auf, wenn die KommunikationsteilnehmerInnen unterschiedliche Vorstellungen bezüglich Inhalten und Abfolgen von Sachverhaltsdarstellungen haben. Immer wieder auftretende Verständigungsstörungen lassen sich in der Arzt-Patient-Kommunikation beobachten, weil die Parteien unterschiedliche Verständigungserwartungen an die Kommunikation mitbringen. Die ÄrztInnen gehen häufig davon aus, dass die PatientInnen an einer Erklärung der verordneten Maßnahmen und weniger an diagnostischen Sachverhalten interessiert sind. Die PatientInnen empfinden die ärztlichen Erklärungen als verwirrend und unvollständig, da es oft sofort nach der Beschwerdenbeschreibung zur ärztlichen Verordnung kommt. Sie müssen auf die Autorität der ÄrztInnen vertrauen. Den PatientInnen wird kaum Raum für ihre Fragen geboten. Es ist zu beobachten, dass ÄrztInnen sich kooperativ und auskunftsfreudig zeigen, wenn sie davon in Kenntnis gesetzt werden, dass von ihnen höhere Sachformulierungen erwartet werden. Wichtig ist, dass sich die GesprächspartnerInnen in dieser asymmetrischen Konstellation bewusst werden, dass die Probleme in den unterschiedlichen Erwartungen von Sachformulierungen liegen, die man bereits zu Beginn der Kommunikation durchsetzen sollte (vgl. Kindt 2002:40f).

Lalouschek (2002) setzt sich mit der Kommunikation im medizinischen Bereich auseinander. In der medizinischen Berufsausbildung geht es vor allem um die Aneignung von medizinischem Fachwissen und Fachvokabular, das mit der praktischen Ausbildung verbunden ist. Zu den ärztlichen Tätigkeiten zählen Diagnoseerstellung, Behandlung und Therapie. Das Gespräch mit PatientInnen wird dabei außer Acht gelassen, da es als eine unspezifische kommunikative Fähigkeit vorausgesetzt wird. Im Medizinstudium werden die Techniken der Gesprächsführung mit Eingehen auf Wünsche und

Bedürfnisse der PatientInnen nicht gelehrt. Auf dieses fehlende Wissen sind die Probleme in der ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation zurückzuführen. In einer Interaktion zwischen PatientInnen und ÄrztInnen stehen sich zwei ungleiche Parteien gegenüber. Einerseits ÄrztInnen mit der medizinischen Fachsprache und andererseits PatientInnen mit mehr oder weniger umgangssprachlicher Ausdrucksweise (dies ist abhängig von Erfahrungen mit medizinischem Fachvokabular). Den inhaltlichen Ablauf von Anamnesegesprächen eignen sie sich während des Studiums aus den Lehrbüchern und später im Rahmen der praktischen Ausbildung an. Vermittelt wird, wie ein Anamneseblatt korrekt auszufüllen ist, in welcher Reihenfolge die Fragen gestellt werden sollen, wie die Fachsprache einzusetzen ist. Damit ist gemeint, dass die Äußerungen der PatientInnen in die medizinische Fachsprache übersetzt werden. Die PatientInnen werden nur als Objekte des Lernens wahrgenommen. Als problematisch hat sich die Tatsache herausgestellt, dass die ÄrztInnen eine Routine entwickelt haben, wie ein Gespräch mit PatientInnen geführt werden soll, und sie setzen auch bei den PatientInnen dieses Wissen voraus. Patientenorientierte Gespräche sind eher eine Seltenheit, obwohl die Arzt-Patient-Kommunikation einen Großteil des beruflichen Alltags ausmacht (vgl. Lalouschek 2002:97-115).

In der Arzt-Patient-Kommunikation sind laut Westermilies (2004) zwei Faktoren zu beachten. Auf der einen Seite ist es wichtig, die gegebene medizinische Situation zu klären, und andererseits soll es zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen zum Gesprächsaustausch kommen. Die Kommunikation ist jedoch in der Praxis häufig dürftig (vgl. Westermilies 2004:21).

Wodak (1981) beschreibt drei Faktoren, die die Arzt-Patient-Kommunikation beeinflussen: objektive Faktoren (z.B. Setting, Institution), objektivierbare Faktoren (z.B. Subkultur, Statusrolle, Positionsrolle, Erfahrungen, Vorwissen) und latente Faktoren (z.B. Intentionen, Vorurteile, Tabus, Gefühle). Kommt während des Gesprächs mit PatientInnen lediglich die medizinische Fachsprache zur Anwendung, schafft dies ein Ungleichgewicht in der Arzt-Patient-Beziehung, da die ÄrztInnen mit ihrer Ausdrucksweise ihre Machtposition widerspiegeln und dadurch Sprachbarrieren und ein sogenannter „Framekonflikt“ entstehen, da zwei Parteien mit unterschiedlichen Sichtweisen und Sprachverhalten unterschieden aufeinander treffen (vgl. Wodak 1981:44ff).

Allaoui (2005) führt an, dass im Krankenhaus Fachkräfte aus verschiedenen Berufsgruppen tätig sind, die ihren Beitrag zur Gesamtaufgabe des Krankenhauses leisten und direkt (auf der Ebene ÄrztInnen-PatientInnen, Pflegepersonal-PatientInnen, medizinisch-technische AssistentInnen–PatientInnen) oder indirekt mit PatientInnen zu tun haben. Die Arzt-Patient-Kommunikation, die für die Diagnostik unentbehrlich ist, findet im Rahmen einer asymmetrischen sozialen Beziehung statt und ist nicht zu unterschätzen. Umso schwieriger gestaltet sich die Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen mit unterschiedlichen Denksystemen und Krankheitswahrnehmungen. Insbesondere im Krankenhaus ist es wichtig, diese Verschiedenheiten zu überbrücken und eine gemeinsame Verständigungsgrundlage zu finden (vgl. Allaoui 2005:13ff).

Arzt-Patient-Gespräche gehören zu einer Kategorie der Kommunikation, die sehr stark von unterschiedlichen Verständigungserwartungen der GesprächsteilnehmerInnen gekennzeichnet ist. Es ist klar erkennbar, dass nicht nur die Sprachprobleme die Verständigungsschwierigkeiten verursachen. Aufgrund der medizinischen Fachsprache und der asymmetrischen Konstellation entsteht während des Arzt-Patient-Gesprächs ein Ungleichgewicht in der Arzt-Patient-Beziehung. Die Kommunikation zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen bleibt hinter den Erwartungen weit zurück.

Ein weiterer Aspekt der Verständigungsproblematik im medizinischen Bereich wird deutlich: Die Kommunikationstechniken mit den PatientInnen werden in der medizinischen Berufsausbildung nicht behandelt. Es werden lediglich die inhaltlichen Aspekte von Arzt-Patient-Gesprächen gelehrt. Obwohl die ÄrztInnen täglich mit PatientInnen in Kontakt treten, lässt die Kommunikation zu wünschen übrig.

Umso schwieriger erweist sich die Arzt-Patient-Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen und durch die Anwesenheit von DolmetscherInnen, wie es im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

2.3 DolmetscherInnen in der Arzt-Patient-Kommunikation

Bei der Arzt-Patient-Kommunikation, mit oder ohne Anwesenheit von DolmetscherInnen, handelt es sich laut Barkowski (2007) in der Regel um eine Fachkommunikation zwischen ExpertInnen und Laien, die durch eine Asymmetrie charakterisiert ist. Die ExpertInnen verfügen über ein fachspezifisches Wissen und berufliche Erfahrung. Die

Laien besitzen dieses Fachwissen und die Kompetenzen nicht. Das fachspezifische Wissen von ExpertInnen kann quantitativ und qualitativ betrachtet werden, da es kohärenter strukturiert ist und die Fachbegriffe nicht nur eine kommunikative Funktion für die ExpertInnen darstellen. Das bedeutet, dass das Fachwissen auch fachspezifische Methoden der Wahrnehmung, des Denkens und der Problemlösung beinhaltet. Bei der Kommunikation mit Laien müssen ExpertInnen die Fachbegriffe durch gemeinsprachliche Termini ersetzen, die für die Laien verständlich sind, was sich oft als schwierig während eines Gesprächs erweist. Eine asymmetrische Kommunikation kann erfolgreich sein, wenn für die Verständigung ein gemeinsamer Bezugsrahmen durch Informationsaustausch geschaffen wird. Im medizinischen Bereich sind die Arzt-Patient-Gespräche, d.h. Anamnese- und Aufklärungsgespräch, Befundgespräche, Therapievorschlüsse, durch ExpertInnen-Laien-Kommunikation gekennzeichnet. (vgl. Barkowski 2007: 31ff).

Aus diesem Grund wird nun ein Überblick über die Vorteile und Nachteile beim Einsatz von DolmetscherInnen im medizinischen Setting geschaffen.

Laut Stuker (2001) ist es nicht selbstverständlich, dass professionelle DolmetscherInnen bzw. VermittlerInnen beigezogen werden, um fremdsprachige PatientInnen zu verstehen. Für ÄrztInnen und Pflegepersonal und für PatientInnen ist jedoch die gegenseitige Verständigung von großer Bedeutung. Kommunikationsschwierigkeiten entstehen vor allem durch das Fehlen einer gemeinsamen Sprache, was in weiterer Folge dazu führt, dass Zusammenhänge, wie z.B. die Herkunft der PatientInnen, ihr Alter, oder ihre sozioökonomische Situation unerkant bleiben. Die Schwierigkeiten mit der Verständigung wirken sich auf die Behandlung und auf den Umgang mit den fremdsprachigen PatientInnen aus. Es besteht die Gefahr, dass die fremdsprachigen PatientInnen nicht die erforderliche Behandlung erhalten. Häufig werden allerdings Probleme bei der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen erwähnt. Den DolmetscherInnen wird dabei zu viel Verantwortung für das Gelingen des Gesprächs übertragen. Die Beziehung zu den PatientInnen wird durch die Anwesenheit von DolmetscherInnen beeinflusst. Es kann als störend empfunden werden, und die Herstellung des Vertrauens erschweren. Andererseits ermöglicht erst die Anwesenheit der DolmetscherInnen eine Verständigung, schafft das Vertrauen und erleichtert die Behandlung (vgl. Stuker 2001:186ff).

Auch Allaoui (2005) ist der Meinung, dass sprachliche Barrieren in einer Arzt-Patient-Kommunikation können und sollen mit Hilfe von DolmetscherInnen überwun-

den werden. Jedoch ist dies nur ein Teil der Arzt-Patient-Beziehung, der zur Verständigung führt, da auch die Verdolmetschung an ihre sprachlichen Grenzen stößt, weil nicht alle Aussagen von GesprächsteilnehmerInnen eins zu eins vermittelbar sind. Der Grund dafür ergibt sich aus dem unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergrund, unterschiedlichem medizinischen Wissen und Bildungs- und Sprachniveau der GesprächspartnerInnen. Bilingualität bedeutet nicht, dass man automatisch translatorische Fähigkeiten besitzt. Sie dient aber als gute Grundlage zur Aneignung translatorischer Fähigkeiten und Kompetenzen, um den Status von professionellen DolmetscherInnen zu erreichen (vgl. Allaoui 2005:18f).

Die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen im Arzt-Patient-Gespräch bringt laut Weiss und Stuker (1999) Vorteile mit sich. Die DolmetscherInnen tragen zur besseren Verständigung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen bei, denn „individuelle und soziokulturelle Erklärungsmodelle zum Gesund- und Kranksein können ausgehandelt und für die Anamnese und das therapeutische Prozedere nutzbar gemacht werden“ (Weiss/Stuker 1999:260).

Pfleiderer (1995) erklärt, dass die triadische Konstellation auch die Chance bietet, die Konflikte, die im Arzt-Patient-Gespräch durch Missverständnisse entstehen, zu bewältigen, da oft erst die Anwesenheit der DolmetscherInnen zur Klärung und somit zum Behandlungserfolg führt. Andererseits empfinden die ÄrztInnen die Anwesenheit der DolmetscherInnen als einen Störfaktor, weil sie das Gefühl haben, die Kontrolle über die Kommunikation sei eingeschränkt, und ihre Kompetenzen werden in Frage gestellt. Diese Schwierigkeiten ergeben sich vor allem aus fehlender Erfahrung in der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen. Außerdem wird die Arzt-Patient-Kommunikation dadurch erschwert, dass drei Parteien mit unterschiedlichem Hintergrund aufeinander treffen, was zu Loyalitäts- und Rollenkonflikten führen kann. Deutlich erkennbar ist, dass die Verdolmetschung zeitlich und organisatorisch aufwändiger ist. Inwiefern sie die Behandlungskosten positiv oder negativ beeinträchtigt, ist bis jetzt noch nicht belegt worden. Jedoch kann eine mangelhafte Verständigung zu Diagnose- und Behandlungsfehlern und zum so genannten „doctor-shopping“ führen. Unter dem Begriff „doctor-shopping“ wird die „gleichzeitige Nutzung verschiedener medizinischer Angebote oder Ärzte während einer Krankheitsepisode“ verstanden (vgl. Pfleiderer 1995:81).

Verständigungsprobleme erschweren laut Pöllabauer (2003) den Zugang von fremdsprachigen PatientInnen zu Gesundheitseinrichtungen, weil sich diese durch die sprachlichen Barrieren verunsichert fühlen und eine misstrauische Einstellung gegenüber der Institution Krankenhaus haben. DolmetscherInnen, die translatorische Fähigkeiten und Kompetenzen besitzen, können eine professionelle Verständigung mit den ÄrztInnen bzw. dem Betreuungspersonal gewährleisten (vgl. Pöllabauer 2003:18).

Allaoui (2005) führt Gründe an, warum DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich eingesetzt werden sollen: teure medizinische Maßnahmen werden vermieden und dadurch die Kosten reduziert, ÄrztInnen werden rechtlich abgesichert, weil sie die Aufklärungspflicht tragen und sicher stellen müssen, dass die PatientInnen sie auch verstanden haben. PatientInnen haben das Recht, über ihren Gesundheitszustand in die Kenntnis gesetzt zu werden (vgl. Allaoui 2005:19).

Verständigungsschwierigkeiten in der Arzt-Patient-Kommunikation wirken sich negativ auf die Behandlung und auf den Umgang mit fremdsprachigen PatientInnen aus. Kommunikationsbarrieren können zu Fehldiagnosen und Fehltherapien führen und erschweren den Zugang von fremdsprachigen PatientInnen zu Gesundheitseinrichtungen. Trotz dieser Tatsachen ist es nicht selbstverständlich, dass professionelle DolmetscherInnen zu Gesprächen mit fremdsprachigen PatientInnen beigezogen werden. Die Anwesenheit von DolmetscherInnen wird von den ÄrztInnen manchmal als störend wahrgenommen, da sie das Gefühl haben, dass ihre Kompetenzen in Frage gestellt werden. Diese Wahrnehmung entsteht vor allem deswegen, weil die ÄrztInnen kaum Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den DolmetscherInnen haben. Jedoch erleichtert die Anwesenheit von DolmetscherInnen die Behandlung und vor allem führt zum Behandlungserfolg. Die DolmetscherInnen ermöglichen die Verständigung zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen. Sie bauen sprachliche Barrieren ab, schaffen Vertrauen und helfen Missverständnisse und Konflikte zu bewältigen. Auf die DolmetscherInnen wird viel Verantwortung übertragen. Es werden enorme Anforderungen an sie gestellt, die weit über die translatorischen Fähigkeiten und Kompetenz reichen (vgl. Kapitel 3 in der vorliegenden Arbeit).

Weiss und Stuker (1999) weisen darauf hin, dass die Art der Verdolmetschung durch den Kontext, in dem die Kommunikation stattfindet, beeinflusst wird. Dazu müssen auch die Erwartungen aller GesprächsteilnehmerInnen, der Einfluss von institutionellen Rahmenbedingungen, die Behandlungssituation und die unmittelbare Gesprächssituation berücksichtigt werden. So muss zum Beispiel auf der Notfall- oder Intensivstation schnell gehandelt werden, was die Kommunikation auf das Notwendige reduziert. Die DolmetscherInnen müssen schnell, reduktiv, aber trotzdem präzise dolmetschen. In einer Praxis von AllgemeinärztInnen sind die Bedingungen für die DolmetscherInnen flexibler und strukturiert (vgl. Weiss/Stuker 1999:261f).

Die DolmetscherInnen verfügen nach Weiss und Stuker (1999) über vielseitige translatorische Kompetenzen, da sie fachspezifische Fragen und Zusammenhänge, aber auch belastende Inhalte übermitteln müssen. Deswegen ist eine gut eingespielte und reibungslose Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen von großer Bedeutung. In einer psychotherapeutischen Behandlungssituation sind die organisatorischen und fachlichen Anforderungen an die DolmetscherInnen sehr hoch. Die Kommunikation ist sehr anspruchsvoll, muss dynamisch und kontinuierlich verlaufen, was emotional stark belastend ist. Die gemeinsame Vorbereitung, d.h. ÄrztInnen und DolmetscherInnen führen Vor- und Nachgespräche, kann die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen verbessern (vgl. Weiss/Stuker 1999:261f).

Missverständnisse, die sich in einer interkulturellen Kommunikation ergeben, resultieren nach Knapp und Knapp-Potthoff (1985) aus den Unterschieden im kulturellen Wissen der SprechpartnerInnen. Die Auslöser solcher Missverständnisse entstehen, wenn diese kulturellen Unterschiede nicht bekannt sind oder nicht berücksichtigt werden, wenn den DolmetscherInnen ein Fehler auf der sprachlichen oder inhaltlichen Ebene unterlaufen ist, oder wenn ein abweichendes Verhalten nicht begründet oder erläutert wird. (vgl. Knapp/Knapp-Potthoff 1985:459f).

Probleme, die in der Arzt-Patient-Kommunikation entstehen, können laut Pöchhacker (2000), Rehbein (1985) und Pöchhacker/Kadric (1999) nicht mit Ad-hoc DolmetscherInnen gelöst werden, denn es sind gerade die nicht-professionellen DolmetscherInnen, die Verständigungsprobleme verschlimmern oder sogar zusätzliche Probleme verursachen. Die von Pöchhacker (2000) durchgeführte Studie beweist, dass die Verdolmetschung durch Begleitpersonen der PatientInnen für 66% des befragten Kran-

kenhauspersonals manchmal und für 12% häufig oder fast immer mit Problemen verbunden ist. Nicht-professionelle DolmetscherInnen (damit sind vor allem Familienangehörige, Bekannte, Freunde der PatientInnen gemeint) wechseln oft in andere Rollen und damit können die korrekte Verdolmetschung, Neutralität oder Schweigepflicht nicht gewährleistet werden. Die o.a. Studie hat gezeigt, dass 42% der Befragten mit den ungenügenden medizinischen Sachkenntnissen und 36% mit der mangelnden Beherrschung medizinischer Fachausdrücke durch das medizinische Krankenhauspersonal, das als DolmetscherInnen herangezogen worden ist, unzufrieden waren. 90% des befragten Krankenhauspersonals gab diese Mängel bei den Begleitpersonen der PatientInnen an, die als DolmetscherInnen eingesetzt worden waren (vgl. Pöchhacker 2000: 176ff).

Rehbein (1985) analysierte in seiner Arbeit zum Dolmetschen im medizinischen Bereich Arzt-Patient-Gespräche bei einer Beratung in einem internationalen Zentrum des Ruhrgebiets mit einer nicht professionellen türkischen Dolmetscherin. Er stellte fest, dass die Verständigungsschwierigkeiten auf die verschiedenen interkulturell und kulturspezifisch bedingten Wissensstrukturtypen zurückzuführen sind. Dem deutschen Arzt und der türkischen Frau ist es nicht gelungen, das unterschiedliche Wissen des jeweils anderen zu erkennen und zu übernehmen. Die Dolmetscherin hat die Ausgangsäußerungen durch ihre unprofessionelle Verdolmetschung mit Reduktionen, Fokusverschiebungen, Abblocken von Zwischenfragen negativ verändert und daher die Kommunikation deutlich erschwert (vgl. Rehbein 1985:349-419).

Pöchhacker und Kadric (1999) analysierten ein logopädisches Therapiegespräch in einem Wiener Krankenhaus mit einem serbokroatischen Jungen, in dem eine serbisch sprechende Putzfrau als Dolmetscherin eingesetzt wurde. Die Dolmetschleistung der Putzfrau wies auffällige Mängel auf. Die Analyse zeigte, dass die Rollen- und Aufgabenprofile von Reinigungspersonal verschwommen sind und somit den Erfolg des Therapiegesprächs erheblich behindern. Gleichzeitig werden der Einsatz und die Ausbildung professioneller DolmetscherInnen in diesem Bereich gefordert (vgl. Pöchhacker/Kadric 1999:161-178).

Ad hoc - DolmetscherInnen, die im medizinisch-sozialen Bereich rekrutiert werden, spielen eine enorm wichtige Rolle in den Arzt-Patient-Gesprächen. Ohne deren Einsatz und Engagement würde die Kommunikation kaum stattfinden. Der Einsatz von

Ad hoc – DolmetscherInnen erweist sich jedoch aufgrund fehlender translatorischer Ausbildung sowie mangelnder Sprachqualität und persönlicher Betroffenheit als problematisch. Sie können die korrekte Verdolmetschung, Neutralität und Schweigepflicht nicht gewährleisten. Sie besitzen keine oder mangelhafte medizinische Sachkenntnisse und Fachvokabular, deswegen besteht die Gefahr, dass sie die Kommunikation negativ verändern, erschweren oder sogar das Gespräch behindern.

Die Entscheidung darüber, ob professionelle DolmetscherInnen zu einem Arzt-Patient-Gespräch beigezogen werden, hängt vor allem von der Kostenfrage ab, da kein rechtlicher Anspruch auf eine Verdolmetschung im medizinischen Bereich in Österreich besteht. Aus diesem Grund werden im folgenden Kapitel die rechtlichen Aspekte der Dolmetschtätigkeit im medizinischen Bereich näher betrachtet.

2.4 Recht auf Übersetzen und Dolmetschen im Gesundheitsbereich

Die rechtlichen Aspekte der Dolmetschtätigkeit im Gesundheitsbereich im deutschsprachigen Raum sind bisher wenig diskutiert worden. Die Aufklärung der PatientInnen ist eine Berufspflicht der ÄrztInnen. Die Behandlung kann erst nach der Aufklärung durch die ÄrztInnen und die Einwilligung der PatientInnen erfolgen. In der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen, vor allem im Zusammenhang mit der Aufklärungspflicht, kann auf keine verbindlichen gesetzlichen Grundlagen zurückgegriffen werden.

Achermann und Künzli (2010) beschäftigen sich mit dem Recht auf Übersetzung in der Schweiz. Sie stellten fest, dass der fehlende eindeutige Anspruch auf Verdolmetschung sich für den Gesundheitsbereich als besonders problematisch erweist. Die Frage nach einem Anspruch auf Übersetzung ist aus juristischer Sicht von großer Komplexität. Die Diskussion, in welchen Teilgebieten des Gesundheitsbereichs nicht nur ein Bedarf, sondern ein Recht auf Übersetzung und Vermittlung besteht, konzentriert sich vor allem auf den ärztlichen Eingriff, die ärztliche Aufklärungspflicht und die notwendige Zustimmung der PatientInnen. Das Problem fehlender klarer Ansprüche auf Dolmetschen stellt sich in einer Vielzahl von Bereichen, wie Präventionskampagnen, Anamnese und Diagnose, Medikamentenabgabe, Psychotherapie, Logopädie, medizinische Zwangsmaßnahmen, Gesundheitsabklärung, Pflege, Rehabilitation. Ein diskriminierungsfreier Zugang zu Gesundheitsdiensten und zu gesundheitsrelevanten Informatio-

nen soll gewährleistet werden. Eine Gesundheitsstruktur kann nur dann diskriminierungsfrei funktionieren, wenn gewährleistet ist, dass keine Sprachbarrieren die Benutzung dieser Infrastruktur behindern. Eine Realisierung setzt daher voraus, dass den PatientInnen Dolmetscherdienste oder ein direkter Zugang zu Medizinpersonal mit ausreichenden Kenntnissen der Sprache zur Verfügung stehen. Auf gerichtlichem Weg lässt sich die Einrichtung von Dolmetscherdiensten nicht erzwingen. Wobei jedoch die Schweiz im Rahmen ihrer Gesundheitspolitik verpflichtet ist zu gewährleisten, dass keiner Person infolge mangelnder Sprachkenntnisse auf diskriminierende Weise der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen erschwert oder unmöglich gemacht wird und sichergestellt wird, dass im Gesundheitswesen eine adäquate Übersetzung zur Verfügung gestellt wird. Die Etablierung von Übersetzungsdiensten erweist sich dabei als die am besten geeignete Maßnahme (vgl. Achermann und Künzli 2010:63-70).

Die Situation in der Schweiz ist gleichzusetzen mit der in Österreich. Auch in Österreich fehlt ein klarer Anspruch auf Verdolmetschung (vgl. Kapitel 2.5.1. in der vorliegenden Arbeit). Gesetzlich geregelt ist jedoch die ärztliche Aufklärungspflicht, die im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

2.5 Ärztliche Aufklärungspflicht

Mit diesem Aspekt der ärztlichen Tätigkeit hat sich in Deutschland vor allem Bernd Meyer (2004) auseinander gesetzt.

Aus juristischer Sicht entscheiden nach Meyer (2004) die PatientInnen nach der ärztlichen Aufklärung, ob sie einem Eingriff bzw. einer Behandlung zustimmen oder nicht. Es liegt in den Kompetenzen der ÄrztInnen, den PatientInnen alle notwendigen Informationen zu übermitteln. Das Problem der Aufklärung mit fremdsprachigen PatientInnen wird in den juristischen Diskussionen gar nicht oder nur oberflächlich behandelt. Werden die ÄrztInnen wegen einer Verletzung der Aufklärungspflicht verklagt, müssen sie nachweisen, dass sie die PatientInnen tatsächlich entsprechend den Anforderungen aufgeklärt haben. Meyer (2004) stellt einen Fall in Deutschland vor, in welchem ein Arzt zur Leistung von Schadenersatz verurteilt wurde, weil er beim Aufklärungsgespräch die mangelnden Sprachkenntnisse einer Patientin nicht berücksichtigt hat, und die Patientin aus diesem Grund einer falschen Behandlung unterzogen worden ist. Der Arzt hat angegeben, dass die Patientin im Rahmen der Anamnese auf seine Fragen ant-

worten konnte und auch die Einwilligungserklärung unterschrieben hat. Deswegen ist er davon ausgegangen, dass keine Verständigungsprobleme bestanden. Wenn die PatientInnen der fremden Sprache nicht mächtig sind, erweist sich somit der Einsatz von DolmetscherInnen aus rechtlicher Sicht als dringend notwendig. Die Kommunikationsschwierigkeiten in den Arzt-Patient-Gesprächen entstehen aufgrund unterschiedlicher Erwartungen und Bedürfnisse der KommunikationspartnerInnen. Es bilden sich zwei wesentliche Verständigungsprobleme heraus, die darin liegen, dass PatientInnen ihr Anliegen nicht vermitteln können, und die ÄrztInnen nur in bestimmten Bereichen Aufklärungsbedarf sehen. Entscheidend für die gedolmetschten Arzt-Patient-Gespräche ist die Struktur und Charakteristik von ärztlichen Aufklärungsgesprächen. Von großer Bedeutung sind somit die Ablaufstruktur, die Konstellation des Gesprächs, der Zweck und welche sprachlichen Mittel zum Einsatz kommen, da davon auch die translatorische Leistung abhängt (vgl. Meyer 2004:62-70).

Meyer (2004) untersuchte gedolmetschte diagnostische Aufklärungsgespräche zwischen deutschen ÄrztInnen und PatientInnen mit portugiesischer Muttersprache. Die Gespräche wurden von zweisprachigen Angehörigen der PatientInnen oder von Pflegekräften gedolmetscht. Er wies darauf hin, dass sich die Sprachbarrieren als sehr problematisch für die GesprächsteilnehmerInnen herausstellten. Die ÄrztInnen empfanden den Einsatz von Ad-hoc-DolmetscherInnen als wenig zufriedenstellend, weil sie den Eindruck hatten, dass ihre Ausführungen bei den PatientInnen nicht ankamen. Die dolmetschenden Personen trugen eine Verantwortung, auf die sie nicht vorbereitet waren und empfanden diese Situation als sehr belastend. Die PatientInnen wurden schlechter über den Verlauf und die Risiken informiert bzw. aufgeklärt. Er stellte anhand von juristischen Belegen und Fällen fest, dass in einer Konfliktsituation die ÄrztInnen beweisen müssen, dass die dolmetschende Person die Kompetenz und Fähigkeit zum Dolmetschen hatte. Er führt an, dass die Zweisprachigkeit allein nicht ausreicht, um dolmetschen zu können. „Dolmetschen muss vielmehr erlernt und geübt werden“ (vgl. Meyer 2004:220-223).

Über die Problematik der ärztlichen Aufklärung mit fremdsprachlichen PatientInnen wird sehr wenig diskutiert. Inwieweit ein gesetzlicher Anspruch auf ärztliche

Aufklärungspflicht und das Recht auf Übersetzen und Dolmetschen im medizinischen Bereich in Österreich besteht, wird im folgenden Kapitel untersucht.

2.5.1 Rechtliche Lage in Österreich

Die Aufklärung mit fremdsprachigen PatientInnen ist rechtlich nicht abgesichert. Jedoch besteht für die PatientInnen in Österreich ein Anspruch auf ärztliche Aufklärung, die sich aus Zivil- (ABGB) und Strafrecht (StGB) ergibt.

So regelt zum Beispiel das Bundesgesetz über die Krankenanstalten und Kuranstalten (KUKuG) im §5a die Patientenrechte¹. Im Abschnitt 3 werden die Träger von Krankenanstalten verpflichtet, dass „auf Wunsch des Pfleglings ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden.“

Die PatientInnenrechte werden in der Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte in der Bund-Niederösterreich Patientencharta gesichert². Artikel 16 lautet auszugsweise:

(1) Patienten und Patientinnen haben das Recht, im Vorhinein über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten sowie deren Risiken und Folgen aufgeklärt zu werden. Sie haben das Recht auf Aufklärung über ihren Gesundheitszustand, weiters sind sie über ihre erforderliche Mitwirkung bei der Behandlung sowie eine therapieunterstützende Lebensführung aufzuklären.

(2) Die Art der Aufklärung hat der Persönlichkeitsstruktur und dem Bildungsstand der Patienten und Patientinnen angepasst und den Umständen des Falles entsprechend zu erfolgen.

(3) Ist eine Behandlung dringend geboten und würde nach den besonderen Umständen des Einzelfalles durch eine umfassende Aufklärung das Wohl des Patienten oder der Patientin gefährdet werden, so hat sich der Umfang der Aufklärung am Wohl des Patienten oder der Patientin zu orientieren.

Die ärztliche Aufklärungspflicht ist in Österreich vom Gesetz her nicht besonders geregelt. Es gelten die allgemeinen Bestimmungen des § 1299 ABGB. Die ärztliche Aufklärungspflicht soll eine optimale Zusammenarbeit der PatientInnen mit den

¹ http://www.jusline.at/5a_Patientenrechte_KAKuG.html (Stand 15.11.2010)

² <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001747> (Stand 15.11.2010)

ÄrztInnen sicherstellen, und die PatientInnen vor möglichen schädlichen Auswirkungen bewahren. Eine korrekte Einwilligung der PatientInnen für weitere Behandlungen setzt aber eine entsprechende ärztliche Aufklärung voraus. Die gesetzlichen Bestimmungen der ärztlichen Aufklärungspflicht werden von ÄrztInnen immer wieder missverstanden (vgl. Barta 2004:649-700).

Nach näherer Betrachtung der rechtlichen Lage lässt sich feststellen, dass die ÄrztInnen verpflichtet sind, in einer „verständlichen und schonungsvollen Art“ die PatientInnen über ihren Gesundheitszustand aufzuklären. Die Aufklärung ist an den „Bildungsstand“ der PatientInnen und die „Umstände des Falles“ anzupassen, wobei über allem das „Wohl“ der PatientInnen zu stehen hat. Daraus könnte ein Anspruch auf Verdolmetschung im Gesundheitsbereich abgeleitet werden. Bei der Diskussion über die gesetzlichen Regelungen der ärztlichen Aufklärungspflicht, kann auch auf die internationalen Bestimmungen zurückgegriffen werden. Diese werden im folgenden Kapitel beschrieben.

2.5.2 Internationale Bestimmungen

Internationale Institutionen für Menschenrechte befassen sich mit dem Thema Menschenrechte und Gesundheit, die in verschiedenen völkerrechtlichen Verträgen verankert sind. Eine Aufklärungspflicht ist auch zum Beispiel im „Übereinkommen des Europarates zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin“ von 1997³, in der sogenannten Biomedizinkonvention, geregelt. Diese wurde von Österreich, im Gegensatz zur Tschechischen Republik, bisher weder unterzeichnet, noch ratifiziert. Diese Tatsache könnte von Bedeutung sein, aufgrund der geplanten grenzüberschreitenden Kooperation zwischen Österreich und der Tschechischen Republik. Art.5 der Konvention sieht vor, dass

eine Intervention im Gesundheitsbereich erst dann erfolgen darf, nachdem die betroffene Person über sie aufgeklärt worden ist und freiwillig zugestimmt hat. Die betroffene Person ist zuvor angemessen über Zweck und Art der Intervention, sowie über deren Folgen und Risiken aufzuklären. Die betroffene Person kann ihre Einwilligung jederzeit frei widerrufen (Achermann und Künzli 2010:64f).

³<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=164&CM=8&DF=5/6/2006&CL=GER> (Stand 08.11.2010)

Die Europäische Menschenrechtskonvention bzw. Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK)⁴ sichert allen Menschen im Artikel 14 Diskriminierungsverbot zu, dieser lautet auszugsweise:

Der Genuß der in dieser Konvention anerkannten Rechte und Freiheiten ist ohne Diskriminierung insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt oder eines sonstigen Status zu gewährleisten.

Einerseits nimmt die Biomedizinkonvention keinen Bezug auf die Fremdsprachigkeit der PatientInnen, fordert jedoch adäquate Aufklärung der PatientInnen. Eine angemessene Aufklärung ist nur dann möglich, wenn eine reibungslose Kommunikation gewährleistet wird. Die Menschenrechtskonvention bezieht sich nicht direkt auf den medizinischen Bereich, sichert aber allen Menschen Rechte und Freiheiten ohne Diskriminierung unter anderem auch wegen Sprachen zu. Diese zwei Konventionen könnten im medizinischen Bereich als Rechtsgrundlage dienen, um fremdsprachigen PatientInnen eine Verständigung zu gewährleisten.

2.6 Zusammenfassung

Der medizinisch-soziale Bereich zählt zu jenen Bereichen, in denen eine effiziente Kommunikation mit den PatientInnen und eine kompetente Betreuung als Grundvoraussetzung für die Genesung und Heilung der Betroffenen anzusehen ist. Fremdsprachige PatientInnen werden oft auf Grund mangelnder Verständigung benachteiligt und erhalten keinen gleichberechtigten Zugang zu den entsprechenden Einrichtungen. Für diese PatientInnen ist es oftmals schwierig, sich verständlich zu machen und alles richtig zu verstehen. Das hängt sowohl mit den meist nicht ausreichend vorhandenen Sprachkenntnissen als auch mit den kulturell unterschiedlichen Auffassungen von Krankheit und Gesundheit zusammen. Wegen großer Informations- und Kompetenzunterschiede gilt die Arzt-Patient-Beziehung als asymmetrisch. ÄrztInnen und PatientInnen müssen einander vertrauen. PatientInnen müssen eine fachliche Beratung und die bestmögliche Behandlung erhalten, und vor allem mit der Behandlung auch zufrieden sein. Es geht auch darum, andere auf verschiedenen Ebenen zu verstehen. Zur Errei-

⁴ <http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/005.htm> (Stand 08.11.2010)

chung dieses Ziels sind Anstrengungen aller Beteiligten erforderlich. Das Wissen über Interkulturalität wird im Gesundheits- und Kommunikationsbereich immer notwendiger und stellt einen wesentlichen Faktor im Gesundheits- und Kommunikationsbereich dar, der den Krankheitsverlauf und den Behandlungserfolg wesentlich beeinflusst. MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich sind oft auf die Unterstützung von DolmetscherInnen angewiesen, um eine professionelle Kommunikation zwischen PatientInnen und ÄrztInnen gewährleisten zu können. Ad hoc - DolmetscherInnen, die im medizinisch-sozialen Bereich rekrutiert werden, spielen eine enorm wichtige Rolle in den Arzt-Patient-Gesprächen. Ohne deren Einsatz und Engagement würde die Kommunikation kaum stattfinden. Der Einsatz von Ad hoc – DolmetscherInnen erweist sich jedoch aufgrund fehlender translatorischer Ausbildung sowie mangelnder Sprachqualität und persönlicher Betroffenheit als problematisch. Gerade im Gesundheitsbereich besteht die Notwendigkeit, die sprachlichen Barrieren abzubauen. Verständigungsprobleme in der Arzt-Patient Kommunikation werden durch unterschiedliche Erwartungshaltungen und durch Asymmetrie (ExpertInnen und Laien treffen aufeinander) charakterisiert. Speziell im Gesundheitswesen stoßen wir an Grenzen der Kommunikation, die aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse erschwert wird oder gar nicht möglich ist. Für DolmetscherInnen eröffnet sich in diesem Bereich ein komplexes und facettenreiches Beschäftigungsfeld mit hohen Anforderungen. Was geschulte DolmetscherInnen im medizinischen Setting leisten, zeigen die Rollenverständnisse und –auffassungen im folgenden Kapitel.

3 Die Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit der Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch–sozialen Bereich.

Mit diesem Thema befassten sich bereits mehrere AutorInnen der Translationswissenschaft z.B. Weiss und Stuker (1999) und Wadensjö (1992), indem sie versuchten, mithilfe verschiedener Modelle und Metaphern ein Bild der Rolle und der Tätigkeit der DolmetscherInnen zu schaffen.

Ziel dieses Kapitels ist es, die unterschiedlichen Auffassungen über die Rolle vorzustellen, und vor allem auf jene einzugehen, die im medizinischen Setting von Bedeutung sind.

Es wird die Arzt-Patient-Beziehung beschrieben und auf die Rollenbilder für ÄrztInnen und PatientInnen eingegangen, da der triadischen Kommunikation, dem Zusammenspiel von DolmetscherInnen und allen beteiligten GesprächspartnerInnen, gerade im medizinisch-sozialen Bereich ein hoher Stellenwert zukommt.

Das Kapitel dient als Einführung in die unterschiedlichen Rollenverständnisse und Rollenanforderungen, die an die DolmetscherInnen vor allem im medizinisch-sozialen Bereich gestellt werden.

Die Rolle der DolmetscherInnen wird anhand einiger Beispielmmodelle, die im medizinisch-sozialen Bereich entstanden, beschrieben.

Weiters wird in diesem Kapitel ein Konnex zwischen den Grundsätzen ärztlicher Ethik und den Berufskodizes der DolmetscherInnen hergestellt.

Es werden die Berufskodizes des Berufsverbands für KonferenzdolmetscherInnen AIIC und des Berufsverbands für DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen in Österreich UNIVERSITAS verglichen. AIIC ist zwar ein Konferenzdolmetscherverband, jedoch sind DolmetscherInnen auch an den medizinischen Konferenzen tätig und so lässt sich auch ein Zusammenhang zu DolmetscherInnen im medizinischen Setting herstellen.

Anschließend wird auf die wesentlichen Anforderungen und Kompetenzen eingegangen, die DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich erfüllen müssen.

Die aus den Ausführungen gezogenen Schlussfolgerungen betreffend das Rollenverständnis von DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich werden abschließend zusammengefasst.

3.1 Die Rollenbilder für ÄrztInnen und PatientInnen

Das vorliegende Kapitel geht auf die Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich ein. In einem medizinischen Setting spielt die Arzt-Patient-Beziehung eine wesentliche Rolle, und gemeinsam mit einem Dolmetscher oder einer Dolmetscherin bildet sie eine Triade. Bevor die Rollenbilder aller beteiligten Parteien in einem medizinischen Dolmetschsetting beschrieben werden, ist es wichtig, die Arzt-Patient-Beziehung näher zu erläutern.

Pöltner (2002) und Peintinger (2008) beschäftigen sich mit der Arzt-Patient-Beziehung aus der Sicht der Medizin. Laut Pöltner ist die Arzt-Patient-Beziehung eine ganz bestimmte Form des Zusammenwirkens von Menschen, die sich in einer Notsituation befinden und Hilfe benötigen. Es handelt sich um eine Form des gegenseitigen Vertrauens mit beiderseitigen Erwartungshaltungen, die sich aus den verschiedenen Rollen von ÄrztInnen und PatientInnen ergeben. Die Arzt-Patient-Beziehung ist durch Gleichrangigkeit und Ungleichheit geprägt. Gleichrangigkeit deshalb, weil sich die ÄrztInnen und PatientInnen als Mitmenschen gegenüberstehen; und Ungleichheit, weil ExpertInnen und Laien aufeinander treffen (vgl. Pöltner 2002:89ff).

Die Arzt-Patient-Beziehung ist nach Peintinger (2008) in ein globales Beziehungs- und Interessensnetz eingebunden. Die traditionelle duale Beziehung erweiterte sich durch die Gesellschaft zu einer Dreierbeziehung, welche zahlreichen Einflüssen unterliegt. Zu diesen Faktoren zählen die Naturwissenschaft, die Wirtschaft, das Rechtssystem, die Philosophie, die Theologie, sowie kulturelle und künstlerische Auffassungen (vgl. Peintinger 2008:99).

Mit der Arzt-Patient-Beziehung aus der Sicht der Translationswissenschaft hat sich Trubel (2004) auseinandergesetzt und festgestellt, dass die Arzt-Patient-Beziehung von der modernen Medizin beeinflusst wird, und die Therapie sollte neben Methoden zur Überwindung der Krankheit auch Begleitung, Beistand, Gespräch und Beziehung beinhalten, denn „die Kommunikation innerhalb der Medizin ist ein Spiegel für die Kommunikation in der Gesellschaft“ (vgl. Trubel 2004:145).

In diesem Kapitel besteht das Hauptziel darin, auf die Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich einzugehen. Um dieses Rollenbild besser zu verstehen, ist ein Überblick über die Rollenbilder der ÄrztInnen und PatientInnen notwendig, da es sich beim Krankenhausdolmetschen um eine triadische Konstellation handelt, in der als handelnde Parteien ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen aufeinander treffen.

Peintinger (2008) beschreibt die Patienten- und Arztrolle, die eine Basisorientierung für die Positionen der therapeutischen PartnerInnen sowie das medizinische Handeln bieten soll. Die wesentlichen Aspekte der Arztrolle sind in drei Punkten aufgezählt. Erstens soll „das ärztliche Handeln affektiv neutral sein“. Die persönlichen Vorlieben und Gefühlsregungen sollen das Handeln nicht bestimmen, wobei die notwendige Empathie und Anteilnahme nicht abgelehnt wird. Zweitens ist es die Rolle „der funktionalen Spezifität“. Das ärztliche Handeln findet innerhalb klarer Grenzen statt, um eine Orientierungshilfe für alle beteiligten Parteien bieten zu können. Drittens soll „das ärztliche Handeln von Kollektivitätsorientierung und universalistischer Einstellung geprägt sein“. Im Vordergrund stehen nicht die eigenen Interessen, sondern das allgemeine Wohl der PatientInnen. Zu den charakteristischen Grundaspekten der Patientenrolle zählen die Einbindung von allgemein geltenden Rollenverpflichtungen und Verantwortlichkeiten, sowie der Umstand, dass der Kranke für seinen Zustand und die daraus resultierenden sozialen Abweichungen nicht verantwortlich ist, als auch die bestehende Verpflichtung, den Zustand nach Möglichkeit zu verbessern und die Verpflichtung, Experten aufzusuchen und mit ihnen zu kooperieren (vgl. Peintinger 2008:100ff).

3.2 Die Rollenmodelle für DolmetscherInnen

Ziel dieses Abschnitts ist, die Rolle der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich zu verstehen und zu beschreiben. Es wird vor allem auf die Rollenmodelle für DolmetscherInnen im medizinischen Bereich eingegangen.

Pöchhacker (2000) untersuchte im Rahmen der Wiener Community Interpreting-Studie die Aufgaben- und Rollenprofile von DolmetscherInnen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Die Befragung erfolgte unter ÄrztInnen, Schwestern/PflegerInnen und TherapeutInnen mittels Fragebögen in zwölf Wiener Kranken-

häusern. Als Hilfestellung wurden zehn Anforderungen aufgelistet, um Personen eine problemlose Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen zu ermöglichen:

- Gleiche Kulturzugehörigkeit wie PatientInnen bzw. KlientInnen
- Gleiches Geschlecht wie PatientInnen bzw. KlientInnen
- Perfekte Zweisprachigkeit
- Gründliches Verständnis der betreffenden (Fremd-)Kultur
- Schulabschluss auf Maturaniveau
- Gründliche medizinische Fachkenntnisse / Ausbildung in Sozialarbeit
- Ausbildung im Dolmetschen
- „Allgemein gerichtlich beeidete DolmetscherInnen“
- Absolut neutrales Verhalten
- Diskretion und Verschwiegenheit (vgl. Pöchhacker 2000:244f)

Die Mehrheit der Befragten hat neutrales Verhalten, Diskretion und Verschwiegenheit als sehr wichtige Eigenschaften der DolmetscherInnen angesehen. Die bildungsbezogenen Anforderungen wurden eher als unwichtig eingestuft, und fast die Hälfte der Befragten fand die perfekte Zweisprachigkeit als sehr wichtig. Aus den Befragungsergebnissen ergab sich, dass nur minimale Anforderungen an die Fähigkeiten und Fertigkeiten von DolmetscherInnen gestellt werden, und dass das ethische Verhalten von größerer Bedeutung ist (vgl. Pöchhacker 2000:269).

Besondere Anforderungen werden jedoch an die DolmetscherInnen gestellt, die im medizinisch-sozialen Bereich tätig sind. Dazu gehören laut Meyer (2003) die kulturellen Unterschiede und Tabus in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, die Rollenproblematik zwischen den DolmetscherInnen und den primären Aktanten (d.h. ÄrztInnen und PatientInnen) und die mangelnde Vertrautheit mit der institutionellen Kommunikation und medizinischen Sachverhalten. Obwohl vor allem die Neutralität der DolmetscherInnen

hervorgehoben wird, hat sich gezeigt, dass die Notwendigkeit, kulturelle Unterschiede zu vermitteln und auch als eine Art Beistand für die PatientInnen zu fungieren von größerer Bedeutung ist. Unter der medizinischen Fachsprache werden vor allem die Termini oder fachsprachliche Ausdrücke verstanden, die den DolmetscherInnen nicht geläufig sind und die Dolmetschleistung beeinträchtigen können. Folglich stellt die Arzt–Patient–Kommunikation an die DolmetscherInnen besondere Anforderungen (vgl. Meyer 2003:164f).

Gentile (1996) beschreibt „two dimensions“ der Rolle von DolmetscherInnen. Einerseits ist es die „ideographic dimension“, die als die eigene Vorstellung der DolmetscherInnen zur Rolle definiert werden kann. So würde zum Beispiel in einem Krankenhaussetting „ideographic dimension all the interpreter’s misgivings about the nature of the situation, the context of health and sickness, and the physical conditions of the work“ beinhalten. Zweitens ist es die „nomothetic dimension“, die als die Erwartungen und Vorstellungen der Gesellschaft an die DolmetscherInnen definiert werden kann. Die Institution Krankenhaus könnte die DolmetscherInnen als “helper in the care of patients and so be assigned tasks which are appropriate to the general category of helper but are not interpreting task” betrachten. Die Rolle der DolmetscherInnen bildet sich innerhalb von zwei unterschiedlichen, aber trotzdem untrennbaren „dimensions“, die Funktion des Dolmetschens an sich und der Kontext, in dem die Funktion des Dolmetschens stattfindet. „The practitioner“ müssen eine klare Abgrenzung zwischen dem Kontext und der Funktion schaffen (vgl. Gentile 1996:31ff).

Angelelli (2004) stellte sich die Frage, wie sichtbar oder unsichtbar sich die DolmetscherInnen selber empfinden. Sie versuchte, diese Frage in ihrer Studie zu beantworten, indem sie DolmetscherInnen aus den Bereichen Konferenzdolmetschen, Gerichtsdolmetschen und Dolmetschen im medizinischen Setting befragte, wie sie ihre Rolle verstehen. Angelelli kam zu dem Ergebnis, dass sich die DolmetscherInnen als sichtbare AkteurInnen empfinden, wobei sich die KommundolmetscherInnen viel sichtbarer wahrnehmen als die KonferenzdolmetscherInnen. Laut Angelelli weisen die DolmetscherInnen aus allen Bereichen einen gewissen Grad an Sichtbarkeit auf. Ihre Untersuchung zeigt, dass DolmetscherInnen mit verschiedenem Hintergrund ihre Rolle unterschiedlich definieren. Wie die DolmetscherInnen ihre Rolle wahrnehmen wird von Faktoren wie der sozialen Herkunft, Religion, Alter und Geschlecht beeinflusst, da sie

in einer Gesellschaft mit spezifischen Normen, Verhaltensmustern, Bräuchen, Tradition usw. leben (vgl. Angelelli 2004:1-99).

Die Rollen der DolmetscherInnen umfassen laut Stuker (2001) ein Spektrum, das von Neutralität bis zur Identifikation mit den GesprächspartnerInnen reicht. Auf der einen Seite sollen die DolmetscherInnen eine neutrale Informationsvermittlung gewährleisten, auf der anderen Seite nehmen sie eine Position aktiver Fürsprache, entweder für die PatientInnen oder für die ÄrztInnen, ein. Die geeignete Vermittlung liegt jedoch im mittleren Bereich, wo das Dolmetschen dazu dient, weder neutralisierend noch verzerrend zum Verständnis beizutragen (s. Tab.1). Die Rolle der DolmetscherInnen passt sich dem Setting, Thema und Ziel des Gesprächs an. Dabei werden den DolmetscherInnen Kompetenzen und Eigenständigkeit übertragen. Ein wichtiger Faktor ist die Vorbereitung auf das triadische Gespräch (vgl. Stuker 2001:192).

Tabelle 1: Rollenspektrum der DolmetscherInnen (vgl. Stuker 2001:192)

Wortwörtliches Dolmetschen	Sinngemäßes Dolmetschen	Vermittelndes, erklärendes Dolmetschen	Eingreifendes, wertendes Dolmetschen	Verändertes, verzerrendes Dolmetschen
-------------------------------	----------------------------	--	--	---

Die Lösung für die geeignete Verdolmetschung, d.h. vermittelndes und erklärendes Dolmetschen, liegt also in der goldenen Mitte. Wenn man nach links abweicht und sich für das wortwörtliche oder sinngemäße Dolmetschen entscheidet, wird die Verdolmetschung vielleicht sehr neutral. Wenn der rechte Weg gewählt wird, wird die Verdolmetschung verzerrend und beeinflusst negativ die Kommunikation.

3.2.1 Pyramidenmodell

Die DolmetscherInnen in einem medizinischen Setting sind als dritte GesprächsteilnehmerInnen in der Arzt-Patient-Kommunikation tätig. Den KommunikationspartnerInnen ist oft nicht bewusst, wie die Rolle der DolmetscherInnen definiert werden soll. Es existieren verschiedene Rollenvorstellungen, wie z.B. das Pyramidenmodell von Niska (2002). Die wichtigste Aufgabe der DolmetscherInnen im medizinischen Setting besteht darin, alles zu übermitteln, was gesagt wird. In diesem Fall sind die DolmetscherInnen

als „Conduit“, also als Sprachrohr tätig. Damit ist gemeint, dass die DolmetscherInnen nur für reine Verdolmetschung zuständig sind. Allerdings ist die medizinische Terminologie sehr komplex, und daher wird diese Rolle erweitert auf den sogenannten „Clarifier“, der den PatientInnen Fachbegriffe erläutert. Oft besteht die Notwendigkeit in der Rolle des „Culture Broker“, den ÄrztInnen die kulturellen Besonderheiten der PatientInnen näher zu bringen und zwischen den beiden Kulturen zu vermitteln. In der Funktion des „Advocate“ vertreten sie die Rechte der PatientInnen. Diese Fürsprecherfunktion, die das aktive Eintreten gegen Diskriminierung fordert, ist auch im Rollenbild des „Culture Broker“ verankert (vgl. Niska 2002:133).

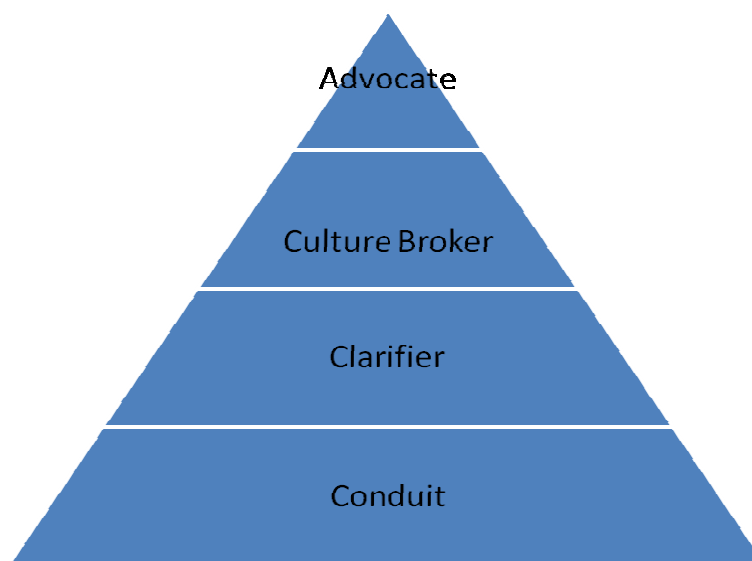


Abbildung 3.1: **Modell nach Niska (2002:133)**

Die Rolle der FürsprecherInnen („advocate“) ist jedoch laut Barkowski (2007) sehr umstritten. Die DolmetscherInnen sollen in dieser Rolle die Interessen der PatientInnen vertreten, sie über ihre Rechte und Möglichkeiten aufklären oder mit der Bürokratie helfen und dabei ihre Neutralität bewahren (vgl. Barkowski 2007:55).

Elghezouani (2007) beschreibt vier Funktionsmodelle der DolmetscherInnen in einer Therapie zwischen EinwandererInnen und TherapeutInnen. An erste Stelle sind sie als „conduit“ tätig, als “a non-person whose social role, communication contract and linguistic or verbal contract are limited to the translation of the received or heard statements of the two principal protagonists”. Die zweite Funktion beinhaltet alle Elemente der ersten Kategorie und die neue Rolle „of a cultural information provider“. Die dritte

Funktion findet statt in einer sogenannten „bi-centred bilingual psychotherapy“ mit zwei TherapeutInnen, wobei die TherapeutInnen die gleiche Sprache sprechen wie die PatientInnen und gleichzeitig auch die Rolle der DolmetscherInnen übernehmen. Die vierte Funktion scheint die einzige zu sein, die die Asymmetrie aufheben kann und den DolmetscherInnen ermöglicht, die Rolle als „mediator, actor, explainer, clarifier und go-between“ zu übernehmen (vgl. Elghezouani 2007:220ff).

3.2.2 Rollenmodelle nach Weiss und Stuker

Weiss und Stuker (1999) stellen vier idealtypische Rollenmodelle im medizinisch-sozialen Bereich vor. Es handelt sich um die Rollenkonzepte „der wortwörtlichen Übersetzung⁵, der kulturellen Vermittlung, der Patienten-Fürsprache und der Co-Therapie“. In der Praxis des Dolmetschens im medizinisch-sozialen Bereich kommt es eher zu Mischformen dieser vier Modelle.

Die wortwörtliche Übersetzung ist eine Verdolmetschung, die eng am Ausgangstext orientiert ist. Die DolmetscherInnen greifen hier nicht aktiv ins Geschehen ein und fügen keine Erläuterungen an. Diese Rolle ist neutral, eher passiv und die DolmetscherInnen werden als Hilfsmittel wahrgenommen.

In der kulturellen Vermittlung spielen soziale und kulturelle Hintergründe eine vorrangige Bedeutung, die die Interaktion zwischen PatientInnen und ÄrztInnen beeinflusst. Erläuterungen und freie Verdolmetschung sind zulässig.

Im Rollenkonzept der Patienten-Fürsprache werden die Interessen der PatientInnen in den Vordergrund gestellt. Die DolmetscherInnen unterstützen die PatientInnen und nehmen dabei eine aktive und parteiische Rolle ein. Der Nachteil dieses Modells besteht darin, dass die Aussagen von DolmetscherInnen sowie PatientInnen bzw. ÄrztInnen nicht klar trennbar sind, und dadurch die Gefahr besteht, dass die PatientInnen entmündigt werden können. Bei der Verwendung dieses Rollenkonzepts wird davon ausgegangen, „dass MigrantInnen als benachteiligte Gruppe im Gesundheitswesen aktiv unterstützt werden müssen“ (Weiss und Stuker 1999:258).

Beim Rollenkonzept der Co-Therapie übernehmen die DolmetscherInnen die therapeutische Mitverantwortung. Die Aufgaben der DolmetscherInnen vermischen

⁵ Weiss und Stuker verwenden den Begriff Übersetzung für Dolmetschen.

sich. Einerseits dolmetschen sie, andererseits sind sie die Co-TherapeutInnen. Die Verdolmetschung ist frei. Der Vorteil dieses Konzeptes liegt in der fachlich gut abgestimmten Zusammenarbeit, die jedoch durch die Wahrnehmung der therapeutischen und der Dolmetschaufgaben sehr anspruchsvoll ist und die Tendenz des Verlustes an triadischen Vorteilen wächst (vgl. Weiss und Stuker 1999:257ff).

In bestimmten Merkmalen stimmen diese zwei Rollenmodelle überein. Die wortwörtliche Übersetzung kann mit „conduit“, die kulturelle Vermittlung mit „culture broke“ und „clarifier“ und die Patienten-Fürsprache mit „advocate“ gleichgesetzt werden. Das zweite Modell stellt zusätzlich zu diesen Rollenbildern noch ein Rollenmodell der Co-Therapie vor, was daran liegen mag, dass dieses Modell direkt aus dem medizinisch-sozialen Bereich entstanden ist.

3.3 Professionalität

Im Rahmen dieser Arbeit ist die Professionalität ein wichtiges Thema, denn sie charakterisiert die Rolle der DolmetscherInnen. Mit Professionalität ist „das Verhalten gemäß den international gängigen Regeln des Berufsstandes“ (Salevsky 1996:41) gemeint; für *Association Internationale des Interprètes de Conférence* (AIIC) – Mitglieder somit das Verhalten nach dem *Code of Professional Ethics*.⁶

Die Anforderungen, die DolmetscherInnen erfüllen müssen, um den hohen Ansprüchen gerecht zu werden, sind beachtlich. Professionelle DolmetscherInnen müssen laut Stuker (2001) folgende Voraussetzungen mitbringen, damit eine zuverlässig vermittelte Kommunikation gewährleistet wird. Sie verfügen über gute Sprachkenntnisse in den zwei Arbeitssprachen, d.h. sie können sich in beiden Sprachen fließend und verständlich ausdrücken. Sie beherrschen die Dolmetschtechnik und verfügen über kommunikative Fähigkeiten. Weiters sind sie imstande, komplexe Kommunikationssituationen durch Aufmerksamkeit, Offenheit, Geduld und Klarheit zu bewältigen. Auch der professionellen Haltung, sowie dem Befolgen der ethischen Richtlinien der Dolmetschtätigkeit kommt hoher Stellenwert zu. Dazu gehört in erster Linie die Einhaltung der Schweigepflicht. Die DolmetscherInnen gewährleisten eine transparente und wertfreie Wiedergabe und Vermittlung aller Informationen aus dem Gespräch. Sie sind

⁶ http://www.aiic.net/ViewPage.cfm?article_id=24&plg=6&slg=1 (Stand 05.06.2010)

in der Lage, eine allparteiliche Position einzunehmen, die sich durch professionelle Distanz auszeichnet. Zu den weiteren Voraussetzungen und Anforderungen an die professionellen DolmetscherInnen zählt das relevante Bezugswissen. Dies bedeutet, mit den Behandlungsabläufen vertraut zu sein, die spezifische Terminologie zu beherrschen, und sich in der Institution des Gesundheitssystems auszukennen. Auch müssen professionelle DolmetscherInnen über Möglichkeiten verfügen, mit emotional belastenden Gesprächssituationen umzugehen. Hilfreich dazu ist eine fachliche Begleitung durch Supervision oder ein Erfahrungsaustausch unter DolmetscherInnen. Auch die Bereitschaft sich regelmäßig weiterzubilden, fällt in das Anforderungsprofil der DolmetscherInnen (vgl. Stuker 2001:195f).

Im Folgenden wird der Ehrenkodex der *Association Internationale des Interprètes de Conférence* (AIIC) mit der Berufsordnung des Österreichischen Berufsverbandes für Dolmetschen und Übersetzen (UNIVERSITAS) verglichen.

3.3.1 Ethik der DolmetscherInnen

Der *Code of Professional Ethics* der AIIC enthält den Ehrenkodex, der Schweigepflicht und Loyalität der Wiedergabe als Säulen der Qualität vorsieht. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit und Vertraulichkeit sind vorrangig. Die DolmetscherInnen dürfen nur Aufträge annehmen, für die sie wirklich qualifiziert sind, und die der Würde des Berufsstandes nicht schaden. Sie sollen Angebote ablehnen, bei denen es zu Rollenkonflikten kommen könnte. Es gehört zu den Aufgaben der DolmetscherInnen, über die eigene Leistung nachzudenken, und sie kritisch zu betrachten. Normalerweise orientieren sich auch Nichtmitglieder an den Artikeln des *Code of Professional Ethics* der AIIC. Pöchlhammer (vgl. 2004:164) stellt fest, dass im AIIC – Kodex das Hauptaugenmerk auf den Arbeitsbedingungen liegt, geht aber von einem allgemeinen Kompetenzanforderungsmodell aus, das für das Konferenz- und Kommunaldolmetschen (d.h. Dolmetschen im medizinischen Setting inbegriffen) Gültigkeit hat (vgl. Pöchlhammer 2000:240).

Der Österreichische Berufsverband für Dolmetschen und Übersetzen – UNIVERSITAS Austria verpflichtet alle seine Mitglieder zur Einhaltung der Berufs- und Ehrenordnung. Die Vereinsmitglieder verfügen über eine einschlägige Ausbildung, über einwandfreie Sprachkenntnisse, über ein soziokulturelles Hintergrundwissen, über ein fundiertes Allgemeinwissen und sorgen für ihre ständige Fortbildung. Sie fördern

und festigen das Ansehen des Berufsstandes durch Qualifikation, Leistung, Professionalität, gepflegtes Äußeres, professionelles Auftreten und durch die Orientierung an den guten Sitten. Sie handeln unvoreingenommen, unparteiisch, kollegial, solidarisch und sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ihnen steht es frei, ob sie einen Auftrag annehmen oder nicht, sie sollen aber darauf achten, nur Aufträge anzunehmen, die sie sachgemäß, vertragsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen ausführen können⁷.

Die beiden Ehrenkodizes haben inhaltlich vieles gemeinsam. Für beide Gruppen steht die Verpflichtung zur Verschwiegenheit an erster Stelle. In beiden Fällen wird das gleiche Verhalten von den DolmetscherInnen verlangt, indem die DolmetscherInnen das Ansehen des Berufsverbandes stärken sollen. Bei näherer Betrachtung lassen sich folgende Unterschiede feststellen. Während die Berufs- und Ehrenordnung der UNIVERSITAS festlegt, über welche Ausbildung, Kompetenzen und Fähigkeiten die Mitglieder verfügen sollen, legt der AIIC-Kodex seinen Schwerpunkt auf die Arbeitsbedingungen.

Die Berufsverbände fördern Fachwissen, garantieren Autonomie, verfassen Ehrenkodizes und geben somit Leitfäden für eine professionelle und ethische Ausübung der beruflichen Tätigkeit vor. Zu den Aufgaben eines Berufsverbandes gehört die Kontrolle seiner Mitglieder. Bei der genauen Betrachtung beider Ehrenkodizes lässt sich feststellen, dass die Gemeinsamkeiten überwiegen. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass die Mitglieder beider Berufsverbände im Grunde dieselbe Tätigkeit ausüben.

3.3.1.1 Grundsätze ärztlicher Ethik

In diesem Abschnitt wird auf das Thema der ärztlichen Ethik eingegangen, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich zur Ethik der DolmetscherInnen herauszuarbeiten. Die ärztliche Ethik ist ein wichtiges Element in den medizinischen Berufen und hilft den ÄrztInnen die Qualität ihres Handelns einzuschätzen.

Pöltner (2002) erklärt, dass diese Grundsätze der ärztlichen Ethik, wie Gelöbnis des Arztes, Einwilligung nach Aufklärung, ethische und fachliche Unabhängigkeit, berufliche Schweigepflicht, sich auf die europäische Berufsordnung beziehen und sind als eine Richtschnur für das berufliche Verhalten der ÄrztInnen im Umgang mit PatientIn-

⁷ http://www.universitas.org/download.html?FILE_ID=252 (Stand 05.06.2010)

nen, der Gesellschaft und miteinander gedacht. Die grundlegende Formulierung einer ärztlichen Ethik ist der Eid des Hippokrates⁸, der mehrere Elemente, wie z.B. die Schweigepflicht enthält, die heute noch ein Bestandteil der ärztlichen Ethik ist. Aus der ärztlichen Ethik hat sich die medizinische Ethik entwickelt. Die medizinische Ethik ist eine „Ethik besonderer Situationen des medizinischen Handelns“. Sie bezieht sich nicht nur auf das medizinische Handeln und das Verhalten des Patienten, sondern auch auf das institutionelle Handeln. Das bedeutet, sie betrifft alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, Institutionen, Organisationen und PatientInnen (vgl. Pöltner 2002:21).

Peintinger (2008) weist darauf hin, dass Ethik nicht mit Moral zu verwechseln ist. Ethik und Moral werden im alltäglichen Sprachgebrauch oft als zwei gleichbedeutende Begriffe angesehen. Ethik befasst sich mit der Entstehung, der Wirkung und der Veränderung der Moral. Ein Moralsystem umfasst die Gesamtheit von Regeln, Werten und Normen, welche eine Gesellschaft für ihr Handeln verbindlich festgelegt hat. Das Wort moralisch wird häufig durch das Wort ethisch ersetzt. Der falsche Gebrauch der Begriffe kann jedoch zu sprachlichen und inhaltlichen Missverständnissen führen. Denn „wer den Boden der Moral seines Gegenübers nicht kennt, wird einige seiner Reaktionen, Entscheidungen und Schlussfolgerungen nicht begreifen können und deshalb auch im Gespräch nicht so hilfreich sein“ (Peintinger 2008:19). Weltweit existieren unterschiedliche Moralsysteme, die kein Abbild von Religionen und Glaubensgemeinschaften darstellen. Manche Werte werden zwar mit gleichem Begriff bezeichnet, weisen aber unterschiedliche Bedeutungen auf. Daher ist es wichtig, die Gegensätze und Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Moralsysteme vor allem im medizinischen Bereich zu finden. Für den medizinischen Bereich sind folgende Themen der Ethik charakteristisch: die Frage der Lebenserhaltung, selbstbestimmte Haltungen als Akt der Autonomie des Menschen, die Pflicht zur Hilfeleistung, der Respekt vor der menschlichen Person, die Respektierung der körperlichen Unversehrtheit, das Wesen der Wahrhaftigkeit und die Pflicht zur Verschwiegenheit (vgl. Peintinger 2008:17-67).

Die Grundsätze der Ethik beider Berufsgruppen weisen gemeinsame Merkmale auf. Für beide Gruppen spielt die Pflicht zur Verschwiegenheit (vgl. auch Kapitel 3.3.3 in der vorliegenden Arbeit) und die loyale Verhaltensweise (vgl. auch Kapitel 3.3.2. in

⁸ <http://www.uni-hildesheim.de/~stegmann/hippokr.htm> (Stand 07.06.2010)

der vorliegenden Arbeit) und Entscheidungsfreiheit eine wesentliche Rolle. Wie bereits erwähnt, hilft die ärztliche Ethik den ÄrztInnen, die Qualität ihres Handelns einzuschätzen, und kann auch als eine Art Leitfaden oder Orientierungshilfe für die DolmetscherInnen dienen, die im medizinischen Bereich tätig sind.

3.3.2 Neutrales Verhalten/Unparteilichkeit

In Einklang mit dem Zweck der vorliegenden Arbeit, werden in den folgenden sechs Subkapiteln weitere Aspekte präsentiert, die die Rolle und die Professionalität der DolmetscherInnen charakterisieren. Zu diesen Aspekten gehören die Neutralität/die Unparteilichkeit, die Schweigepflicht, die interkulturelle Kompetenz, die emotionale und psychische Stabilität, die Koordinationskompetenz und das medizinische und institutionelles Hintergrundwissen.

Die neutrale Rolle der KrankenhausdolmetscherInnen ist wichtig für die ÄrztInnen und das medizinische Pflegepersonal, aber dient vor allem dem Wohl der PatientInnen. Die wichtigste Aufgabe der DolmetscherInnen besteht darin, die Verständigung zu ermöglichen. Daher wird von ihnen Neutralität verlangt. Die Loyalität der DolmetscherInnen sollte immer bei den jeweiligen RednerInnen sein. Gile (1995) spricht von „rotating side-taking“. Diese wechselnde Loyalität bringt jedoch Probleme mit sich, wenn die Interessen einer Partei nicht mit denen der RednerInnen übereinstimmen, oder wenn es Interferenzen während der Verdolmetschung gibt (vgl. Gile 1995:30).

Die DolmetscherInnen dürfen nicht in andere Rollen, wie KotherapeutInnen, BeraterInnen, „advocate“ der PatientInnen, Verbündete der ÄrztInnen, fallen, und sich nicht in Privatgespräche einmischen. Sie sollen keine Ratschläge geben und keine eigene Meinung äußern (vgl. Barkowski 2007:72).

Die Neutralität und Unparteilichkeit spielen auch im Bereich der Medizin eine Rolle. So hat sich zum Beispiel auch das Österreichische Rote Kreuz in den sieben Rotkreuz-Grundsätzen⁹ mit dem Begriff der Neutralität und der Unparteilichkeit auseinander gesetzt. Zu diesen sieben Rotkreuz-Grundsätzen zählen: Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität. Unter Unparteilichkeit versteht das Rote Kreuz die Versorgung sowohl von Opfer als auch von Täter, ohne Unterschied nach Nationalität, Rasse, Religion, sozialer Stellung oder

⁹ <http://old.rotekreuz.at/1262.html> (Stand 08.06.2010)

politischer Überzeugung. Die MitarbeiterInnen des Roten Kreuzes diskriminieren niemanden. Es wird immer nach dem Ausmaß der Not entschieden, wem zuerst geholfen wird. Die Neutralität wird mit dem Satz „Wir ergreifen die Initiative, aber niemals Partei“ zum Ausdruck gebracht. Dies bedeutet, dass sich die MitarbeiterInnen des Roten Kreuzes politischen, rassistischen, religiösen oder ideologischen Auseinandersetzungen enthalten, damit sich jeder Mensch uneingeschränkt und voller Vertrauen an das Rote Kreuz wenden kann.

Auch Knapp und Knapp-Potthoff (1985) gehen davon aus, dass sich die MittlerInnen neutral verhalten und nicht für einen der beiden Redner Partei ergreifen. Das ist aber nicht immer der Fall. Die MittlerInnen können dadurch parteiisch werden, dass sie in einer der Sprachen der primären KommunikationspartnerInnen nativ sind, in dieser Sprache und Kultur kompetenter sind, sich den Landsleuten besonders verpflichtet fühlen, oder dass sie für den Schwächeren aufgrund einer asymmetrischen Kommunikationssituation Partei ergreifen (vgl. Knapp und Knapp-Potthoff 1985:453).

3.3.3 Schweigepflicht

Die Pflicht zur Verschwiegenheit steht für ÄrztInnen, wie auch für DolmetscherInnen an erster Stelle (vgl. Kapitel 3.3.1 und 3.3.1.1 der vorliegenden Arbeit).

Daher ist die ethische Kompetenz der Verschwiegenheit für DolmetscherInnen von wesentlicher Bedeutung. Die DolmetscherInnen sollen alle im Gespräch gewonnen Informationen geheim halten und mit ihnen verantwortungsvoll umgehen. Sie sind verantwortliche und zuverlässige PartnerInnen für alle, die ihre Dienste in Anspruch nehmen (vgl. Kadric 2006:59).

Kadric (2006) beschäftigt sich mit dem Aspekt der Schweigepflicht von DolmetscherInnen im Bereich des Gerichtsdolmetschens. Ihre Ausführungen könnten auch für das Dolmetschen im Gesundheitswesen übertragen werden, weil die ÄrztInnen wie auch die DolmetscherInnen die Vertrauten von PatientInnen sind. Sie sollen ihre Privatsphäre achten und ihnen eine uneingeschränkte Verschwiegenheit gewähren.

3.3.4 Interkulturelle Kompetenz

Die interkulturelle Kommunikation im medizinisch-sozialen Bereich stellt die DolmetscherInnen vor Herausforderungen. Nicht das Dolmetschen an sich ist anspruchsvoll, sondern das Vermitteln zwischen zwei Parteien, die sich oft sehr stark unterscheiden

aufgrund des unterschiedlichen religiösen und ethnischen Hintergrunds, der Bildung und der Machtposition.

Beim Dolmetschen im Krankenhaus sind die Kenntnisse der DolmetscherInnen über die fremde und die eigene Kultur (Stereotypen, Beziehungsstrukturen, Konventionen, Rituale, wie z.B. Begrüßungen, Weltwahrnehmung) von großer Bedeutung. Dieses Wissen wird vor allem bei der Anamneseerhebung, Diagnostik und Therapie verlangt, da hier oft Tabubereiche berührt werden, die kulturspezifisch sind (vgl. Barkowski 2007:84ff).

Trubel (2004) beschreibt den unterschiedlichen Zugang zu tabuisierten Themen in der Arzt- Patient-Kommunikation anhand des Vergleichs zwischen Österreich und Ungarn und stellt fest, dass auf Grund kultureller Gemeinsamkeiten und gemeinsamer Geschichte keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden können. Die Sprachtabus äußern sich in den untersuchten Gesprächen in Form von Euphemismen, die zum Umschreiben oder Ersetzen eines tabuierten Worts durch ein neutrales, unauffälliges verwendet werden. Für die DolmetscherInnen gilt: „um den hohen Anforderungen sprachsouveränen Verhaltens zu entsprechen, muss sich der Translator zunächst der Folgen eines möglichen Tabubruchs bewusst werden, um die Möglichkeiten einer nachträglichen Korrektur beherrschen zu können“ (Trubel 2004:5). DolmetscherInnen ermöglichen nicht nur sprachliche, sondern auch professionelle interkulturelle Kommunikation, weil nicht nur Sprache, sondern auch Kultur übermittelt wird, und daher die interkulturellen Aspekte eine wesentliche Rolle bei der Sprachmittlung spielen. Vor allem die Arzt-Patienten-Gespräche sind sehr heikle Bereiche der interkulturellen Verständigung, weil sehr viele persönliche und emotionale Ausdrucksformen zum Tragen kommen (vgl. Trubel 2004:1-353).

INTERPRET – die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln¹⁰ unterscheidet zwischen den Begriffen interkulturelle ÜbersetzerInnen und interkulturelle VermittlerInnen. INTERPRET definiert die Aufgaben interkulturellen ÜbersetzerInnen wie folgt:

Interkulturelle ÜbersetzerInnen sind Fachpersonen für mündliches Übersetzen in Dialogsituationen. Sie ermöglichen eine gegenseitige Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen unterschiedlicher sprachlicher Herkunft. Sie dolmetschen unter Be-

¹⁰ <http://www.inter-pret.ch/> (10.01.2011)

rücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der Gesprächsteilnehmer/innen. Sie verfügen über das notwendige Basiswissen im Bereich der interkulturellen Kommunikation, um die Verständigung zwischen Gesprächspartner/innen unterschiedlicher Herkunft zu ermöglichen. Sie kennen die möglichen Missverständnisse und Konflikte, die in diesem Kontext entstehen können und können angemessen darauf reagieren (...) (INTERPRET, 2010)

Die Aufgaben der interkulturellen ÜbersetzerInnen basieren also auf dem sprachlichen Handeln und um Missverständnisse zu verhindern, sollen sie Erklärungen und zusätzliche Informationen an die Gesprächspartner weitergeben. Interkulturelle Vermittlung bezieht sich nicht auf die sprachliche Handlung, sondern auf die Projektplanung.

Interkulturelle VermittlerInnen informieren adressatengerecht MigrantInnen und Fachpersonen öffentlicher Dienstleistungen über kulturelle Besonderheiten; die unterschiedlichen Regeln des Polit- und Sozialsystems oder über unterschiedliche gesellschaftliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen MigrantInnen und Bildungs- oder Beratungsrichtungen und sorgen dafür, dass möglichst keine Unklarheiten zwischen Arzt/Patient, Anwalt/Mandant, Lehrer/Eltern entstehen. Interkulturelle VermittlerInnen arbeiten im Team oder selbständig, z.B. in der Organisation und Durchführung von Präventionsprojekten, Informationsveranstaltungen für MigrantInnen oder anderen Projekten im interkulturellen Bereich (...) (INTERPRET, 2010)

Im Gegensatz zu der schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Dolmetschen verstehen Knapp und Knapp-Potthoff (1985) unter Sprachmittlung eine Tätigkeit, die an phonisch repräsentierte Texte gebunden ist und ausschließlich in face-to-face-Interaktionen stattfindet. Es ist eine nicht-professionelle Tätigkeit, die dazu dient, Kommunikation zwischen Sprechern aus verschiedenen Kulturen zu verbessern oder überhaupt zu ermöglichen. Die SprachmittlerInnen können auch eine aktive Rolle als KommunikationspartnerInnen übernehmen und zur Klärung von Missverständnissen beitragen. Sie übermitteln und vermitteln. Knapp und Knapp-Potthoff unterscheiden zwischen der Tätigkeit von DolmetscherInnen und SprachmittlerInnen. Sie verstehen die DolmetscherInnen als KommunikationspartnerInnen, die völlig in den Hintergrund treten. Die Rollen der DolmetscherInnen oder SprachmittlerInnen sind nicht festgelegt, sondern müssen im Laufe der Interaktion ausgehandelt werden (vgl. Knapp und Knapp-Potthoff 1985:451f).

Interkulturelle ÜbersetzerInnen (in der Schweiz ist mit Übersetzen auch das Dolmetschen gemeint) sind ausgebildete DolmetscherInnen, die nicht nur zwischen zwei Sprachen sondern auch zwischen zwei Kulturen vermitteln. Interkulturelle VermittlerInnen leisten eine Art Aufklärungsarbeit. Sie informieren und unterstützen MigrantInnen und das Fachpersonal und sorgen dadurch dafür, dass zwischen diesen zwei Parteien eine Kommunikation und ein Austausch stattfindet.

3.3.5 Emotionale und psychische Stabilität

DolmetscherInnen, die in einem medizinisch-sozialen Bereich tätig sind, sind einem hohen emotionalen Stress ausgesetzt, und sollen daher ein bestimmtes Maß an Professionalität aufweisen.

Ein Zeichen von Professionalität beim Krankenhausdolmetschen ist nach Barkowski (2007) die Fähigkeit, mit emotional aufgeladenen und psychisch belastenden Situationen wie Tod, unangenehmen Prozeduren, Zeitmangel, umgehen zu können und sich in die PatientInnen und ihre Bedürfnisse einfühlen zu können. Die DolmetscherInnen sollen sich eine emotionale Distanz bewahren und den Stress bewältigen können, wenn möglich auch durch den Austausch in einer Selbsthilfegruppe mit KollegInnen (vgl. Barkowski 2007: 92).

Kläui und Stuker (2010) sprechen von drei spezifischen Herausforderungen in einem psychotherapeutischen Gespräch: die unterschiedlichen Erwartungen der Beteiligten, die therapeutische Beziehung und der Umgang mit belastenden Themen. Wenn eine dritte Person im Gespräch anwesend ist (in einer Dolmetschsituation sind damit die DolmetscherInnen gemeint), sind zusätzliche Erwartungen vorhanden. Von den DolmetscherInnen wird erwartet, dass sie kulturelle Probleme erklären und verständlich machen. Laut TherapeutInnen hat die interkulturelle Verdolmetschung eine positive Auswirkung auf den Therapieprozess. Zusätzlich erschwert die Anwesenheit der DolmetscherInnen den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, weil die PatientInnen zu zwei Personen Vertrauen aufbauen müssen. Die DolmetscherInnen sind meistens Landsleute von PatientInnen und ihre Präsenz kann auch helfen, das Vertrauen der PatientInnen in die Fachleute aufzubauen. Die Themen, die in einem psychotherapeutischen Setting besprochen werden, sind teilweise sehr intim und sehr persönlich. Eine zuverlässige Kommunikation mit den PatientInnen ist daher besonders wichtig. Die Patien-

tInnen haben häufig Schwierigkeiten, das Erlebte auszudrücken. Die Beschäftigung mit emotional stark belastenden Themen, kann auch bei den DolmetscherInnen zu starken Gefühlen führen, die als sekundäre Traumatisierung bezeichnet werden. Daher ist schon bei der Auswahl der DolmetscherInnen darauf zu achten, gefestigte und ausgeglichene Personen zu wählen. Die TherapeutInnen haben eine langjährige Ausbildung absolviert und gelernt, mit solchen Situation umzugehen. Diese Erwartungen werden auch an die DolmetscherInnen gerichtet, die jedoch keine derartige Ausbildung haben. Eine bewusste Burnout-Prophylaxe (Supervision, gutes Arbeitsklima) ist daher sehr wichtig (vgl. Kläui und Stuker 2010:142-146).

3.3.6 Koordinationskompetenz

Wadensjö (1992) untersucht die Rolle der DolmetscherInnen in verschiedenen institutionellen Zusammenhängen. In den erhobenen Gesprächen aus Polizeistationen und Kliniken werden DolmetscherInnen eingesetzt, die aufgrund von speziellem Training einen hohen Grad an Professionalisierung aufweisen. Die typische Rolle der DolmetscherInnen besteht nach Wadensjö im „co-ordinating“ des Gesprächs und dem Übertragen der Gesprächsbeiträge der beteiligten Parteien, das sie als „relaying“ bezeichnet. In Bezug auf diese Aktivitäten unterscheiden sich die Tätigkeiten der DolmetscherInnen von den Tätigkeiten der anderen Beteiligten. Die Turnübernahme wird mittels verbaler Beiträge und Parasprache wie zum Beispiel Nicken oder Blickkontakt gesteuert. Beim Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen spielt diese Kompetenz eine wichtige Rolle. Wadensjö (1992) unterscheidet zwischen expliziten und impliziten Koordinationsbeiträgen. Zu den expliziten Koordinationsbeiträgen zählen: 1. „responses addresses to the prior speaker“. Damit sind zum Beispiel Aufforderungen zur Klärung gemeint. 2. „initatives addressed to the other primary party“. 3. „metakommunikative Äußerungen“. Hier erklären die DolmetscherInnen, was einer der beteiligten Parteien meint und weisen darauf hin, was er oder sie nicht verstanden hat. Die impliziten Koordinationsbeiträge sind zum Beispiel Wiederholungen, Auslassungen, Zusammenfassungen (vgl. Wadensjö 1992:69-74).

Knapp und Knapp-Potthoff (1985) formulieren Anforderungen an erfolgreiche Mittlertätigkeit auf drei Ebenen: 1. auf der im engeren Sinne sprachlichen Ebene, die sich auf die sprachliche Korrektheit richtet, 2. auf der inhaltlichen Ebene und 3. auf der

Ebene der Diskursorganisation. Die InteraktionspartnerInnen sind auf dem Gebiet der Diskurssteuerung nicht gleichberechtigt und in der turn-Übernahme eingeschränkt. Sie können aber darauf vertrauen, dass ihnen eine turn-Übernahme durch die MittlerInnen ermöglicht wird. Die MittlerInnen nehmen damit eine sehr starke Position in der Interaktion ein. Sie können auch die Länge des turns begrenzen und sind ethisch verpflichtet, diese Position nicht zu missbrauchen (vgl. Knapp und Knapp-Potthoff 1985: 454-457).

3.3.7 Medizinisches und institutionelles Hintergrundwissen

Beim medizinischen Wissen handelt es sich um Kenntnisse aus einem bestimmten Sachgebiet, wie zum Beispiel um Anatomiekenntnisse oder das medizinische Fachvokabular. Die DolmetscherInnen müssen nach Barkowski (2007) die Fachbegriffe verstehen und diese zunächst auch übernehmen. Sie dürfen sie nicht sofort für die PatientInnen vereinfachen, da diese eine komplexe medizinische Information enthalten. Wenn den DolmetscherInnen ein Fachterminus nicht geläufig ist, sollten sie nachfragen und Klarheit schaffen (vgl. Barkowski 2007:76f).

PatientInnen mit guten Kenntnissen der Sprache, in der das Aufklärungsgespräch geführt wird, können nach Meyer (2008) selbst entscheiden, inwieweit sie eine detaillierte Aufklärung durch die ÄrztInnen wünschen, auch unter Verwendung von Fachvokabular. DolmetscherInnen mit keinen oder ungenügenden medizinischen Kenntnissen können die Fachbegriffe nicht dolmetschen, und damit wird den PatientInnen eine „laienhafte“ bzw. unvollständige Aufklärung quasi aufgezwungen (vgl. Meyer 2008:19).

Dennoch führt laut Trubel (2004) eine Menge an medizinischer Information nicht automatisch zu einer besseren Kommunikation. Wichtig ist, diese an die Bedürfnisse der PatientInnen anzupassen, und ihnen die Möglichkeit zu geben, die Kommunikation von einer günstigeren Position zu führen (vgl. Trubel 2004:167).

Das Hintergrundwissen über die Institution Krankenhaus ist laut Barkowski (2007) eine der wichtigsten Kompetenzen der DolmetscherInnen im medizinischen Setting. Dabei handelt es sich um das Wissen über den Ablauf der Patientenversorgung und eines Arzt-Patienten-Gesprächs. Die DolmetscherInnen sollten die Kategorien, Funktionen und die typischen Phasen der Anamneseerhebung und des Aufklärungsgesprächs kennen (vgl. Barkowski 2007:78ff).

Die Arzt-Patient-Kommunikation ist durch institutionelle Vorgaben und asymmetrische Beziehungen gekennzeichnet (vgl. Meyer 2008:27).

In vielen Dolmetschsituationen besteht Machtungleichgewicht, weil es sich häufig um Konstellationen handelt, in denen ungleiche PartnerInnen aufeinander treffen. Die Fachleute gehören zu der Institution der Mehrheitsgesellschaft, die die Regeln aufstellt. Die PatientInnen wissen wenig über diese Institution und sind ihnen somit deutlich unterlegen (vgl. Bischoff 2001:189).

Peintinger (2008) begründet diese Asymmetrie nicht nur mit dem unterschiedlichen Wissenstand der GesprächspartnerInnen, sondern führt sie auch auf die unterschiedlichen Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit und auf die sachliche Ebene der Kommunikation zurück (vgl. Peintinger 2008:105-108).

3.3.8 Transkulturelle Kompetenz aus der Sicht der Pflegewissenschaft

Tuner (2001) stellt die Frage, was passiert, wenn Menschen mit unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen bzw. aus verschiedenen Herkunftsländern zusammenkommen? Dies ist die Grundfrage der Transkulturalität. Ziel der Transkulturalität ist es, über unterschiedliche Lebenswelten und soziokulturelle Prägungen hinweg eine Verständigung zu ermöglichen. Dabei lassen sich zwei Voraussetzungen für das Gelingen einer transkulturellen Verständigung ausmachen. Erstens der eigene soziokulturelle Hintergrund. Nur wer sich seiner eigenen soziokulturellen Prägungen mit allen Merkmalen und Standards für Bewertungen von Situationen und Verhalten bewusst ist und diese gut kennt, kann mit anderen gut kommunizieren. Zweitens der Blick auf das sogenannte Fremde. Es wird davon ausgegangen, dass es zwischen den verschiedenen Lebenswelten Gemeinsamkeiten gibt, die eine Verständigung ermöglichen. Diese Haltung führt zu einer transkulturellen Begegnung. So bedeutet Transkulturalität, sich von den Vorstellungen der sogenannten eigenen und der fremden Kultur zu verabschieden. Transkulturalität ist vergänglich, d.h. sie bezieht sich auf den Zeitabschnitt der Kontaktsituation, in der sie gemeinsam gestaltet wird mit der Absicht zu kommunizieren. Wenn Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern aufeinandertreffen, entsteht eine komplexe Interaktionssituation mit folgenden Anforderungen an die InteraktionspartnerInnen:

- Neugier und Bereitschaft, sich auf neue Erfahrungen im transkulturellen Austausch einzulassen
- Reflexion der eigenen Wirklichkeitskonstruktion
- Kenntnis der Phänomene transkultureller Kommunikation
- soziokulturelles Hintergrundwissen über den jeweiligen Kontext
- kommunikative Interaktionsformen (vgl. Tuner 2001:214-225)

Transkulturalität stellt laut Domenig (2001) das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit auch Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum. Unsere heutigen Kulturen sind nicht mehr homogen, sondern durch Mischungen gekennzeichnet. Die situationsgerechte, verständliche und differenzierte Kommunikation mit MigrantInnen erfordert große Flexibilität, breites Repertoire an Methoden und Techniken und Entwicklung ethischer Grundhaltungen. Transkulturelle Kompetenz ist ein Teil der professionellen Pflege. Sie stellt nicht Kulturen ins Zentrum, sondern die Interaktion zwischen den Parteien. Transkulturelle Kompetenz besteht aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext und stützt sich dabei auf drei Pfeiler:

- Selbstreflexivität
- Hintergrundwissen bzw. Erfahrungen und
- Empathie im Umgang mit MigrantInnen

Selbstreflexivität bedeutet, dass man fähig ist, nicht nur seine eigene Lebenswelt zu hinterfragen, indem man sich Unbewusstes und Selbstverständliches bewusst macht, sondern sich auch die Lebenswelt von PatientInnen bewusst macht, und somit deren Perspektive möglichst wertneutral erfassen kann. Erst dann kann man die Gesamtsituation beurteilen und entsprechende Handlungen ableiten. Ziel der Vermittlung des Hintergrundwissens ist es, die richtigen Fragen zu stellen und die Antworten kontext- und situationsbezogen interpretieren zu können. Dazu gehören auch Kenntnisse über unterschiedliche Kommunikationsformen, Ausdrucksweisen und medizinische Konzepte. Denn nicht nur Lebenswelten sind soziokulturell geprägt, sondern auch Gesundheits- und Medizinsysteme mit unterschiedlichen Vorstellungen über Gesundheit und Krank-

heit. Empathie spielt gerade im transkulturellen Kontext eine bedeutende Rolle. Doch im medizinisch-therapeutischen Bereich wird der Schwerpunkt auf Wahrung der professionellen Distanz gelegt. Empathie bedeutet Engagement, Interesse, Aufgeschlossenheit und Neugier. Der Prozess über die Selbstreflexion hin zur Interpretation von Lebenswelten führt demnach zur transkulturellen Empathie und einem gegenseitigen Verstehen (vgl. Domenig 2001:146-151).

Eicke (2010) stellt fest, dass im Gesundheitsbereich in der Schweiz zunehmend DolmetscherInnen gesucht werden, die nicht nur die Sprache beherrschen, sondern die soziokulturellen Hintergründe und die strukturellen Gegebenheiten der jeweiligen Herkunftsgesellschaft kennen. Sie müssen oft Wörter dolmetschen, die in ihrer Sprache nicht existieren. Oder es werden die gleichen Wörter benutzt, die aber eine andere Sichtweise auf deren Inhalte haben. Schlüsselbegriffe wie z.B. Initiative, Flexibilität, Pünktlichkeit, Belastbarkeit, können im transkulturellen Kontext auf unterschiedlichsten Erfahrungshintergrund stoßen. Entweder sie sind nicht bekannt, oder sie werden anders interpretiert. Darum müssen Inhalte und Bedeutungen von Begriffen je nach Kontext erklärt werden. Überdies wird die verbale und nonverbale Kommunikation in jedem soziokulturellen Kontext verschieden gewichtet. Die nonverbale Kommunikation drückt Emotionen und Einstellung aus, unterstreicht das Gesagte, transportiert Werte und soziale Normen eines bestimmten soziokulturellen Kontextes. In transkulturellen Gesprächssituationen ist dem nonverbalen Kommunikationsverhalten mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei ist nicht nur die Körpersprache, sondern auch Körperhaltung, Raum- und Zeitverhalten von Bedeutung. Ein weiteres wichtiges Element sind die Tabubereiche, die eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen und eine transkulturelle Gesprächssituation wesentlich beeinflussen. In einer transkulturellen Kommunikationssituation kommt es häufig zu Missverständnissen und Kommunikationsbarrieren, die auf unterschiedliche Rollen, Hierarchien, Machtverhältnisse, Kulturen, Interpretationen, Regeln und verbale und nonverbale Kommunikationsverhalten zurückzuführen sind (vgl. Eicke 2010:168ff).

Die Pflegewissenschaft stellt die wesentlichen Punkte der transkulturellen Verständigung dar. Die DolmetscherInnen dürfen in der transkulturellen Gesprächssituation nicht außer Acht gelassen werden, denn es sind die professionellen DolmetscherInnen

die transkulturelle Kompetenz besitzen und wesentlich für das Gelingen einer transkulturellen Verständigung beitragen.

3.4 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurde auf das umfassende Spektrum der Anforderungen eingegangen, die an das Rollenbild der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich gestellt werden. Nach Darstellung der zu beachtenden Aspekte und Einflussfaktoren in der Arzt-Patient-Beziehung lässt sich feststellen, dass sich die Rollen der beteiligten GesprächspartnerInnen (ÄrztInnen, PatientInnen und DolmetscherInnen) im medizinischen Setting in vielen Punkten ähneln. Als wesentlich ist hervorzuheben, dass Therapie nicht nur der Heilung der Krankheit dient, sondern auch als Begleitung, Unterstützung, Gespräch und Beziehung angesehen wird.

Es sind viele Rollenmodelle der DolmetscherInnen ausgearbeitet worden. In der Praxis kommen sie aber in einer Mischform vor und können nicht einzeln betrachtet werden. Als Orientierungshilfe für das geeignete Verhalten und Handeln in einem Arzt-Patient-Gespräch dienen den DolmetscherInnen die Regeln des Berufsstandes und der medizinischen Ethik. Von Bedeutung sind vor allem die Pflicht zur Verschwiegenheit, das neutrale Verhalten bzw. die Unparteilichkeit und die loyale Verhaltensweise der DolmetscherInnen. Die Berufsverbände verfassten Ehrenkodizes, um den DolmetscherInnen einen Leitfaden für eine professionelle und ethische Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit zur Verfügung zu stellen.

Wichtig ist, dass DolmetscherInnen über interkulturelle Kompetenz verfügen, weil gerade beim Dolmetschen im medizinischen Setting viele Tabubereiche und heikle Themen berührt werden. Es muss daher darauf geachtet werden, einen möglichen Tabubruch zu vermeiden. Die DolmetscherInnen vermitteln zwischen zwei Parteien, die sich sehr unterscheiden. Daher werden von ihnen Kenntnisse über die fremde und die eigene Kultur verlangt. Eine der wichtigsten Kompetenzen der DolmetscherInnen ist das medizinische und institutionelle Hintergrundwissen. Die DolmetscherInnen müssen die Fachbegriffe verstehen, und sie sollen mit der Institution Krankenhaus vertraut sein. Nur gut ausgebildete DolmetscherInnen besitzen die Fähigkeit, eine Arzt-Patient-Kommunikation erfolgreich zu koordinieren und für eine vollständige Aufklärung und

gute Kommunikation zu sorgen; da nur gut abgestimmte Zusammenarbeit zum Erfolg führen kann.

DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich stehen vor großen Herausforderungen, um ihre Rolle klar definieren zu können. Es lässt sich jedoch feststellen, dass sie dies mit entsprechender Ausbildung und professionellem Selbstverständnis bewältigen können.

4 Healthacross – grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Durch die fortschreitende Globalisierung im vereinten Europa gewinnen auch im Gesundheitsbereich Kooperationen mit Partnern benachbarter Grenzregionen zunehmend an Bedeutung. Ziel der vorliegenden Arbeit ist, das Projekt „healthacross“ vorzustellen¹¹. Besonderes Augenmerk wird dabei den getroffenen Lösungsansätzen zur Beseitigung der Sprachbarrieren gewidmet, da gut funktionierende Verständigungsstrategien für eine nachhaltige grenzüberschreitende Kooperation Grundvoraussetzung sind.

„Healthacross“ gilt als Modellprojekt im Bereich der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitswesen. Durch die Zusammenarbeit von Nachbarstaaten mit unterschiedlichen Sprachen und Kulturen gilt es, neben rechtlichen und wirtschaftlichen Barrieren auch die sprachlichen Schwierigkeiten zu beseitigen. Im Rahmen dieser Masterarbeit werden Beispiele bestehender grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen vorgestellt. Es wird auf deren Verständigungsstrategien eingegangen und hinterfragt, welche Rolle und Bedeutung in diesem Kontext DolmetscherInnen zukommt. Schwerpunktmäßig wird im Kapitel 4.2. die Machbarkeitsstudie des Pilotprojekts Gmünd České Velenice, eine Kooperation zwischen einem alten und einem neuen EU-Mitgliedstaat präsentiert und vor allem hinterfragt, welche Lösungsansätze zur Beseitigung von Defiziten im Kommunikationsbereich vorliegen, sodass die Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und dem Krankenhaus problemlos funktioniert.

Aus dem Bericht von Burger und Wieland (2010) geht hervor, dass das Hauptaugenmerk bei dieser Kooperation im Gesundheitsbereich auch auf die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung und deren raschen Zugang zur Versorgung, vor allem in Notsituationen, gelegt wird. Insbesondere in dünner besiedelten Gebieten und über Landesgrenzen hinweg, sind eine verbesserte Kommunikation und eine Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsleistungen sinnvoll und äußerst dringlich. Eine Kooperation in der Region Niederösterreich und Südböhmen findet bislang auf Grund der unterschiedlichen finanziellen Lage zwischen Österreich und Tschechien, aber auch wegen sprachlicher Hürden, den Unterschieden in den nationalen Gesund-

¹¹ <http://www.healthacross.eu/> (Stand 07.09.2010)

heitssystemen und der Rechtslage kaum statt. Dadurch wird auch klar ersichtlich, dass die Grundfreiheiten des freien Dienstleistungs- und Personenverkehrs, die für BürgerInnen aller EU-Mitgliedstaaten gleichermaßen gelten sollten, nicht in allen Regionen Europas einfach zu garantieren und umzusetzen sind. Um die Gesundheitsleistungen in der Grenzregion Niederösterreich und Südböhmen für alle BewohnerInnen optimal nutzbar zu machen, wurde das Projekt „healthacross“ von 2008 – 2010 durchgeführt¹². Es ist das erste Projekt der grenzüberschreitenden Kooperation zwischen einem alten und einem neuen EU-Mitgliedstaat und gleichzeitig ein Modellprojekt für andere Grenzregionen (vgl. Burger/Wieland 2010:9).

Projektgegenstand von healthacross ist „die Erarbeitung von Grundlagen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit sowie die Lösung konkreter Fragestellungen zu ausgewählten Themenbereichen, um eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu ermöglichen“ (vgl. Burger/Wieland 2010:10).

4.1 Beispiele grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen hat in anderen Regionen Europas eine lange Tradition, wie z.B. in der Region Braunau-Simbach, in der Region Cerdanya und in der Euroregion Maas-Rhein. Es werden Erfahrungen aus diesen Projekten der grenzüberschreitenden Kooperation im Krankenhaussektor und in der Notfallversorgung aufgezeigt und positive Auswirkungen sowie Herausforderungen und Barrieren aufgelistet (vgl. Österle 2010:13-24). Der Zusammenarbeit zwischen dem KH Braunau in Oberösterreich und dem KKH Simbach im Bayern wird im Zuge dieser Arbeit weniger Bedeutung beigemessen, da aufgrund der gemeinsamen Landessprache Deutsch in diesem Fall keine Verständigungsprobleme auftreten.

Eine der ältesten grenzüberschreitenden Kooperationen in der medizinischen Notfallversorgung in Europa ist die Region Maas-Rhein (EMR), die bereits 1979 gegründet wurde. Drei nationale Systeme sind in der Notfallversorgung und Ausbildung miteinander verbunden - Niederlande, Belgien und Deutschland. Defizite in der Kommunikation konnten schnell gelöst werden, da die Sprache kein allzu großes Hindernis

¹² <http://www.healthacross.eu/> (Stand 07.09.2010)

darstellte. In der Region Maas-Rhein werden drei offizielle Sprachen gesprochen, und es treffen drei Kulturen aufeinander. Die niederländische und deutsche Sprache sind sich ziemlich ähnlich, und die Kommunikation funktioniert einwandfrei. In den französischen Gebieten ist die Kommunikation schwieriger, was auch die Zusammenarbeit erschwert. Bei Gesprächen mit VertreterInnen aller drei Länder wird meistens Deutsch gesprochen und ins Französische übersetzt. Es werden Sprachkurse für MitarbeiterInnen vom Rettungsdienst angeboten, in denen sprachliche Grundkenntnisse und die Kultur- und Systemunterschiede in den Ländern erläutert werden. Auch mehrsprachige Terminologielisten und dreisprachige Meldeformulare für die MitarbeiterInnen sind erstellt worden. (vgl. Burger/Wieland 2010:126-146).

Das erste grenzübergreifend betriebene Krankenhaus in der Europäischen Union ist das „Hospital Europes de la Cerdanya“ in Cerdanya an der spanisch-französischen Grenze¹³. Cerdanya befindet sich inmitten der Pyrenäen und ist eine der am dünnsten besiedelten Regionen Europas und bekannt für seine Ski-Resorts. Auf spanischer Seite in Puigcerdá gibt es ein kleines Krankenhaus für ambulante und stationäre Notfallversorgung und auf der französischen Seite nur ein Versorgungszentrum für chronische Erkrankungen. Das nächste Krankenhaus befindet sich in 105 km Entfernung in Perpignan. Das Krankenhaus in Puigcerdá war zu klein, veraltet, und die Kapazitäten waren nicht ausreichend. Im Winter 2000 gab es so starke Schneefälle, sodass das Krankenhaus in Perpignan für die Bevölkerung des französischen Teils von Cerdanya nicht zu erreichen war. Dies war ausschlaggebend für die Kooperation zwischen dem Krankenhaus Puigcerdá in Spanien und dem Krankenhaus St.Jean in Perpignan in Frankreich. Die wichtigsten Herausforderungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit waren die unterschiedlich aufgebauten Gesundheitskulturen beider Länder zusammen zu bringen. Im Jahr 2009 begannen die Bauarbeiten des Spitals mit Schwerpunkt Akutversorgung mit dem Vorhaben, dass das Krankenhaus im Jahr 2011 fertig gestellt werden soll (vgl. Burger/Wieland 2010:96-104). Als wichtiges Credo für grenzüberschreitende Kooperation wurde das Motto: „Everybody must get a benefit and everybody must give a little bit“ angeführt (vgl. Burger/Wieland 2010:101).

Die wichtigsten Eckpfeiler einer erfolgreichen Zusammenarbeit sind:

¹³ <http://www.hcerdanya.eu/webgc/en/index.html> (Stand 10.10.2010)

- Die Sprache - jegliche Kommunikation, auch per Email, erfolgt dreisprachig: Katalanisch, Französisch, Spanisch. Die Sprachen stellen eine Herausforderung dar, da es schwierig ist, geeignetes Personal mit katalonischen und französischen Sprachkenntnissen zu finden.
- Die Kultur - dabei insbesondere die „Kultur des Gesundheitssystems“
- Die Informatik und das technische Equipment (vgl. Burger/Wieland 2010:101).

Erfahrungen in den oben erwähnten Kooperationen im Gesundheitswesen, die sich auch mit der Verständigungsproblematik beschäftigen, sind von großer Bedeutung für das Pilotprojekt Gmünd / České Velenice, das im folgenden Kapitel behandelt wird.

4.2 Pilotprojekt Notfallversorgung Gmünd – České Velenice

Die geteilte Stadt Gmünd / České Velenice macht den Bedarf an Kooperation besonders deutlich. Durch den Friedensvertrag von St. Germain wurde die Stadt geteilt. Die Westbezirke mit dem Hauptbahnhof und den Zentralwerkstätten gehörten nun zur neuen Tschechoslowakischen Republik und wurden 1920 in České Velenice umbenannt¹⁴. In České Velenice gibt es kein Krankenhaus, und die Bevölkerung muss zur Versorgung ins Krankenhaus nach České Budějovice fahren, das 60 km entfernt liegt, wobei der nächste Notarztwagen im 35km entfernten Třeboň stationiert ist. Dabei befindet sich das LK Gmünd nur wenige hundert Meter von der Grenze entfernt. Vor allem in Notfällen wäre eine rasche und wohnortnahe Versorgung erstrebenswert. Ein grenzüberschreitender PatientInnenverkehr und ein Austausch von Leistungen könnten für beide Seiten ein Gewinn sein und Vorteile bringen. Auch Österreichische PatientInnen hätten die Möglichkeit, räumlich näher liegende spezifische Gesundheitsleistungen in Südböhmen zu nutzen, wie z.B. die moderne Dialysestation in Jindřichův Hradec. Am Landeskrankenhaus Gmünd (LK Gmünd) wurde zum Thema Notfallversorgung eine interne Arbeitsgruppe gebildet, die wichtige Vorarbeiten leistete, und für offene Fragestellungen Lösungsmöglichkeiten andachte. Im Rahmen von „healthacross“ wurde das Pilotprojekt „Notfall-

¹⁴http://geschichte.landesmuseum.net/index.asp?contenturl=http://geschichte.landesmuseum.net/orte/ortetail.asp_id=3726 (Stand 05.10.2010)

versorgung in der Region Gmünd – České Velenice“ installiert (vgl. Burger/Wieland 2010:9f).

1999 wurde in Kooperation mit der Handelsakademie Gmünd eine Imageanalyse des Krankenhauses Gmünd durchgeführt. Für das Krankenhaus Gmünd war es von besonderem Interesse, ob die Geburtsstation auch von tschechischen BürgerInnen angenommen werden würde. Diese Umfrage hat den Bürgermeister von České Velenice dazu veranlasst, eine Machbarkeitsstudie zur Nutzung des Krankenhauses Gmünd in Auftrag zu geben. Es wurde eine Befragung von 700 Haushalten durchgeführt. Mit einer Rücklaufquote von 305 Fragebögen nahmen insgesamt 1.016 erwachsene EinwohnerInnen dazu Stellung. Der Abschlussbericht lag 2003 vor mit dem Ergebnis, dass eine grenzüberschreitende Notfallversorgung auf hohe Akzeptanz stößt, jedoch ohne die Bereitschaft, privat für die anfallenden Kosten aufzukommen. Die Befragung zur Sprachkenntnis der Bevölkerung ergab, dass 67% der Befragten deutsch sprechen¹⁵.

Am 24. November 2010 wurde die erste grenzüberschreitende Brand- und Rettungsübung in České Velenice geprobt. Am Gelände des Wirtschaftsparks wurde ein Verkehrsunfall mit einem alten Bus und zahlreichen Verletzten simuliert. Rettungsdienst- und Feuerwehr-Mannschaften aus Niederösterreich und Südböhmen wirkten an der Übung mit. Die Verletzten wurden in mehreren Krankenwagen ins LK Gmünd transportiert. Die Übung diente zur Probe für den Ernstfall und dazu, alle bestehenden Hindernisse dieser Zusammenarbeit aufzuzeigen. Die Kooperation verlief sehr zufrieden stellend. Alle bestehenden Schwachstellen, zu denen auch die Sprachbarrieren zählen, sind durch diese Übung deutlich geworden¹⁶.

Das Projekt „healthacross“ hat als zentralen Projektschwerpunkt den Aufbau eines gemeinsamen Gesundheitszentrums, das durch eine Machbarkeitsstudie zur grenzüberschreitenden stationären und ambulanten Zusammenarbeit im Raum Gmünd - České Velenice vorbereitet und wissenschaftlich begleitet wird (vgl. Österle 2010:13).

¹⁵ <http://www.healthacross.eu/ha1.html> (Stand 19.08.2010)

¹⁶ http://www.healthacross.eu/images/Newsletter05_2010.pdf (Stand 05.12.2010)



Abbildung 4.1: **Region Gmünd - České Velenice**¹⁷

Im Rahmen des Projekts „healthacross“ wurde eine Umfrage über die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in der Region České Velenice und das Bestehen eines Interesses an einer Gesundheitsversorgung im Landesklinikum Gmünd durchgeführt. Unter anderem wurden auch Fragen zu Sprachkenntnissen und Kenntnissen der Systeme gestellt. Es wurden 400 Personen befragt. Die Rücklaufquote war mit 93,5% hoch, da die Fragebögen direkt an die Befragten verteilt und abgeholt wurden. Auf Grund der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die BewohnerInnen in der Region nur über sehr geringe Kenntnisse des österreichischen Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung sowie über das LK Gmünd verfügen. Die deutschen und englischen Sprachkenntnisse sind auch relativ gering. Nur 10% der Befragten gaben an, die deutsche Sprache aktiv beherrschen zu können. 29% der Befragten beherrschen Deutsch auf einem fortgeschrittenen Niveau, d.h. sie verstehen Deutsch, kommunizieren aber weniger. 19% haben angegeben Deutsch passiv zu beherrschen und 42% verfügen

¹⁷ <http://toulavakamera.ct24.cz/article.asp?id=1076> (Stand 04.10.2010)

über keine Deutschkenntnisse. Die englische Sprache beherrschen 12% der Befragten aktiv, 11% auf fortgeschrittenem Niveau, 16% passiv und 61% verfügen über keine Englischkenntnisse. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen auch auf, welche Befürchtungen die Befragten bei stationärer Behandlung im Krankenhaus Gmünd haben. An erster Stelle steht die Frage der Finanzierung und an zweiter Stelle wurden die sprachlichen Barrieren angeführt.

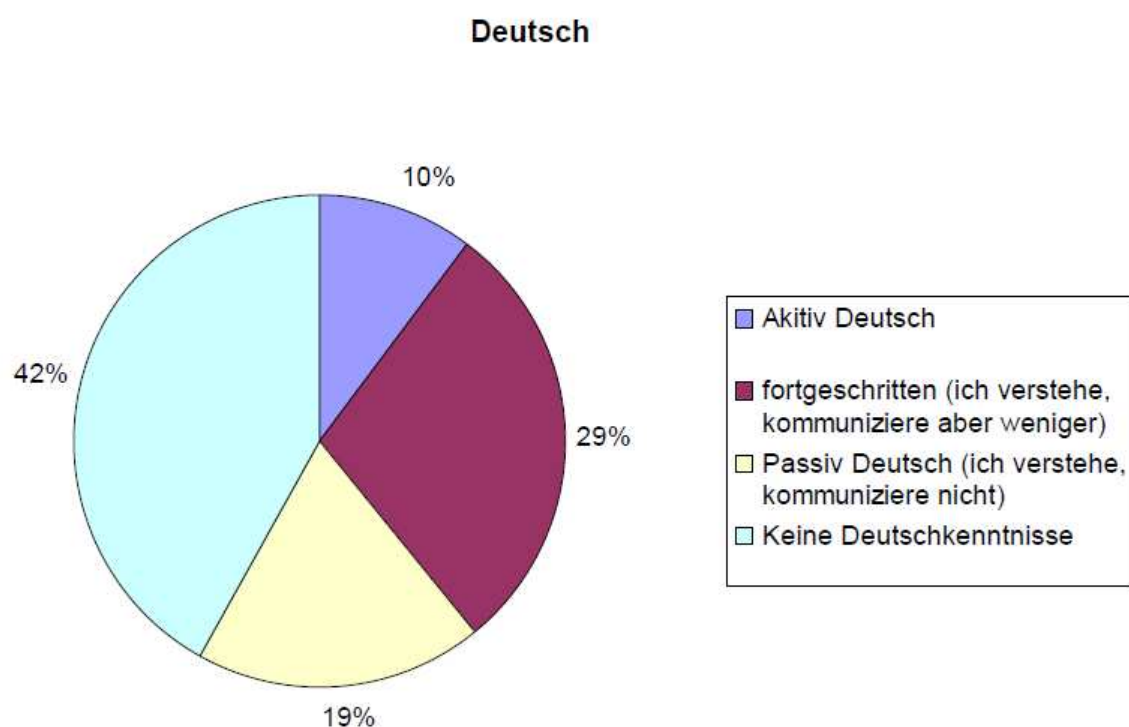


Abbildung 4.2: Sprachliche Ausrüstung Deutsch¹⁸

¹⁸ http://www.healthacross.eu/images/prezentaceZimmelova_AT.pdf (Stand 03.10.2010)

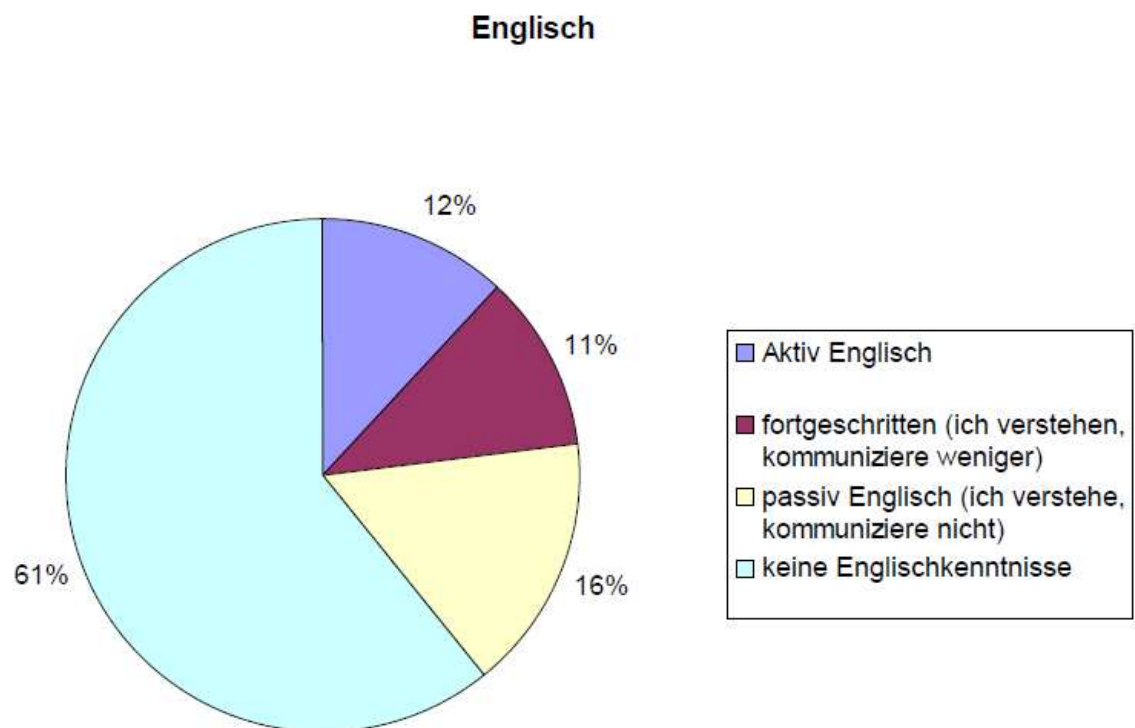


Abbildung 4.3: Sprachliche Ausrüstung Englisch¹⁹

¹⁹ http://www.healthacross.eu/images/prezentaceZimmelova_AT.pdf (Stand 03.10.2010)

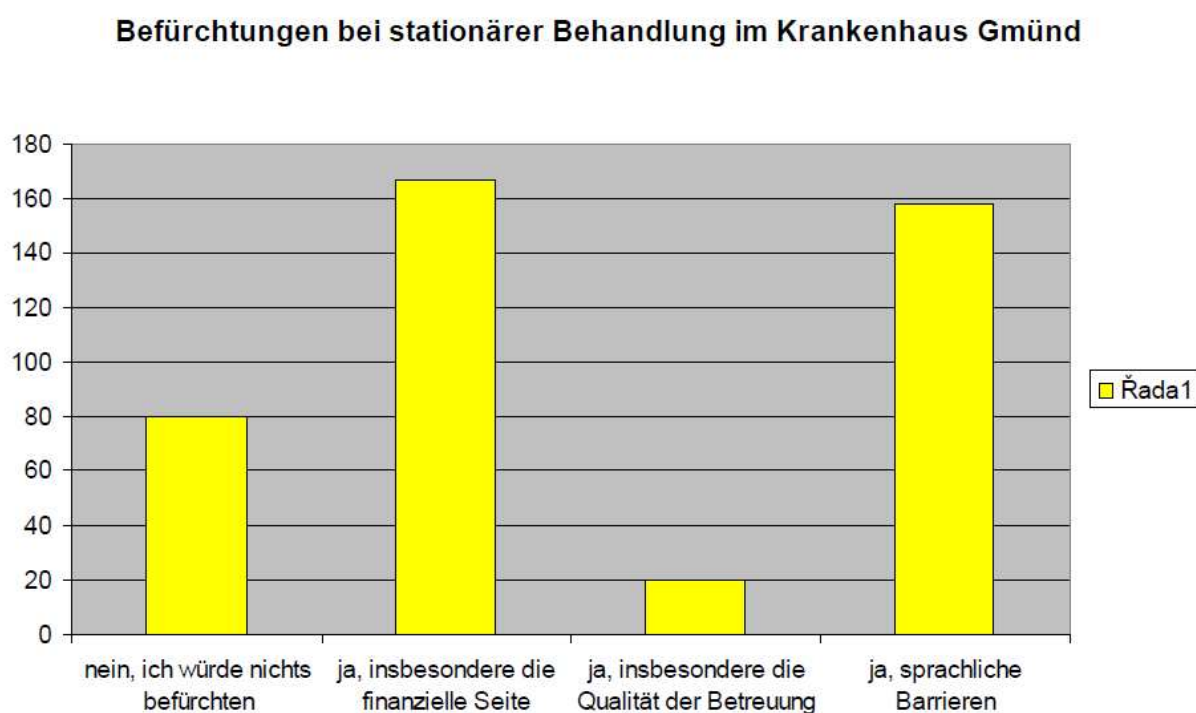


Abbildung 4.4: Befürchtungen bei stationärer Behandlung im Krankenhaus Gmünd²⁰

Die Ergebnisse dieser Umfrage haben deutlich gezeigt, dass die sprachliche Ausrüstung der Bevölkerung in der Tschechischen Republik nicht ausreichend ist, um eine erfolgreich Kommunikation im medizinischen Setting führen zu können. Außerdem verfügen die Befragten über mangelhafte Kenntnisse des österreichischen Gesundheitssystems. Die sprachlichen Barrieren betrachtet die Mehrheit mit Besorgnis.

4.3 Kommunikation und Verständigung

Bei der grenzüberschreitenden Kooperation in der Projektregion Gmünd - České Velenice spielt Kommunikation eine wichtige Rolle. Es ist darauf zu achten, dass die Kommunikation zwischen den Institutionen, den MitarbeiterInnen und PatientInnen problemlos verläuft. Zu diesem Zwecke ist es erforderlich, Kommunikationskanäle auf zwischenstaatlicher Ebene zu schaffen, Aufklärungs- und Informationsbögen sowie Dolmetschdienste zu Verfügung zu stellen. Im LK Gmünd wird auch an dieser Problematik gearbeitet. Einige der MitarbeiterInnen sind tschechischsprachig. Es werden interne Sprachkurse und Schulungen angeboten. Angedacht ist auch eine zweisprachige

²⁰ http://www.healthacross.eu/images/prezentaceZimmelova_AT.pdf (Stand 03.10.2010)

Aufnahmestation mit rufbereiten DolmetscherInnen aus dem Kreis der MitarbeiterInnen. Der Dienst soll so organisiert werden, dass zumindest eine Person, die tschechisch spricht, im Krankenhaus anwesend ist. Formulare und Fragebögen sollen sowohl in deutscher als auch in tschechischer Sprache gleichartig gestaltet werden. Für den Bereich des Rettungsdienstes sollen Symbole und Notfallzeichnungen ausgearbeitet werden, die zur Überbrückung der Sprachbarrieren dienen. Für die Befunderstellung muss auch eine gemeinsame Sprache festgelegt werden. Vorgeschlagen wurden Latein oder Englisch (vgl. Burger und Wieland 2010:166-172).

Die unterschiedliche Sprache stellt eine Herausforderung dar. Die Gesundheitsleistungen erfordern in vielen Fällen eine unmittelbare Kommunikation zwischen PatientInnen und MitarbeiterInnen des Krankenhauses. Bei der gemeinsamen Gesundheitsversorgung muss daher sichergestellt werden, dass diese Kommunikation in beiden Sprachen erfolgen kann. Die Kommunikation zwischen den AkteurInnen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit funktionieren kann. Bisherige grenzüberschreitende Kooperationen sind in Regionen realisiert worden, in denen keine sprachlichen Hindernisse auf Grund der gleichen Sprache oder der Zweisprachigkeit der Bevölkerung bestanden. In der Projektregion Gmünd / České Velenice stellt die unterschiedliche Sprache eine beachtliche Herausforderungen dar. Daher ist es wichtig, dass beim Projekt „healthacross“ frühzeitig Informationsmaterialien, Unterlagen und Berichte zweisprachig entwickelt werden. Um dies zu gewährleisten, muss ein Team vorhanden ist, das in beiden Sprachen kommunizieren kann und die relevanten Kompetenzen abdeckt. Empfehlenswert sind Ausbildungsprogramme mit Modulen in tschechischer und deutscher Sprache, d.h. Ausbildungsprogramme, die fachspezifische Terminologie thematisieren. Diese Herausforderungen wurden im Projekt aufgegriffen, und es wurde ein zweisprachiges Wörterbuch²¹ mit den am häufigsten verwendeten medizinischen Begriffen für den Rettungsdienst ausgearbeitet, um die Verständigung zu erleichtern. In der ersten Phase des Projekts wurde eine Webseite²² mit Informationen, Berichten, Ergebnissen und Pressemeldungen zum Projekt in deutscher, tschechischer und englischer Sprache eingerichtet (vgl.Österle 2010:114f).

²¹ <http://www.healthacross.eu/images/WoerterbuchRettungsdienst.pdf> (Stand 07.01.2011)

²² <http://www.healthacross.eu/> (Stand 07.09.2010)

Schramek (2009) hat aus einer soziolinguistischen Sicht untersucht, wie die Sprachmittlung in der deutsch-tschechischen Europaregion bewältigt wird. An den deutsch-tschechischen Grenzen sind insgesamt fünf Europaregionen gegründet worden. Schramek hat in der Euregio Egrensis²³ und der Euroregion Elbe/Labe²⁴ die Kommunikation zwischen den AkteurInnen, die Art wie sie Sprachbarrieren überwinden werden, wie die Geschäftsstellen in den Regionen in Abhängigkeit von der jeweiligen Muttersprache besetzt sind, welche Bedeutung diese Faktoren für die Kommunikation im Interkulturellen Kontext haben und welche Folgen dies für die Zusammenarbeit hat, analysiert.

Schramek (2009) kam zu den Ergebnissen, dass in der Euregio Egrensis muttersprachliche MitarbeiterInnen beschäftigt sind. Der tschechische Geschäftsführer spricht zwar auch deutsch, kann aber bei den Sitzungen nicht dolmetschen, da er inhaltlich in die Arbeit eingebunden ist. Die anderen MitarbeiterInnen können diese Aufgabe auch nicht übernehmen, da sie über keine oder nur mangelhafte Sprachkenntnisse verfügen. Daher werden externe DolmetscherInnen eingesetzt. Es handelt sich um tschechische DolmetscherInnen, die sehr gut Deutsch sprechen, aber mit Inhalten der grenzüberschreitenden Kooperation nicht vertraut sind, und es beim Dolmetschen häufig zum Informationsverlust oder Fehlinterpretationen kommt. Es kommt zu zeitlichen Verzögerungen, die die Sitzungen negativ beeinträchtigen, wodurch die Motivation für eine Kooperationsbereitschaft nachlässt, und eine soziale Bindung zwischen den AkteurInnen nicht aufgebaut werden kann. Vor allem die soziale Kommunikation spielt in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit eine bedeutende Rolle, da die Kommunikation außerhalb der fachlichen Ebene von Bedeutung ist, d.h. während den Pausen oder beim gemeinsamen Essen, weil nur dann die sozialen Beziehungen zwischen den KooperationspartnerInnen aufgebaut werden können. Die Fachsprache bei den Sitzungen ist sehr kompliziert, und die DolmetscherInnen müssen oft nachfragen. Warum den DolmetscherInnen die Terminologie nicht im Voraus zur Verfügung gestellt wird, konnte nicht ermittelt werden. Die Sprachbarrieren in den Sitzungen können auch mit einer dritten Sprache (z.B. das Englische) nicht gelöst werden, da nicht alle GesprächspartnerInnen über ausreichende Sprachkenntnisse in der jeweiligen dritten Sprache verfügen. Schra-

²³ <http://www.euregio-egrensis.de/euregio/euregio.php> (Stand 08.01.2011)

²⁴ <http://www.euroregion-elbe-labe.eu/de/> (Stand 08.01.2011)

mek stellt fest, dass die Tätigkeit der DolmetscherInnen nicht nur aus technischer, aber auch aus sozialer Hinsicht eine bedeutende Rolle spielt, und die Sprachbarrieren nur dann überwunden werden können, wenn man sich dieser Tatsache auch bewusst ist.

In der Euroregion Elbe/Labe wurde laut Schramek (2009) eine andere Art der Kommunikation gewählt. Die deutsche Geschäftsstelle beschäftigt zwei fremdsprachige Mitarbeiterinnen – eine Tschechin und eine Slowakin mit sehr guten Kenntnissen der tschechischen Sprache. Beide Mitarbeiterinnen verfügen über sehr gute Deutschkenntnisse und sind auch mit den Inhalten der Zusammenarbeit vertraut, so dass sie bei den Sitzungen dolmetschen und die Dokumente übersetzen können. Potentielle Übersetzungsprobleme oder Unklarheiten können schon vor den Sitzungen geklärt werden. Die Sitzungen können durch die sprachliche und fachliche Kompetenz der internen DolmetscherInnen entlastet werden, weil Störungen in der Kommunikation verhindert werden. Deutlicher wird auch die Tatsache, dass die DolmetscherInnen nicht nur als SprachmittlerInnen, sondern auch als Vermittlerinnen und Vertrauenspersonen tätig sind, und in der Kommunikation eine wichtige Position einnehmen. (vgl. Schramek 2009:197-211).

4.4 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurde auf grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen, unter besonderer Berücksichtigung des Pilotprojekts in Gmünd - České Velenice eingegangen. Mit der Vorstellung des Projekts „healthacross“ wurden auch einige Ansätze beschrieben, die die Verständigung erleichtern und die Verständigungsschwierigkeiten überwinden helfen sollen. Dabei spielen DolmetscherInnen eine eher untergeordnete Rolle, da vor allem zweisprachige MitarbeiterInnen weitergebildet werden sollen. Für diese Zwecke werden interne Sprachkurse und Schulungen angeboten. Angedacht ist auch eine zweisprachige Aufnahmestation mit hausinternen DolmetscherInnen, die jederzeit rufbereit sind. Diese Empfehlungen zur Überwindung der Sprachdefizite wurden im Rahmen der Machbarkeitsstudie des Projektes „healthacross“ ausgesprochen. Doch erst die Praxis wird zeigen, ob diese Ansätze auch realisierbar sind. Wobei mit der Erstellung eines zweisprachigen Wörterbuchs für den Rettungsdienst bereits ein erster Schritt getan wurde. Vergleiche mit der Dolmetschertätigkeit in der Euregio Egrensis und in der Euroregion Elbe/Labe haben jedoch gezeigt, dass der Einsatz interner DolmetscherInnen viele Vorteile mit sich bringt, die für eine erfolgrei-

che grenzüberschreitende Kooperation wichtig sind. MitarbeiterInnen, die als interne DolmetscherInnen eingesetzt werden, können nur dann als effiziente Ideallösung zur Überwindung von Sprachbarrieren betrachtet werden, wenn sie, auch im Bereich des Dolmetschens weitergebildet, geschult und im medizinisch-sozialen Bereich auf die triadische Kommunikation vorbereitet und sensibilisiert werden.

5 Verständigung im medizinisch-sozialen Bereich

Ziel des vorliegenden Kapitels ist das Aufzeigen von Lösungen zur Beseitigung vorhandener Kommunikationsschwierigkeit im Umgang mit fremdsprachigen PatientInnen im medizinisch-sozialen Bereich. In diesem Zusammenhang wird untersucht, welchen Beitrag professionelle DolmetscherInnen im Vergleich zu nicht professionellen DolmetscherInnen leisten können. Auf die Professionalität der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich wurde bereits im Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit eingegangen.

5.1 Professionelle vs. nicht-professionelle DolmetscherInnen

Zu den Gesprächen mit fremdsprachigen PatientInnen im deutschsprachigen Raum wird häufig zufällig anwesendes Krankenhauspersonal hinzugezogen. Diese Ad hoc-DolmetscherInnen verfügen über keine Erfahrung als DolmetscherInnen, und es fehlt ihnen auch das medizinische Vokabular. Ihnen ist die Arbeit mit PatientInnen und in vielen Fällen auch mit ÄrztInnen nicht vertraut. Als nicht-professionelle DolmetscherInnen werden Personen, wie Familienangehörige, FreundInnen oder zweisprachiges Fachpersonal, bezeichnet, die keine Ausbildung im Bereich des Dolmetschens besitzen.

Zur Abgrenzung von der Tätigkeit der professionellen DolmetscherInnen werden verschiedene Bezeichnungen verwendet. Knapp und Knapp-Potthoff (1985) unterscheiden zwischen Dolmetschen, Übersetzen und Sprachmitteln. Sie beschreiben Sprachmitteln als nichtprofessionelle, alltagspraktische Tätigkeit, und die SprachmittlerInnen als aktive KommunikationspartnerInnen (vgl. Knapp und Knapp-Potthoff 1985:450f).

Im Bereich des Dolmetschens im medizinischen Setting ist Professionalität notwendig. Die Auftraggeber beschwerten sich zwar über die Verständigungsschwierigkeiten beim Einsatz nicht-professioneller DolmetscherInnen, nehmen aber trotzdem die Dienste dieser „Kommunikationskrücken“, wie sie Bahadir (2000) nennt, in Anspruch. Mit Kommunikationskrücken bezeichnet Bahadir Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn, d.h. Menschen, die aus dem Umfeld der PatientInnen kommen. Ba-

hadir bezeichnet diese Dienste als karitativ, weil es sich dabei um unvergütete Dolmetschdienste von natürlichen bikulturellen DolmetscherInnen handelt (vgl. Bahadir 2000:211f).

Bischoff (2001) stellt in seiner Studie, durchgeführt in medizinischen und psychiatrischen Kliniken in der Schweiz, fest, dass zu den meist geäußerten Wünschen der Zugang zu professionellen DolmetscherInnen gehört, diese aber selten eingesetzt werden.

Pöchlhacker (2000) führte im Jahr 1996 in zwölf Wiener Krankenhäusern eine Studie durch und untersuchte die Situation des Ad hoc-Dolmetschens im Gesundheitswesen. Für 48% der befragten Krankenhausangestellten ist die „perfekte Zweisprachigkeit“ sehr wichtig, 88% der Befragten beklagten sich beim Einsatz von nicht-professionellen DolmetscherInnen über ungenügende Sachkenntnisse, 90% der Befragten beschwerten sich über die fehlenden Fachausdrücke und 79% über offenbar verkürzte oder nicht ausführliche Wiedergabe. In Krankenhäusern wird das zweisprachige Personal auch für die Dolmetscheinsätze herangezogen. Dabei werden ihre Sprachkompetenzen nicht geprüft. Im Rahmen dieser Studie wurden die dolmetschenden Angestellten der Krankenhäuser und die muttersprachlichen BeraterInnen zu den Aufgaben und dem Rollenprofil der Dolmetschtätigkeit befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Rollenerwartungen beider Gruppen deutliche Parallelität aufzeigen, was dadurch zu erklären ist, dass das dolmetschende Personal nicht aus der BetreuerInnenposition in die neutrale Position überwechseln kann. Aus der Studie geht hervor, dass Kinder (73%), EhegattInnen (44%), Verwandte (40%), FreundInnen (17%), andere PatientInnen (13%), Reinigungspersonal (61%) und fremdsprachiges Reinigungspersonal (53%) als DolmetscherInnen herangezogen werden. Nur 2% waren externe DolmetscherInnen (vgl. Pöchlhacker 2000:160-267).

Nicht-professionelle DolmetscherInnen werden im medizinischen Bereich vor allem aus Kostengründen beigezogen, obwohl gerade im Gesundheitswesen die Professionalität großgeschrieben wird. Trotz Unzufriedenheit mit der Leistung von Ad hoc-DolmetscherInnen und einer Forderung nach professionellen DolmetscherInnen, setzt sich die Tendenz die nicht-professionelle DolmetscherInnen einzusetzen fort. Diese

Vorgehensweise führt zu Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Kommunikation. Die Verständigung wird zusätzlich belastet, wenn Kinder dolmetschen müssen.

Eicke (2010) beschreibt die Situation in der Schweiz und stellt fest, dass in der Praxis oft nicht-professionelle DolmetscherInnen eingesetzt werden. Wenn Familienangehörige oder Freunde beigezogen werden, besteht ein Loyalitätskonflikt. Die Vertraulichkeit, Neutralität und Objektivität kann nicht gewährleistet werden, und viele Gesprächsinhalte gehen verloren, weil sie nicht übermittelt worden sind. Wenn Kinder dolmetschen kommt es zu Rollenkonflikten in der Eltern-Kind-Beziehung. (vgl. Eicke 2010:172f).

Die Studie von Slapp (2004) aus einem Krankenhaus in Hildesheim zeigte, dass am häufigsten Begleitpersonen der PatientInnen als Ad hoc-DolmetscherInnen eingesetzt werden und sehr oft auch Kinder. Die befragten medizinischen Fachkräfte waren mit den Sprachkenntnissen der Kinder zufrieden, gaben aber auch an, dass die von Ad hoc - DolmetscherInnen gedolmetschten Gespräche zu mehr Arbeitszeit führen, weil vieles erklärt werden muss. Die Studie zeigte auch, dass die befragten Personen fremdsprachige Informationsbroschüren für hilfreich hielten, allerdings kaum ein Interesse für Aus- und Fortbildungen im Bereich des Dolmetschens bestand (vgl. Slapp 2004:69-72).

Insbesondere werden im Gesundheitsbereich Kinder als DolmetscherInnen kritisch betrachtet, da die Gefahr besteht, dass es zu einem Rollentausch in der Eltern-Kind-Beziehung kommen kann, oder die Kinder stark an Selbstwertgefühl gewinnen (vgl. Pöchlhammer 2000:175f).

Dazu kommt, dass sie sich oft mit schweren Diagnosen auseinander setzen müssen, und sie durch diese Umstände und die Verantwortung, die sie tragen, aus ihrer Kindheit herausgerissen werden. Professionell ausgebildete DolmetscherInnen tragen wesentlich dazu bei, dass Kommunikationsschwierigkeiten behoben und Missverständnisse und Fehldiagnosen vermieden werden können (vgl. Pöllabauer 2003:24ff).

Argumente für den Einsatz von DolmetscherInnen in medizinischen Settings sind laut Allaoui (2005) die rechtliche Absicherung der ÄrztInnen, die Verantwortung für die Aufklärungspflicht tragen, sowie ethische Aspekte, da alle PatientInnen das Recht haben über ihren Gesundheitszustand informiert zu werden. Wenn sich PatientInnen über ihre Beschwerden nicht verständlich ausdrücken können entstehen Kosten, die

durch den Einsatz von DolmetscherInnen vermieden werden können und auch teure diagnostische Maßnahmen werden eingespart (vgl. Allaoui 2005:19).

Als Ideallösung zur Gewährleistung einer funktionierenden Verständigung zwischen Krankenhauspersonal und PatientInnen hat sich laut Pöchhacker (1998) der Einsatz von zweisprachigem Fachpersonal erwiesen. Jedoch wird bei dieser Gruppe meist nur die fachliche Qualifikation und nicht die Zweisprachigkeit oder Bikulturalität überprüft. Eine weitere Möglichkeit ist der Einsatz von geschulten Krankenhausangestellten. Im Englischen existieren dafür Bezeichnungen wie “community health workers”, “case managers”, “health educators” und “health advocates” (vgl. Pöchhacker 1998:154).

5.1.1 Gestaltung eines Arzt-Patient-Dolmetscher-Gesprächs

Die DolmetscherInnen im medizinischen Setting sind nicht nur während der Interaktion, sondern auch vor und danach tätig. Stuker (2001) gestaltet das Arzt-Patient-Gespräch in drei Teilbereiche: Vorgespräch, Gespräch und Nachgespräch.

Als Vorbereitung auf das bevorstehende Arzt-Patient-Gespräch dient ein Vorgespräch zwischen den ÄrztInnen und DolmetscherInnen. Wesentlich ist die Klärung der Rollen- und Aufgabenteilung zwischen DolmetscherInnen und ÄrztInnen. Das Vorgespräch beinhaltet Mitteilungen zum Inhalt, Ziel und Ablauf des bevorstehenden Gesprächs, eine kurze Schilderung der Vorgeschichte der PatientInnen, die Erläuterung der ethischen Richtlinien für die DolmetscherInnen, die Definition der Rolle der DolmetscherInnen und die Art der Vermittlung (vgl. Stuker 2001:193).

Bei Eröffnung des Gesprächs ist die gegenseitige Vorstellung der anwesenden Personen wichtig. Die Anwesenheit und die Aufgabe der DolmetscherInnen muss begründet werden. Während des Gesprächs soll eine festgelegte Sitzordnung (Dreieck oder Kreis) eingehalten werden, damit der Augenkontakt mit den GesprächspartnerInnen stets hergestellt werden kann. Es ist ratsam, eine einheitliche Verwendung von Anredeformen zu wählen, um die Vermittlung zu erleichtern. Zur besseren Verständigung gehört auch eine klare Sprache, d.h. klare und eindeutige Aussagen sind zu treffen. Bei Unklarheiten sollen die DolmetscherInnen eingreifen und nachfragen und die nonverbale Kommunikation von GesprächspartnerInnen beobachten (vgl. Stuker 2001:193f).

Das Nachgespräch soll DolmetscherInnen und ÄrztInnen die Gelegenheit bieten, Probleme und Fragen, die sich während des Gesprächs ergeben haben, nachzubearbei-

ten, Bemerkungen und Beobachtungen zu äußern, die während des Gesprächs nicht zur Sprache gekommen sind, und Missverständnisse zu klären (vgl. Stuker 2001:194f).

5.2 Lösungen bei Verständigungsschwierigkeiten

Manchmal reicht es aus, in Krankenhäusern Bilder- und Symboltafeln zur Verfügung zu stellen. Es werden auch häufig „medizinische Sprachführer“, die Hilfestellung für bestimmte Ausdrücke bieten und so genannte „ethic health files“ verwendet. Diese bieten Informationen über Sprache, Religion, soziale Normen und Werte unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Die Sprachführer und die „ethic health files“ sollen nur als Hilfsmittel betrachtet werden und auch als solche eingesetzt werden, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Menschen bestimmter Herkunft stereotypisiert werden und ihre individuelle Lebenssituation in den Hintergrund rückt (vgl. Stuker 2001:187). Der Wiener Krankenanstaltenverbund bietet zum Beispiel Informationen über die PatientInnenrechte im Krankenhaus in deutscher, englischer, türkischer, bosnischer, serbischer und kroatischer Sprache²⁵.

²⁵ http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Rechte%20PatientInnen%20und%20BesucherInnen_36228.pdf
(Stand 23.01.2011)

Stuker (2001) gibt eine Übersicht über die Lösungen bei Verständigungsschwierigkeiten mit fremdsprachigen PatientInnen in der Pflege (s. Tab.2).

Tabelle 2: Lösungen bei Verständigungsschwierigkeiten mit fremdsprachigen PatientInnen in der Pflege (Stuker 2001:188)

Inhalt und Ziel der Kommunikation	Mittel der Kommunikation
Einfache Handlungseinleitungen und Mitteilungen für den Patienten bzw. die Patientin	Zeichen- und Körpersprache Bild und Symboltafeln
Tägliche Kommunikation mit dem Patienten bzw. der Patientin in der Pflege (mit vergleichsweise einfachem Verlauf und Inhalt)	LaiendolmetscherInnen, z.B. zweisprachiges Spitalpersonal (kein Reinigungs- bzw. Putzpersonal), oder externe DolmetscherInnen ohne Ausbildung (ListendolmetscherInnen)
Notfallsituationen und andere unerwartete Kommunikationssituationen mit PatientInnen	LaiendolmetscherInnen, z.B. zweisprachiges Spitalpersonal (kein Reinigungs- bzw. Putzpersonal), oder externe DolmetscherInnen ohne Ausbildung (ListendolmetscherInnen)
Einzelne Fachausdrücke aus dem Pflegealltag erklären	Medizinische Sprachführer
Pflegeanamnestische Gespräche: Eintritts- und Austrittsgespräche, wichtige Gespräche während des Spitalaufenthaltes	Professionelle DolmetscherInnen

Es werden die Zwecke der Kommunikation von den einfachsten Handlungssituationen bis zu den wichtigsten und komplizierten Gesprächen während des Krankenhausaufenthaltes aufgelistet. Zu jeweiliger Situation werden entsprechende Kommunikationsmittel zugeschrieben. Diese Tabelle mit Lösungsvorschlägen kann als Orientierungshilfe dienen, jedoch muss jede Kommunikationssituation individuell betrachtet werden, denn es können mehrere Mittel der Kommunikation notwendig sein, um eine erfolgreiche Verständigung zu schaffen.

5.3 Qualitätssicherung

Für die Tätigkeit des Dolmetschens im medizinisch-sozialen Bereich besteht in Österreich im Gegensatz zum Gerichtsdolmetschen, das durch seine gesetzliche Regelung eine Sonderstellung im Bereich der translatorischen Berufe einnimmt kein verbindliches Berufsprofil (vgl. Kadric 2006).

Jedoch trägt die Auswahl gut qualifizierter DolmetscherInnen, die Vorbereitung auf das Gespräch und eine Nachbereitung des Gesprächs (siehe Kapitel 5.1.1 der vorliegenden Arbeit), Feedbackgeben, die Festlegung und das Durchsetzen verbindlicher Standards für die Ausbildung sowie das Schaffen eines Berufsprofil für DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich wesentlich dazu bei, dass eine Qualitätskontrolle möglich wird. Qualität bedeutet, dass die definierte Erwartung und die zentralen Kundenwünsche erfüllt werden können. Qualitätsanforderungen müssen eindeutig festgelegt werden. Zertifizierung, Schulungs- und Fortbildungsprogramme werden als Elemente eines Qualitätsmanagement angesehen (vgl. Schmitt 2003:394-399).

5.3.1 Ausbildung

Um die Qualität der Dolmetschtätigkeit im medizinischen Bereich zu sichern, ist es notwendig eine Ausbildung für DolmetscherInne zu schaffen. Dies muss nicht zwangsläufig auf der universitären Ebene stattfinden. Die universitäre Ausbildung darf dabei nicht als zweitrangig betrachtet werden.

So wurde zum Beispiel im Rahmen der Personalentwicklung des Wiener Krankenanstaltenverbundes Ende 2000 eine Schulung von zweisprachigen KrankenhausmitarbeiterInnen durchgeführt. Fünfzehn ausgewählte TeilnehmerInnen haben von November 2000 bis Januar 2001 16 Kurstage absolviert. Anfangs wurde der Kurs von den TeilnehmerInnen kritisch betrachtet; da sie nicht verstanden etwas lernen zu müssen, was schon seit langem praktiziert wurde. Zu Kursende waren sich aber alle der komplexen Anforderungen bewusst geworden, die die Rolle der DolmetscherInnen umfasste. Die im Kurskonzept geforderte Anerkennung der Zusatzqualifikation konnte leider nicht durchgesetzt werden, womit der Erfolg dieses Konzepts in Frage gestellt werden kann (vgl. Pöchlhacker 2010:205-214).

In den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) und den Psychiatrischen Universitären Polikliniken Basel (PUP) wurde von Bischof, Steinauer und Kurth

(2006) eine Umfrage bei den MitarbeiterInnen über ihre Fremdsprachenkenntnisse und das Bestehen eines Interesses an Einsätzen als DolmetscherInnen durchgeführt und ein Pilotprojekt entwickelt, um Leitlinien zu erarbeiten, die zu effizienter Behandlungsqualität für fremdsprachige PatientInnen beitragen. Es wurde Fachpersonal mit Fremdsprachenkenntnissen erfasst, weitergebildet und als DolmetscherInnen in die interne Sprachdatenbank aufgenommen. Die 18 MitarbeiterInnen sprechen 11 verschiedenen Sprachen und verfügen über Erfahrung in der Arbeit als Ad hoc-DolmetscherInnen. Ziel dieses Projektes war die Entwicklung von Entscheidungskriterien zur Frage, wann externe und wann interne DolmetscherInnen beizuziehen sind. Es wurden neun Kriterien ausgearbeitet: Dringlichkeit, Planbarkeit, Dauer, Komplexität, Tragweite/Konsequenz für die PatientInnen, Verfügbarkeit der DolmetscherInnen, Emotionalität, kulturelle und religiöse Aspekte und Nachfolgetermin. Fazit war, dass bei Gesprächen, die planbar sind und deren Inhalt komplex, emotional und/oder von kulturellen Aspekten geprägt ist, externe DolmetscherInnen beigezogen werden sollen. Während bei dringlichen Gesprächen mit konkretem Inhalt und kurzer Dauer interne DolmetscherInnen beigezogen werden sollen. Die Qualität des triadischen Gesprächs hängt nicht nur von der Leistung der DolmetscherInnen ab, sondern auch vom Fachpersonal, deren Leistung darin gesehen wird, dass sie die DolmetscherInnen über die Hintergründe und Ziele des Gesprächs informieren, und das Gespräch in kurzen und verständlichen Sätzen führen. Aufgrund dieser Studie wurden Empfehlungen für den Einsatz von DolmetscherInnen ausgearbeitet. Vor allem die Zusammenarbeit mit professionellen DolmetscherInnen wird empfohlen. Das Beiziehen von Angehörigen oder ungeschultem Krankenhauspersonal als Ad hoc-DolmetscherInnen soll vermieden werden. Die MitarbeiterInnen sollen nur dann als DolmetscherInnen tätig sein, wenn sie für diese Tätigkeit auch geschult worden sind und einverstanden sind, diese Tätigkeit auszuüben. Eine interne Sprachdatenbank mit fremdsprachigen, geschulten MitarbeiterInnen soll eingerichtet werden. Die PatientInneninformationen sollen in den geläufigsten Sprachen verfügbar sein. (vgl. Bischof/Steinauer/Kurth 2006:6ff).

Es wurden Leitlinien erarbeitet, die den Umgang mit fremdsprachigen PatientInnen erleichtern sollen: Leitlinien zum Aufbau einer krankenhauses-internen Sprachdatenbank, Leitlinien, wie ÄrztInnen und Pflegepersonal sich im Umgang mit DolmetscherInnen verhalten sollen, Leitlinien wann und wo externe DolmetscherInnen zum Einsatz

kommen sollen und wann interne DolmetscherInnen herangezogen werden sollen, Leitlinien für das Arbeiten von DolmetscherInnen im Krankenhaus und Leitlinien für die Schulung von DolmetscherInnen (vgl. Bischof/Steinauer/Kurth 2006:48-58).

Bischoff und Schuster (2010) beschreiben so genannte „interkulturelle Mediation“ im Bereich der Gesundheit. Die interkulturelle Mediation wird in drei Typen unterteilt: Dolmetschen, interkulturelle Vermittlung und Konfliktmediation. Sie stellten in ihrer Studie, die in der Universitäts-Frauenklinik Basel (UFK) durchgeführt wurde, gleichzeitig fest, dass diese Unterteilung in der Praxis kaum voneinander abgrenzbar ist, da die DolmetscherInnen oft auch die Aufgabe der kulturellen Vermittlung übernehmen, oder die KonfliktmediatorInnen auch als DolmetscherInnen tätig sind. Es wurden acht ausgebildete DolmetscherInnen mit langjähriger Erfahrung interviewt mit der Feststellung, dass sie alle Formen der Mediation übernehmen, d.h. verschiedene Rollen des Vermittelns. Der wesentliche Teil ihrer Arbeit besteht in der sprachlichen Mediation. Der Grund dafür ist, dass die ÄrztInnen von ihnen vor allen eine wörtliche Verdolmetschung erwarten. DolmetscherInnen befürworten eine Wort-für-Wort Verdolmetschung mit Fachpersonal, das keine Erfahrung mit der Kommunikation in einer Triade hat. In vielen Situationen übernehmen die DolmetscherInnen die Kontrolle über den Gesprächsverlauf, und dadurch können beim medizinischen Fachpersonal Verunsicherungen hervorrufen werden. Eine gute sprachliche Mediation kann das gegenseitige Vertrauen stärken. Die DolmetscherInnen übernehmen oft auch die Rolle der Konfliktmediation. Damit sind nicht nur die Konflikte zwischen ÄrztInnen und PatientInnen gemeint. Konfliktsituationen entstehen oft auch zwischen den ÄrztInnen und den Angehörigen von PatientInnen, und da ist auch die Vermittlung von DolmetscherInnen gefragt. In solchen Situationen leisten die DolmetscherInnen eine Mediationsarbeit, die mit wörtlicher Verdolmetschung wenig zu tun hat. Die DolmetscherInnen üben neben der sprachlichen Mediation und der Konfliktmediation auch die interkulturelle Mediation aus. Diese Rollen können nacheinander oder fließend ausgeübt werden. Erfahrene DolmetscherInnen sind also im Stande alle drei Typen der Mediation zu bewältigen, d.h. es werden nicht drei verschiedene Fachpersonen benötigt, sondern nur eine, die alle drei Fachbereiche abdecken kann. Dies sollte in der Ausbildung von DolmetscherInnen und auch von medizinischem Fachpersonal gebührend berücksichtigt werden, um für die Qualitätssicherung zu sorgen (vgl. Bischoff und Schuster 2010:176-189).

Caritas Schweiz bietet für Fachpersonal Schulungsangebote für eine professionelle Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen, und für DolmetscherInnen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Schulungen umfassen theoretische Grundlagen, die durch konkrete Übungen unterstützt werden. Caritas Schweiz vermittelt qualifizierte DolmetscherInnen an verschiedene Institutionen und Krankenhäuser (vgl. Eicke 2010:172f).

Vor allem in der Schweiz steigt die Tendenz für das zweisprachige Krankenhauspersonal Fortbildungsprogramme und Schulungen anzubieten, um diese dann als interne DolmetscherInnen einsetzen zu können. In der Ausbildung von DolmetscherInnen soll die interkulturelle Mediation berücksichtigt werden, die drei Fachbereich abdeckt: Dolmetschen, interkulturelle Vermittlung und Konfliktmediation. Diese legen die Qualitätsanforderungen eindeutig fest.

5.3.2 Vermittlungsstellen

Qualitätssicherung wird nicht nur durch entsprechende Ausbildung bzw. Weiterbildung erbracht, sondern auch durch Vermittlungsstellen, die die Qualitätskontrolle übernehmen. Aus diesem Grund werden nun einige Vermittlungsstellen in Österreich, in der Schweiz und in Belgien näher vorgestellt.

OMEGA - das transkulturelle Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration²⁶ mit Sitz in Graz unterstützt durch den Dolmetschpool den Zugang von KlientInnen zum Gesundheitswesen. Der Pool von DolmetscherInnen und muttersprachlichen BegleiterInnen besteht seit 1997. Er enthält 150 registrierte DolmetscherInnen und deckt 54 Sprachen ab. Der Pool wird laufend aktualisiert und betreut. OMEGA organisiert jährlich einen Weiterbildungszyklus für die im Dolmetschpool registrierten Sprach- und KulturmittlerInnen zu den Themen Arbeit mit traumatisierten KlientInnen, Gefahren der Retraumatisierung, medizinisches Dolmetschen, das Gesundheitssystem in Österreich, sowie Dolmetschen im psychotherapeutischen Prozess und professionelles Abgrenzen. Es besteht auch eine Kooperation mit

²⁶ <http://www.omega-graz.at/index.shtml> (Stand 25.01.2011)

dem Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaften der UNI Graz²⁷ und auch mit ISOP²⁸. ISOP ist eine interkulturelle Organisation für innovative Sozialprojekte, die im Rahmen ihrer Tätigkeit interkulturelle Gesundheitsassistenten anbietet. Es ist eine Schnittstelle zwischen fremdsprachigen PatientInnen und dem Krankenhauspersonal, die außer Beratung, Betreuung und Dolmetschtätigkeit, auch Mediation bei Konfliktfällen mit fremdsprachigen PatientInnen und deren Familien, und Hilfestellung bei Behördenwegen und für Terminvereinbarungen bietet, sowie die KliniksozialarbeiterInnen unterstützt.

Verein ZEBRA - Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum²⁹ wurde 1986 in Graz gegründet. Ein multiethnisches und professionelles BetreuerInnenteam, das über interkulturelle Kompetenz verfügt, bietet Beratung und Unterstützung in verschiedenen Sprachen. Auf Wunsch der KlientInnen können die Beratungen in Albanisch, Bosnisch-Serbo-Kroatisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Rumänisch, Russisch oder Türkisch erfolgen. Die Beratung ist kostenlos und anonym.

1999 wurde z.B. in der Schweiz INTERPRET³⁰ – die Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich gegründet. Ziel des Vereins ist es, MigrantInnen den Zugang zum Gesundheitswesen in der Schweiz zu erleichtern, und die Verständigung zwischen ihnen und dem entsprechenden Fachpersonal sicherzustellen. Diese Interessengemeinschaft dient zur Förderung von Übersetzung und kultureller Mediation im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich und hat ein modularisiertes Ausbildungsangebot für interkulturelle Übersetzung und Vermittlung entwickelt (vgl. Stuker 2001:196f).

Untersuchungen in der Schweiz zur Behandlung von PatientInnen im Gesundheitsbereich haben gezeigt, dass die Kommunikation als Hauptproblem wahrgenommen wird, und die medizinischen Standards dadurch schwer einzuhalten sind. Vor allem der Umgang mit emotional belastenden Situationen verlangt nach Lösungen. Ein Wunsch

²⁷ <http://www.uni-graz.at/itat/> (Stand 25.01.2011)

²⁸ <http://www.isop.at/> (Stand 25.01.2011)

²⁹ <http://www.zebra.or.at/index.php> (Stand 25.01.2011)

³⁰ <http://www.inter-pret.ch/> (Stand 10.01.2011)

nach Dolmetscherdiensten wird sowohl von PatientInnen als auch von ÄrztInnen geäußert (vgl. Stuker 2001:186).

Ein Einsatz von Vermittlungsstellen bringt laut Vogel (2010) beachtliche Chancen mit sich. Sie gewährleisten eine gewisse Qualitätssicherung der Einsätze von DolmetscherInnen. Wer DolmetscherInnen über die Vermittlungsstelle einsetzt, kann davon ausgehen, dass diese ausgebildet sind und für den Einsatz auch entsprechend geeignet. Es besteht jedoch noch Handlungsbedarf für Weiterbildung von DolmetscherInnen im Bereich der Psychotherapie. Bei einem größeren Einsatz können personelle Ressourcen besser genutzt werden. Ein Dolmetscherdienst erhöht die Chancen, dass auch seltene Sprachen abgedeckt sind. Ein weiteres Kriterium ist, die Anfahrtswege für die Einsätze möglichst kurz zu halten. Dies ist über eine gute regionale Verteilung von DolmetscherInnen möglich. Die Vermittlungsstellen können administrative Abläufe optimieren, d.h. den Aufwand an Kosten und Zeit für die Vermittlung möglichst gering halten. Die Vermittlungsstellen sind Zentren der Sensibilisierung und Förderung des Dolmetschens in noch wenig abgedeckten Fachbereichen und Gebieten. Sie können Kunden informieren und über die interkulturelle Vermittlung beraten. Die Vermittlungsstellen stoßen aber auch an ihre Grenzen. Die Politik und die Fachwelt sind nicht ausreichend auf die Anliegen einer guten Kommunikation mit MigrantInnen sensibilisiert, was oft Probleme bei der Finanzierung der Einsätze mit sich bringt. Aus Kostengründen greifen Spitäler daher auf Angehörige und Spitalpersonal zurück, da die Dolmetscherdienste mit der erreichten Qualitätssicherung und Professionalisierung ihre Kosten erhöhen. Werden DolmetscherInnen über eine Vermittlungsstelle eingesetzt, verdienen sie weniger (aufgrund der Strukturkosten) als DolmetscherInnen auf dem freien Markt. Den Institutionen, die die DolmetscherInnen einsetzen, geht es vor allem darum, ihren Auftrag auszuführen. Dem chancengleichen Zugang zum Gesundheits- und Sozialbereich wird weniger Gewicht beigemessen. Trotz dieser Schwierigkeiten sind Vermittlungsstellen aus vielen Gründen notwendig. Bei Situationen, in denen DolmetscherInnen eingesetzt werden, geht es um komplexere Fragen, um emotionale Aspekte, bei denen nur eine Sprachkompetenz in zwei Sprachen nicht ausreicht (vgl. Vogel 2010: 120-123).

Der Dolmetschdienst Zentralschweiz, den die Caritas Luzern führt, hat im Jahr 2006 seine Arbeit aufgenommen. Diese Vermittlungsstelle von DolmetscherInnen im

Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich wird vom Bund und von sechs Zentralschweizer Kantonen finanziell unterstützt. Der Dolmetschdienst Zentralschweiz ist bis jetzt die einzige Vermittlungsstelle, die mehrere Kantone umfasst. Im Pool des Dolmetschdienstes stehen 120 DolmetscherInnen für mehr als vierzig Sprachen zur Verfügung. Schon im ersten Jahr hat sich das Einsatzvolumen um mehr als 20% gesteigert. Ein gut organisierter Dolmetschdienst bringt viele Vorteile mit sich und ist aus vielen Gründen längerfristig notwendig. Vor allem ist die Qualitätssicherung der Einsätze gewährleistet, da die DolmetscherInnen die entsprechende Ausbildung und Erfahrung besitzen. Auch personelle Ressourcen können besser genutzt werden, d.h. seltene Sprachen oder Spezialeinsätze können abgedeckt werden. Die Dolmetschdienste können die administrativen Abläufe optimieren. Sie sind die Zentren der Sensibilisierung und der Förderung des Dolmetschens. Die Nachteile der Vermittlungsstellen bestehen darin, dass die Fachwelt und auch die Politik nicht ausreichend sensibilisiert sind für die Notwendigkeit einer guten Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen. Dazu kommt die Problematik der Finanzierung. Wird die Qualitätssicherung und die Professionalisierung des Dolmetschens erreicht, steigen die Kosten und viele Krankenhäuser werden wieder vermehrt Familienangehörige oder Krankenhauspersonal zum Dolmetschen heranziehen. Bei den DolmetscherInnen herrscht Unzufriedenheit. Von ihnen wird immer mehr Ausbildung verlangt, aber entsprechende Einsätze und Honorare bleiben aus. Diejenigen, die über einen Dolmetschdienst eingesetzt werden, verdienen weniger als jene, die sich am freien Markt bewegen. Trotzdem überwiegen die Vorteile und ein Dolmetschdienst erweist sich als ein geeignetes Modell für die Zukunft (vgl. Vogel 2010:119-123).

Im Jahr 1991 wurde in Belgien ein interkulturelles Vermittlungsprogramm für PatientInnen mit dem Ziel gestartet, vor allem die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften und PatientInnen ethnischer Minderheiten zu verbessern. Die VermittlerInnen übernehmen folgende Aufgaben: Dolmetschen, Kulturmittler, bieten PatientInnen praktische Hilfe und emotionale Unterstützung an, weisen sie auf die Möglichkeit der Teilnahme an einer Konfliktmeditation hin, registrieren Probleme, die PatientInnen im Krankenhaus erfahren und leiten diese an das Gesundheitspersonal sowie an die Krankenhausleitung weiter. Sie betreiben Gesundheitsaufklärung und stellen diese den

PatientInnen zur Verfügung. Derzeit arbeiten 76 interkulturelle VermittlerInnen in 47 allgemeinen Krankenhäusern sowie in 11 psychiatrischen Kliniken. Insgesamt sind 17 Sprachen vertreten. Die wichtigsten Gruppen bilden VermittlerInnen marokkanischer, türkischer und russischer Herkunft (vgl. Verrept 2010:147ff).

Im Rahmen dieses Programms sind mehrere Studien durchgeführt worden (Verrept und Louckx 1997; Verrept 2001, 2008), um Antwort auf die Frage zu bekommen, ob die Arbeit mit interkulturellen VermittlerInnen zu einer verbesserten Qualität der Gesundheitsversorgung führt, bzw. welche Probleme beim Einsatz interkultureller VermittlerInnen auftreten können, und inwiefern dadurch die Effektivität des interkulturellen Vermittlungsprogramms beeinträchtigt wird. Zu den Auswirkungen des Programms auf die Versorgungsqualität wurden 28 Tiefeninterviews mit Gesundheitsfachkräften (ÄrztInnen, Sozialpflegekräften, SozialarbeiterInnen, Krankenschwestern) in Mutter-Kind-Gesundheitszentren und Krankenhäusern durchgeführt, 21 Tiefeninterviews mit erfahrenen interkulturellen VermittlerInnen und 31 Interviews mit stichprobenartig ausgewählten KlientInnen geführt. Alle drei Gruppen waren der Meinung, dass das Programm zur Qualitätssteigerung in der Versorgung beitrug. Alle befragten Gesundheitsfachkräfte waren für die Weiterführung und die Zurverfügungstellung der Standarddienstleistung des Vermittlungsprogramms. Die Anwesenheit von DolmetscherInnen verbesserte die sprachliche Verständigung und den Austausch von Informationen zwischen Fachkräften und PatientInnen. Die PatientInnen waren durch die Anwesenheit von DolmetscherInnen weniger gehemmt, was zur Effektivität der Kommunikation beitrug. Aufgrund der verbesserten Kommunikation konnten die Fachkräfte und die PatientInnen besser zusammenarbeiten. Den marokkanischen PatientInnen fiel es leichter, mit den DolmetscherInnen über bestimmten Themen zu sprechen, als mit einer Gesundheitskraft, und sie wurden ermutigt, den Gesundheitsfachkräften Fragen zu stellen, die vorher aufgrund von Sprachproblemen oder Hemmungen nicht gestellt wurden. Der Grund dafür war nicht nur das bessere Verständnis der DolmetscherInnen für die Probleme der PatientInnen, sondern auch die bessere Anpassung an die Kommunikationsformen der PatientInnen. Es ergaben sich aber auch Probleme bei der Einführung des Programms. Die Gesundheitsfachkräfte beklagten sich in vielen Fällen über den verlangsamen Konsultationsprozess, da einige medizinische Begriffe durch die DolmetscherInnen erklärt werden mussten. Kurz gehaltene Verdolmetschungen könnten einen

Konsultationsprozess schneller gestalten. Dabei kann es aber zu Fehleinschätzungen und Unklarheiten kommen. Es kam auch zu Situationen, in denen die PatientInnen die DolmetscherInnen gebeten haben, gewisse Aussagen nicht zu dolmetschen, und die Gesundheitsfachkräfte unvollständige Informationen über die PatientInnen erhalten haben. Aus diesem Grund „wurde in Belgien die IMIA –Standards für das Medizinische Dolmetschen eingeführt und in das Programm integriert“ (vgl. Verrept 2010:159).

Ein weiteres Problem laut Verrept (2010) ist das fehlende Training der Gesundheitsfachkräfte in der Zusammenarbeit mit den VermittlerInnen. Nur in wenigen Fällen haben die VermittlerInnen und das medizinische Personal ihre Zusammenarbeit geklärt und besprochen. Den medizinischen Fachkräften mangelt es an Sensibilisierung gegenüber der Komplexität transkultureller Kommunikation. In vielen Krankenhäusern werden Sitzungen organisiert, in denen das Krankenhauspersonal lernen kann, wie man mit VermittlerInnen zusammenarbeitet. Es fiel auf, dass vor allem die ÄrztInnen selten bereit waren an diesen Besprechungen teilzunehmen. In manchen Fällen weigerten sich die VermittlerInnen, bestimmte Fragen, zum Beispiel zum Privatleben, zu dolmetschen, was auf die kulturelle Herkunft zurückzuführen ist, oder darauf, dass die ÄrztInnen nicht viel Zeit hatten, über die kulturellen Aspekte zu sprechen. Andererseits gab es auch Bemühungen, ein bestimmtes Übereinkommen zu treffen (vgl. Verrept 2010:160f).

Nachdem die o.a. Studien abgeschlossen waren, wurde ein Programm für die Qualitätssicherung und –verbesserung entwickelt. Um die Qualität, die Effizienz und Effektivität des Programms zu garantieren, wird das interkulturelle Vermittlungsprogramm beobachtet, d.h. in den Krankenhäusern werden regelmäßige Befragungen und Beobachtungen durchgeführt. Zusätzliche Trainings und Supervision der interkulturellen VermittlerInnen sowie Übungseinheiten für Gesundheitspersonal werden angeboten (vgl. Verrept 2010:163f).

In vielen westeuropäischen Ländern gibt es sogenannte „Dolmetscherpools“ mit professionellen DolmetscherInnen für den Gesundheits- und Sozialbereich. Diese Einrichtungen haben sich zum Ziel gesetzt, die fremdsprachigen PatientInnen kompetent zu betreuen, um sie aus ihrer medizinischen Isolation herauszuholen. In Wien mangelt es laut Wimmer/Ipsiroglu (2001) an geeigneter Infrastruktur von Dolmetscherdiensten für

den Gesundheits- und Sozialbereich. Der Bedarf nach Dolmetschleistungen kann nur schwer erhoben werden, da es in den Krankenhäusern keine Statistik über die Verständigungsproblematik mit fremdsprachigen KlientInnen gibt. Die Dolmetscherpools bieten zwar Lösungen zum Abbau von Kommunikationsbarrieren an, erschweren jedoch effiziente Koordination, Preisgestaltung und Qualitätssicherung, und führen dadurch zur weiteren Aufsplitterung der Dolmetschkapazitäten. Der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen, als auch der Einsatz von hausinternen MitarbeiterInnen, die geschult und weitergebildet worden sind, sollte daher unterstützt werden (vgl. Wimmer/Ipsiroglu 2001: 616-621).

5.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel sind die Lösungsmöglichkeiten zur Beseitigung von Verständigungsschwierigkeiten im medizinisch-sozialen Bereich näher erläutert worden. Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass die Lösungsstrategien an die konkrete Kommunikation angepasst werden müssen. Die Situation des Dolmetschens im medizinisch-sozialen Bereich in Österreich und in der Schweiz ist ähnlich, weil sie keine professionelle Anerkennung genießt, doch die Situation scheint sich zu bessern. Die Dolmetschleistungen im medizinisch-sozialen Bereich werden im Regelfall von Ad hoc-DolmetscherInnen ohne entsprechende Ausbildung erbracht, und nur in Ausnahmefällen werden externe professionelle DolmetscherInnen herangezogen. Viele Lösungsvorschläge, die durch Erfolge gekennzeichnet sind, kommen aus dem schweizerischen Raum und tragen zur Qualitätsverbesserung der Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen wesentlich bei. Dabei wird auch ersichtlich, dass das Rollen- und Aufgabenprofil der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich klar definiert werden muss um ein Anforderungsprofil der KrankenhausdolmetscherInnen erstellen zu können. Qualitätssicherung kann durch entsprechende Ausbildung bzw. Weiterbildung und durch Dolmetschdienste, die die Qualitätskontrolle übernehmen, erbracht werden.

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Unter dem Einfluss sich verändernder Rahmenbedingungen im medizinisch-sozialen Bereich wächst die Nachfrage nach kompetenter Unterstützung bei der Arzt-Patient-Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen.

Gerade im medizinisch-sozialen Bereich trägt eine effiziente Kommunikation mit den PatientInnen sowie eine kompetente Betreuung wesentlich zur Genesung und Heilung der Betroffenen bei, aber auch zur Einsparung von Kosten durch Verhinderung der Erstellung von Fehldiagnosen aufgrund von Verständigungsproblemen. Dabei ist es von großer Bedeutung die Verständigungsbarrieren auf allen Kommunikationsebenen wahrzunehmen und zu reflektieren. Arzt-Patient-Gespräche sind sehr stark von unterschiedlichen Verständigungserwartungen der GesprächsteilnehmerInnen gekennzeichnet. Es wird deutlich, dass nicht nur die Sprachprobleme die Verständigungsschwierigkeiten verursachen. Aufgrund der medizinischen Fachsprache und der asymmetrischen Konstellation entsteht während des Arzt-Patient-Gesprächs ein Ungleichgewicht in der Arzt-Patient-Beziehung.

MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Kommunikationsbereich sind auf die Unterstützung von DolmetscherInnen angewiesen, um eine professionelle Kommunikation zwischen PatientInnen und ÄrztInnen gewährleisten zu können.

Zu Überwindung der Sprachbarrieren gibt es verschiedene Lösungsansätze, wie den Einsatz von mehrsprachigen ÄrztInnen und Pflegepersonal, die Nutzung externer Dolmetscherdienste oder das Hinzuziehen von Angehörigen als Ad hoc-DolmetscherInnen.

Aus der vorhandenen Literatur geht hervor, dass der Einsatz von Ad hoc-DolmetscherInnen aufgrund fehlender translatorischer Ausbildung sowie mangelnder Sprachqualität und persönlicher Betroffenheit als problematisch angesehen wird. Das Fehlen der notwendigen Fachterminologie führt oftmals zu Spannungen und möglichen Rollenkonflikten im medizinischen Setting. Es ist selbstverständlich, dass professionelle DolmetscherInnen zu Gesprächen mit fremdsprachigen PatientInnen beigezogen werden. Als Gründe dafür werden deren mangelnde Verfügbarkeit und die hohen Kosten angesehen. Die Anwesenheit von DolmetscherInnen wird von den ÄrztInnen manchmal als störend wahrgenommen. Es ist wichtig zu betonen, dass die Anwesenheit

von DolmetscherInnen die Behandlung erleichtert und vor allem zum Behandlungserfolg führt. Die DolmetscherInnen ermöglichen die Verständigung zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen, bauen sprachliche Barrieren ab, schaffen Vertrauen und helfen Missverständnisse und Konflikte zu bewältigen.

Ziel jeden Arzt-Patient-Gesprächs ist nicht nur die Überwindung der vorhandenen Sprachbarrieren, sondern durch das Vorliegen unterschiedlicher Wertvorstellungen und kultureller Hintergründe auch das Finden einer gemeinsamen Ebene und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses.

Da das medizinische und institutionelle Hintergrundwissen als eine der wichtigsten Kompetenzen der DolmetscherInnen angesehen wird, müssen diese Qualitätsstandards bei der Definition des Rollenbilds der DolmetscherInnen Berücksichtigung finden.

Ad hoc - DolmetscherInnen, die im medizinisch-sozialen Bereich rekrutiert werden, spielen eine enorm wichtige Rolle in den Arzt-Patient-Gesprächen. Ohne deren Einsatz und Engagement würde die Kommunikation kaum stattfinden. Der Einsatz von Ad hoc – DolmetscherInnen erweist sich jedoch aufgrund fehlender translatorischer Ausbildung sowie mangelnder Sprachqualität und medizinischen Sachkenntnissen als problematisch. MitarbeiterInnen, die als interne DolmetscherInnen eingesetzt werden, können nur dann als effiziente Ideallösung zur Überwindung von Sprachbarrieren betrachtet werden, wenn sie auch im Bereich des Dolmetschens weitergebildet, geschult und im medizinisch-sozialen Bereich auf die triadische Kommunikation vorbereitet und sensibilisiert werden.

Die rechtlichen Aspekte der Dolmetschtätigkeit im Gesundheitsbereich in Österreich erweisen sich als sehr mangelhaft. In der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen, kann auf keine verbindlichen gesetzlichen Grundlagen zurückgegriffen werden. Auch über die Problematik der ärztlichen Aufklärung mit fremdsprachlichen PatientInnen wird sehr wenig diskutiert. Nach näherer Betrachtung der rechtlichen Lage lässt sich feststellen, dass die ÄrztInnen verpflichtet sind, in einer verständlichen Art die PatientInnen über ihren Gesundheitszustand aufzuklären. Bei der Auseinandersetzung mit den gesetzlichen Regelungen der ärztlichen Aufklärungspflicht, kann auch auf die internationalen Bestimmungen zurückgegriffen werden, die als Rechtsgrundlage dienen können.

ten, um fremdsprachigen PatientInnen eine Verständigung im medizinischen Bereich zu gewährleisten.

In der vorliegenden Arbeit wurde auf „healthacross“ – eine grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen, unter besonderer Berücksichtigung des Pilotprojekts in Gmünd - České Velenice eingegangen. Einige Ansätze sind beschrieben worden, die die Verständigung erleichtern und die Verständigungsschwierigkeiten überwinden helfen sollen. Dabei spielen DolmetscherInnen eine eher untergeordnete Rolle, da vor allem zweisprachige MitarbeiterInnen weitergebildet werden sollen. MitarbeiterInnen, die als interne DolmetscherInnen eingesetzt werden, können nur dann als effiziente Ideallösung zur Überwindung von Sprachbarrieren betrachtet werden, wenn sie, auch im Bereich des Dolmetschens weitergebildet und geschult werden.

Lösungsstrategien zur Beseitigung von Verständigungsschwierigkeiten im medizinisch-sozialen Bereich müssen an die konkrete Kommunikation angepasst werden. Viele Lösungsvorschläge tragen zur Qualitätsverbesserung der Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen wesentlich bei. Qualitätssicherung kann durch entsprechen Ausbildung bzw. Weiterbildung und durch Dolmetschdienste, sicher gestellt werden. Dabei wird auch ersichtlich, dass das Rollen- und Aufgabenprofil der DolmetscherInnen im medizinisch-sozialen Bereich klar definiert werden muss um ein Anforderungsprofil der KrankenhausdolmetscherInnen erstellen zu können. Die Situation des Dolmetschens im medizinisch-sozialen Bereich in Österreich genießt keine professionelle Anerkennung.

Schließlich ist festzustellen, dass die Situation des Dolmetschens im medizinischen Bereich nicht zufriedenstellend ist. Es besteht ein Handlungsbedarf. Vor allem muss die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf die Problematik gelenkt und für das Thema sensibilisiert werden. Der Notwendigkeit ein Berufsbild für DolmetscherInnen im Gesundheitswesen zu schaffen sollte mehr Bedeutung beigemessen werden.

7 Literaturverzeichnis

- Achermann, Alberto/Künzli, Jörg. 2010. Ein Recht auf Übersetzung? In: Dahinden, Janine/Bischoff, Alexander (Hgg.): *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?*. Zürich: Seismo Verlag, 63-70.
- Allaoui, Raoua. 2005. Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse. In: Albrecht, Niels-Jens/Borde, Theda/Durlanik, Latif (Hgg.): *Migration-Gesundheit-Kommunikation. Interdisziplinäre Reihe, Band 1*. Göttingen: Cuvillier-Verlag, 13-19.
- Angelelli, Claudia V. 2004. *Revisiting the interpreter's role: A study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. Amsterdam: Benjamins, 1-99.
- Barta, Heinz. 2004. *Zivilrecht: Grundriss und Einführung in das Rechtsdenken*. Wien: WUV Universitätsverlag, 649-700.
http://www.uibk.ac.at/zivilrecht/buch/kap10_0.xml?section-view=true;section=2#Zur%C3%A4rztlichenAufkl%C3%A4rungspflicht
- Bahadır, Şebnem. 2000. Von natürlichen Kommunikationskrücken zu professionellen Kommunikationsbrücken (Reflexionen zum Berufsprofil und zur Ausbildung professioneller Dolmetscher im medizinischen, sozialen und juristischen Bereich. In: TEXTconTEXT 14/2, 211-229.
http://www.fb06.uni-mainz.de/textcontext/tct_2000.htm#Bahadir
- Barkowski, Marja. 2007. *Dolmetschen im medizinischen Bereich*. Berlin: BDÜ, 31-92.
- Bischoff, Alexander. 2001. *Overcoming language barriers to health care in Switzerland. Inauguraldisserattion an der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät*. Basel: Universität Basel, 189.
- Bischoff, Alexander/Steinauer, Regine/Kurth, Elisabeth. 2006. *Dolmetschen im Spital: Miarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen*. Forschungsbericht zuhanden des MFH-Netzwerks Schweiz. Basel: Universität Basel, 6-58.
- Bischoff, Alexander/Schuster, Sylvie. 2010. Vermitteln Dolmetscherinnen? Dolmetschen Vermittlerinnen? In: Bischoff, Alexander/Dahinden, Janine (Hgg.): *Dol-*

- metschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?* Zürich: Seismo Verlag, 176-189.
- Burger, Renate/Wieland, Martin. 2010. Healthacros – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zwischen Niederösterreich und Südböhmen. In: *Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*. Wien, 9-146.
- Burger, Renate/Wieland, Martin. 2010. Hospital Europeo de la Cerdana – Europäisches Krankenhaus Cerdanya. In: *Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*. Wien, 96-104.
- Burger, Renate/Wieland, Martin. 2010. Zusammenarbeit in der Notfallversorgung. In: *Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*. Wien, 123-146.
- Burger, Renate/Wieland, Martin. 2010. Notfallkooperation in der Region Gmünd – České Velenice. In: *Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*. Wien, 166-172.
- Domenig, Dagmar. 2001. Einführung in die transkulturelle Pflege. In Domenig, Dagmar (Hg.): *Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern: Verlag Hans Huber, 146-151.
- Eicke, Monika. 2010. Interkulturelles Dolmetschen als Berufsbild: Warum braucht es qualifizierte DolmetscherInnen und interkulturelle VermittlerInnen? In: Dahinden, Janine/Bischoff, Alexander (Hgg.): *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?*. Zürich: Seismo Verlag, 168-175.
- Elghezouani, Abdelhak. 2007. Professionalisation of interpreters. The case of mental health care. In: Wadensjö, Cecilia (Hg.): *The critical link 4. Professionalisation of interpreting in the community: selected papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings*. Amsterdam: Benjamins; 220-222.
- Fiehler, Reinhard. 2002. *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Raddolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 7-15.
- Gentile, Adolfo/Ozolins, Uldis/Vasilakakos, Mary. 1996. *Liaison Interpreting. A Handbook*. Melbourne: Melbourne University Press, 32-33.

- Gile, Daniel. 1995. *Basic concepts and models for interpreter and translator training*. Amsterdam: Benjamins, 30.
- Kadric, Mira. 2006. *Dolmetschen bei Gericht. Erwartungen – Anforderungen – Kompetenzen*. Wien: WUV, 59.
- Kellnhauser, Edith/Schewior-Popp, Susanne. 1999. *Ausländische Patienten besser verstehen*. Stuttgart: Georg Thieme, 20-21.
- Kindt, Walther. 2002. Konzeptuelle Grundlagen einer Theorie der Verständigungsprobleme. In: Fiehler, Reinhard (Hg.): *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 17-43.
- Kläui, Heinrich/Stuker, Rahel. 2010. Interkulturelles Übersetzen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. In: Bischoff, Alexander/Dahinden, Janine (Hgg.): *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?* Zürich: Seismo Verlag, 142-146.
- Knapp, Karlfried/Knapp-Potthoff, Annelie. 1985. Sprachmittlertätigkeit in interkultureller Kommunikation. In: Rehbein, Jochen (Hg.): *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: Gunter Narr Verlag, 450-463.
- Lalouschek, Johanna. 2002. „Hypertonie?“ – oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns. In: Fiehler, Reinhard (Hg.): *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 97-115.
- Meyer, Bernd. 2003. Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 2003: Ausgabe 4, 164-185.
- Meyer, Bernd. 2004. *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann Verlag, 62-223.
- Meyer, Bernd. 2008. *Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial. Expertise für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*. Hamburg: Universität Hamburg, 19-27.
- Niska, Helge. 2002. „Community interpreter training: Past, present, future.“ In: Viezzi, Maurizio / Garzone, Giuliana (Hgg.) *Proceedings of the 1st Forli Conference on Interpreting Studies*. Amsterdam: Benjamins, 133-144.

- Österle, August. 2010. *Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*. Wien, 12-117.
- Peintinger, Michael. 2008. *Ethische Grundfragen in der Medizin*. Wien: facultas.wuv, 17-108.
- Pfleiderer, Beatrix. 1995. Medizinische Systeme Südasiens. In: Pfeiderer, Beatrix/Greifeld, Katarina/Bichmann, Wolfgang (Hgg.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, 67-110.
- Pöchhacker, Franz. 1998. *Dolmetschen: konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. 154.
- Pöchhacker, Franz/Kadric, Mira. 1999. The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. A Case Study. *The Translator* 5:2,161-178.
- Pöchhacker, Franz. 2000. *Dolmetschen: konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg, 176-269.
- Pöchhacker, Franz. 2004. *Introducing Interpreting Studies*. London/New York: Routledge, 164.
- Pöchhacker, Franz. 2010. Dolmetschen im Wiener Gesundheitswesen. In: Schnepf, Wilfried/Walter, Ilse Marie (Hgg.): *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft*. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, 205-214.
- Pöllabauer, Sonja. 2003. Dolmetschen in sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich - eine Gratwanderung zwischen Interessenkonflikten und Streben nach Professionalität. In: Pöllabaer, Sonja/Prunc, Erich (Hgg.): *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft, 18-26.
- Pöltner, Günther. 2002. *Grundkurs Medizin-Ethik*. Wien: Facultas, 21-91.
- Rehbein, Jochen. 1985. Medizinische Beratung türkischer Eltern. In: Rehbein, Jochen (Hg.): *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: Gunter Narr Verlag, 349-419.
- Rehbein, Jochen. 1985. Ein ungleiches Paar – Verfahren des Sprachmittels in der medizinischen Beratung. In: Rehbein, Jochen (Hg.): *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: Gunter Narr Verlag, 420-448.
- Salevsky, Heidemarie (Hg). 1996. *Berliner Beiträge zur Translationswissenschaft; Akten des Internationalen Wissenschaftlichen Kolloquiums anlässlich des*

- 100jährigen Jubiläums der Dolmetscher- und Übersetzungsausbildung Russisch an der Berliner Universität (1894 - 1994)*. Frankfurt am Main, Wien: Lang, 41.
- Schmitt, Peter A. 2003. Qualitätsmanagement. In: Snell-Hornby, Mary/Hönig Hans G./Kußmaul, Paul/Schmitt, Peter A. (Hgg.): *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg Verlag, 394-399.
- Schramek, Christian. 2009. Sprachmittlung als Faktor der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Übersetzen und Dolmetschen in den deutsch-tschechischen Europaregionen. *Trans-Kom. Wissenschaftliche Zeitschrift für Translation und Fachkommunikation* 2009: Ausgabe 2, 197-211.
- Slapp, Ashley Marc. 2004. *Community Interpreting in Deutschland. Gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft*. München: Martin Meidenbauer Verlag, 69-72.
- Stuker, Rahel. 2001. Professionelles Dolmetschen. In: Domenig, Dagmar (Hg.): *Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern: Verlag Hans Huber, 186-199.
- Trubel, Erna-Maria. 2004. *Tabu und Euphemismus in der Arzt-Patient-Kommunikation im interkulturellen Vergleich zwischen Österreich und Ungarn*. Wien: Dissertation, 1-353.
- Tuna, Soner. 2001. Die Bedeutung von Familienzentriertheit und Individuumzentriertheit im Migrationskontext. In Domenig, Dagmar (Hg.): *Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern: Verlag Hans Huber, 214-226.
- Verrept, Hans/Louckx, Fred. 1997. Health advocates in Belgian health care. In: Ugalde, Antonio/Cardenas, Gilberto (Hgg.): *Health and Social Services among International Labor Migrants: a Comparative Perspective*. Austin, Tex.: CMAS-books: 67-86.
- Verrept, Hans. 2001. *Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg. Intercultural Mediation in Health Care*. Cultuur en Migratie 18 (2): 150.
- Verrept, Hans. 2008. Intercultural Mediation: an answer to health care disparities? In: Valero-Garces, Carmen/Martin, Anne (Hgg.): *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 187-201.

- Verrept, Hans. 2010. Auswirkungen der interkulturellen Vermittlung auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. In: Bischoff, Alexander/Dahinden, Janine (Hgg.): *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?* Zürich: Seismo Verlag, 147-167.
- Vogel, Hansjörg. 2010. Regionale Vermittlungsstellen: ein Zukunftsmodell? In: Dahinden, Janine/Bischoff, Alexander (Hgg.): *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?*. Zürich: Seismo Verlag, 116-123.
- Wadensjö, Cecilia. 1992. *Interpreting as Interaction: on dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University, 69-74.
- Weiss, Regula/Stuker, Rahel. 1999. Wenn PatientInnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen – Konzepte zur Übersetzungspraxis. *Sozial- und Präventivmedizin* 1999: Ausgabe 44, 257-263.
- Westermilies, Inga. 2004. Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten. Medizinisch-ethische Aspekte. Münster: Lit, 21.
- Wimmer, Banu/ Ipsiroglu, Osman S. 2001. Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern. Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. *Wiener klinische Wochenschrift* 2001: Ausgabe 113/15-16, 616-621.
- Wodak, Ruth 1981. Das Wort in der Gruppe. Linguistische Studie zur therapeutischen Kommunikation. Wien: Verlag der österreichischen Akademie der Wissenschaften, 44-46.

Internet - Quellen:

- http://www.aiic.net/ViewPage.cfm?article_id=24&plg=6&slg=1 [Stand 05.06.2010]
- http://www.universitas.org/download.html?FILE_ID=252 [Stand 05.06.2010]
- <http://www.uni-hildesheim.de/~stegmann/hippokr.htm> [Stand 07.06.2010]
- <http://old.roteskreuz.at/1262.html> [Stand 08.06.2010]
- http://inter-pret.ch/contenus/pdf/Berufspolitik/Begriffe_2005-11-dt.pdf [Stand 09.11.2010]
- <http://www.healthacross.eu/> [Stand 07.09.2010]
- <http://www.hcerdanya.eu/webgc/en/index.html> [Stand 10.10.2010]

http://geschichte.landesmuseum.net/index.asp?contenturl=http://geschichte.landesmuseum.net/orte/ortedetail.asp___id=3726 [Stand 05.10.2010]

http://www.healthacross.eu/images/Newsletter05_2010.pdf [Stand 05.12.2010]

<http://www.healthacross.eu/ha1.html> [Stand 19.08.2010]

<http://toulavakamera.ct24.cz/article.asp?id=1076> [Stand 04.10.2010]

<http://www.healthacross.eu/images/WoerterbuchRettungsdienst.pdf> [Stand 07.01.2011]

<http://www.euregio-egrensis.de/euregio/euregio.php> [Stand 08.01.2011]

<http://www.euroregion-elbe-labe.eu/de/> [Stand 08.01.2011]

<http://www.euregio-egrensis.de/euregio/euregio.php> [Stand 08.01.2011]

<http://www.euroregion-elbe-labe.eu/de/> [Stand 08.01.2011]

http://www.healthacross.eu/images/prezentaceZimmelova_AT.pdf [Stand 03.10.2010]

http://www.jusline.at/5a_Patientenrechte_KAKuG.html [Stand 15.11.2010]

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001747> [Stand 15.11.2010]

<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=164&CM=8&DF=5/6/2006&CL=GER> [Stand 08.11.2010]

<http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/005.htm> [Stand 08.11.2010]

http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Rechte%20PatientInnen%20und%20BesucherInnen_36228.pdf [Stand 23.01.2011]

<http://www.omega-graz.at/index.shtml> [Stand 25.01.2011]

<http://www.uni-graz.at/itat/> [Stand 25.01.2011]

<http://www.isop.at/> [Stand 25.01.2011]

<http://www.zebra.or.at/index.php> [Stand 25.01.2011]

<http://www.inter-pret.ch/> [Stand 10.01.2011]

Anhang

Wichtige Adressen:

Zentrum für Translationswissenschaft

Universität Wien

Gymnasiumstrasse 50

A-1190 Wien

<http://transvienna.univie.ac.at/>

Institut für theoretische und angewandte Translationswissenschaft

Merangasse 70/1

8010 Graz

<http://www.uni-graz.at/itat/>

Universität Innsbruck

Institut für Translationswissenschaft

Herzog-Siegmund-Ufer 15,4.Stock, Zi 408

A-6020 Innsbruck

<http://www.uibk.ac.at/translation/>

OMEGA

Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration

Albert-Schweitzer-Gasse 22

A-8020 Graz

<http://www.omega-graz.at/index.shtml>

ISOP

Interkulturelle Gesundheitsassistenten

Dreihackengasse 2

8020 Graz

<http://www.isop.at/>

ZEBRA

Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum

Schönaugürtel 9

8010 Graz

<http://www.zebra.or.at/index.php>

Zus

Zusammenfassung

Unter dem Einfluss sich verändernder Rahmenbedingungen im medizinisch-sozialen Bereich wächst die Nachfrage nach kompetenter Unterstützung bei der Arzt-Patient-Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen. Gerade im medizinisch-sozialen Bereich trägt eine effiziente Kommunikation mit den PatientInnen sowie eine kompetente Betreuung wesentlich zur Genesung und Heilung der Betroffenen bei, aber auch zur Einsparung von Kosten durch Verhinderung der Erstellung von Fehldiagnosen aufgrund von Verständigungsproblemen. Zu Überwindung der Sprachbarrieren gibt es verschiedene Lösungsansätze, wie den Einsatz von mehrsprachigen ÄrztInnen und Pflegepersonal, die Nutzung externer Dolmetscherdienste oder das Hinzuziehen von Angehörigen als Ad hoc-DolmetscherInnen. Der Einsatz von Ad hoc – DolmetscherInnen erweist sich jedoch aufgrund fehlender translatorischer Ausbildung sowie mangelnder Sprachqualität und medizinischen Sachkenntnissen als problematisch. MitarbeiterInnen, die als interne DolmetscherInnen eingesetzt werden, können nur dann als effiziente Ideallösung zur Überwindung von Sprachbarrieren betrachtet werden, wenn sie auch im Bereich des Dolmetschens weitergebildet, geschult und im medizinisch-sozialen Bereich auf die triadische Kommunikation vorbereitet und sensibilisiert werden. In der vorliegenden Arbeit wurde auf „healthacross“ – eine grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen, unter besonderer Berücksichtigung des Pilotprojekts in Gmünd - České Velenice eingegangen. Einige Ansätze sind beschrieben worden, die die Verständigung erleichtern und die Verständigungsschwierigkeiten überwinden helfen sollen. Dabei spielen DolmetscherInnen eine eher untergeordnete Rolle, da vor allem zweisprachige MitarbeiterInnen weitergebildet werden sollen. MitarbeiterInnen, die als interne DolmetscherInnen eingesetzt werden, können nur dann als effiziente Ideallösung zur Überwindung von Sprachbarrieren betrachtet werden, wenn sie, auch im Bereich des Dolmetschens weitergebildet und geschult werden.

Die Situation des Dolmetschens im medizinischen Bereich nicht zufriedenstellend ist. Es besteht ein Handlungsbedarf. Vor allem muss die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf die Problematik gelenkt und für das Thema sensibilisiert werden. Der Notwendigkeit ein Berufsbild für DolmetscherInnen im Gesundheitswesen zu schaffen sollte mehr Bedeutung beigemessen werden.

Abstract

The demand for competent support in the doctor-patient communication with foreign patients growth under the influence of changing conditions in the medical and social sector.

Especially in the medical and social sector is an efficient communication with the patient and a competent support essential for the recovery and the healing process of those affected by. But also to save costs by preventing the creation of false diagnosis due to communication problems.

To overcome the language barriers, there are different approaches, such as the use of multi-lingual doctors and nurses, the use of external interpreters or the use of family members as ad hoc interpreters.

The use of ad hoc interpreters turns out to be problematic due to the lack of translational training and the lack of language quality and medical knowledge. Employees, which are used as internal interpreters can only be considered as an efficient ideal solution for overcoming language barriers when they are trained in the field of interpreting, trained and prepared in the medical and social context and in the triadic communication.

In the present work has been presented the project "healthacross" – a cross-border cooperation in health care in the border region of Lower Austria and South Bohemie. Particular attention has been payed to the pilot project in Gmünd. Some approaches have been described to facilitate understanding and help overcome the communication difficulties. Interpreters play a minor role. Especially bilingual staff should be trained. Employees, which are used as internal interpreters can only be considered as an efficient ideal solution for overcoming language barriers, if they are trained in the area of interpretation.

The situation of interpreting in the medical field is not satisfactory. There is a need for action. In particular, the attention must be drawn to the public and to raise public awareness concerning this issue. The importance to create a professional profile for interpreters in health care need to be attached.

Curriculum Vitae

Persönliche Informationen

Name: Ivana Riener Bakk.phil.
Adresse: Brunnengasse16, 2104 Spillern
Email: ikovacova@hotmail.com
Geboren: 05.November 1977 in Handlová, Slowakei

Ausbildung

2011 – dato:

Kindergartenpädagogik, bakip21 Wien

2008 - dato:

Masterstudium Dolmetschen Deutsch Englisch, Universität Wien

2003 - 2008:

Bakkalaureatsstud. Übersetz./Dolmetschen Deutsch Englisch, Universität Wien

1992 - 1996:

Gymnasium Handlova, Slowakei

Kurse und Schulungen

2004 – 2005

The Cambridge Institute Wien: Certificate in Advanced English CAE/ESOL

1999 – 2000

Berkshire College Langley, Slough, UK: First Certificate in English FCE

1998 – 1998

Komensky-Universität, Bratislava: Všeobecná štátna jazyková skúška (Bescheinigung von Deutschkenntnissen)

Berufspraxis

01/2010 – 01/2011:

Alpine Mayreder GmbH, Wien
Kursleiterin für Slowakisch

01/2010 – 02/2010:

GENTE Textilhandel GmbH
Büroangestellte und Übersetzerin für Slowakisch

10/2009 – dato:

VHS Brigittenau, Wien

Kursleiterin für Slowakisch und Fitness

07/2007 – dato:

Gemeinde Spillern

Betreuerin der Ferienspiele und des Projektes „Gesunde Gemeinde“

10/2007 - 02/2008:

A Head Media Wien

Aushilfe für Recherche und Übersetzen

05/2007 - 09/2007:

X-PR Agentur Wien

Promotorin

10/2006 - 02/2007:

Privat, Wien

Führung der Haushalt und Kinderbetreuung

02/2002 - 05/2003:

Privat, Altlengbach

Au-Pair

12/2001 - 12/2001:

Handelsakademie Žiar nad Hronom, Slowakei

Deutschlehrerin

02/2001 - 04/2001:

The Boyd School, Prievidza, Slowakei

Englischlektorin

02/1999 - 12/2000:

Privat, Langley-Slough, UK

Au-Pair

05/1997 - 08/1998:

Privat, Polle, D

Au-Pair

03/1997 - 04/1997:

Yazaki Debmar Slovakia, Prievidza, Slowakei Gruppenleiterin