



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Dolmetschen im tschechischen Medizintourismus
am Beispiel einer Augenklinik“

verfasst von / submitted by

Veronika Horová, Bc.

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

Wien, 2018 / Vienna 2018

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

A 070 369 331

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

Dialogdolmetschen Tschechisch – Deutsch

Betreut von / Supervisor

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

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich gerne bei einigen Menschen bedanken, die mich während des Schreibprozesses unterstützt haben. Lieben Dank an meine ehemalige Universitätskollegin Soňa Kyselová, die es mir ermöglicht hat, die Welt der Augenchirurgie kennenzulernen.

Danke an meine Vorgesetzte PhDr. Jindra Čadilová, mit der ich jederzeit alle Details meiner Arbeit absprechen konnte, und an das gesamte Team der Augenklinik DuoVize, aber auch an jene PatientInnen, die sich Zeit für meine Fragen genommen und diese beantwortet haben.

Ich bedanke mich auch bei meinen Freunden, die mir mit der visuellen Form der Masterarbeit geholfen haben.

Mein besonderer Dank gebührt Herrn Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Pöchlhammer, da er sehr bereitwillig alle meine Fragen beantwortet und mich zum weiteren Schreiben motiviert hat.

Und nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mir immer zur Seite steht.

Inhaltsverzeichnis

0.	Einleitung	8
1.	Der Medizintourismus	10
1.1.	Bedeutung	10
1.2.	Definition(en) und Begriffsbestimmung	11
1.3.	Einordnung	14
1.4.	Motive	15
1.5.	Zielgruppe	17
1.6.	Vermarktungskanäle	17
1.6.1.	Vermittlungsagenturen	18
1.7.	Auswirkungen des Medizintourismus und Prognose	19
2.	Dolmetschen im Gesundheitsbereich	21
2.1.	Entwicklung	21
2.2.	Einordnung	22
2.2.1.	Community interpreting	22
2.2.2.	Dialogdolmetschen	23
2.3.	Rolle(n) der DolmetscherInnen beim Dialogdolmetschen	24
2.3.1.	Sichtbarkeit der DolmetscherInnen	26
2.4.	Dolmetschmodi	27
2.5.	Die Sitzordnung beim medizinischen Gespräch	28
2.6.	Charakter der DolmetscherInnen	30
3.	Methodik	33
3.1.	Fragestellung(en)	33
3.2.	Vor der Datenerhebung	33
3.3.	Aufnahmen der Gespräche und Beobachtung	34
3.4.	Interviews	35
3.4.1.	Die PatientInnen	36
3.4.2.	Das medizinische Personal	37

3.4.3. Die Dolmetscherinnen.....	38
4. Fallstudie Augenlinik	40
4.1. Vorstellung der Augenlinik	40
4.2. Die Kommunikation in der Augenlinik	45
4.2.1. Bei der Voruntersuchung	45
4.2.2. Bei der optometrischen Untersuchung	60
4.2.3. Bei der ärztlichen Untersuchung	71
4.2.4. Bei der Operation	74
4.3. Ergebnisse der Interviews.....	78
4.3.1. Die PatientInnen.....	78
4.3.2. Das medizinische Personal	81
4.3.3. Die Dolmetscherinnen.....	84
5. Schlussfolgerungen und Diskussion.....	92
Bibliographie	95
Anhang I - Transkriptionen	99
Anhang II - Interviews	127
Abstract	160

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1 – Am häufigsten genutzte Kommunikations- und Vertriebswege zur Einwerbung internationaler PatientInnen (in Prozent) (Juszczak 2017: 56)	13
Abb. 2 – Deutsche Website der Augenklinik DuoVize (www.duovize.de)	36
Abb. 3 – Beispiel eines Erfahrungsberichtes (https://www.duovize.de/category/empfehlung/page/2/)	36
Abb. 4 – Deutsche Facebook-Seite der Augenklinik DuoVize (https://www.facebook.com/augenklunikneovizia/)	37
Abb. 5 – Kontaktformular auf der deutschen Website der Klinik (https://www.duovize.de/kontakt/)	38
Abb. 6 – Räumliche Anordnung beim Anamnesegespräch	51
Abb. 7 – Räumliche ordnung bei der Messung im Schwesternzimmer	52
Abb. 8 – Räumliche Anordnung bei der optometrischen Untersuchung	61
Abb. 9 – Räumliche Anordnung zu Beginn der ärztlichen Untersuchung	63
Abb. 10 – Räumliche Anordnung im späteren Verlauf der ärztlichen Untersuchung	64
Abb. 11 – Räumliche Anordnung zu Beginn der Operation	66
Abb. 12 – Räumliche Anordnung im späteren verlauf der Operation	68
Tab. 1 – Formen des Gesundheitstourismus (Groß 2017: 14)	9

0. Einleitung

Viele Menschen auf der ganzen Welt unternehmen lange Reisen mit dem Auto, dem Zug, dem Bus oder gar mit dem Flugzeug, um sich aus den verschiedensten Gründen im Ausland einem medizinischen Eingriff zu unterziehen. Auf der Suche nach einer Praktikumsstelle erfuhr ich von einer Studienkollegin von der Augenklinik DuoVize, wo sie für PatientInnen aus den deutschsprachigen Ländern dolmetscht. Seit Juli 2017 arbeite ich dort auch als Dolmetscherin. Bereits während meines ersten Arbeitsmonats fiel mir auf, dass sich meine berufliche Tätigkeit gut zu einem Masterarbeitsthema verarbeiten ließe.

In der vorliegenden Masterarbeit überschneiden sich zwei große Themenbereiche, die eine gemeinsame Basis haben: Der erste, offensichtlichere ist die Kommunikation mithilfe von DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich, zu dem schon zahlreiche wissenschaftliche Beiträge erschienen sind. I.d.R. handelt es sich jedoch um Publikationen, in denen das Dolmetschen in der Medizin im Rahmen des sog. „Kommunaldolmetschens“ untersucht wird, d.h. unter der Annahme, dass die PatientInnen Mitglieder einer Minderheitengruppe sind. Da es sich in meinem Falle um andere Menschen in der Rolle der PatientInnen handelt, wird der erste Themenbereich um ein zweites Thema, den sog. „Medizintourismus“ ergänzt, dessen Ursprünge weit in die Geschichte zurückreichen. Dieser Terminus bezeichnet den oben beschriebenen Trend, dass sich Menschen im Ausland planmäßig medizinisch behandeln lassen. Es ist wichtig anzumerken, dass es sich hierbei um medizinische Einrichtungen handelt, die nicht staatlich, sondern privat betrieben werden. Das heißt, dass diese Eingriffe nicht von der Krankenkasse übernommen werden, sondern die PatientInnen diese selbst finanzieren.

Der theoretische Teil zum Dolmetschen im Gesundheitswesen wird auf der Grundlage der breit angelegten Fallstudien von Claudia Angelelli (2008) und Elaine Hsieh (2016) aufgearbeitet. Beide Studien bestehen aus tiefgründigen Analysen von Krankenhäusern, in denen außer den Einheimischen auch Angehörige von Minderheitengruppen behandelt werden. Wie bereits erwähnt, ist das Thema des Dolmetschens im Medizinbereich häufiger Untersuchungsgegenstand von Studien. Ähnlich kann auch die Situation rund um den Medizintourismus beschrieben werden, denn auch in diesem Feld sind in letzter Zeit umfassende Werke entstanden. Federführend ist hier vor allem Jens Juszczak, dessen zahlreiche Beiträge als Grundlage für die Masterarbeit dienen.

Der Masterarbeit liegen drei Forschungsfragen zugrunde. Die erste bezieht sich auf die Merkmale der durch DolmetscherInnen vermittelten Kommunikation, die zweite auf das Aufgabenprofil der DolmetscherInnen in der Augenklinik und die letzte zielt auf das Motiv der deutschsprachigen MedizintouristInnen ab, sich in Prag behandeln zu lassen. Sie werden anhand empirischer Daten, die im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit gesammelt wurden, untersucht. Hierbei handelt es sich um Aufnahmen von Gesprächen bei den Untersuchungen, Feldnotizen von der Beobachtung vor Ort sowie Interviews mit den Beteiligten.

Das erste Kapitel der Arbeit befasst sich mit dem Medizintourismus. Nach einer kurzen historischen Kontextualisierung wird seine aktuelle Bedeutung und Einordnung in ein breiteres System beleuchtet. In weiterer Folge wird anhand der Literatur auf die Gruppe der reisenden PatientInnen sowie ihre Beweggründe zum Reisen eingegangen. Anschließend werden die Vermarktungskanäle von Kliniken erwähnt, die ausländische PatientInnen ansprechen wollen, und zuletzt wird noch eine mögliche Prognose für die zukünftige Entwicklung des Medizintourismus skizziert.

Im zweiten Kapitel wird das Dolmetschen im Gesundheitswesen aus verschiedenen Perspektiven dargestellt. Zu Beginn wird es im breiteren Rahmen des Kommunaldolmetschens vorgestellt und in Folge liegt der Schwerpunkt auf zwei in der einschlägigen Literatur als umstritten geltenden Phänomenen – auf der Sichtbarkeit der DolmetscherInnen und auf ihrer Rolle. Die Dolmetschmodi, die beim Dolmetschen in der Medizin verwendet werden, und die Sitzordnung beim medizinischen Gespräch sowie die erforderlichen Kompetenzen der DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich schließen den theoretischen Teil der Arbeit ab.

Das dritte Kapitel beleuchtet die Methodik in Bezug auf die Datenerhebung, v.a. in Bezug auf die Aufnahmen der Gespräche bei den Untersuchungen und die Interviews mit den Dolmetscherinnen, mit dem medizinischen Personal und mit den PatientInnen der Augenklinik.

Am Anfang des vierten Kapitels wird zuerst die Augenklinik selbst und ihr Personal näher vorgestellt, damit das empirische Material im Kontext analysiert werden kann. Da man die Behandlung in der Klinik in verschiedene Phasen aufteilen kann, die sich voneinander stark unterscheiden, werden die einzelnen Phasen getrennt in jeweiligen Unterkapiteln behandelt. Dieser Analyse folgt die Auswertung der Interviews je nach den befragten Gruppen.

Eine Schlussfolgerung aufgrund der Ergebnisse der Studie erfolgt im fünften Kapitel.

1. Der Medizintourismus

1.1. Bedeutung

Der Medizintourismus ist als Begriff relativ neu, als Trend jedoch nicht. Asklepios, der Gott der Heilkunst in der griechischen Mythologie, galt als „Arzt“, zu dem Gebete gesprochen wurden, damit er Krankheiten heilt. Damals musste man über die ganze Welt mit Schiffen oder in unbequemen Kutschen fahren. Heutzutage kann auf einer gemütlicheren Art und Weise gereist werden. Der Grund, in ein entferntes Land zu reisen, um geheilt zu werden, bleibt offenbar immer gleich (vgl. Kirsch 2017: 10). Höhere Gesellschaftsschichten in ganz Europa reisten schon im 16. Jahrhundert ins Ausland, um sich Kuren zu unterziehen oder in einem Bad die Heilkraft von verschiedenen Quellen zu nutzen (vgl. Gratzner 2017: 149). Im 17. Jahrhundert kooperierten Deutschland und Schweden im Bereich der Brunnenkultur (vgl. Kirsch 2017: 8), indem die schwedische nach dem deutschen Vorbild entwickelt wurde, um Schweden in diesem Bereich zu einem wettbewerbsfähigen Land zu machen, das nicht nur von inländischen, sondern auch von ausländischen TouristInnen aufgesucht wird (vgl. Gratzner 2017: 136). Der Medizintourismus genießt viel Aufmerksamkeit in der Literatur und nicht zuletzt auch in den Medien. Der Schwerpunkt jedes einzelnen Werkes weicht jedoch von jenem der anderen ab, weil der Medizintourismus als Thema viele Ausprägungen in sich birgt. So konzentrieren sich z.B. Markus (2009) und Groß (2017) v.a. auf die wirtschaftliche Seite des Medizintourismus. Eine ähnliche Perspektive hat auch Quast (2009). In ihrem Werk liegt der Fokus aber größtenteils auf dem Quellmarkt Deutschland. Kirsch und Juszczak (2017) fassten hingegen Erfahrungen aus verschiedenen Ländern wie z.B. Schweden, Polen und Thailand zusammen. Rulle (2004) befasste sich mit Entwicklungstendenzen im Rahmen der dem Medizintourismus übergeordneten Stufe des Gesundheitstourismus. Eine andere Informationsquelle stellt das Werk von Kagelmann und Kiefl (2016) dar. Es handelt sich hierbei um ein sehr umfangreiches Lexikon mit einer allgemeinen Einführung in das Thema. Cassens (2013) hat die Form eines Lehrbuches, in dem v.a. darauf eingegangen wird, wie sich das an den Universitäten erlangte Wissen in die Praxis umsetzen lässt (vgl. Cassens 2013: 3).

In der Presse findet der Medizintourismus sehr oft Erwähnung. Für die Zwecke der vorliegenden Seminararbeit steht nur die tschechische Presse im Vordergrund, wobei es wahrscheinlich erscheint, dass auch in der Presse anderer Länder Beiträge ähnlicher Natur ausfindig gemacht werden können. In der Presse liest man u.a. über die medizinischen Bereiche, die

für das Empfängerland am lukrativsten sind, darüber, welche Einstellung dazu der Staat bzw. die Politik einnimmt, und ab und zu sind einige Zahlen zu finden, obwohl es keine genauen Daten gibt, weil der Medizintourismus in den Händen von privaten Kliniken liegt, die aufgrund des enormen Wettbewerbs keine exakten Zahlen preisgeben wollen. Die Themenbereiche der Zeitungsartikel aus tschechischen Tageszeitungen werden später näher besprochen.

1.2. Definition(en) und Begriffsbestimmung

Im letzten Abschnitt wurde vom Begriff „Medizintourismus“ Gebrauch gemacht. Der Grund dafür liegt darin, dass er in der Literatur häufig in Erscheinung tritt. Aus den im Folgenden vorgestellten Definitionen geht jedoch hervor, dass in diesem Bereich eine gewisse Uneinheitlichkeit herrscht. Quast (2009) spricht sogar von einem „Dschungel der [...] Begriffe“ (Quast 2009: 1). In diesem Abschnitt wird der Versuch unternommen, die Begriffe klar voneinander abzugrenzen, indem der Begriff Medizintourismus beleuchtet und Definitionen von den schon erwähnten Autoren verglichen werden.

Die Begriffe „Medizintourismus“, „Patiententourismus“ und „Kliniktourismus“ können synonym verwendet werden (vgl. Groß 2017: 20). Darunter versteht man „die Formen des Gesundheitstourismus, bei denen ärztliche Behandlungen und operative Eingriffe, vornehmlich im Ausland, in Anspruch genommen werden“ (Groß 2017: 20). Von „Patiententourismus“ spricht auch Rulle (2004). Ihre Definition und die oben erwähnte überlappen sich größtenteils. Ein deutlicher Unterschied ist jedoch mit Bezug auf einen Aspekt erkennbar: Rulle schließt in ihrer Definition den inländischen Verkehr von PatientInnen völlig aus (vgl. Rulle 2004: 40). Markus (2009) stützt sich vollständig auf den Ansatz von Rulle (2004), wobei aber immer vom „Medizintourismus“ die Rede ist. Die Bezeichnung „Patiententourismus“ findet keine Erwähnung (vgl. Markus 2009: 28). Juszczak (2013, 2017) verwendet keinen anderen Begriff als „Medizintourismus“. Er beschreibt ihn als eine Reise innerhalb sowie außerhalb des Heimatstaates „zum Zweck einer geplanten medizinischen Behandlung“ (Juszczak 2013: 152).

Quast (2009) plädiert für eine Definition, die sowohl die medizinische, als auch die touristische Seite des Phänomens einbezieht. Sie kritisiert, dass in jeder Definition in der deutschen Literatur immer mindestens ein Aspekt außer Acht gelassen wird (vgl. Quast 2009: 5). Aus diesem Grund schlägt sie folgende Definition vor:

Medizintourismus ist ein Synonym für die Begriffe Patienten-, Klinik- und Operationstourismus und beschreibt die Bewegung von Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen medizinische Dienstleistungen an Orten außerhalb ihres gewöhnlichen Umfeldes in Anspruch nehmen, wobei der Aufenthalt die Dauer eines Urlaubes nicht überschreitet und vielfach mit der Nachfrage touristischer Aktivitäten kombiniert wird (Quast 2009:6).

Damit werden beide Formen (außerhalb sowie innerhalb des Heimatstaates) und beide Aspekte vom Medizindolmetschen (Nutzung der Gesundheitspflege und des touristischen Angebotes) miteinbezogen.

Im Wirtschaftslexikon (2015) wird mit dem Begriff „Patiententourismus“ gearbeitet. Hier wird er als „umgangssprachlich“ bezeichnet:

(...) für bestimmte Formen der grenzüberschreitenden medizinischen Behandlung bzw. der Behandlung ausländischer Patienten. Dabei werden unter Patiententourismus solche Behandlungen verstanden, bei denen der Patient das Land, in dem die Behandlung ausgeführt wird, gezielt aufgesucht, um sich dort behandeln zu lassen. Dagegen wird die Behandlung von Urlaubern, die am Urlaubsort erkranken und deshalb dort einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen müssen, üblicherweise nicht als Patiententourismus bezeichnet. Der Begriff des Patiententourismus gilt als problematisch, weil er den Eindruck erweckt, es handele sich um Freizeitgestaltung. (Wirtschaftslexikon 2015)

Im diesem Falle bezieht sich der Autor nur auf Reisen ins Ausland.

Bereits am Anfang des Lexikons von Kagelmann und Kiefl (2016) stellt sich wegen des Titels des Werkes „Gesundheitsreisen und Gesundheitstourismus: Grundlagen und Lexikon“ die Frage, was unter den Begriffen „Gesundheitstourismus“ und „Gesundheitsreisen“ zu verstehen ist und ob es überhaupt zweckmäßig ist, zwischen diesen zwei Benennungen zu unterscheiden (vgl. Kagelmann & Kiefl 2016: 8). Die Autoren haben es sich zur Aufgabe gemacht, alle in diesem Bereich in Deutschland verwendeten Begriffe zu klären (vgl. Kagelmann & Kiefl 2016: 13) und zu diesem Zweck haben sie eine qualitative Inhaltsanalyse von Werbetexten (vgl. Kagelmann & Kiefl 2016: 14) bei deutschen AnbieterInnen von Gesundheitstourismus durchgeführt. Im Rahmen der Studie wurde festgestellt, dass es „rund 560 verschiedene Bezeichnungen für alle möglichen Angebotsarten von ‚Gesundheitstourismus‘“ gibt, wobei „allerdings nur rund 35 % davon mehr oder weniger eigenständige Begriffe“ sind. „Rund 45 % sind Synonyme oder Variationen ein- und desselben Angebotes. Rund 20 % sind reine, häufig fantasievolle Marketing- oder Werbebezeichnungen [...] und fachlich haben sie überhaupt keine Bedeutung“ (Kagelmann & Kiefl 2016: 15). Aufgrund der vielen Termini, die „Ausdruck eines fantasievollen Marketings“ (Kagelmann & Kiefl 2016: 16) sind, kommen die Autoren zum Schluss, dass es im Gesundheitstourismus keine präzisen und v.a. einheitli-

chen Regeln bezüglich der Terminologie gibt (vgl. Kagelmann & Kiefl 2016: 16). Dieser Trend ist auch im Lexikon unter mehreren Bezeichnungen zu finden:

- 1) „Medizinreise (oder auch medizinische Reise, medizinisch motivierte(s) Reisen, kurative Reise)“ (Kagelmann & Kiefl 2016: 168)
- 2) Medizintourismus – eine sehr häufig vorkommende Bezeichnung, die aber für unterschiedliche Angebote steht (vgl. Kagelmann & Kiefl 2016: 176)
- 3) „Operationsreisen – Reisen aus Gründen medizinischer Interventionen“ (Kagelmann & Kiefl 2016: 187)
- 4) „Patientenreisen“ (Kagelmann & Kiefl 2016: 188)
- 5) „Patiententourismus (oder auch Patientenurlaub)“ (Kagelmann & Kiefl 2016: 188)

Bei den Definitionen stützen sich Kagelmann und Kiefl (2016) auf verschiedene Autoren (vgl. Kagelmann & Kiefl 2016: 168-188), wobei sich die Definitionen jedoch nicht erheblich von jenen unterscheiden, die oben angeführt sind. Die Autoren plädieren v.a. für eine strikte Unterscheidung zwischen den Komposita mit –reise und –tourismus. Bei einer Reise verlässt man einem Plan folgend zum Zweck eines „Sich-Fortbewegens“ den Heimatort und zwar aus „existenziellen Gründen“. Beim Tourismus (im Sinne von „Urlaub machen“) reist man aus „nicht-existenziellen Gründen“, um eine neue Erfahrung zu machen, um etwas Neues zu erleben (vgl. Kagelmann & Kiefl 2016: 24). Aus diesem Grund ziehen Kagelmann und Kiefl (2016) den Begriff Medizinreise dem Begriff Medizintourismus vor.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Literatur die Bezeichnung „Medizintourismus“ häufiger verwendet wird als andere Bezeichnungen. Manche AutorInnen schlagen „Patiententourismus“ (der häufigste Begriff nach „Medizintourismus“), „Klinik-“ und „Operationstourismus“ als Synonyme vor.

Die Definitionen des Medizintourismus der erwähnten AutorInnen unterscheiden sich bis zu einem gewissen Grad. Gemein haben sie jedoch, dass es sich um das Verlassen des Zuhauses zum Zweck einer Reise handelt, während der medizinische Behandlungen in Anspruch genommen werden. Mehrheitlich sprechen die AutorInnen von einer Reise ins Ausland. Eine Autorin erwähnt noch die Dauer dieser Reise – sie soll nicht länger als ein Urlaub sein – und fügt die Nutzung eines touristischen Angebotes während der Reise hinzu (vgl. Quast 2009: 6).

1.3. Einordnung

Auf den ersten Blick scheinen Gesundheits- und Medizintourismus das Gleiche zu bezeichnen. In diesem Abschnitt erwähnte AutorInnen unterscheiden jedoch zwischen diesen zwei Begriffen und ergänzen das System noch mit weiteren Termini. Die Gliederung dieser Begriffe wird in diesem Abschnitt anhand der Literatur näher erläutert.

Groß (2017) erklärt, dass es in der Gliederung Unterschiede auf nationaler und internationaler Ebene gebe, wobei die einzelnen Bereiche fließend ineinander übergehen. In deutschsprachigen Ländern richte man sich „nach Intensität der medizinischen Orientierung“ (Groß 2017: 14).

Tab. 1: Formen des Gesundheitstourismus nach Groß (2017: 14)

MEDIZIN ←←←←←				
				→→→→→WELLNESS
Medizintourismus	Kur- und Re- habilitations- Tourismus	Medical- Wellness- Tourismus	gesundheits- orientierter Urlaub	Wellness- Tourismus

Somit wird der Gesundheitstourismus in die fünf oben angedeuteten Branchen unterteilt. Medizintourismus ist die Branche, die am meisten medizinisch orientiert ist. Je weiter nach rechts man in der Tabelle kommt, umso mehr verlieren die Bereiche an medizinischer Wichtigkeit und nähern sich dem Bereich Wellness an (vgl. Groß 2017: 21).

Rulle (2004) vertritt eine andere Gliederung. Bei näherer Betrachtung werden allerdings Gemeinsamkeiten sichtbar. Der Gesundheitstourismus steht auch hier als Oberbegriff. Die drei Unterformen des Gesundheitstourismus bilden Kur-, Wellness- und gesundheitsorientierter Urlaub - jeweils mit möglichen Überlappungen (vgl. Rulle 2004: 20-40). Diese drei Branchen sind auch Bestandteil des oben genannten Ansatzes von Groß (2017). Außer dieser Gliederung werden noch zwei Branchen als selbständige Kategorien angeführt – Erholungstourismus (kann teilweise als Synonym zum Medical-Wellness Tourismus bei Groß betrachtet werden) und Patiententourismus, mit dem Rulle anstelle des Medizintourismus arbeitet (vgl. Rulle 2004: 20-40). Die Gliederungen bei Groß (2017) und bei Rulle (2004) weisen somit wesentliche Gemeinsamkeiten auf.

Der Gesundheitstourismus wird von Markus (2009) ebenfalls in drei Unterformen geteilt. Diese sind: Kur-, Wellness und Medizintourismus (vgl. Markus 2009: 25). Somit ähnelt

dieses System eher dem Ansatz von Groß (2017) als von Rulle (2004), da der Medizintourismus nicht ausgegliedert wird.

Die AutorInnen, die sich am Werk von Kirsch und Juszczak (2017) beteiligten, einigten sich darauf, dass unter Medizintourismus „eine medizinisch [...] notwendige Behandlung“ zu verstehen sei, während Gesundheitstourismus „zudem das weite Feld von Spa, Wellness und Schönheitsoperationen umfasse“ (Kirsch 2017: 12). Diese Gliederungsmethode scheint im Widerspruch zu den bereits genannten Ansätzen anderer AutorInnen zu stehen. Durch eine genaue Betrachtung werden jedoch erneut Ähnlichkeiten sichtbar. Der Medizin- und der Gesundheitstourismus werden zwar auf dieselbe Stufe gestellt, der Gesundheitstourismus wird aber um andere Bereiche erweitert, weswegen dieser Ansatz den obigen ähnelt. Die Tatsache, dass die Bereiche keine klaren Grenzen aufweisen, wird auch einstimmig von allen AutorInnen vertreten (vgl. Kirsch 2017: 12).

Somit kann trotz deutlicher Differenzen in der Literatur der Gesundheitstourismus mit dem „Motiv des Reisenden [...] im Urlaub etwas für seine Gesundheit tun zu wollen, wobei es sich je nach Form des Gesundheitstourismus um die Wiederherstellung oder die Erhaltung der persönlichen Gesundheit handelt“ (Rulle 2004: 12f.) als Oberbegriff angesehen werden, der in mehrere Unterbegriffe aufgeteilt werden kann. Einen davon stellt der Medizintourismus dar – eine Reise zum Zweck einer medizinischen Behandlung außerhalb des Wohnorts, wobei touristische Angebote genutzt werden (vgl. Quast 2009: 6).

1.4. Motive

Nachdem geklärt wurde, was unter Medizintourismus zu verstehen ist und wie man ihn in das System eingliedern kann, wird auf die Motive der reisenden PatientInnen eingegangen. Was treibt die Personen zu einer Reise ins Ausland, um sich in einem Staat, dessen Amtssprache sie oft nicht mächtig sind, z.B. einer Operation zu unterziehen?

Rulle (2004) nennt eines der Hauptmotive – niedrigere Preise für die Eingriffe im Vergleich zur Behandlung am Wohnort, obwohl noch Kosten für die Reise eingerechnet werden müssen (vgl. Rulle 2004: 40).

Etwas ausführlicher werden die Reisemotive („Hauptgründe“) von Rab-Przybyłowicz (2017) beschrieben:

- das Nichtvorhandensein ausreichender Behandlungsmöglichkeiten im eigenen Land
- Geldersparnis durch die Möglichkeit erschwinglicher medizinischer Leistungen in einem anderen Land
- fehlende Legalisierung bestimmter medizinischer Eingriffe im eigenen Land (Abtreibung, künstliche Befruchtung etc.)
- die Aussichtslosigkeit von Heilungsmöglichkeiten der entsprechenden Krankheit im eigenen Land (einige Krebsarten, neurologische Krankheiten etc.) (vgl. Rab-Przybyłowicz 2017: 300).

Sie fügt hinzu, dass „doch die meisten Medizintouristen grenzüberschreitende Reisen wegen der Kostendifferenz medizinischer Leistungen zwischen Ländern in Kauf nehmen“ (Rab-Przybyłowicz 2017: 301). Von beiden Autorinnen wird deutlich gemacht, dass der wirtschaftliche Faktor im Vordergrund steht.

Diese These wird von Ehrbeck et al. (2008) widerlegt. Er ist der Ansicht, dass die MedizintouristInnen viele Gründe hätten, um wegen eines ärztlichen Eingriffs eine Reise anzutreten. Er untersuchte 20 Medizindestinationen weltweit und verfasste eine ethnographische Studie, im Rahmen derer der Fokus hauptsächlich auf das Motiv und das Verhalten der Reisenden gelegt wurde (vgl. Ehrbeck et al. 2008: 2). Die aus dieser Studie hervorgehenden, absteigend gereihten Motive der MedizintouristInnen sind folgende:

- 40 % der PatientInnen reisen wegen eines Eingriffs ins Ausland, um die beste medizinische Technologie nutzen zu können und um dabei die Sicherheit der besten Qualität zu haben.
- 32 % der PatientInnen reisen aus, weil sie eine bessere Qualität der Behandlung suchen als im Heimatstaat.
- Den dritthäufigsten Grund stellen die langen Wartezeiten dar und damit eine Hand in Hand gehende bessere Verfügbarkeit der Behandlungen.
- Erst an der vierten Stelle steht die Kostenersparnis. Innerhalb der Gruppe von MedizintouristInnen, die aus diesem Grund verreisen, besteht das größte Wachstumspotenzial, weil es hohe Summen sind, die mit der Reise ins Ausland gespart werden können (vgl. Ehrbeck et al. 2008: 4f.).

1.5. Zielgruppe

Quast (2009), die sich in ihrem Werk auf den Quellmarkt Deutschland konzentriert, d.h. auf Deutsche, die zu medizinischen Zwecken ins Ausland reisen, erachtet es als problematisch, die Gruppe der deutschen MedizintouristInnen allgemein zu beschreiben, weil diese nur selten zum Thema von Untersuchungen in diesem Bereich würden. Die Mehrheit der Vermittlungsagenturen bietet lediglich bestimmte Destinationen und bestimmte medizinische Behandlungen an. Deswegen stellen die auf diese Art und Weise erfassten Gruppen von MedizintouristInnen keine repräsentative Einheit für die Gesamtheit der MedizintouristInnen dar. Aus den von ihr durchgeführten Interviews mit den MitarbeiterInnen verschiedener Vermittlungsagenturen geht hervor, dass es unmöglich ist, eine Typisierung der MedizintouristInnen durchzuführen (vgl. Quast 2009: 47). Braun (2005), der wiederum über die PatientInnen berichtet, die nach Deutschland kommen, hebt hervor, dass sich trotz Uneinigkeit über die Zielgruppe des Medizintourismus ein gemeinsames Merkmal finden lässt – „das Vertrauen, das sie der medizinischen Leistungserbringung [...] entgegenbringen“ (Braun 2005: 4). Quast (2009) konnte anhand ihrer Untersuchungen feststellen, dass es sich bei den MedizintouristInnen, die nach Deutschland kommen, um Menschen handelt, die bereits über Erfahrung mit Reisen verfügen. (vgl. Quast 2009: 48).

1.6. Vermarktungskanäle

Den medizinischen Einrichtungen, die ausländische PatientInnen ansprechen wollen, stehen mehrere Kommunikationswege zur Verfügung. Eines ist allen gemeinsam – sie müssen auf das Produkt (die medizinische Behandlung) aufmerksam machen. Juszczak (2017) zeigt anhand einer Graphik, von welchen Kanälen im Jahr 2013 am häufigsten Gebrauch gemacht wurde, um ausländische PatientInnen zu akquirieren (vgl. Juszczak 2017: 55).

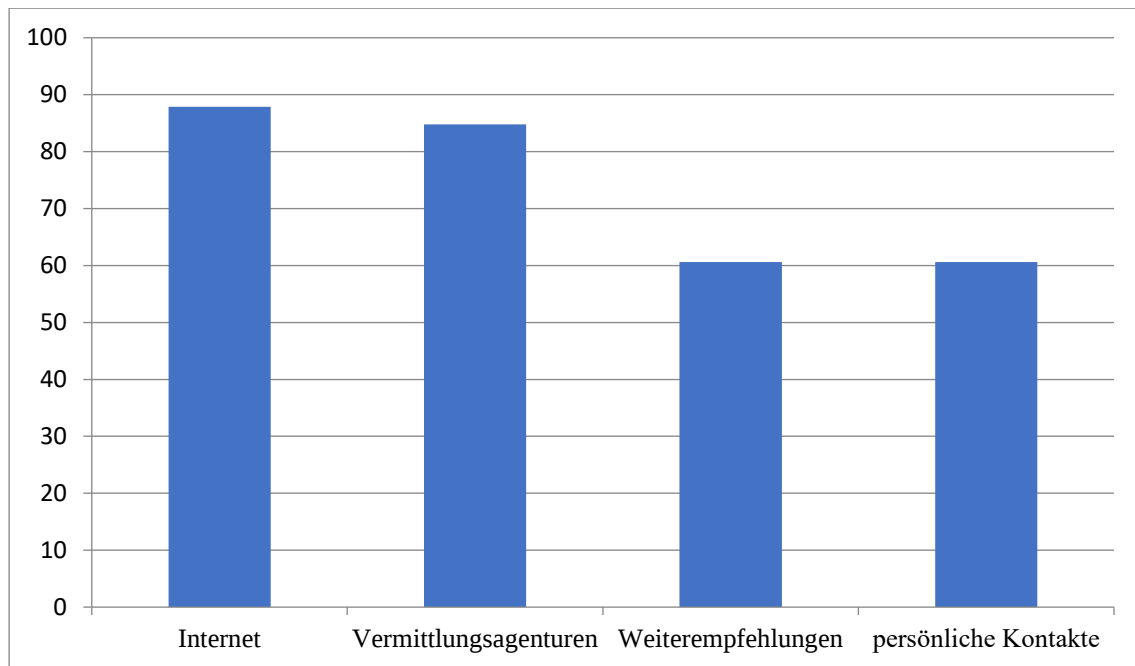


Abb 1: Am häufigsten genutzte Kommunikations- und Vertriebswege zur Einwerbung internationaler PatientInnen (in Prozent) nach Juszczak (2017: 56)

Bei den Vermarktungskanälen dominiert das Internet, mit einem geringen Abstand gefolgt von Vermittlungsagenturen, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird. Den dritten Platz teilen sich Empfehlungen – durch PatientInnen, die schon behandelt worden sind (Weiterempfehlungen) und durch persönliche Kontakte. „Eine persönliche Empfehlung [...] ist authentischer als Werbeanzeigen und Internetseiten“ (Juszczak 2017: 64). Im Rahmen von Weiterempfehlungen (auch Mund-zu-Mund-Propaganda oder Mund-Propaganda genannt) werden alle Aspekte des Medizintourismus besprochen: die wirtschaftliche Seite, die Qualität der Einrichtung usw. Durch positive Berichte von Personen, die sich der Behandlungen bereits unterzogen haben, wird Vertrauen aufgebaut (vgl. Juszczak 2017: 64) und werden Bedenken potenzieller PatientInnen zerstreut (vgl. Quast 2009: 46).

1.6.1. Vermittlungsagenturen

Im breiten Feld des Medizintourismus haben sich die sog. Vermittlungsagenturen oder auch „PatientenmittlerInnen“, „PatientenmaklerInnen“ und „Patientenvermittlungsorganisationen“ (Illing 2000: 57) etabliert. Auf diese Thematik wird im folgenden Unterkapitel eingegangen.

Es wird sehr oft von den ausländischen PatientInnen gesprochen und von den Kliniken und Krankenhäusern, die diese behandeln (vgl. Hawranek & Maurer 2013). Dass es dazwischen noch VermittlerInnen gibt, kommt oft nicht zum Vorschein, obwohl geschätzt wird,

dass innerhalb Deutschlands rund 60 % der Krankenhäuser, die von PatientInnen aus dem Ausland aufgesucht werden, mit VermittlerInnen zusammenarbeiten. Die Vermittlungsagenturen siedeln i.d.R. in dem Quellland (vgl. Hawranek & Maurer 2013), und es handelt sich um Firmen unterschiedlicher Größe und Rechtsform (vgl. Markus 2009: 42). Sie „finden für den Erkrankten eine geeignete Klinik [...], klären Kosten und Termine ab, übersetzen Diagnosen [...] und stellen den PatientInnen hierzulande einen Übersetzer an die Seite“ (Hawranek & Maurer 2013). Erträge erzielen sie von Provisionen, die sie pro behandelten PatientIn berechnen, was an die Immobilienbranche erinnert (vgl. Hawranek & Maurer 2013).

Für die Kliniken und/oder Krankenhäuser stellen die Vermittlungsagenturen eine einfache Art und Weise dar, ausländische PatientInnen einzuwerben. Die Kooperation wird aus mehreren Gründen geschlossen:

- „Senkung der Erschließungskosten von Zielmärkten“
- „regelmäßige Marktbearbeitung im Ausland“
- „Gewährleistung von medizinischem Dolmetschen und Übersetzen (z.B. von Arztbriefen und Befunden)“
- „Abstimmung von Kostenvoranschlägen, Behandlungsplänen und –terminen“
- „Abwicklung von Reiseformalitäten“
- „Betreuung der PatientInnen vor Ort“ (Juszczak 2017: 62f.)

Markus (2009) sieht die Zusammenarbeit mit den Vermittlungsagenturen v. a. aufgrund des Zugangs zum Markt und der Ausgabensenkung im Bereich der Entlohnung des medizinischen Personals für Krankenhäuser und Kliniken als vorteilhaft (vgl. Markus 2009: 42).

1.7. Auswirkungen des Medizintourismus und Prognose

Der Medizintourismus übt Einfluss auf unterschiedliche Zweige aus, wie z.B. auf die Marketingabteilungen der Kliniken, die WissenschaftlerInnen, ComputerexpertInnen, PolitikerInnen, Versicherungsanstalten, DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen, Ministerien, Übernachtungseinrichtungen, auf die Gastronomie oder Transportdienste. Je einheitlicher diese Zweige handeln, desto besser kann sich der Standort entwickeln und somit wettbewerbsfähiger werden (vgl. Kirsch 2017: 23).

Länder, die am Medizintourismus aktiv teilnehmen, können viele Vorteile daraus ziehen. „Bei vorhandenem politischen Gestaltungswillen und aktiver Abwehr von Risiken [...]

kann Medizintourismus verfestigte Strukturen nationaler Gesundheitssysteme aufbrechen helfen“ (Kirsch 2017: 12). Cohen (2014) beschreibt die Situation mit Augenmerk auf die Einnahmen für die Empfängerländer: „Medizintourismus ist Tourismus“ (Cohen 2014: 17). Die Regierungen der Zielstaaten streben nicht nur eine hohe Anzahl an PatientInnen an, sondern bemühen sich um die Unterstützung von touristischen Angeboten, die von den PatientInnen während ihres Aufenthaltes genutzt werden (vgl. Cohen 2014: 17). Der Medizintourismus kurbelt dabei auch Innovationen in der Medizin an (vgl. Kirsch 2017: 23).

Vor neun Jahren stand der Medizintourismus nach Quast (2009) noch in der Anfangsphase. Aufgrund von positiven Beiträgen in der Presse prognostizierte sie einen schnellen Zuwachs der Nachfrage (vgl. Quast 2009: 23). Ein solcher Trend kann auch ein paar Jahre später in der Tschechischen Republik beobachtet werden. „Tschechien empfängt immer mehr Patienten aus dem Ausland – in den letzten drei Jahren ist ihre Anzahl um ein Fünftel angestiegen. Sie kommen v.a. wegen Augen-Operationen und Transplantationen“ (Aktuálně.cz 2015, Übersetzung V.H.). „Tschechien als gesuchter europäischer Arzt – Tschechien genießt seinen guten Ruf als ein Land, in dem sich z.B. moderne Behandlungen von Krebs lohnen“ (Hospodářské noviny 2017, Übersetzung V.H.). „Zehntausende von PatientInnen kommen jährlich nach Tschechien und zwar nicht wegen Kultur oder Natur, sondern wegen der hochwertigen Gesundheitspflege. Sie lassen sich Brüste vergrößern, künstlich befruchten oder wollen ohne eine Brille sehen. Die Behandlungen sind günstig und von guter Qualität. Das belegt auch der Zuwachs an PatientInnen jedes Jahr um 15 %“ (Týden 2017, Übersetzung V.H.).

Es lässt sich vermuten, dass das medizintouristische Angebot rascher ansteigen wird als die Nachfrage. Dadurch wird auch die Konkurrenz steigen. Einzelne Akteure im Medizintourismus werden ihre Positionen festigen, um wettbewerbsfähig zu sein. Auch die Zusammenarbeit von Agenturen und Kliniken wird immer spezialisierter werden, um PatientInnen einfacher einwerben zu können. Nur wenn die Kosten für die Behandlungen in den Heimatstaaten sinken oder in den Zielstaaten deutlich ansteigen, wäre eine niedrigere Nachfrage im Medizintourismus denkbar. Doch dies ist nicht zu erwarten (vgl. Quast 2009: 24).

2. Dolmetschen im Gesundheitsbereich

2.1. Entwicklung

Wenn AusländerInnen ein Krankenhaus oder eine Klinik aufsuchen, stellt sich die Frage, wie mit ihnen kommuniziert wird. Hierbei bieten sich zwei Möglichkeiten: Entweder es muss von einer dritten Sprache Gebrauch gemacht werden, derer sowohl das behandelnde Personal als auch die PatientInnen mächtig sind, oder es können DolmetscherInnen beigezogen werden. Der Praxis nach handelt es sich oft um Familienmitglieder, FreundInnen der PatientInnen, das Personal des Krankenhauses/der Klinik (sog. ad-hoc-DolmetscherInnen) oder im Idealfall um professionelle DolmetscherInnen (vgl. Wächter & Vanheiden 2015: 13). Der durch professionelle DolmetscherInnen gemittelten medizinischen Kommunikation wurde eine ganze Reihe von Studien gewidmet (z. B. Davidson 1998, 2000, 2001, Metzger 1999, Wadensjö 1998). Durch den Einsatz professioneller DolmetscherInnen werden für beide Seiten befriedigende Ergebnisse erzielt und die Kommunikation verläuft reibungslos (vgl. Hsieh 2015: 181). Dennoch war es ein langwieriger Prozess, bis anerkannt wurde, dass professionelle DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich unabdingbar sind.

Nach dem Ende des Vietnamkrieges 1975 verzeichneten die Vereinigten Staaten von Amerika einen starken Zuwandererstrom aus Asien (vgl. Roat & Crezee 2015: 238). Infolgedessen kam es zu einer Situation, auf die das US-amerikanische medizinische Personal nicht vorbereitet war – kranke z. B. Kambodschanisch oder Vietnamesisch sprechende Menschen wurden zu PatientInnen in den US-amerikanischen Krankenhäusern. Unerfahrene MedizinasistentInnen mussten dolmetschen. Die Kommunikation mithilfe nicht-professioneller DolmetscherInnen erwies sich allerdings als problematisch für die Gewährleistung von Qualität bei der medizinischen Behandlung. Neben dem für das Dolmetschen ungeschulten Personal der Krankenhäuser wurden zu diesem Zweck auch Verwandte und FreundInnen der PatientInnen herangezogen. Da es aber immer wieder zu Problemen kam, wurden von den Betroffenen Beschwerden eingereicht. Aus diesem Grund wurden Schulungen für DolmetscherInnen eingeführt, die im Laufe der Zeit an Spezialisierungsgrad gewannen. 1986 wurde der erste professionelle Verband für MedizindolmetscherInnen (MMIA – Massachusetts Medical Interpreters Association) gegründet. Seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts gewann dieser Bereich weiter an Aufmerksamkeit, was sich auch in zahlreichen Publikationen widerspiegelte. Zum Wendepunkt auf internationaler Ebene wurde die erste Konferenz zum community

interpreting (siehe Abschnitt 2.2.1) namens Critical Link, die in Ontario (Kanada) stattfand. Seitdem ist ein ständiges Wachstum in der Anzahl der Publikationen zu diesem Thema beobachtbar (vgl. Roat & Creeze 2015: 239).

2.2. Einordnung

Das Dolmetschen im Gesundheitsbereich ist dem sog. community interpreting untergeordnet (vgl. Wadensjö 2009: 43). Obwohl im deutschsprachigen Raum der Begriff Kommunaldolmetschen synonym verwendet wird (Grbić & Pöllabauer 2008), wird im Rahmen der vorliegenden Seminararbeit lediglich von der englischen Bezeichnung, die international anerkannt ist, Gebrauch gemacht.

2.2.1. Community interpreting

Bei Wadensjö (2009) ist folgende Definition zu finden:

The term ‘community interpreting’ refers to interpreting which takes place in the public service sphere to facilitate communication between officials and lay people: at police departments, immigration departments, social welfare centres, medical and mental health offices, schools and other institutions. (Wadensjö 2009: 43).

Community interpreting wird häufig mit Dialogdolmetschen, “liaison interpreting” und “public service interpreting” gleichgesetzt, wobei es sich um Benennungen verschiedener Merkmale desselben Phänomens handelt (vgl. Wadensjö 2009: 43, vgl. Hsieh 2016: 11). Dialogdolmetschen und liaison interpreting bezeichnen die “face-to-face” Kommunikation, die bilateral verläuft, und public service interpreting verdeutlicht, dass es sich um Dolmetschen in einem sozialen Setting handelt (vgl. Wadensjö 2009: 43). Hsieh (2016) fügt noch weitere Termini hinzu, z. B.: ad-hoc, “escort”, “contact” und “three-cornered interpreting” (Hsieh 2016: 11). Der erste Terminus hebt die Tatsache hervor, dass das Dolmetschen oft von unprofessionellen DolmetscherInnen ausgeübt wird, und die anderen drei Termini stehen für die direkte Kommunikation, die zwischen mehreren Parteien stattfindet.

Der Begriff community interpreting wird oftmals aus dem Grund vermieden, da er häufig mit Laien und ad-hoc-DolmetscherInnen verbunden wird (vgl. Wadensjö 2009: 43). Aus diesem Grund bildet das community interpreting einen klaren Gegenpol zum Konferenz-

dolmetschen, das ausschließlich von hochqualifizierten DolmetscherInnen meistens im Simultanmodus ausgeübt wird (vgl. Hsieh 2016: 11). Einen niedrigeren Status des community interpreting belegt auch die Fachliteratur (vgl. Moazedi 2008: 83). Hier wird von einer „Status-Hierarchie“ gesprochen – das Konferenzdolmetschen ist demnach an der Spitze dieser Hierarchie, gefolgt vom Verhandlungs- und Gerichtsdolmetschen. Erst am Ende steht das community interpreting (vgl. Moazedi 2008: 83).

2.2.2. Dialogdolmetschen

Dialogdolmetschen wird, wie bereits erwähnt, synonym zu community interpreting verwendet, bezeichnet jedoch an sich nicht das Dolmetschen in einem bestimmten Setting, sondern eher den Interaktionsmodus der kommunikativen Tätigkeit (vgl. Mason 2009: 81), also eine „überbrückende Kategorie in unterschiedlichsten Settings“ (Merlini 2015: 102, Übersetzung V.H.). Beide AutorInnen nennen die Hauptmerkmale des Dialogdolmetschens: Dialogdolmetscher stehen auf einer vergleichbaren Ebene mit den primären GesprächsakteurInnen und die Kommunikation entsteht aufgrund von Kooperation von allen Beteiligten. Nicht nur die AnbieterInnen der bestimmten Dienstleistung, sondern auch die KlientInnen sind dafür mitverantwortlich, ob die Kommunikation erfolgreich wird oder nicht. Obwohl die Verdolmetschung in der bilingualen Kommunikation eine enorm wichtige Rolle spielt, liegt der Fokus im Dialogdolmetschen auf solchen Aspekten, die unmittelbar sichtbar sind, z. B. der Blickkontakt, der Gesichtsausdruck, die Gestik oder die Körperhaltung. Es handelt sich um Faktoren, die den Parteien dazu verhelfen, den Sinn zu erfassen (vgl. Merlini 2015: 103). Die Kommunikation ist durch Dialoge zwischen den zwei HauptakteurInnen geprägt. Im Rahmen vom Konferenzdolmetschen überwiegen hingegen eher Monologe. Aufgrund der bilateralen Translation müssen die Dolmetscher fähig sein, ständig zwischen den zwei Sprachen umzuschalten. Ein weiteres Merkmal des Dialogdolmetschens ist die Spontaneität (in den meisten Fällen). Nur sehr selten müssen schriftliche Texte gedolmetscht werden. Typischerweise sind alle Parteien vor Ort anwesend, man spricht von der “face-to-face” Kommunikation (vgl. Mason 2009: 81). Eine Ausnahme bildet Telefondolmetschen, wenn keine Video-Übertragung möglich ist (vgl. Merlini 2015: 102). Auch der Dolmetschmodus wird von Mason (2009) thematisiert. In den meisten Fällen wird konsekutiv gedolmetscht, was den DolmetscherInnen im Vergleich zum Simultanmodus eine nachträgliche Kontrolle ermöglicht (vgl. Mason 2009: 81).

Aus den letzten zwei Abschnitten geht klar hervor, dass die Begriffe in diesem Bereich uneinheitlich verwendet werden. Noch heute wird community interpreting oft mit Laien in Verbindung gebracht, weil es in der Anfangsphase dieser Branche (in den 90er Jahren) keine Kurse für DolmetscherInnen gab, in denen sie z. B. durch Rollenspiele die spezifischen Schritte für den Umgang mit MigrantInnen erlernen konnten. Das änderte sich jedoch und allmählich entstanden professionelle Organisationen auch im Bereich community interpreting. Für die nicht so häufig vertretenen Sprachen müssen höchstwahrscheinlich noch heute Laien genutzt werden.

Wie die Kommunikation im Rahmen von community interpreting abläuft, macht der Terminus Dialogdolmetschen deutlich. Er wird manchmal synonym zu community interpreting verwendet. Darunter ist aber primär die Natur der Kommunikation und die Anwesenheit von mehr als einer Partei zu verstehen.

2.3. Rolle(n) der DolmetscherInnen beim Dialogdolmetschen

Die Rolle der DolmetscherInnen sorgt bereits seit den ersten Publikationen zu diesem Thema für Diskussionen (spätere 90er Jahre). Anfänglich ging man vom sog. „Conduit-Model“ aus (Hsieh 2015, 2016, Bot 2007). Es steht für eine „neutrale, treue, passive“ Rolle, aufgrund derer die DolmetscherInnen in der Praxis als „unsichtbare Maschinen zum Transfer von sprachlichen Informationen“ handeln (Hsieh 2015: 180, Übersetzung V.H.). In der Translationswissenschaft kam es jedoch zu einem Paradigmenwechsel – die Vorstellung der unsichtbaren DolmetscherInnen wurde durch jene von den DolmetscherInnen als aktiven TeilnehmerInnen an der Kommunikation abgelöst (vgl. Hsieh 2015: 180).

Bot (2005) erwähnt mehrere Rollen, die im wissenschaftlichen Diskurs über das Dialogdolmetschen Erwähnung fanden – absolut neutrale DolmetscherInnen, „translation machines“ oder TeilnehmerInnen mit ihrem eigenen Recht, zur Interaktion beizutragen (vgl. Bot 2005: 83). Sie thematisiert v. a. den Unterschied zwischen „translation machines“ und einer interaktiven Rolle. Die passive Rolle nehmen DolmetscherInnen nur dann ein, wenn ein besonderer Effekt erzielt werden soll (vgl. Bot 2005: 84).

Die Rolle der „translation machines“ ist auch bei Leanza (2007) zu finden, wobei er aber noch weitere Rollen hinzufügt – die DolmetscherInnen werden zu Brücken zwischen den zwei vertretenen Parteien und helfen bei der Kommunikation zwischen den Kulturen sowie

bei der Eingliederung von ZuwanderInnen in die Gesellschaft (vgl. Leanza 2009: 12). Aus den von ihm durchgeführten Interviews mit DolmetscherInnen ergeben sich außer den bereits erwähnten noch zwei weitere Rollen – der Empfangsdienst (bei der Ankunft im Krankenhaus) und die emotionale Unterstützung für die Familien von PatientInnen (vgl. Leanza 2007: 21).

Die Rollen der DolmetscherInnen können unterschiedlich sein (vgl. Angelelli 2008: 7). Sie hängen immer davon ab, worauf sich die DolmetscherInnen vordergründig konzentrieren. Sie können den SprecherInnen von Minoritätssprachen helfen, indem sie Lösungen für die Kommunikationsprobleme suchen. Sie können sich der sozialen Stellung ungeachtet nur auf die Botschaft in der Rede fokussieren. Sie können sich mit den nicht-dominanten SprecherInnen verbünden und für sie die Informationen übertragen (vgl. Angelelli 2008: 7).

Roat & Crezee (2015) halten die Diskussion zum Rollenbild für eine der schwierigsten in der Translationswissenschaft (vgl. Roat & Crezee 2015: 246). Sie befürworten eine Rolle bzw. eine Position zwischen „SprachenexpertInnen, die im Gesundheitsbereich arbeiten“ und „MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich mit einer Spezialisierung in Fremdsprachen“ (Roat & Crezee 2015: 247). Ihre Pflicht ist es zu gewährleisten, dass die PatientInnen verstehen, dass die Kommunikation reibungslos abläuft und dass ein Gespräch zwischen dem medizinischen Personal und den PatientInnen stattfinden kann (vgl. Roat & Crezee 2015: 247).

Spricht man über das Rollenbild, muss man sich ebenfalls mit unterschiedlichen Kontexten und den anderen AkteurInnen beschäftigen – diese Themen gehen Hand in Hand (vgl. Hsieh 2016: 21). Hsieh (2016) sieht einen Zusammenhang zwischen den Settings und den Rollen. Während die DolmetscherInnen bei Gericht unter Druck stehen und „unsichtbar“ handeln müssen, um nicht einzugreifen in die Prozesse, werden die DolmetscherInnen im medizinischen Setting zu Teammitgliedern. Das gesamte Team verfolgt ein Ziel – eine hochwertige Gesundheitspflege. Darin besteht die Rolle der DolmetscherInnen (vgl. Hsieh 2016: 22).

Felgner (2009) verzichtet auf eine Rollenbestimmung, weil das Dolmetschen im Gesundheitsbereich sowohl von Laien und ad-hoc-DolmetscherInnen als auch von professionellen DolmetscherInnen ausgeübt wird. Diese Vielfältigkeit verhindere die Bestimmung eines einheitlichen Rollenbildes (vgl. Felgner 2009: 47).

Aus der Forschung der erwähnten AutorInnen wird klar, dass die passive Rolle der DolmetscherInnen als “translation machines” in den Hintergrund tritt und immer mehr AutorInnen die interaktive Dolmetscherrolle thematisieren. Sie kann bis zu einem bestimmten Grad variieren – je nach dem Setting (Hsieh 2016) und dem Schwerpunkt des Gesprächs (Angelelli 2008). Die Dolmetscher verbinden die zwei anwesenden Parteien (Leanza 2007). Da-

bei wird die Notwendigkeit hervorgehoben, die Dolmetscherrolle auf der Grundlage von diskursbasierten Studien weiter zu erforschen.

2.3.1. Sichtbarkeit der DolmetscherInnen

Mit dem im letzten Abschnitt beschriebenen “Conduit-Modell” ging die Unsichtbarkeit der DolmetscherInnen einher. Doch dieser Ansatz wird heute bereits als obsolet betrachtet. Angelelli (2008) beschreibt die Vorstellung von unsichtbaren DolmetscherInnen, die nur dazu da sind, die Kommunikation zu fördern, sich auf den Redefluss zu konzentrieren und die Botschaft ohne Auslassungen oder Ergänzungen zu übertragen (vgl. Angelelli 2008: 7). Unsichtbarkeit würde auch eine fehlende Interaktion zwischen den KommunikationsteilnehmerInnen und ein „soziales Vakuum“ bedeuten, was jedoch nicht der Wirklichkeit entspreche (vgl. Angelelli 2008: 8). Nach Angelelli beteiligen sich die DolmetscherInnen aktiv an der Kommunikation, beeinflussen sie mit verschiedenen Faktoren (z.B. linguistischer oder kultureller Natur) und tragen zu ihrem Aufbau bei (vgl. Angelelli 2008: 9).

Wenn die DolmetscherInnen aus der neutralen, unsichtbaren Rolle heraustreten, können

- Sprachbarrieren einfacher überwunden werden
- die PatientInnen durch DolmetscherInnen beruhigt werden
- Vertrauen zwischen beiden Parteien leichter aufgebaut werden usw. (vgl. Angelelli 2008: 11)

Hsieh (2016) zweifelt ebenfalls nicht an der Sichtbarkeit der DolmetscherInnen. Durch das “turn-taking” werden die DolmetscherInnen sichtbar (vgl. Hsieh 2016: 15).

Dieser englische Ausdruck steht für den Wechsel der RednerInnen bei der Konversation, die durch die DolmetscherInnen gemittelt wird. Bot (2005) beschreibt die Merkmale von turn-taking in einem gedolmetschten Gespräch: Die Konversation mithilfe von DolmetscherInnen, an der drei Parteien beteiligt sind, weist erhebliche Unterschiede zu einer monolingualen Konversation aus, da sich die Rolle der DolmetscherInnen von jenen anderer Beteiligter stark unterscheidet. Darüber hinaus kann sie nicht mit einer Konversation verglichen werden, an der nur zwei Parteien teilnehmen, weil die DolmetscherInnen als Dritte in das Gespräch ebenfalls eingreifen. Aufgrund der zweisprachigen Natur des Gesprächs verfügt in einem Moment eine der Parteien über keinen Zugang zu der Konversation. Die durch die Dolmet-

scherInnen vermittelten Äußerungen stehen im Zusammenhang mit den Äußerungen der primären RednerInnen, d.h. dass nach einem idealen Muster die DolmetscherInnen das Wort immer als zweite ergreifen (nach den primären RednerInnen). Die Bedingungen für eine erfolgreiche Kommunikation variieren – während das Medizinpersonal von den PatientInnen komplexe, umfassende Aussagen erwartet, bevorzugen die DolmetscherInnen kurze und knappe Äußerungen (vgl. Bot 2005: 112). Aus ihrem Material gehen vier Muster des turn-taking hervor:

- 1) TherapeutIn → DolmetscherIn → PatientIn → DolmetscherIn

Dieses Muster entspricht dem „Idealfall“, der bereits erwähnt wurde.

- 2) TherapeutIn → DolmetscherIn → TherapeutIn → DolmetscherIn...

Ein Gespräch nach diesem Muster kann beliebig lange fortgesetzt werden und wird von Bot (2005) „multipler Austausch“ genannt. Gleich im Anschluss ergreifen die PatientInnen das Wort.

- 3) PatientIn → DolmetscherIn → PatientIn → DolmetscherIn...

Das angedeutete Muster kommt nur selten vor (das Gespräch verläuft monolingual, es wird nicht gedolmetscht). Danach wird schnell in eines der oben beschriebenen Muster umgeschaltet.

- 4) TherapeutIn → PatientIn (oder umgekehrt)

Diese Situation entsteht meistens nur zu Beginn der Begegnung zum Zweck der Begrüßung und zwar noch seltener als die vorige (vgl. Bot 2005: 114 f.), da die Parteien unterschiedliche Sprachen sprechen.

2.4. Dolmetschmodi

Gespräche unter Zuhilfenahme des Dialogdolmetschens werden typischerweise im konsekutiven Modus in beide Sprachrichtungen gedolmetscht (vgl. Mason 2009, Hale 2015, Hsieh 2016). Der Simultanmodus oder gelegentlich auch ein hybrider Modus zwischen Konsekutiv- und Simultandolmetschen wird im Gesundheitsbereich in der psychologischen Gesprächstherapie benutzt (vgl. Hale 2015: 67).

Im Rahmen der Studie von Hsieh (2016) stellte sich jedoch heraus, dass die DolmetscherInnen im medizinischen Setting auch zum Simultanmodus greifen, obwohl es sich um keine verbale Therapie handelt (vgl. Hsieh 2016: 186). Gerade dieser Modus wurde zum Zweck der Annäherung an das im “Conduit-Modell” vertretene Rollenbild angewendet, das

innerhalb des Krankenhauses für die DolmetscherInnen vorgeschrieben war. Er ermöglicht eine Annäherung an die monolinguale Konversation und eine kürzere Zeitverschiebung zwischen den einzelnen Äußerungen im Vergleich zum konsekutiven Modus und schließlich fällt dadurch der Wechsel der RednerInnen nicht so stark auf (vgl. Hsieh 2016:186).

Durch den konsekutiven Modus kann das Gedolmetschte sofort durch die anderen AkteurInnen des Gesprächs kontrolliert werden. Aufgrund der Tatsache, dass gewöhnlich zumindest eine der Parteien über zumindest passive Grundkenntnisse der verwendeten Fremdsprache verfügt, können die einzelnen Schritte der DolmetscherInnen beobachtet oder sogar unterbrochen werden. Dadurch können die DolmetscherInnen einer Schwächung ihrer Machtposition als der einzigen bilingualen Person im Gespräch gewahr werden (vgl. Mason 2009: 83). Den DolmetscherInnen wird durch den konsekutiven Modus tatsächlich eine gewisse Machtposition erteilt. Diese Macht darf aber nicht mit jener der ÄrztInnen verwechselt werden, die sie durch die Institution gewinnen. Sie besteht in medizinischen Entscheidungen, die getroffen werden müssen, in der Einleitung und dem Abschluss der Kommunikation, in ihrer Steuerung usw. Die ÄrztInnen können die Macht teilweise den DolmetscherInnen übergeben, indem sie sie mit dem institutionellen Diskurs vertraut machen. Die zwei Machtpositionen (jene von den DolmetscherInnen und jene von den ÄrztInnen) können kollidieren (vgl. Mason 2009: 83). Die Kommunikationsteilnehmer, die Diskurskenntnisse der jeweiligen Institution besitzen, verfügen über Positionen in der Kommunikation, die mehr Macht aufweisen (vgl. Mason 2009: 83). Mason (2009) unterscheidet somit die kommunikative Macht der DolmetscherInnen, von denen die ÄrztInnen abhängig sind, und die Macht der ÄrztInnen, die, zusammenfassend gesagt, für die Steuerung des Gesprächs verantwortlich sind. Diese Machtpositionen sollen komplementär sein, können jedoch auch im Widerstreit stehen. In diesem Falle entscheiden die jeweiligen Diskurskenntnisse.

2.5. Die Sitzordnung beim medizinischen Gespräch

Die scheinbar unbedeutende Entscheidung, wo sich die AkteurInnen des medizinischen Gesprächs hinsetzen oder -stellen, kann eine wichtige Rolle spielen (vgl. Felgner 2009). Die DolmetscherInnen müssen sich darüber schon im Vorhinein Gedanken machen, nämlich bevor sie das Behandlungszimmer betreten (vgl. Felgner 2009: 58). Die Sitzordnung erscheint aus zwei Gründen äußerst wichtig: Sie veranschaulicht, wie die Kommunikationsteilnehme-

rInnen zu einander stehen, und aufgrund der Sitzordnung werden die nonverbalen Signale auf eine bestimmte Art und Weise versendet und empfangen (Felgner 2009:58). Dabei besteht eine ganze Reihe von Aspekten, die die Wahl der Positionierung deutlich beeinflussen (vgl. Felgner 2009: 59ff.):

Erstens ist es der Raum, in dem sich die Behandlung abspielt – v. a. dessen Größe kann zum entscheidenden Faktor werden; der Blickkontakt der DolmetscherInnen zu den PatientInnen und den ÄrztInnen sollte dabei immer ermöglicht werden. Zweitens muss man die Natur des Gesprächs beachten – die Sitzordnung bei z.B. einer Untersuchung mithilfe von Geräten wird sich von jener bei einem informativen Anamnesegespräch unterscheiden. Weiter spielt die zeitliche Beschränkung eine gewisse Rolle – wenn z.B. das Fachpersonal beim Dolmetschen verschiedene medizinische Geräte bedienen muss. Die Anzahl der SprecherInnen kann bei verschiedenen Gesprächen variieren und die Sitzordnung muss meistens dann geändert werden, wenn PatientInnen aus unterschiedlichen Gründen noch von jemandem begleitet werden müssen (z. B. Kinder mit ihren Eltern); mit der steigenden Anzahl von Anwesenden erhöht sich der Geräuschpegel – dann müssen die DolmetscherInnen darauf achten, dass sie die ÄrztInnen hören können. Fünftens muss man sich bewusst machen, in welchem physischen und emotionalen Zustand sich die PatientInnen befinden. Sind die PatientInnen gehörlos oder ans Bett fixiert, aggressiv oder stehen unter Einfluss von Medikamenten, muss die Positionierung diesem Zustand angepasst werden. Die Kultur der PatientInnen ist ebenfalls von Bedeutung, z. B. die Intimsphäre kann in verschiedenen Kulturen anders empfunden werden. Es kommt auch auf das Gesprächsthema an – es gibt verschiedene Tabuthemen, die Schamgefühle bei den PatientInnen hervorrufen können; dann ist es der Qualität der Gesundheitspflege wegen besser, wenn DolmetscherInnen (wenn möglich) in den Hintergrund treten. Und schließlich thematisiert Felgner (2009) die Art des Dolmetschens – beim Gesprächsdolmetschen müssen die AkteurInnen eine andere Positionierung einnehmen als z.B. beim Flüsterdolmetschen (vgl. Felgner 2009: 59ff.)

Allgemein kann festgestellt werden, dass, obwohl Empfehlungen zur Sitzordnung beim medizinischen Gespräch gegeben sind (z. B. durch NCIHC – siehe unten), sich die DolmetscherInnen der jeweiligen Situation unter Beachtung der oben erwähnten Faktoren schnell anpassen können müssen (vgl. Felgner 2009: 61).

Der US-amerikanische National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC 2003) schlägt verschiedene Sitzordnungen vor und beschreibt ihre Vor- und Nachteile. Im nächsten Abschnitt werden nur die für die Seminararbeit relevanten Positionen skizziert:

- *Neben der behandelnden Person* - die PatientInnen sprechen zur behandelnden Person, was von Vorteil ist, andererseits könnten sie die zwei anderen AkteurInnen als Verbündete ansehen. Die neutrale Position der DolmetscherInnen wird dadurch geschwächt.
- *Neben den PatientInnen* - dann neigen die PatientInnen dazu, die behandelnde Person direkt anzusprechen und die DolmetscherInnen an ihrer Seite werden als Unterstützung wahrgenommen, weswegen die PatientInnen im Vergleich zur ersten erwähnten Position offener sein können. Die behandelnde Person spricht dann jedoch eher zu den DolmetscherInnen.
- *In der Mitte* - in dieser Position werden die DolmetscherInnen als eine neutrale Partei wahrgenommen, aber die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch, dass sowohl die PatientInnen als auch das medizinische Personal die DolmetscherInnen anstatt einander ansprechen, was schlussendlich die direkte Kommunikation nicht fördert.

Im OP-Saal stehen die DolmetscherInnen gewöhnlich in der Nähe des Kopfes der PatientInnen (vgl. NCIHC 2003: 4ff.).

Durch eine zweckmäßig gewählte Sitzordnung kann erstens Vertrauen zwischen den PatientInnen und dem medizinischen Personal aufgebaut werden und zweitens kann sie zu einer einfachen und direkten Kommunikation verhelfen. Welche Position in der jeweiligen Situation am besten erscheint, müssen die DolmetscherInnen selbst aufgrund ihrer Erfahrungen entscheiden. Während und am Ende des medizinischen Gesprächs zeigt sich der Effekt der verwendeten Sitzordnung (vgl. NCIHC 2003: 7).

2.6. Charakter der DolmetscherInnen

Folgender Abschnitt untersucht, ob an DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich andere Anforderungen gestellt werden als an ihre KollegInnen, die in anderen Settings tätig sind, also beispielsweise vor Gericht oder auf internationalen Konferenzen. 2005 wurde an der Grazer Universität unter mehr als 150 Studierenden der Theoretischen und Angewandten Translationswissenschaft (angehenden DolmetscherInnen) eine empirische Studie durchgeführt. Die Studierenden mussten für die Zwecke der Studie angeben, welches Berufsfeld sie anstreben würden – entweder das Kommundolmetschen (community interpreting), das Verhandlungs-, das Gerichts- oder das Konferenzdolmetschen. Anschließend wurde die Ausprägung der Charaktereigenschaften Extraversion, Offenheit, soziale Verträglichkeit, Neurotizismus und Ge-

wissenschaftlichkeit bei den Mitgliedern der auf diese Art und Weise entstandenen Gruppen untersucht. Das Ergebnis der Studie brachte unter anderem eine überraschende Erkenntnis: Zwischen der Gruppe, die zu community interpreting, und jener, die zum Konferenzdolmetschen neigte, wurden keine erheblichen Persönlichkeitsunterschiede festgestellt (vgl. Moazedi 2008: 82-86).

Roat & Crezee (2015) thematisieren Kompetenzen, die DolmetscherInnen im Gesundheitsbereich besitzen sollten, aufgrund der Tatsache, dass sie oft mit PatientInnen (und begleitenden Personen) zusammenarbeiten müssen, die sich gerade nicht wohl fühlen, die Angst verspüren oder sogar durch Ärger und Zorn erregt sind. Die DolmetscherInnen sollen über hervorragende Ausdrucksfähigkeiten verfügen, nachsichtig sein, in stressigen Situationen ruhig bleiben können und mit den PatientInnen mitfühlen; dabei dürfen sie jedoch bestimmte Grenzen nicht überschreiten und es sollen Menschen sein, die gerne mit anderen kooperieren (vgl. Roat & Crezee 2015: 245).

In eine andere Richtung begibt sich Felgner (2009). Er fasst zusammen, welche „metakommunikativen, kommunikativen und transkulturellen Kompetenzen“ im Bereich nonverbaler Kommunikation für DolmetscherInnen notwendig ist (Felgner 2009: 51). Sie sollten:

- kommunikative und transkulturelle Kompetenzen besitzen,
- auf die Körpersprache der PatientInnen achten und etwaige Unstimmigkeiten zwischen der verbalen und nonverbalen Ebene der Rede erkennen, ebenso wie die Fähigkeit besitzen zu erspüren, wenn das Gesagte nicht verstanden wird,
- aus der emotionalen Verfassung der PatientInnen Schlüsse ziehen – bezogen auf den Inhalt ihrer Aussage,
- kulturbedingte Verhaltensweisen von sich selbst und von den PatientInnen erkennen,
- sich für beide Kulturen auf eine akzeptable Art und Weise nonverbal verhalten,
- durch eigenes und für alle akzeptables Verhalten den Verlauf des Gesprächs positiv beeinflussen und
- den Sprecherwechsel nonverbal ankündigen können, um den Kommunikationsfluss nicht zu stören (vgl. Felgner 2009: 51ff.).

Der Charakter der DolmetscherInnen bildet nur einen Teil des Mosaiks, das für eine effektive Kommunikation mithilfe von DolmetscherInnen im Gesundheitswesen erforderlich ist. Und gerade die Effektivität spielt in diesem Bereich eine äußerst wichtige Rolle. Von der Qualität der Kommunikation hängt die Qualität der Gesundheitspflege ab (vgl. Wächter & Vanheiden

2015). Das Dolmetschen im Gesundheitsbereich stellt eine Tätigkeit dar, in der sowohl die kommunikative als auch die emotionale Seite eine wichtige Rolle spielt. Das Ziel steht fest - den kranken, gestressten, beunruhigten, fremdsprachigen PatientInnen zu helfen, ihre Gesundheit wieder zu erlangen. Das ist das Ziel, das allen AkteurInnen des medizinischen Gesprächs gemein ist (vgl. Hsieh 2016).

3. Methodik

Nachdem die theoretischen Grundlagen beider Themengebiete erläutert wurden, wird in diesem Kapitel auf die im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit durchgeführte Studie näher eingegangen. Erst wird die Fragestellung vorgestellt und danach der Prozess der Datensammlung beschrieben. Es handelt sich erstens um Aufnahmen gedolmetschter Gespräche bei Voruntersuchungen und bei optometrischen Untersuchungen, zweitens um die Beobachtung der Kommunikationsprozesse in der Augenklinik mithilfe von Feldnotizen und drittens um Interviews mit den GesprächsteilnehmerInnen in der Augenklinik - d. h. mit den PatientInnen, dem medizinischen Personal und den DolmetscherInnen.

3.1. Fragestellung(en)

Diese qualitative Feldstudie sieht vor, das Setting einer tschechischen Augenklinik zu beschreiben. Diese versorgt außer tschechischen BürgerInnen auch AusländerInnen, und deswegen liegt der Fokus auf den Kommunikationsprozessen, die in hohem Maße durch DolmetscherInnen vermittelt werden. Folgende Fragen sollen durch die Analyse des gesammelten Materials beantwortet werden:

- *Was sind die Hauptmerkmale der durch DolmetscherInnen vermittelten Kommunikation mit den ausländischen PatientInnen in der Augenklinik?*
- *Welche Tätigkeiten gehören zum Aufgabenprofil der DolmetscherInnen in der Augenklinik?*
- *Aus welchem Grund lassen sich AusländerInnen in der tschechischen Augenklinik behandeln?*

3.2. Vor der Datenerhebung

Für die Durchführung der Studie war eine Erlaubnis seitens der Klinikführung nötig. Aus diesem Grund wurden der Direktor, die Marketingmanagerin und die Cheförztn der Augenklinik kontaktiert. Nach erfolgter Zustimmung wurde die Koordinatorin der DolmetscherInnen informiert. Diese erklärte sich bereit, das medizinische Personal, das durch die Aufzeichnung

der Gespräche und die Interviews betroffen sein würde, über die Studie zu unterrichten. Alle Beteiligten zeigten sich damit einverstanden. Zusätzlich musste jedoch auch eine Einverständniserklärung verfasst werden, der die Marketingmanagerin der Augenklinik und die PatientInnen, bevor die Gespräche aufgezeichnet wurden, zustimmen mussten.

3.3. Aufnahmen der Gespräche und Beobachtung

Mit Erlaubnis der PatientInnen wurde die triadische Kommunikation bei den Anamnesegesprächen und den optometrischen Untersuchungen aufgenommen. Die jeweiligen Dolmetscherinnen, Krankenschwestern und die Optometristin wurden darüber bereits im Vorhinein informiert. Es handelt sich insgesamt um acht Untersuchungen und somit um acht Gespräche mit insgesamt vier PatientInnen (zwei weibliche, zwei männliche). Konkret handelt es sich um drei Anamnesegespräche, die jeweils zehn Minuten dauerten, weiters um drei Untersuchungen im Schwesternzimmer je sechs Minuten und zwei optometrische Untersuchungen, die jeweils ca. 25 Minuten in Anspruch nahmen. Die Aufnahmen bilden einen Audiokorpus mit einer Gesamtdauer von ungefähr 100 Minuten. Alle Untersuchungen fanden im zeitlichen Rahmen vom 1. bis 21. November 2017 in der Augenklinik DuoVize statt und wurden von drei in der Augenklinik angestellten Dolmetscherinnen gedolmetscht. Die Dolmetscherinnen werden im Kapitel 4.1. vorgestellt.

Die Gespräche wurden mit einem mobilen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Obwohl alle GesprächsteilnehmerInnen darauf hingewiesen wurden, dass die Gespräche aufgenommen würden, wurde das Aufnahmegerät auf einen möglichst unauffälligen Platz gelegt, um den Ablauf der Untersuchung nicht zu stören. Dabei musste es sich um einen geeigneten Ort handeln, um eine gute Tonqualität gewährleisten zu können. Das Aufnahmegerät lag während der Untersuchungen auf einem Tisch zwischen der Schwester bzw. der Optometristin und der zu untersuchenden Person.

Anschließend wurden die aufgenommenen Gespräche transkribiert, damit sie analysiert werden können (vgl. Niemants 2012: 165). Bei der Transkription bieten sich mehrere Wege – je nach Zweck und Ziel der Forschung (vgl. Niemants 2012: 171, 180, 184). In der vorliegenden Studie liegt der Fokus hauptsächlich auf dem Sprecherwechsel bzw. den Turns, die jeweils nummeriert und den RednerInnen zugeordnet wurden. Um die Interaktivität in den Transkripten festzuhalten, wurden einige Transkriptionszeichen, die für den Zweck der Studie als relevant erscheinen, in Anlehnung an den Sammelband *Kommunaldolmet-*

schen/Community Interpreting: Probleme, Perspektiven, Potenziale; Forschungsbeiträge aus Österreich von Grbić & Pöllabauer (2008) benutzt und den eigenen Bedürfnissen angepasst (die konkreten Zeichen werden vor den Beispielen im Kapitel 4.2.1. angeführt).

War meine Anwesenheit bei den aufgenommenen Untersuchungen möglich, konnten die Prozesse von mir beobachtet werden. Wie im Falle des Aufnahmegeräts, musste ich ebenfalls eine Position einnehmen, die für die KommunikationsteilnehmerInnen im Sprechzimmer nicht störend war, nämlich in der Ecke des Sprechzimmers. Von dieser Position aus musste mir jedoch zugleich ein Überblick über die ganze Konstellation ermöglicht werden. Aufgrund dessen konnten handschriftlich Feldnotizen verfasst werden, die visuelles Material ersetzen können, da Aufnahmen mit einer Digitalkamera seitens der Klinikführung nicht erlaubt wurden. Die Themen der Notizen waren v.a. der Verlauf der Prozesse, die Sitzordnung und der damit einhergehende Blickkontakt der RednerInnen. Manchmal wurden die Feldnotizen nachträglich nach der Untersuchung geschrieben. Das trifft v.a. auf die Operationen zu. Bei ihnen durften aus hygienischen Gründen keine Aufnahmen gemacht werden. Die Feldnotizen, die unmittelbar nach dem Eingriff gemacht wurden, stellten somit die einzige Informationsquelle dar.

3.4. Interviews

Alle Interviews wurden mündlich im Zeitraum zwischen dem 28. Januar und dem 24. Februar in der Augenklinik durchgeführt und waren aufgrund der offenen Fragen, die einen größeren Spielraum bei den Antworten ermöglichten, unterschiedlicher Länge. Aufgenommen wurden sie mit demselben Aufnahmegerät, das bei den Aufnahmen der Gespräche benutzt wurde. Die Interviews mit dem medizinischen Personal und den Dolmetscherinnen wurden transkribiert und im Anhang verfügbar gemacht. Vertrauliche Daten – in diesem Falle die Namen der Vermittlungsagenturen, mit denen die Augenklinik kooperiert – wurden anonymisiert. Im Falle der Interviews mit den PatientInnen wurden die Antworten der besseren Übersichtlichkeit halber in vorgefertigten Fragebögen ausgefüllt. In der Analyse werden anschließend einzelne Gesprächsthemen aufgegriffen. Sie wird mit allgemeinen Themen eingeleitet, d.h. mit der Vorstellung der Gruppe. In Folge wird auf die Themen eingegangen, die mit den Fragestellungen näher zusammenhängen. Zuerst werden die Antworten präsentiert, bei denen es einen Konsens bei den Befragten gab, wonach auf die Unterschiede in den Antworten hingewiesen wird. Am Ende der Analyse stehen Themen, die außerhalb des Interviewleitfadens

individuell angesprochen wurden. Die Analyse jeder einzelnen Gruppe, die interviewt wurde, schließt eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse ab.

3.4.1. Die PatientInnen

Die Interviews mit den PatientInnen wurden auf Deutsch geführt. Sie entstanden an meinen Arbeitstagen mit unregelmäßigen Abständen, da ich in der Klinik nicht jeden Tag war. Alle Interviews wurden in der Klinik nach der Operation durchgeführt – einerseits aus zeitlichen Gründen und andererseits der psychischen Verfassung der PatientInnen wegen, da diese vor der Operation meist aufgeregt und gestresst waren. Alle befragten PatientInnen drückten Interesse an der Studie aus und zeigten eine hohe Bereitschaft, Informationen mitzuteilen. Insgesamt wurden zehn deutsche PatientInnen befragt. Eine Hälfte der Befragten war männlich, die andere weiblich. Darunter gab es zwei Ehepaare. Insgesamt sieben Interviews wurden mündlich durchgeführt und aufgenommen. Aus organisatorischen Gründen wurden die anderen drei PatientInnen gebeten, die Fragen per E-Mail zu beantworten. Dass ich bei den meisten PatientInnen zugleich als Dolmetscherin und als Interviewerin agierte, erscheint – aufgrund der dadurch bereits existierenden Bekanntschaft mit den PatientInnen – in Bezug auf die Befragung als nicht gerade vorteilhaft. Saldanha & O’Brien bezeichnen dies als “researcher bias effect” (Saldanha & O’Brien 2014: 169), was bedeutet, dass eine gewisse Befangenheit nicht verhindert werden kann.

Das Interview wurde nach dem Leitfaden von Saldanha & O’Brien konzipiert. Zu Beginn wurden Fragen gestellt, die von den PatientInnen einfach beantwortet werden konnten (vgl. Saldanha & O’Brien 2014: 174). Hierbei handelt es sich um geschlossene Fragen, die die Zielgruppe näher charakterisieren sollten. Konkret wurde nach der Herkunft der PatientInnen, dem Verkehrsmittel, mit dem sie nach Tschechien angereist waren, ihrer Begleitung, der Prager Unterkunft und der Art und Weise, wie sie sich diese verschafft hatten, und zuletzt nach der Länge ihres Aufenthaltes in Prag gefragt. Komplexere Themen bildeten den zweiten Teil des Interviews. Diese Vorgehensweise ermöglicht es, auf vertrauliche Art und Weise nach z.B. sensibleren oder persönlichen Informationen zu fragen, nachdem die einfacheren Themen das Interview eingeleitet haben (vgl. Saldanha & O’Brien 2014: 175). In diesem Teil wurden offene Fragen verwendet, damit sie von den PatientInnen möglichst aufschlussreich beantwortet werden konnten. Die PatientInnen sollten folgende Themen kommentieren: Quellen, aus denen sie von der Augenklinik erfahren hatten, die Website und die Facebook-Seite

der Klinik, den Beweggrund, sich in einer ausländischen Klinik der Operation zu unterziehen, und die Türkei als einen infrage kommenden Behandlungsort. Weiters wurde darauf eingegangen, ob die PatientInnen nach der gerade erfolgten Erfahrung bereit wären, bei einer nächsten Operation wieder ins Ausland auszureisen. Das Interview wurde mit Fragen zur Kommunikation in der Klinik abgeschlossen, wobei es um die Kooperation mit der Dolmetscherin und gegebenenfalls um die direkte Kommunikation auf Englisch ging.

Die Transkripte der Interviews mit den PatientInnen enthalten nicht alle Fragen, die gestellt wurden. Nach der Behandlung in der Klinik werden nämlich Feedback-Interviews geführt, im Rahmen deren die PatientInnen auch für die Studie befragt wurden. Die Feedback-Interviews zielen auf die Rückmeldung zu der Pflege in der Augenklinik ab, wie z.B. „Was war der Beweggrund für die Operation?“, „Wie haben Sie sich in der Klinik gefühlt?“ oder „Würden Sie die Augenklinik DuoVize weiterempfehlen?“. Diese Fragen werden für Marketingzwecke der Klinik genutzt und entweder auf der Website oder der Facebook-Seite veröffentlicht. In Bezug auf die Studie spielen sie jedoch keine erhebliche Rolle. Das vollständige Interview dauerte jeweils ca. 10 Minuten, der Teil für die Studie nahm ca. 8 Minuten pro Interview in Anspruch.

Da es zum Zeitpunkt der Datensammlung lediglich PatientInnen aus Deutschland gab, wird im empirischen Teil der Arbeit auf die allgemeinere Form „deutschsprachige PatientInnen“ verzichtet.

3.4.2. Das medizinische Personal

Für die Interviews wurden die zwei Krankenschwestern ausgewählt, die am häufigsten mit ausländischen (bzw. deutschsprachigen) PatientInnen und auch mit DolmetscherInnen zusammenarbeiten. Um ein komplexeres und breiteres Bild zu liefern, wurde auch die Optometristin interviewt. Es handelt sich um jene Mitarbeiterinnen der Klinik, die bei den Aufnahmen der Gespräche (Anamnesegespräche, Gespräche bei den Messungen und bei den optometrischen Untersuchungen) anwesend waren. Alle Interviews mit dieser Gruppe fanden in der Klinik während einer Pause statt und wurden auf Tschechisch geführt. Sie waren unterschiedlicher Länge, je nach befragter Person zwischen 10 und 15 Minuten. Alle Teilnehmerinnen wurden getrennt befragt, um möglichst ehrliche und voneinander unabhängige Antworten zu gewinnen. Da das medizinische Personal noch nie jemandem über die durch DolmetscherIn-

nen vermittelte Kommunikation Auskunft gegeben hatte, war das für alle eine neue Erfahrung.

Bei der Befragung des medizinischen Personals stand v.a. die Kooperation mit den DolmetscherInnen als solche im Vordergrund. Eines der Ziele war es festzustellen, ob diese MitarbeiterInnen speziell für die Kommunikation mithilfe von DolmetscherInnen eingeschult wurden. Ein weiterer Aspekt war die persönliche Wahrnehmung der Befragten hinsichtlich der Anforderungen an diese und das Vertrauen ihnen gegenüber. Abschließend wurden die MitarbeiterInnen dazu aufgefordert, die Kooperation mit den DolmetscherInnen allgemein zu bewerten.

3.4.3. Die Dolmetscherinnen

Für den Zweck der Studie konnten nicht alle in der Klinik arbeitenden DolmetscherInnen interviewt werden, sondern lediglich jene, deren Vorgesetzte Frau Čadilová ist. Es handelt sich um Dolmetscherinnen, die sich neben den PatientInnen, die die Augenklinik direkt nachfragen, um PatientInnen von bestimmten Vermittlungsagenturen kümmern. Das sind insgesamt drei Dolmetscherinnen, eine davon bin ich selbst. Meine Ansichten widerspiegeln sich in den Kommentaren zu den jeweiligen Themen in der Empirie, die anhand von Feldnotizen verfasst wurden. Die Antworten der zwei Dolmetscherinnen, die für die Analyse in Frage kamen, werden im Kapitel 4.3.3. beleuchtet. Die Dolmetscherinnen wurden nach der Arbeitszeit in den Räumlichkeiten der Klinik separat interviewt, um eine gegenseitige Beeinflussung ausschließen zu können. Beide Interviews wurden in der Muttersprache (Tschechisch) geführt, um die ersten Reaktionen festhalten zu können.

Es ist wichtig anzumerken, dass sich die zwei Leitfäden der Interviews in gewissem Umfang voneinander unterscheiden. Der Grund hierfür liegt in den verschiedenen Positionen der Dolmetscherinnen. Eine Dolmetscherin ist gleichzeitig die Koordinatorin der Dolmetscherinnen und die Ansprechperson für die deutschsprachigen KundInnen. Die andere Dolmetscherin hat wie ich über das Dolmetschen hinaus kein weiteres Tätigkeitsfeld. Das Interview mit dauerte 20 Minuten.

Der innere Rahmen der Interviews mit den Dolmetscherinnen bleibt unverändert. Nur im Falle der Koordinatorin wurde noch ein weiteres Thema angesprochen, das in ihre Zuständigkeit fällt, nämlich der Kontakt mit den Vermittlungsagenturen. Außer der Chefärztin ist nur sie für die Kommunikation mit den Vermittlungsagenturen zuständig. Da auf dieses The-

ma eingegangen wurde, haben sich auch die Themen des Medizintourismus, der damit einhergehenden Wettbewerbsfähigkeit der Tschechischen Republik und der Vermarktungskanäle der Klinik als relevante Gesprächsthemen ergeben. Dieses Interview nahm 40 Minuten in Anspruch.

Beide Dolmetscherinnen beantworteten Fragen nach ihrer Anstellung, ihren Rollen und Aufgaben. Beide beschrieben ihren typischen Arbeitsalltag und die Zielgruppe, von der die Klinik aufgesucht wird. Weiters führten sie an, über welche Eigenschaften gute DolmetscherInnen gerade in diesem Bereich verfügen sollten. Zuletzt äußerten sie sich zum Thema, auf welche Art und Weise sie die Arbeit in der Augenklinik bereichert.

Ein Interviewleitfaden war zwar vorhanden, aber trotzdem wurde den interviewten Personen die Möglichkeit gegeben, breit auf die Fragen zu antworten. Falls sich weiterführende oder uneindeutige Antworten ergaben, wurde auf diese näher eingegangen.

4. Fallstudie Augenklinik

In diesem Kapitel wird zunächst das Setting der Augenklinik näher dargestellt, damit die beschriebenen Prozesse in einen Kontext platziert werden können. In späterer Folge werden die Aufnahmen der gedolmetschten Gespräche und die Feldnotizen präsentiert. Dies erfolgt parallel zur Beschreibung der einzelnen Behandlungsphasen in der Klinik. Die ersten zwei Behandlungsphasen, bei denen Aufnahmen der Gespräche gemacht werden durften, werden aus der Perspektive des turn-taking, der Genauigkeit der Dolmetschung, der Sichtbarkeit der Dolmetscherinnen, der Dolmetschmodi, der Gesprächsführung und der Sitzordnung beschrieben. Diese Punkte werden durch die für die jeweilige Behandlungsphase typischen Merkmale ergänzt. Die anderen zwei Behandlungsphasen werden anhand von Feldnotizen beschrieben, wobei auf die Prozesse bei den Behandlungen, die Dolmetschmodi und die Aufgaben der Dolmetscherinnen eingegangen wird. Abschließend werden auch die Interviews gruppenspezifisch analysiert.

4.1. Vorstellung der Augenklinik

Die Augenklinik DuoVize entstand 2010 im Zentrum der tschechischen Hauptstadt Prag als eine Tochterfiliale der Brünner Augenklinik NeoVize. Seitdem bietet sie zahlreiche verschiedene Operationen im Bereich der Augenchirurgie an. Es handelt sich konkret um Behandlungen von dioptrischen Fehlern, von Netzhauterkrankungen, des Grauen Stars oder des Keratokonus (Verwölbung der Hornhaut). Neben den zwei tschechischen Augenkliniken wurde später eine Klinik in der slowakischen Hauptstadt Bratislava gegründet. Alle erwähnten Kliniken bilden somit eine Klinikette (DuoVize 2018a).

Schon seit mehreren Jahren wird die slowakische Augenklinik neben slowakischen KlientInnen im Rahmen des Medizintourismus häufig auch von ÖsterreicherInnen und die Prager Klinik neben den tschechischen KlientInnen auch von Deutschen aufgesucht, wobei hin und wieder auch ÖsterreicherInnen oder SchweizerInnen nach Prag kommen. Außerdem werden in allen Kliniken auch englischsprachige PatientInnen behandelt. Aufgrund dieser Tatsache musste das Klinikpersonal, das ausschließlich aus tschechischen StaatsbürgerInnen besteht, um KoordinatorInnen für die Pflege ausländischer PatientInnen und um DolmetscherInnen erweitert werden, die für eine reibungslose und für die PatientInnen komfortable Kommunikation in deren Muttersprache sorgen.

Wir haben langjährige Erfahrungen mit Patienten aus dem Ausland. Wir ermöglichen die Kommunikation in Ihrer Muttersprache. Unsere deutschsprachigen Patienten bekommen alle Unterlagen auf Deutsch (zum Beispiel: Patienteninformationen, Einverständniserklärung zur Durchführung des medizinischen Eingriffes, usw.). Unser erfahrener, deutschsprachiger „Patientenlotse“ steht Ihnen zur Verfügung (DuoVize 2018a).

Außerdem werden beim medizinischen Personal seitens der Klinikführung Englischkenntnisse verlangt. Zum Zeitpunkt der Datensammlung wurde das Dolmetschen in der Prager Klinik, die im Fokus der Studie liegt, von drei Personen ausgeübt. Die erste Person war PhDr. Jindra Čadilová, die gleichzeitig auch als Koordinatorin der DolmetscherInnen und Ansprechperson für die deutschsprachigen PatientInnen tätig war – auf der Website als „der Patientenlotse“ vorgestellt (DuoVize 2018a). Sie verfügt über eine Ausbildung in Bohemistik, die sie mit einem Doktoratsstudium an der Karlsuniversität in Prag abschloss. Nach dem Studium war sie v. a. in der Marketing-Branche tätig und konnte außerdem Dolmetschererfahrungen in der Sprachkombination Tschechisch–Deutsch z. B. bei der Automobilfirma Škoda oder der Firma Bosch sammeln. Die andere Dolmetscherin befand sich gerade am Ende des Masterstudiums Übersetzen und Dolmetschen mit den Arbeitssprachen Tschechisch und Deutsch an der Karlsuniversität in Prag. Die dritte war ich selbst, aktuell im 5. Semester des Masterstudiums Dialogdolmetschen mit der Sprachkombination Tschechisch und Deutsch an der Universität Wien. Aus diesem Grund wird in Folge beim Begriff „DolmetscherIn“ auf die männliche Form verzichtet, wenn er sich auf jene Personen bezieht, die sich an der Studie beteiligten. Die gegenderte Form bezeichnet alle Dolmetscher und alle Dolmetscherinnen, die in der Augenklinik arbeiten.

Um PatientInnen aus dem deutschsprachigen Gebiet ansprechen zu können, wurde eine deutsche Website konzipiert, auf der eine Silhouette von Prag zu erkennen ist. Unter verschiedenen Schlagworten rechts oben kommt man zur näheren Beschreibung der Klinik, der angebotenen Operationen, zu den Profilen von ÄrztInnen, zur Preisliste und zum Kontaktformular. Unter „Erfahrungsberichte“ werden immer neue, aktuelle Kommentare und Fotos von behandelten PatientInnen veröffentlicht.



Abb 2: Die deutsche Website der Augenklinik DuoVize (DuoVize 2018a)



Der Bruder von meinem Arbeitskollegen war auch hier und er war zufrieden. Ich habe das mal angesprochen, dass ich die Operation gerne machen würde. Er hat mir DuoVize empfohlen. Ich hatte nie gerne Brille an und irgendwann hat mich wirklich gestört, dass ich beim Bäcker die Schilder von Brotsorten nicht mehr lesen konnte. Die Leute [...]

Abb 3: Beispiel eines Erfahrungsberichtes (DuoVize 2018b)

Außer durch die deutsche Website ist die Klinik auch in sozialen Medien vertreten. Den PatientInnen steht eine Facebook-Seite der Augenklinik als Informationsquelle zur Verfügung. Diese heißt jedoch nicht DuoVize oder NeoVize, sondern „Augenchirurgie in Tschechien und in der Slowakei“. Es werden somit alle Filialen dieser Kette miteinbezogen. Auf der Facebook-Seite werden durch die Managementabteilung regelmäßig Rückmeldungen und Fotos von den PatientInnen veröffentlicht und von den PatientInnen Kommentare verfasst. Die PatientInnen haben auch die Möglichkeit, die Behandlungsqualität in der Augenklinik durch eine gewisse Anzahl an Sternen zu bewerten.



Abb 4: Die deutsche Facebook-Seite der Augenklinik DuoVize (DuoVize 2018d)

Bei Interesse kann das Kontaktformular auf der Website ausgefüllt werden. Die Anfrage wird von der Koordinatorin verarbeitet. Die Website und die Facebook-Seite stellen zwei Vermarktungskanäle der Augenklinik dar. Außerdem kooperiert die Augenklinik mit mehreren Vermittlungsagenturen aus dem deutschsprachigen Raum. Diese verarbeiten die Anfragen von PatientInnen selbst und schicken sie dann weiter in die Prager Klinik. Die Phase zwischen der ersten Anfrage seitens der PatientInnen und der Reise nach Prag unterscheidet sich ziemlich stark je nach Vermittlungsagentur. Einige Agenturen fördern den sofortigen direkten Kontakt der PatientInnen mit der Klinik, andere betrachten dies als unerwünscht.

Möchten Sie uns etwas fragen?

Name

Nachname

Telefon

Email

Adresse

Wie möchten Sie kontaktiert werden?

☐ Telefonisch ☐ Per Email

Abb. 5: Kontaktformular auf der deutschen Website der Klinik (DuoVize 2018c)

Am häufigsten werden in der Prager Augenklinik die Reduktion von Fehlsichtigkeit und die Behandlung des Grauen Stars nachgefragt. Bei Eingriffen dieser Art wurden die PatientInnen durch mich begleitet. Bei der Reduktion von Fehlsichtigkeit dauert der Aufenthalt der PatientInnen in Prag insgesamt drei Tage. Am ersten Tag werden alle Voruntersuchungen durchgeführt. Danach wird mit den Ärztinnen die geeignete Operationsmethode besprochen (in der Prager Augenklinik arbeiteten zum Zeitpunkt der Datensammlung nur Frauen als Ärztinnen). Bei jeder Untersuchung sowie Besprechung werden die PatientInnen durch die DolmetscherInnen begleitet. Diese stehen ihnen immer zur Verfügung, auch wenn die PatientInnen die Kommunikation auf Englisch bevorzugen, was heißt, dass sie mit dem medizinischen Personal direkt und nicht durch Dritte vermittelt kommunizieren können. Diese Phase dauert insgesamt ca. drei Stunden. Am zweiten Tag erfolgt die Operation. Darauf müssen die DolmetscherInnen die PatientInnen vorbereiten. Danach gehen sie zumeist mit in den Operationssaal, selbst wenn auf Englisch kommuniziert wird, um die PatientInnen, die meistens vor dem Eingriff Angst haben, zu beruhigen. Nach der Operation wird – erneut unter Anwesenheit der DolmetscherIn – noch eine kurze Kontrolluntersuchung durchgeführt. Dieser Prozess nimmt ca. eineinhalb bis zwei Stunden in Anspruch. Am dritten Tag kommen die PatientInnen zum letzten Mal in die Klinik, um eine Kontrolle durchführen zu lassen. Auch in diesem Falle werden sie von den DolmetscherInnen begleitet. Nach dieser letzten Kontrolle werden üblicherweise die Feedback-Interviews geführt. Zu diesem Zeitpunkt erfolgte ebenfalls die Datensammlung für die vorliegende Masterarbeit, da die PatientInnen I.d.R. am dritten Tag die Tschechische Republik verlassen, sofern sie keinen längeren Aufenthalt geplant hatten.

Bei der Behandlung des Grauen Stars ist ein viertägiger Aufenthalt in Prag nötig. Am ersten Tag erfolgen die Voruntersuchungen und eine Operation (an einem Auge). Am zweiten Tag wird eine Kontrolle durchgeführt. Erst am dritten Tag wird das andere Auge operiert, das wiederum am letzten, vierten Tag des Aufenthaltes kontrolliert wird.

4.2. Die Kommunikation in der Augenklinik

4.2.1. Bei der Voruntersuchung

Wenn PatientInnen die Augenklinik zum ersten Mal betreten, werden sie von der Koordinatorin in der Eingangshalle erwartet. Sie kennen sie i.d.R. schon aufgrund der vorherigen Kommunikation entweder per E-Mail oder per Telefon. Die Koordinatorin stellt den PatientInnen die DolmetscherInnen (ihre AssistentInnen) vor. Je nach Anzahl der PatientInnen am betreffenden Tag kümmert sie sich selbst um sie oder die Betreuung wird durch eine ihrer AssistentInnen übernommen. Abhängig von dem Kanal, über den die KlientInnen Kontakt mit der Klinik aufnehmen (direkt, über eine Vermittlungsagentur usw.), müssen von ihnen noch einige Formulare ausgefüllt werden. Darunter fällt auf jeden Fall der Fragebogen zu persönlichen Daten (Adresse, Nummer des Personalausweises, Telefonnummer, Beruf usw.). Beim Ausfüllen der Formulare (auf Deutsch konzipiert) stehen die DolmetscherInnen den PatientInnen zur Seite und erklären, was nicht verstanden wird. Danach werden die Formulare den RezeptionistInnen zur weiteren Verarbeitung übergeben. Inzwischen informieren die DolmetscherInnen die PatientInnen über folgende Punkte:

- ihre Rolle

„Ich bin für Sie da, ich begleite Sie zu allen Untersuchungen und dolmetsche für Sie.“

- was in den nächsten Minuten geschieht

„Ihre Daten werden jetzt von den KollegInnen an der Rezeption verarbeitet. Wenn diese damit fertig sind, werden Sie zur ersten Untersuchung gerufen. Ich hole Sie hier ab und gehe mit.“

- was an dem Tag erfolgt

„Heute werden alle nötigen Voruntersuchungen gemacht, danach besprechen Sie die Operation mit der Ärztin und bekommen schriftliche Informationen dazu. Dann werden noch einige Messungen durchgeführt. Schließlich erfolgt eine letzte Besprechung mit der Ärztin und das war's für heute.“

- zeitlicher Rahmen

„Heute nimmt das Ganze ca. 3 Stunden in Anspruch. (Wenn die PatientInnen in Begleitung von jemandem angekommen sind): Ihre Begleitung kann hier natürlich sitzen bleiben und auf Sie warten oder in die Stadt spazieren gehen.“

- bietet ein Getränk an

„Möchten Sie Tee, Kaffee oder Wasser?“

Normalerweise verlassen die DolmetscherInnen die PatientInnen nach diesem Gespräch und kommen erst dann zurück, wenn die PatientInnen zur ersten Untersuchung gerufen werden. Zum Zeitpunkt der Datensammlung in Form von Aufnahmen der gedolmetschten Gespräche stellte jedoch gerade dieser Moment die einzige Möglichkeit dar, die PatientInnen um Hilfe und Kooperation zu bitten, sprich um ihre Erlaubnis auch in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung, die Gespräche aufzunehmen. Alle angesprochenen PatientInnen waren zur Teilnahme am Projekt bereit. Insgesamt wurden somit drei Anamnesegespräche aufgenommen. Infolge der Bitte um Hilfe entwickelte sich meistens ein Gespräch über die Masterarbeit und das Studium in Österreich. Dieses Gespräch schuf eine Vertrauensbasis zwischen den PatientInnen und mir. In einem Falle wurde zu diesem Zeitpunkt von einer Patientin das Duzen vorgeschlagen. Das könnte man als “small talk” bezeichnen, der z. B. seitens der Führung des Krankenhauses, in dem Hsieh (2016) ihre Studie durchführte, als unerlaubt und unerwünscht bezeichnet wurde.

Nachdem die Personaldaten der PatientInnen verarbeitet worden sind, werden die PatientInnen von einer Schwester zum Anamnesegespräch gerufen. Trotz der Tatsache, dass keine der Schwestern in DuoVize die deutsche Sprache beherrscht, lernten sie einen Satz auf Deutsch, mit dem sie sich den PatientInnen vorstellen: „*Guten Tag, mein Name ist XY, ich bin die Schwester.*“ Auch diese Phrase schafft eine Vertrauensbasis. Die PatientInnen verlassen dann in Begleitung der Schwester und der DolmetscherInnen den Warteraum.

Zuerst wird das Anamnesegespräch geführt und in Folge die sog. Pentacam-Untersuchung gemacht. Die Pentacam-Untersuchung ist eine Untersuchung der Hornhaut mithilfe eines Messgeräts und eines Bildschirms, auf dem die Ergebnisse der Messung angezeigt werden. Danach folgt eine kurze Messung der Dioptrien und des Augeninnendrucks im Schwesternzimmer. Das Anamnesegespräch und die Pentacam-Untersuchung finden normalerweise in einer Dunkelkammer statt. Nur aus organisatorischen Gründen wird in seltenen Fällen im Schwesternzimmer angefangen und die Untersuchung dann in der Dunkelkammer

fortgesetzt (wie im Falle von P₃). In der Dunkelkammer fängt die Schwester im Rahmen des Anamnesegesprächs mit den Fragen an. Von hier an kommuniziert die Schwester auf Tschechisch.

In den Beispielen sowie den Transkripten werden in Anlehnung an den Sammelband von Grbić & Pöllabauer (2008) folgende Zeichen verwendet, um die interaktive Natur der medizinischen Gespräche schriftlich festzuhalten:

- [-]* Unterbrechung
- [<Ü]* Überlappung von Gesprächsteilen
- [[]]* Anmerkung der Verfasserin
- [L]* Lachen

Bei Überlappungen und/oder simultan gedolmetschten Aussagen werden die im selben Moment ausgesprochenen Gesprächsteile optisch so gestaltet, damit es klar wird, um welche Teile es sich handelt. Außer den angeführten Transkriptionszeichen wird von den zwei folgenden Zeichen Gebrauch gemacht, denn es gab in den Aufnahmen einige Stellen, bei denen aufgrund einer schlechten Tonspur das Gesagte nicht verstanden werden konnte.

- [X]* unverständliches Wort
- [<x]* unverständlicher Textteil

Für alle Beispiele bzw. Ausschnitte gelten auch folgende Kürzel:

1, 2, 3 ... = Turn-Nr. / P₁, P₂, P₃ = PatientInnen / S = Schwestern / D = Dolmetscherinnen

4.2.1.1. Turn-taking

Ausschnitt 1

- 1 S: Takže, brýle nosíte od kolika let?
 Also, die Brille tragen Sie seit wie vielen Jahren?
- 2 D: Seit wann tragen Sie schon eine Brille?
- 3 P: Seit meinem elften Lebensjahr.
- 4 D: Od jedenácti let.
 Seit elf.
- 5 S: Nosíte i kontaktní čočky?
 Tragen Sie auch Kontaktlinsen?
- 6 D: Tragen Sie auch Kontaktlinsen?
- 7 P₁: Ja, weiche.
- 8 D: Také, jsou to měkké čočky.

- Auch, es sind weiche Linsen.*
- 9 S: A nosíte hlavně kontaktní čočky nebo hlavně brýle?
Und tragen sie vor allem Kontaktlinsen oder vor allen die Brille?
- 10 D: Sind das vor allem Kontaktlinsen oder vor allem die Brille?
- 11 P₁: Vor allem Brille.
- 12 D: Spíš brýle.
Vor allem Brille.

Im Ausschnitt 1 ist deutlich ein regelmäßiges Muster zu erkennen: (S) Schwester – (D) Dolmetscherin – (P) PatientIn – (D) Dolmetscherin usw. Dieses Muster ist auch in anderen Gesprächen erkennbar. Dem Anamnesegespräch liegen Fragen auf Tschechisch zugrunde, die gedolmetscht werden. Auf die jeweilige Frage wird geantwortet, die Antwort wird ins Tschechische gedolmetscht und die Schwester trägt sie in ein Formular ein. Darauf folgt die nächste Frage. Auch Gespräche mit anderen PatientInnen weisen dasselbe Muster auf (Ausschnitt 2 und 3).

Ausschnitt 2

- 1 S: Hm. Nějaká jiná zraková zátěž, nějaký sport, drobná ruční práce, čtení ...?
Hm. Eine andere Augenbelastung, eine Sportart, feine Handarbeit, Lesen...?
- 2 D: Belasten Sie Ihre Augen noch irgendwie z.B. mit feiner Handarbeit, gefährlichen Sportarten, viel Lesen oder...
- 3 P₂: [-] Hm, ja. Genau. Lesen – ich arbeite im Kindergarten, also es heißt Basteln...
- 4 D: [-] Hodně čte a pracuje ve školce, takže tam dělají ruční práce ...
Sie liest viel und arbeitet im Kindergarten, das heißt sie machen Handarbeiten...
- 5 S: Hm. Nějaké oční onemocnění, operace, úrazy očí byly?
Hm. Gab es einige Augenerkrankungen, Augenverletzungen?
- 6 D: Hatten Sie schon einige Augenverletzungen gehabt oder Augenoperationen durchführen lassen?
- 7 P₂: Operation noch nicht, ich hatte im März auf dem Auge eine Regenbogenhautentzündung gehabt.
- 8 D: V březnu měla zánět duhovky.
Im März hatte sie eine Regenbogenhautentzündung.

Ausschnitt 3

- 1 S: Dobře. Brýle tedy nosíte pořád?
Gut. Die Brille tragen Sie also immer?
- 2 D: Die Brille trägst du immer, jeden Tag?
- 3 P₃: Nein, nur für Filme oder so zum Fahrrad fahren.
- 4 D: Když se dívá na televizi, jezdí na kole. Jinak ne.
Wenn sie fernsieht, das Fahrrad fährt. Sonst nicht.
- 5 S: Dobře. Auto řídíte v noci?
Gut. Fahren Sie das Auto in der Nacht?
- 6 D: Fährst du das Auto in der Nacht, bei Dunkelheit?
- 7 P₃: Ja, aber mit Brille.

- 8 D: Ano, právě na to potřebuje brýle.
Ja, gerade dafür braucht sie die Brille.

Das angedeutete Muster wird jedoch gelegentlich verletzt, was an den folgenden Gesprächsteilen (Ausschnitt 4 – 6) sichtbar ist. Es handelt sich um die Fortsetzung des ersten Gesprächs.

Ausschnitt 4

- 1 S: [zu sich selbst] Hm, takže spíš brýle.
Hm, also eher die Brille.
- 2 D: [zur P als Reaktion auf die Antwort von P] Sehr präzise!
- 3 P₁: [L] Ja.
- 4 S: Kolik dnů jste teď v očích neměl kontaktní čočky?
Wie viele Tage haben Sie die Kontaktlinsen in den Augen nicht gehabt?
- 5 D: Seit wann haben Sie die Kontaktlinsen nicht gehabt?

In diesem Falle wird das regelmäßige Muster des Turn-taking durch die Dolmetscherin gebrochen, indem sie eine genaue Angabe von P₁ lobt (Turn 2). P₁ lacht darüber, die Schwester jedoch nicht, da „das Lob“ nicht für sie gedolmetscht wurde. Die Dolmetschung bleibt aufgrund der Irrelevanz der Aussage und der begrenzten Zeit pro Anamnesege spräch aus. Dadurch wurde sie aus dem Kontext ausgeschlossen und setzt mit ihren Fragen fort.

Im Ausschnitt 5 wechseln die RednerInnen gleich an zwei Stellen nicht regelmäßig. Nach der ersten Antwort von P₂ (Turn 3) muss die Dolmetscherin wegen Uneindeutigkeit der Aussage nachfragen (Turn 4). Auf die Frage „Seit welchem Alter...?“ (Turn 1 und 2) antwortet P₂ im Turn 3 mit einer Jahresangabe. Der Dolmetscherin ist das Alter von P₂ nicht bekannt, weswegen sie nachfragt (Turn 4). Diesmal wird mit einer Altersangabe geantwortet (Turn 5). An der zweiten Stelle findet das regelmäßige Turn-taking nicht statt, da der Begriff „Gleitsicht“ (Turn 10) der Vollständigkeit halber geklärt werden muss.

Ausschnitt 5

- 1 S: Tak, brýle nosíte od kolika let?
Also, die Brille tragen Sie seit welchem Alter?
- 2 D: Seit welchem Alter tragen Sie schon eine Brille?
- 3 P₂: Seit 2014. Also 3 Jahre.
- 4 D: **Seit 3 Jahren. Also wie alt waren Sie ...?**
- 5 P₂: **[-] Dreiundfünfzig.**
- 6 D: **Dreiundfünfzig. - Padesát tři.**
- 7 S: Od padesáti tří let na blízko, na čtení.
Seit 53 für die Nahedistanz, fürs Lesen.
- 8 D: Und es geht um Lesebrille?
- 9 P₂: **Nein, ich hab' die Gleitsicht seit 2015. Also Gleitsicht mit drei Stufen.**

- [illegible]

Wenn nach dem Anamnesege­spräch die Hornhaut ver­messen wird, sind keine verbalen Reak­tionen der PatientInnen nötig. Deswegen werden nur die Anweisungen der Schwester für die PatientInnen gedolmetscht. Auf diese wird verbal nicht reagiert. Dadurch entsteht folgendes Muster: S – D – S – D usw., wobei nur unilateral für die PatientInnen ins Deutsche gedolmetscht wird (Ausschnitt 6).

Ausschnitt 6

- 1 S: Bradu mějte opřenou.
Das Kinn anlehnen.
- 2 D: Genau so, super. Sehr gut.
- 3 S: Na balon se díváte. A nemrkat.
Sie schauen auf den Ballon. Und nicht blinzeln.
- 4 D: Bitte schau auf den Ballon und kein Blinzeln bitte. - Kein Blinzeln.
- 5 S: Druhé oko.
Das zweite Auge.
- 6 D: Sehr gut. Jetzt das linke Auge.
- 7 S: Dobře [X].
Gut.
- 8 D: Gut. Und jetzt machen wir hier rechts weiter. Hier wird der Augeninnendruck gemessen und du verspürst einen Luftstoß gegen deine Augen und zwar dreimal nacheinander. Man muss es leider aushalten.

4.2.1.2. Dolmetschmodus

Das Dolmetschen bei den Anamnesegesprächen und den folgenden Messungen findet ausschließlich im konsekutiven Modus statt. Die Schwestern stellen eine Frage (z. B. „Seit wann tragen Sie eine Brille?“ oder „Tragen Sie auch Kontaktlinsen?“), welcher die Dolmetschung ins Deutsche für die PatientInnen folgt. Die Frage wird von den PatientInnen beantwortet und die Antwort wird anschließend für die Schwester ins Tschechische gedolmetscht. Dabei machen sich die Dolmetscherinnen aus mehreren Gründen keine Notizen; erstens, da die Fragen kurz sind, ebenso wie die Antworten in den meisten Fällen, und zweitens, da immer dieselben Fragen gestellt werden, d.h. dass die DolmetscherInnen sie nach einiger Zeit bereits auswendig kennen und keine Gedächtnisstütze in Form von Notizen brauchen. Nur sehr selten wird seitens der PatientInnen so ausführlich geantwortet, dass sich die DolmetscherInnen entweder

Notizen machen müssen, sie die PatientInnen unterbrechen müssen oder sie darauf hinweisen, dass eine präzise, gleichzeitig jedoch kurze Antwort erwünscht sei.

Der Konsekutivmodus wird lediglich in Ausnahmefällen durch den Simultanmodus abgelöst, wie z. B. im folgenden Textauszug der Fall ist:

Ausschnitt 7

- 1 D: Kennen Sie die Dioptrien-Werte in diesen Kontaktlinsen?
2 P₁: Ja, fünf...
3 D: Pět... [<Ü]
Fünf...
4 P₁: ... und vier Komma sieben fünf.
5 D: ... a čtyři celé sedmdesát pět. [<Ü]
... und vier Komma fünfundsiebzig.
6 S: Víte, na kterém oku co?
Wissen Sie was an welchem Auge?
7 D: Wissen Sie, an welchem Auge...?
8 P₁: [-] Ja, das Rechte sind fünf...
9 D: Právě oko pět... [<Ü]
Das rechte Auge fünf...
10 P₁: ... und das Linke vier Komma sieben fünf.
11 D: ... levé čtyři celé sedmdesát pět. [<Ü]
... das Linke vier Komma fünfundsiebzig.

In diesem Falle wird der Konsekutivmodus verworfen und es wird im simultanen Modus gedolmetscht (Turns 3, 5, 9, 11), da die Dolmetscherin keinen Notizblock parat hatte und bei den Zahlangaben eine genaue Wiedergabe anstrebte. Sie hätte ebenso gut mit einem Notizblock arbeiten können oder bei Unsicherheit bei den PatientInnen nochmals nachfragen können. Aus zeitlichen Gründen hat sie die beschriebene Entscheidung getroffen.

Außerdem kann festgestellt werden, dass es sich im Falle der Anamnesegespräche um reines Dialogdolmetschen handelt, denn alle Merkmale des Dialogdolmetschens stimmen mit den Merkmalen des Anamnesegesprächs überein. Alle drei AkteurInnen des Gesprächs interagieren, kooperieren miteinander und tragen gemeinsam Verantwortung für den Erfolg der Kommunikation. Als Erfolg kann man sinnvolle, klare Antworten der PatientInnen auf die von den Schwestern gestellten Fragen und eine gute Dolmetschung sehen. Das Gespräch ist ein Dialog zwischen der Schwester und der untersuchten Person, der bis auf seltene Ausnahmen konsekutiv gedolmetscht wird. Eine Partei spricht eine Sprache – die Schwester spricht Tschechisch, die andere Partei spricht eine andere Sprache – Deutsch. Es handelt sich somit um bilinguale Konversation. Für die PatientInnen wird ins Deutsche gedolmetscht, für die Schwestern ins Tschechische. Die DolmetscherInnen müssen aus diesem Grund ständig zwi-

schen den zwei Sprachen umschalten. Alle KommunikationsteilnehmerInnen sind vor Ort anwesend, man kann das als “face-to-face” Kommunikation bezeichnen. Aufgrund dessen können alle Beteiligten vom sichtbaren nonverbalen Verhalten der Anderen Gebrauch machen und daraus Schlüsse ziehen, wenn es z. B. Unstimmigkeiten in der Kommunikation gibt. Besonders ausgeprägt ist die Kooperation zwischen der Dolmetscherin und P₂ (Ausschnitt 8), die mehrmals initiativ das Wort ergreift und die benötigten Informationen selbst hinzufügt.

Ausschnitt 8

- 1 D: Ah so. Und die haben Sie seit 2015.
2 P₂: 2015. [<Ü]
[...]
3 D: [-] Hm, also zuerst hatten Sie nur eine Lesebrille ...
4 P₂: Nur eine Lesebrille. Genau. [<Ü]
[...]
5 D: Das was Sie jetzt ...
6 P₂: [-]... abgegeben haben, ja. Von der Allgemeinuntersuchung.

Nur eines der Merkmale des Dialogdolmetschens kann nicht als vollständig erfüllt angesehen werden, und zwar die Spontaneität. Es handelt sich teilweise um ein spontanes Gespräch – zumindest seitens der PatientInnen. Sie müssen unvorbereitet auf Fragen antworten, die bereits im Vorfeld festgelegt wurden und bei jedem Anamnesegespräch immer in derselben Form verwendet werden, weswegen sie den DolmetscherInnen aus früherer Erfahrung bereits bekannt sind. Daher handelt es sich nicht um spontane Fragen. Spontan müssen die DolmetscherInnen jedoch reagieren, wenn etwas unverständlich ist oder wenn eine unkonventionelle Situation entsteht. Aus den folgenden Beispielen (Ausschnitt 9 – 11) geht hervor, dass sich die einzelnen Anamnesegespräche bis zu einem bestimmten Grad ähneln. Dennoch lassen sich Abweichungen finden. Infolge werden die Transkripte desselben Teils der drei Anamnesegespräche angeführt. Die Struktur der ersten zwei Gespräche (9 und 10) kann als parallel beschrieben werden, das dritte (Ausschnitt 11) weist hingegen auffällige Unterschiede auf.

Ausschnitt 9

- 1 S: **Tak, brejličky od kolika let nosíte?**
Also, die Brille tragen Sie seit welchem Alter?
2 D: Seit wann trägst du eine Brille?
3 P₃: Seit ich sieben bin.
4 D: Od sedmi let.
Seit 7.
5 S: **Nosíte i kontaktní čočky?**
Tragen Sie auch Kontaktlinsen?

6 D: Trägst du auch Kontaktlinsen?

Ausschnitt 10

- 1 S: **Takže, brýle nosíte od kolika let?**
Also, die Brille tragen sie seit welchem Alter?
- 2 D: Seit wann tragen Sie schon eine Brille?
- 3 P₁: Seit meinem elften Lebensjahr.
- 4 D: Od jedenácti let.
Seit 11.
- 5 S: **Nosíte i kontaktní čočky?**
Tragen Sie auch Kontaktlinsen?
- 6 D: Tragen Sie auch Kontaktlinsen?

Ausschnitt 11

- 1 S: **Tak, brýle nosíte od kolika let?**
Also, die Brille tragen Sie seit welchem Alter?
- 2 D: Seit welchem Alter tragen Sie schon eine Brille?
- 3 P₂: Seit 2014. Also 3 Jahre.
- 4 D: Seit 3 Jahren, also wie alt waren Sie ...?
- 5 P₂: [-] Dreiundfünfzig.
- 6 D: Dreiundfünfzig. Padesát tři.
- 7 S: **Od padesáti tří let na blízko, na čtení?**
Seit 53 für die Nahedistanz, fürs Lesen?
- 8 D: Und es geht um Lesebrille?

Im Falle der DolmetscherInnen besteht jedoch ein doppeltes Verhältnis zur Spontaneität – einerseits kennen sie die Fragen aus früherer Erfahrung, andererseits variieren teilweise die Antworten der PatientInnen, woran sie sich anpassen müssen.

4.2.1.3. Genauigkeit

Beim Anamnesegegespräch handelt es sich um kurze Fragen, die meistens wörtlich oder von der ursprünglichen Aussage nur minimal abweichend gedolmetscht werden. Beide interviewten Schwestern sind sich einig, dass (fast) wortgetreu gedolmetscht werden sollte.

Die Genauigkeit spielt eine große Rolle. Die DolmetscherInnen müssen genau das dolmetschen, was ich sage. Ohne das ginge es nicht. Ich muss sicher sein, v.a. wenn ich die DolmetscherInnen nicht kenne.“ (Interview mit S₁, Zeile 41 – 42, Übersetzung V.H.).

Sie [die DolmetscherInnen] müssen die Fragen so stellen, wie ich sie gestellt habe. Sie müssen sie wortwörtlich formulieren und müssen es so meinen, wie ich es gemeint ha-

be. Wir müssen uns aufeinander abstimmen. [...] und sie müssen es für mich so dolmetschen, wie es die PatientInnen gesagt haben (Interview mit S₂, Zeile 43 – 45, Übersetzung V.H.).

Folgende Beispiele (Ausschnitt 12 – 14) belegen die wortgetreue Wiedergabe der Dolmetscherinnen:

Ausschnitt 12

- 1 S: Nosíte i kontaktní čočky?
Tragen Sie auch Kontaktlinsen?
2 D: Tragen Sie auch Kontaktlinsen?

Ausschnitt 13

- 1 P₁: Dreimal in der Woche für zwei Stunden etwa.
2 D: Třikrát týdně asi na dvě hodinky denně.
Dreimal in der Woche für etwa zwei Stunden.

Ausschnitt 14

- 1 S: Hm. Na počítači jste kolik hodin denně?
Hm. Wie viele Stunden verbringen sie täglich am Computer?
2 D: Wie viele Stunden pro Tag arbeiten Sie am Computer?

Nicht nur in den angeführten Auszügen, sondern auch in späterer Folge (Ausschnitte 15 – 17) fällt bei allen festgehaltenen Gesprächen auf, dass die Dolmetschung in der 3. Person erfolgt, obwohl die Schwester direkt fragt – wie z.B. im Ausschnitt 12 Turn 1 oder im Ausschnitt 14 Turn 1.

Ausschnitt 15

- 1 P₁: Ich arbeite am Computer, also acht Stunden.
2 D: Pracuje v práci na počítači, takže osm hodin denně.
Er arbeitet in der Arbeit am Computer, also acht Stunden täglich.

Ausschnitt 16

- 1 P₂: Hm, ja. Seit neun bekomme ich Blutdrucktabletten, 5 Milligramm.
2 D: Má teď má tablety s pěti miligramy na krevní tlak.
Sie hat jetzt Tabletten mit fünf Milligramm für den Blutdruck.
[...]
3 P₂: Ich bin Erzieherin.
4 D: V té školce pracuje jako vychovatelka.
In dem Kindergarten arbeitet sie als Erzieherin.

Ausschnitt 17

- 1 P₃: Doch, aber meine Augen waren zu trocken.
2 D: Nosila je, ale nešlo to, protože má suché oči.

*Sie **hat** sie getragen, aber es ging nicht, weil sie trockene Augen hat.*

Immer, wenn die PatientInnen das Personalpronomen „ich“ aussprechen, wandeln die Dolmetscherinnen ihre Aussage in die 3. Person um. Das Gespräch mit P₁ weist am wenigsten Antworten auf, in denen P₁ in der 1. Person über sich selbst spricht, weswegen auch am wenigsten von den drei Gesprächen in der 3. Person gedolmetscht wird. Andererseits gibt es auch Stellen in den Gesprächen mit P₁ und P₃ (Ausschnitt 18 und 19), wo ein subjektloser Satz dennoch in der 3. Person gedolmetscht wird.

Ausschnitt 18

- 1 P₁: Zuletzť letzte Woche Montag.
2 D: Naposled je mĚl minulý tŮden v pondĚlĭ.
*Zum letzten Mal **hat er** sie letzte Woche am Montag gehabt.*

Ausschnitt 19

- 1 P₃: Seit einem Jahr.
2 D: UŹ rok je nemĚla.
*Schon seit einem Jahr **hat sie** sie nicht gehabt.*

Die Erfahrung mit dem Dolmetschen in der Augenklinik zeigt, dass die Verwendung der 3. Person zu einem gewissen Sprachusus gehĚrt. Die DolmetscherInnen werden zu Beginn ihrer TĚtigkeit eingeschult (die Einschulung erfolgt in Form eines GesprĚchs mit der Koordinatorin ůber die Anforderungen und die Berufsethik), allerdings wird die Sprachverwendung wĚhrend der Einschulung nicht thematisiert. Die Koordinatorin begleitet die neuen DolmetscherInnen zu den Untersuchungen, bei denen diese im Rahmen einer AufnahmeprŮfung dolmetschen mŮssen, und bewertet die Genauigkeit und VerstĚndlichkeit der Dolmetschung. Ob die DolmetscherInnen die 1. oder die 3. Person verwenden, ist ihre eigene Entscheidung, wobei die meisten DolmetscherInnen eher zur Verwendung der 3. Person neigen.

Bei allen GesprĚchen ist auffĚllig, dass die Dolmetscherinnen einige Fragen erweitern und erklĚren. Da die Fragen immer gleich sind, kennen die DolmetscherInnen sie nach einer gewissen Zeit bereits auswendig. Im Falle einiger Fragen (und je nach Schwester, die das GesprĚch fŮhrt) wird gelegentlich nur die Kernfrage gestellt und diese in Folge von den DolmetscherInnen erweitert (Ausschnitt 20 – 22).

Ausschnitt 20

- 1 S: [...] NĚjakĚ jinĚ zrakovĚ zĚtĚŹ, nĚjaký sport kontaktnĭ?
Eine andere Art Augenbelastung, einige gefĚhrlichen Sportarten?

- 2 D: Belasten Sie Ihre Augen auch irgendwie anders? Zum Beispiel mit gefährlichen Sportarten oder mit Aufenthalt in staubigen Räumen, mit feiner Handarbeit ...?

Ausschnitt 21

- 1 S: Tak a pŕjdeme ještě vedle. Tady si změřím Váš nitrooční tlak.
Und wir gehen noch in den Raum nebenan. Da messe ich Ihren Augeninnendruck.
- 2 D: Jetzt werden wir die Messungen bei dem anderen Gerät durchführen. Hier messen wir den Augeninnendruck. Sie empfinden einen Luftstoß gegen Ihr Auge.

Ausschnitt 22

- 1 S: Tady si změřím Vaše dioptrie.
Hier messe ich Ihre Dioptrien-Werte.
- 2 D: Bitte lehne dich mit dem Kinn und der Stirn an das Gerät, hier werden die Dioptrien gemessen.

Bei DolmetscherInnen, die noch nicht lange in der Klinik tätig sind, werden vollständige Fragen gestellt. Bei längerer Erfahrung werden nur die verkürzten Versionen geäußert und anschließend von den DolmetscherInnen erweitert. Auf diese Art und Weise wurde der Prozess auch von den beiden interviewten Schwestern beschrieben. Die Tatsache, dass sie bei erfahrenen DolmetscherInnen nicht mehr die ganzen Fragen stellen müssen, halten beide für einen Faktor, der sie in gewissem Maße entlastet.

4.2.1.4. Sichtbarkeit der Dolmetscherinnen

Im theoretischen Teil der Masterarbeit wurden Ansichten von Angelelli (2008) und Hsieh (2016) über das Thema der Sichtbarkeit der DolmetscherInnen beleuchtet. Beide Autorinnen vertreten die Meinung, dass man vom Heraustreten aus der unsichtbaren Rolle profitieren kann, indem die DolmetscherInnen mit GesprächsteilnehmerInnen interagieren und verschiedene Faktoren mit in das Gespräch bringen können, was zur erfolgreichen Kommunikation beiträgt. Die Verwendung der 3. Person beim Dolmetschen in der Augenklinik gehört, wie bereits erwähnt, zu einem bestimmten Usus in der Augenklinik. Die DolmetscherInnen können diese Gewohnheit ebenso bei der Einschulung voneinander übernehmen.

Ebenso wie Angelelli (2008) oder Hsieh (2016) dies tun, könnte man auch im Falle der untersuchten Dolmetscherinnen von deren Sichtbarkeit sprechen. Sie greifen bei Uneindeutigkeiten, Missverständnissen oder ähnlichen komplizierten Situationen in die Kommunikation ein, wie am folgenden Beispiel (Ausschnitt 23) sichtbar gemacht werden kann. Das klassische Turn-taking-Muster (S – D – P – D usw.) findet keine Anwendung, die Kommuni-

kation verläuft mehrheitlich nur zwischen der Dolmetscherin und P₂. Diese kooperieren, indem sie versuchen, eine klare Antwort auf die Frage (Turn 1 bzw. 2) zu finden (Turns 3 – 7). Erst wenn sie zu einem endgültigen Ergebnis kommen, wird dies für die Schwester gedolmetscht (Turn 8), damit diese es ins Formular eintragen kann.

Ausschnitt 23

- 1 S: Od padesáti tří let na blízko, na čtení?
Seit 53 für die Nahedistanz, fürs Lesen?
- 2 D: Und es geht um Lesebrille?
- 3 P₂: Nein, ich hab' die Gleitsicht seit 2015. Also Gleitsicht mit drei Stufen.
- 4 D: Ah so, die trifokalen Linsen ...
- 5 P₂: Genau.
- 6 D: Ah so. Und die haben Sie seit 2015.
- 7 P₂: 2015. [<Ü]
- 8 D: Aha, takže od roku 2015 má trifokální brýle s různými ohnisky...
Ahso, also seit dem Jahre 2015 hat sie eine Gleitsichtbrille mit verschiedenen Brennpunkten...
[...]
- 9 S: Jo, takže od roku 2014, kdy jí bylo 53 ... na čtení.
Ja, also seit dem Jahre 2014, als sie 53 war... fürs Lesen.

4.2.1.5. Anrede

Bei dem sechsten und siebten Gespräch (im Anhang) fällt das bereits erwähnte Duzen zwischen P₃ und der Dolmetscherin auf. Die DolmetscherInnen duzen alle Schwestern, die Verwendung von „du“ zwischen den DolmetscherInnen und den PatientInnen gilt jedoch als unerwünscht. Sie ergab sich jedoch in diesem Fall aus dem Gespräch vor den Voruntersuchungen und wurde von P₃ aufgrund eines geringeren Altersunterschieds vorgeschlagen. Somit wurde im Vergleich zum Siezen eine intimere und freundlichere Atmosphäre geschaffen.

Ausschnitt 24

- 1 S: Nosíte i kontaktní čočky?
Tragen Sie auch Kontaktlinsen?
- 2 D: Trágst du auch Kontaktlinsen? [[P signalisiert ein Nein]]
- Takže ne.
Also nein.
- 3 S: Nikdy jste nenosila?
Haben Sie sie nie getragen?
- 4 D: Hast du sie nie getragen?
[...]
- 5 S: Dobře. Brýle tedy nosíte pořád?

Gut. Die Brille tragen Sie also immer?

6 D: Die Brille trägst du immer, jeden Tag?

Da P₃ nur der Dolmetscherin das Du-Wort anbot, wird die Schwester ausgeschlossen (siehe obiges Beispiel – Ausschnitt 24). Sie siezt P₃ weiter (Turns 1, 3, 5), es wird jedoch in der Du-Form gedolmetscht (Turns 2, 4, 6). Das ist keine typische Situation, die regelmäßig vorkommt. Im Laufe meiner gesamten beruflichen Tätigkeit in der Augenklinik erlebte ich dies zum zweiten Mal. Ansonsten sind alle DolmetscherInnen in der Klinik mit den PatientInnen per Sie.

4.2.1.6. Räumliche Anordnung beim Anamnesegespräch und bei der Messung im Schwesternzimmer

Die räumliche Anordnung bei der Untersuchung in der Dunkelkammer unterscheidet sich von jener bei der Messung im Schwesternzimmer. Bei jeder Situation üben verschiedene Faktoren bestimmten Einfluss auf die Wahl der Positionierung der einzelnen AkteurInnen aus. Die Dunkelkammer, in der typischerweise angefangen wird und in der das Anamnesegespräch stattfindet, ist ein sehr kleiner Raum, in dem ein Messgerät (in der Abbildung mit MG abgekürzt), zwei Stühle und ein Bildschirm platziert sind. Die zwei Stühle sind für die Schwester und die zu untersuchende PatientIn gedacht; die DolmetscherIn muss stehen. Aufgrund der Größe des Raumes kommt eine andere Anordnung nicht infrage.

Die DolmetscherIn stellt sich (aus ihrer Sicht) an die rechte Seite neben die PatientIn, gegenüber der die Schwester sitzt. So entsteht eine Dreiecksform. Sie birgt folgende Vorteile: allen Beteiligten wird ein guter Blickkontakt zu allen anderen Beteiligten ermöglicht und die physische Nähe der DolmetscherIn zu der PatientIn schafft eine Vertrauensbasis, die gerade für den ersten Kontakt mit der Schwester wichtig ist. Die PatientIn kennt die DolmetscherIn zumindest von der Begrüßung und hat meist keine Hemmungen mehr, die Fragen ganz offen zu beantworten. Dadurch könnte jedoch der Fall entstehen, dass die PatientIn eher als die Schwestern die DolmetscherIn anspricht. Eine geeignetere Lösung wäre die Positionierung der DolmetscherIn in der Mitte zwischen der Schwester und der PatientIn, neben dem Gerät. Dies ist jedoch nicht möglich, da der Platz neben dem Messgerät nur zum Durchgehen gedacht und somit zu eng ist. Die bestehende Positionierung der GesprächsteilnehmerInnen erfüllt dennoch ihren Zweck. Die PatientInnen, deren Gespräche aufgenommen wurden, hielten Blickkontakt mit der Schwester und nicht mit der Dolmetscherin, wenn sie antworteten. Nur

gelegentlich sahen sie sie an, wenn gerade gedolmetscht wurde. Die Positionierung der GesprächsteilnehmerInnen ist in Abbildung 6 graphisch veranschaulicht.

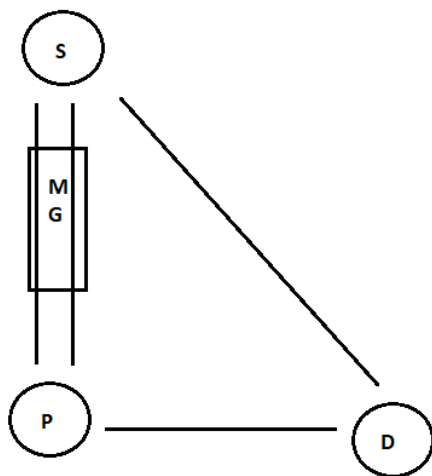


Abb. 6: Räumliche Anordnung beim Anamnesegespräch

Die Linien stehen für den möglichen Augenkontakt – die Schwester und die PatientIn können sich problemlos in die Augen blicken, wenn sie beide am Messgerät vorbeiblicken. Die Dolmetscherin ist in einer geeigneten Position, um die anderen Personen gut sehen zu können.

Nach dem Anamnesegespräch gehen alle drei Beteiligten ins Schwesternzimmer, wo noch weitere Messungen durchgeführt werden müssen. Die räumliche Anordnung in diesem Raum unterscheidet sich von jener in der Dunkelkammer. Er ist nicht so klein, und obwohl in der Mitte zwei Messgeräte auf einem Tisch stehen, steht es den Dolmetscherinnen frei, wo sie sich hinstellen. Sie stehen i.d.R. in der Mitte zwischen der Schwester und den zu untersuchenden PatientInnen. Die Positionierung der GesprächsteilnehmerInnen weist somit erneut die Form eines Dreiecks auf und scheint optimal zu sein. Die Dolmetscherin hat dadurch die Möglichkeit, die Schwester ebenso wie die PatientIn gut zu sehen. Die Schwester kann sich auf ihrem Rollstuhl zur Seite bewegen und zwischen den zwei Geräten Blickkontakt mit der PatientIn herstellen. Die PatientIn kann die Schwester vor der Messung ebenfalls gut sehen, danach müssen sie jedoch in das Gerät blicken. Bei dieser Untersuchung spielt die Möglichkeit eines guten Blickkontaktes aber keine erhebliche Rolle, da am Anfang dieser Messung die Dolmetscherinnen den PatientInnen i.d.R. mit eigenen Worten erklären, was folgt, und in die PatientIn in weiterer Folge wie gesagt in das Gerät blickt. Dabei wird zu der PatientIn gesprochen. Es handelt sich um Anweisungen (z.B. „Blinzeln Sie bitte.“ usw.). Die zu untersuchenden PatientInnen reagieren darauf, indem sie das tun, was verlangt wird. Sie müssen sich verbal nicht ausdrücken. Die räumliche Anordnung kann wie folgt dargestellt werden:

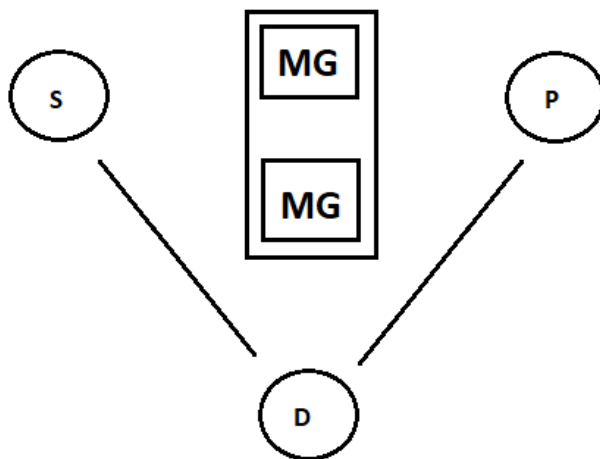


Abb. 7: Räumliche Anordnung bei der Messung im Schwesternzimmer

Beide Schwestern, bei denen die Anamnesegespräche aufgenommen werden durften, beschrieben in Interviews ihre Bedürfnisse in Bezug auf die Positionierung der PatientInnen und der DolmetscherInnen. Unabhängig voneinander hoben beide die Notwendigkeit hervor, einen guten Blickkontakt mit den PatientInnen halten zu können, da der Gesichtsausdruck der PatientInnen ein Teil des Mosaiks sei, aus dem sie die volle Bedeutung der Antwort entziffern müssen. S₂ kommentiert die Positionierung auf diese Weise:

Die Sitzordnung ist gegeben, da ich hinter dem Messgerät sitzen muss. Wir müssen uns gegenüber hinsetzen, weil ich einen guten Blickkontakt brauche. Wenn das Messgerät auf dem Weg zwischen uns steht, muss ich mich ein bisschen zur Seite schieben, um den Blickkontakt halten zu können (Interview mit S₂ – Zeile 52 und 54 – 56, Übersetzung V.H.).

4.2.2. Bei der optometrischen Untersuchung

Nach dem Anamnesegespräch und der Messung im Schwesternzimmer gehen die PatientInnen zur sog. optometrischen Untersuchung. Das ist eine Untersuchung, während der der Zustand des Sehvermögens unter Einstellung verschiedener Dioptriewerte in einer speziellen Brille geprüft wird. Bei der Untersuchung müssen die PatientInnen u.a. verschiedene Buchstaben oder Ziffern auf einer entfernten Tafel laut vorlesen und der Optometristin bei verschiedenen angezeigten Objekten sagen, ob sie diese scharf sehen oder nicht. Auch bei dieser Untersuchung werden die PatientInnen von den DolmetscherInnen begleitet. Kurz vor der

Untersuchung erklären die DolmetscherInnen den PatientInnen, worum es bei dieser Untersuchung geht und was währenddessen zu tun ist. I.d.R. müssen die PatientInnen – meist gemeinsam mit den DolmetscherInnen – aus organisatorischen Gründen einige Minuten auf die Untersuchung warten. Dabei entwickelt sich oft ein privates Gespräch, das im Unterschied zu dem von Hsieh (2016) untersuchten Krankenhaus in der Augenklinik nicht verboten ist. Die Gesprächsthemen reichen gewöhnlich von der Herkunft der PatientInnen und der Reise in die Tschechische Republik über die Klinik bis zu Prag und Empfehlungen von den DolmetscherInnen, was man sich in Prag ansehen soll.

Im Sprechzimmer werden die PatientInnen von der Optometristin auf Deutsch begrüßt („Guten Tag, ich heiße XY.“). Im Unterschied zu den Schwestern versteht die Optometristin Deutsch relativ gut, jedoch sind ihre Sprachkenntnisse nur passiv, weswegen es einer Dolmetschung bedarf. Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurden optometrische Untersuchungen von zwei PatientInnen aufgenommen und transkribiert. Im Folgenden wird anhand der Transkripte näher auf die Kommunikation während der Untersuchung eingegangen.

4.2.2.1. Turn-taking

Wie bei der Voruntersuchung erwartet man bei der optometrischen Untersuchung ebenfalls ein regelmäßiges Turn-taking-Muster – nämlich (O) Optometristin – (D) Dolmetscherin – (P) PatientIn – (D) Dolmetscherin usw., wie am folgenden Ausschnitt sichtbar gemacht werden kann.

Ausschnitt 25

- | | | |
|---|------------------|---|
| 1 | O: | Tak, co by ještě viděla dobře tady?
<i>Also, was könnte sie hier noch gut sehen?</i> |
| 2 | D: | Und was könnten Sie auf diesem Bildschirm lesen? |
| 3 | P ₂ : | Alles. |
| 4 | D: | Všechno.
<i>Alles.</i>
[...] |
| 5 | O: | Hm, dobře. A levým, když bychom to porovnali?
<i>Hm, gut. Und mit dem linken Auge, wenn wir es vergleichen würden?</i> |
| 6 | D: | Und jetzt mit dem linken Auge, wenn Sie es jetzt vergleichen sollen? |
| 7 | P ₂ : | Besser. |
| 8 | D: | Hm, lepší.
<i>Hm, besser.</i> |

Dies ist jedoch nur in seltenen Fällen identifizierbar. Der Grund dafür liegt im Charakter dieser Untersuchung, der sich wesentlich von jener der Voruntersuchung unterscheidet. Am Anfang beider aufgenommenen Gespräche im Sprechzimmer der Optometristin sprechen nur die Optometristin und die Dolmetscherin (Ausschnitt 26) – es wird ein Sehtest durchgeführt, bei dem die PatientInnen nonverbal reagieren. D.h. das turn-taking hat den Charakter O - D - O - D usw. und das Dolmetschen erfolgt nur unilateral für die PatientInnen ins Deutsche.

Ausschnitt 26

- 1 O: Takže poprosím ted' méď'ovi na hlavu.
Also jetzt bitte ich, dem Bärchen auf den Kopf zu schauen.
- 2 D: Also konzentrieren Sie sich bitte auf den Kopf des Bären.
- 3 O: Může si paní mrkat, jak potřebuje.
Die Frau kann beliebig blinzeln.
- 4 D: Sie können so viel Mal blinzeln, wie viel Mal Sie brauchen.
- 5 O: Ještě pořád za medvědem.
Immer noch den Bären verfolgen.
- 6 D: Verfolgen Sie mit den Augen immer noch den Kopf des Bären.
- 7 O: Super. Ted' to bude trochu horší.
Super. Jetzt wird es ein bisschen schlimmer.
- 8 D: Jetzt ist es vielleicht ein bisschen unangenehm.
- 9 O: Ale je to krásný, dobrý.
Schön, gut.
- 10 D: Danke schön.

Weiters lässt die Optometristin nach einem kurzen Hinweis die Dolmetscherin selbst den PatientInnen erklären, was beim nächsten Sehtest zu tun ist, und selbst mit den PatientInnen interagieren, d.h. das Muster entspricht somit Folgendem: O – D – P – D – P – D usw. (Ausschnitt 27). Ebenso wie die Schwestern bei den Voruntersuchungen überlässt die Optometristin die Erklärung nur jenen DolmetscherInnen, die bereits erfahren sind; bei dienstlich jungen erklärt sie selbst den gesamten Prozess.

Ausschnitt 27

- 1 O: [...] Podíváme se na dominanci, test dominance.
Jetzt sehen wir uns die Dominanz an, den Dominanztest.
- 2 D: Also wir überprüfen jetzt, welches Auge Ihr dominantes Auge ist. Also strecken Sie bitte Ihre Hände nach vorne auf. So. Und machen Sie hier ein Loch. Ja. Sehen Sie das Licht durch das Loch?
- 3 P₄: Ja.
- 4 O: Ja? Je tam pořád?
Ist es immer noch da?
- 5 D: Und jetzt – bitte nicht bewegen. Sehen Sie das Licht immer noch?

- 6 P₄: Ja.
 7 D: Und jetzt?
 8 P₄: Nicht mehr.
 9 D: Nicht mehr. Hm. So ist es immer. Jeder Mensch hat nur ein Auge als sein dominantes Auge.
 10 P₄: Welches ist es?
 11 D: Které že to je? [[fragt O]] Pravé. - Sie haben Ihr rechtes Auge ...
Welches ist es?
 12 P₄: [-] ...dominant.

Das klassische Muster wird aus anderen Gründen nur selten eingehalten. Die unten angeführten Beispiele Nr. 28 und 29 demonstrieren in den Transkripten mehrmals aufgetretene Abweichungen von diesem.

Ausschnitt 28

- 1 O: A je to ostré, ano?
Und es ist scharf, ja?
 2 D: Und ist es klar und scharf?
 3 P₂: Ehm, oberste ... unterste ist noch etwas ... ja so ein bisschen unscharf ja ... ich sehe es nicht klar.
 4 O: Ano, není to perfektní, ale vidí.
Ja, es ist nicht perfekt, aber sie kann es sehen.

Ausschnitt 29

- 5 D: Also, wenn es Ihnen angenehm ist, können Sie jetzt diese Zeile vorlesen. Aber Sie müssen nicht unbedingt. Nur wenn Sie wollen.
 6 P₂: Ja, aber es ist schwierig. Ich muss mich konzentrieren.
 7 O: Ano, je to hodně náročné, hm.
Ja, es ist sehr schwierig, hm.

In diesen zwei Abschnitten sieht man, dass die Optometristin dank ihrer passiven Deutschkenntnisse und der nonverbalen Kommunikation die Antwort von P₂ versteht (Turns 4 und 7). Sie wartet die Verdolmetschung nicht ab und stellt sofort die nächste Frage.

Die Verdolmetschung bleibt in dem Falle aus, da die Optometristin aufgrund ihrer Erfahrung dazu in der Lage ist, die auf deutsche Art und Weise ausgesprochenen Buchstaben, die die PatientInnen von der Tafel ablesen, zu erkennen und zu verstehen (Ausschnitte 30 und 31).

Ausschnitt 30

- 1 O: Tak jestli nám ten poslední řádek může paní přečíst.
Also, kann die Frau uns die letzte Zeile vorlesen?

- 2 D: Könnten Sie also bitte die unterste Zeile vorlesen?
 3 P₂: R D Z T O
 4 O: Hm. Tak, jdeme kontrolovat defrakci. [...]
Hm. Also, wir kontrollieren die Defraktion.

Ausschnitt 31

- 1 P₂: H K N S
 2 O: Jasně, hm. Prima, jestli chce zkusit ještě tady paní?
Klar, hm. Prima, will sie das hier noch lesen?
 3 D: Wollen Sie noch diese Zeile vorlesen?

Manchmal fügt die Optometristin noch weitere Informationen hinzu, bevor die Verdolmetschung erfolgt. Solche ergänzenden Informationen werden von den Dolmetscherinnen sofort verdolmetscht. Das Turn-taking hat dann die Form O – D – O – D ... P – D usw. (Ausschnitt 32).

Ausschnitt 32

- 1 D: Jetzt überprüfen wir Ihr Sichtvermögen in die Ferne.
 2 O: S tím, že nejdřív dioptrie nebudou, pak tam zas nějaké vrátíme.
Zuerst ohne Dioptrien, dann stellen wir sie wieder ein.
 3 D: Also zuerst ohne Dioptrien. Und dann mit den Dioptrien, die Sie in Ihrer Brille haben.
 4 P₂: Hm. Ok.
 5 O: Takže paní si může sundat brýličky.
Sie kann die Brille ablegen.
 6 D: Bitte legen Sie jetzt Ihre Brille ab.
 7 O: Může si je položit, kam chce.
Wohin sie will.
 8 D: Sie können die Brille ...
 9 P₂: [[P versteht und legt die Brille ab]] Ja.

Bei dieser Untersuchung ist aus den bereits erwähnten Gründen kein bestimmtes Turn-taking-Muster vorherrschend, sondern die RednerInnen wechseln sich je nach der Situation unterschiedlich ab. Das klassische Muster O – D – P – D usw. tritt nur sehr selten in Erscheinung.

4.2.2.2. Dolmetschmodus

Der Dolmetschmodus bei der optometrischen Untersuchung unterscheidet sich bis zu einem gewissen Grad von jenem beim Anamnesegespräch. Es handelt sich ebenfalls um einen Kommunikationsprozess, der als Dialogdolmetschen bezeichnet werden kann. Es werden keine Notizen gemacht. Während dieser Untersuchung kommt es jedoch zu besonderen Situatio-

nen, nämlich wenn die Dolmetschung beim Vorlesen von Buchstaben oder bei kurzen, einfachen Antworten, die die Optometristin verstehen kann, ausbleibt und wenn in einem teilweise konsekutiven und teilweise simultanen Modus gedolmetscht wird. Das geschieht u.a. bei den Sehtests, bei denen die PatientInnen sagen müssen, ob sie die Buchstaben oder die Objekte auf dem Bildschirm klar oder verschwommen sehen. Das sind für die Optometristin wichtige Momente, die simultan gedolmetscht werden müssen. Eine zeitliche Versetzung würde den PatientInnen die Möglichkeit geben, sich die Antwort zu überlegen. Die erste Reaktion spielt in diesem Fall allerdings eine essentielle Rolle. Aus diesem Grund positionieren sich die Dolmetscherinnen auch möglichst nahe bei den PatientInnen und achten auf deren nonverbale Ausdrucksweise. Diese Vorgehensweise wurde ebenso von der Optometristin selbst im Interview als Antwort auf die Frage erwähnt, was für Sie vonseiten der DolmetscherInnen für eine erfolgreiche Kommunikation wichtig ist.

Die Untersuchung muss möglichst fließend ohne große Verzögerung zwischen der Übersetzung und dem, was ich zu wissen brauche, ablaufen. Wenn die zeitliche Versetzung groß ist, fehlt die Interaktion, die gerade [...] sehr wichtig ist. Ein Zögern beim Antworten kann schon etwas bedeuten, das kann dann falsch sein und für ein Merkmal gehalten werden, das schon ein Problem klassifizieren kann. Wir wurden dazu ausgebildet, nach Nuancen zu suchen. Wenn nicht in der Muttersprache gesprochen wird, ist es nötig, dass die DolmetscherInnen möglichst zügig dolmetschen. Ich brauche eine ständige simultane Übersetzung - das Gleiche wie im Operationssaal. (Interview mit der Optometristin – Zeile 56 – 61, Übersetzung V.H.).

4.2.2.3. Genauigkeit

Ebenso wie beim Anamnesegespräch wird bei dieser Untersuchung in kurzen Sätzen kommuniziert, die aber im Unterschied dazu nur selten wortgetreu gedolmetscht werden. Die DolmetscherInnen müssen ab und zu v. a. für die Optometristin, aber auch für die PatientInnen näher spezifizieren, worauf genau sich die Frage bzw. die Antwort bezieht. Deswegen wird die Antwort in beiden Beispielen von der Dolmetscherin um eine Stellenangabe ergänzt (Ausschnitt 33 Turn 2 und Ausschnitt 34 Turn 2). Nach jeder Antwort der PatientIn trägt die Optometristin numerische Angaben als Ergebnisse der Sehtests in ein Formular ein. Daher beschleunigt diese Art der Dolmetschung die Untersuchung und zeigt zugleich die Kooperation, die zwischen der Dolmetscherin und der Optometristin herrscht.

Ausschnitt 33

- 1 P4: Gleich verschwommen, ja.
2 D: Tak první řádka už je rozmazaná.
Also schon die erste Zeile ist verschwommen.

Ausschnitt 34

- 1 O: Hm. Odshora už?
Hm. Schon von oben?
2 D: Und die erste Zeile? Wie sieht es mit der ersten Zeile aus?

Wie bereits erwähnt, lässt die Optometristin die DolmetscherInnen recht oft selbst erklären, was im Rahmen des jeweiligen Sehtestes von den PatientInnen erwartet wird. Sie deutet nur kurz an, welcher der Sehtests als nächster erfolgt, und die Dolmetscherin teilt den PatientInnen mit, worauf sie sich konzentrieren sollen. Man kann also nicht von einer 1:1 Verdolmetschung sprechen, denn die ursprüngliche Aussage wird durch die Dolmetscherin erweitert (Ausschnitt 35 Turn 2).

Ausschnitt 35

- 1 O: Takže prosím test na puntíky.
Also den Punktetest bitte.
2 D: Also konzentrieren Sie sich bitte auf die Punkte und wir zeigen Ihnen wieder zwei Varianten, entscheiden Sie bitte, welche besser ist.

Im Unterschied zum Anamnesegegespräch, bei dem die Schwestern die PatientInnen direkt ansprechen (z.B. Was sind Sie von Beruf?), spricht die Optometristin ausschließlich die Dolmetscherin an (Ausschnitte 36 und 37).

Ausschnitt 36

- 1 O: Jo a ještě Soni, jestli tě můžu poprosit – je to dobré takhle [...]?
Ja und Soňa, darf ich dich noch bitten – ist es gut so [...]?
2 D: Also ist es jetzt klarer, besser?

Ausschnitt 37

- 1 O: Tak, jestli se zeptáš, jestli pozice vyhovuje, jestli to nějak netlačí ...
Also, frag bitte, ob sie mit der Position zurechtkommt, ob es drückt...
2 D: Ist es für Sie jetzt angenehm? Oder wir können es gerne irgendwie umstellen.

Über die PatientInnen spricht sie ausschließlich in der 3.Person, wie es die nächsten zwei Beispiele belegen.

Ausschnitt 38

- 1 O: Super. Tak, co by ještě viděl tady dobře?
*Super. Was **kann er** hier noch gut sehen?*

Ausschnitt 39

- 1 O: Takže paní si může sundat brýličky.
*Also, **sie kann** die Brille ablegen.*

In den Verdolmetschungen wird wie beim Anamnesegespräch die 3. Person verwendet (Ausschnitte 40 und 41).

Ausschnitt 40

- 1 P₄: [X] R D Z T 0 oder G ...
2 O: Hm, dobře. Nevadí, nevadí.
*Hm, gut. **Machts nichts, macht nichts.***
3 D: Neví, jestli je to nula nebo géčko.
***Er weiß** nicht, ob es eine Null oder ein G ist.*

Ausschnitt 41

- 1 P₂: Mit bisschen Konzentration noch alles.
2 D: Když se na to soustředí, tak všechno.
*Wenn **sie sich** darauf **konzentriert**, sieht sie alles.*

Die Optometristin spricht in der 3. Person von den PatientInnen oder sie wendet sich direkt an die Dolmetscherinnen, die ebenso die Aussagen der PatientInnen in die 3. Person umwandeln. Diese Vorgehensweise gehört bei jeder optometrischen Untersuchung in der Augenklinik zum Usus.

4.2.2.4. Sichtbarkeit der Dolmetscherinnen

Anhand der oben angeführten Beispiele wurde mehrfach die sehr sichtbare Rolle der Dolmetscherinnen bei der optometrischen Untersuchung unter Beweis gestellt. Die Dolmetscherin erklärt sehr oft, wie der nächste Sehtest ablaufen wird, ohne dass die Optometristin dies auf Tschechisch erklärt. Die Dolmetscherinnen fassen mehrteilige Informationen und Fragen der Optometristin zusammen oder spezifizieren die Fragen und Antworten, um die nötige Genauigkeit zu erzielen.

Im Rahmen dieser Untersuchung haben die Dolmetscherinnen eine sehr sichtbare Rolle inne, da sie durch die Fragen der Optometristin direkt angesprochen werden, was in den oben be-

schriebenen Beispielen veranschaulicht wurde. Andererseits treten sie manchmal in den Hintergrund, gerade wenn die Optometristin einer Verdolmetschung nicht bedarf, da sie die deutsche Äußerung der PatientIn versteht, wie dem beispielsweise beim Vorlesen der Buchstaben während des Sehtests der Fall ist.

Eine intensive Kooperation aller Beteiligten, aber v. a. der DolmetscherIn und der PatientInnen ist ie beim Anamnesege spräch unerlässlich. Diese spielt, wie bereits erwähnt, gerade bei diesem Typ der Untersuchung eine sehr wichtige Rolle. Die Optometristin distanziert sich von der Kooperation in gewissem Maße dadurch, dass sie sich in ihren Fragen an die Dolmetscherin wendet. Dadurch überträgt sie die leitende Rolle im Gespräch an die Dolmetscherin. Diese sucht zusammen mit den PatientInnen nach präzisen Antworten auf die Fragen – sie tragen gemeinsam zur erfolgreichen Kommunikation bei.

4.2.2.5. Gesprächsführung

Die Optometristin, ebenso wie die Schwestern, wiederholt bei jeder Untersuchung dieselben Sehtests, bei denen sie immer dieselben Fragen stellt. Aufgrund der Individualität des Sehvermögens jedes einzelnen variieren die Gespräche bei den Sehtests jedoch deutlich, da sich Sehfehler bei jeder Person auf individuelle Art und Weise auswirken.

Ausschnitt 42

- O: Takže paní si může sundat brýličky.
Sie kann also die Brille ablegen.
- D: **Bitte legen Sie jetzt Ihre Brille ab.**
- O: [...] Tak, jenom informativně bez brýlí,
co ještě paní přečte oběma očima,
jestli jenom to nahoře nebo
i to nahoře jestli je rozmazané.
*Also, ohne die Brille nur informativ,
was kann sie mit beiden Augen lesen -
ob nur die obere Zeile oder ob es schon
oben verschwommen ist.*
- D: **Können Sie uns jetzt sagen, was Sie noch
problemlos ohne Brille lesen können?**
- P₂: Also problemlos gar nichts mehr.
- O: Tak jestli nám ten poslední
řádek může paní přečíst?
*Kann sie uns die letzte Zeile
vorlesen?*

Ausschnitt 43

- O: Tak, může si pán sundat brýle.
Er kann also die Brille ablegen.
- D: **Also jetzt können Sie die Brille
schon ablegen.**
- O: [...] Tak, stejná otázka jako předtím,
to znamená, jestli pán vůbec vidí
dobře ten vršek, pak budeme
pokračovat.
*Also, die gleiche Frage wie
vorher, d.h. ob er die erste Zeile gut
sehen kann, dann setzen wir
fort.*
- D: **Also sehen Sie die oberste Zeile?**
- P₄: Ist schon verschwommen.
- O: Může nám jí přečíst zleva doprava?
*Kann er sie von links nach rechts
lesen?*

D: Könnten Sie also bitte
die unterste Zeile vorlesen?

P₂: R D Z T O

O: Hm. Tak, jdeme kontrolovat defrakci.
Paní se bude dívat na to HFZ a my
budeme zkoušet lepší horší, ano?
*Hm. Wir kontrollieren jetzt die
Defraktion. Sie blickt jetzt auf HFZ
und wir schauen, wann ist es schlechter
und wann besser.*

D: Also, konzentrieren Sie sich
jetzt auf die Buchstaben
und wir zeigen Ihnen Bilder
und sagen Sie uns Bescheid, wenn [$<x$].

O: Takhle je to stejné nebo je to horší?
Ist es gleich oder schlechter?

D: Ist es jetzt gleich oder schlechter?

P₂: Ich glaub' schlechter.

D: Schlechter.

P₂: Hm.

D: Horší.
Schlechter.

O: To je lepší tedy, asi ostřejší.

D: Das ist besser?

P₂: Hm, ja.

D: Können Sie die letzte Zeile lesen?

O: Abychom věděly, že to vidí.
Damit wir wissen, dass er sie sieht.

P₄: Ja, R Z O N und dann acht oder
vielleicht S.

D: Poslední už neví, jestli je to osmička,
esko.
*Bei dem Letzten weiß er nicht, ob es
eine Acht oder ein S ist.*

O: Nevadí, zkusíme to teď zlepšit.
Macht nichts, wir verbessern es.

D: Das macht nichts.

O: Jenom se zeptám, jestli takhle je to
horší nebo naopak jasnější?
*Ich frage – ist es schlechter oder
klarer?*

D: Ist es jetzt schlechter oder klarer?

O: Nebo je to stejné, když se vrátím?
*Ist es gleich, wenn ich es rückgängig
mache?*

D: Es kann auch gleich oder ähnlich sein.

P₄: Hm, ähnlich.

- Jetzt vielleicht ein bisschen besser.

D: Stejně, možná teď o maličko lepší.
*Gleich, jetzt vielleicht um einiges
besser.*

O: A co tohle?
Und das hier?

D: Und jetzt?

O: A vrátím se.
Und zurück.

D: Nochmals zurück.

O: A ještě jednou. Těžko říct – je to
podobné?
*Und noch einmal. Schwer zu sagen?
Ist es ähnlich?*

D: Und nochmals. Ist es ähnlich?

O: Rozhodně to nehoršíme.
Es wird sicher nicht schlechter.

D: Es ist also nicht wesentlich schlech-
ter?

P₄: Nein.

O: A tady bychom to už zhoršili?
Und jetzt hier ist es schon schlechter?

D: Und jetzt ist es schon schlechter?

P₄: Schlechter.

D: Ted' už je to horší.
Jetzt ist es schon schlechter.

Bei P₂ und P₄ handelt es sich um dieselbe Phase der Untersuchung bis zum sog. „Punktetest“. Man sieht, dass sich diese Gesprächsabschnitte stark voneinander unterscheiden, je nach individuellem Zustand des Sehvermögens. Man folgt bei dieser Untersuchung zwar einem festen Plan (die gleichen Momente während der Untersuchungen wurden gefettet), muss sich aber der Individualität der PatientInnen anpassen.

4.2.2.6. Räumliche Anordnung bei der optometrischen Untersuchung

Im Sprechzimmer der Optometristin haben sie und die PatientInnen ihre festen Plätze – die Optometristin hinter ihrem Schreibtisch, auf dem die Betätigungseinrichtung des Messgeräts steht. Die PatientInnen setzen sich auf einen Sessel neben das Messgerät in einer bestimmten Entfernung von der Tafel, von der sie ablesen müssen. Das tun sie durch eine spezielle Brille, die ein fester Bestandteil des Messgeräts ist. Die DolmetscherInnen dürfen nicht vor dem Messgerät stehen, denn dann würden sie die PatientInnen daran hindern, etwas von der Tafel abzulesen. Da sie aber möglichst nah zu ihnen stehen müssen, ist nur ein einziger Platz für sie denkbar. Es ist ein kleiner Platz an der linken Seite der PatientInnen hinter dem Messegerät. Die räumliche Anordnung der GesprächsteilnehmerInnen sieht folgendermaßen aus:

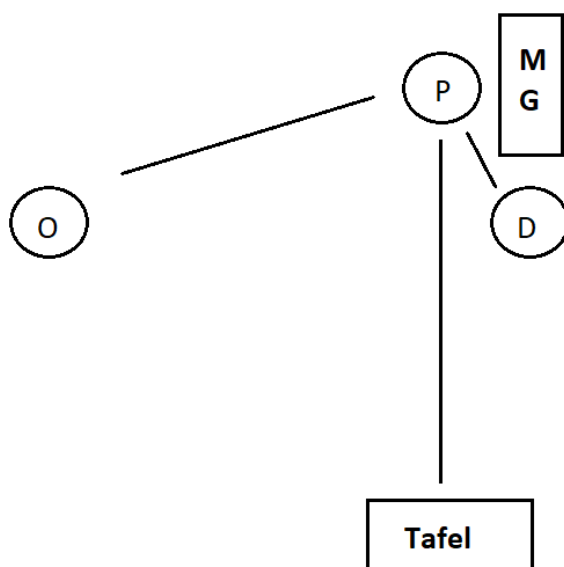


Abb. 8: Räumliche Anordnung bei der optometrischen Untersuchung

Der Optometristin zufolge ist der Platz, wo die DolmetscherInnen gewöhnlich stehen, wegen der Einrichtung des Raumes und der begrenzten Möglichkeiten der einzige mögliche Platz, um nicht im Weg zu stehen. Sie hält den Platz für „ideal für die PatientInnen“ und auch für sie selbst, denn sie und die DolmetscherIn sind an einer Grundlinie platziert, was sie geeignet findet. „Die Kommunikation in solch einem Dreieck funktioniert gut, und für beide Seiten [sie und die PatientInnen] ist es fair“ (Interview mit der Optometristin – Zeile 66 – 74, Übersetzung V.H.).

Die PatientInnen blicken die ganze Zeit während der Untersuchung durch die Brille des Messgeräts auf die Tafel, d.h. sie können keinen Blickkontakt zu den anderen Beteiligten halten. Umgekehrt werden sie einerseits von der Optometristin und andererseits von der Dolmetscherin immer angesehen, da für beide ihr nonverbales Verhalten für die richtige Interpretation der Antworten aufschlussreich ist. Nur selten sehen sich jedoch die Optometristin und die Dolmetscherin an. Das geschieht lediglich dann, wenn z. B. eine Antwort nicht zweckmäßig ist. Dieser Blick gilt als ein Zeichen dafür, dass die Antwort der zu untersuchenden PatientIn nicht erwartungsgemäß klingt. In diesem Falle muss die Optometristin die Frage umformulieren oder zusätzliche Fragen stellen.

4.2.3. Bei der ärztlichen Untersuchung

Bedauerlicherweise konnten weder ärztliche Besprechungen noch Gespräche im Operationsaal aufgenommen werden. In den folgenden zwei Abschnitten werden deshalb die Kommunikationsprozesse anhand von Feldnotizen beschrieben.

Nach der optometrischen Untersuchung unterziehen sich die PatientInnen der ersten ärztlichen Untersuchung. Im Rahmen dieser Untersuchung findet eine Besprechung der Operation statt. Wie bei allen Untersuchungen begleiten die DolmetscherInnen auch diesmal die PatientInnen. Die PatientInnen werden bei der Ankunft in der Klinik gefragt, ob sie die englische Sprache beherrschen. Die Frage bezieht sich v. a. auf die ärztlichen Untersuchungen. Zwei Ärztinnen des Ärzteteams von DuoVize in Prag sind der deutschen Sprache mächtig. Wenn PatientInnen diesen Ärztinnen zugeteilt werden, begleiten die DolmetscherInnen sie ins Sprechzimmer, müssen aber nicht dolmetschen. Sie sind dabei, um die PatientInnen in der fremden Umgebung zu beruhigen und ins Gespräch einzugreifen, sollte es doch zu Problemen sprachlicher Natur kommen. Englischkenntnisse sind aufgrund der hohen Zahl an PatientInnen aus dem Ausland eine Aufnahmebedingung für ÄrztInnen, die an einem der Standorte der

Augenkliniken arbeiten wollen. Wenn sich PatientInnen in der Kommunikation auf Englisch sicher fühlen, wird die Untersuchung in dieser Sprache durchgeführt. Für den Fall, dass die Kommunikation doch nicht reibungslos verlaufen sollte, sind die DolmetscherInnen im Sprechzimmer anwesend. In diesem Fall wird ins Deutsche gewechselt und das Gespräch wird gedolmetscht. Wenn PatientInnen die Frage nach den Englischkenntnissen verneinen oder die Kommunikation auf Englisch aus irgendeinem Grund ablehnen, wird automatisch zwischen Tschechisch und Deutsch gedolmetscht.

Zu Beginn der Untersuchung fasst die Ärztin die Ergebnisse der Voruntersuchungen zusammen. Dabei wird nur unilateral gedolmetscht, d.h. für die PatientInnen ins Deutsche, da es sich nicht um Fragen handelt, sondern um Tatsachen, die keiner Reaktionen durch die PatientInnen bedürfen. Es wird konsekutiv gedolmetscht – in den meisten Fällen ohne Notizen. Weiters fragt die Ärztin nach Problemen mit der Sehkraft. Dabei wird das einseitige Dolmetschen durch das klassische bilaterale Dialogdolmetschen abgelöst. Falls sich die PatientInnen bereits für eine Operationsmethode entschieden haben, erklärt die Ärztin, wie diese aussieht. Anderenfalls werden die Operationsmethoden erklärt, die infrage kommen. Bei der Erklärung verwendet die Ärztin visuelle Materialien auf einem Tablet, anhand derer der Eingriff schrittweise gezeigt und beschrieben wird. Nun wird wieder nur einseitig gedolmetscht, d.h. für die PatientInnen ins Deutsche. Die Materialien sind dabei hilfreich für die DolmetscherInnen, denn sie können sich bei der Verdolmetschung darauf stützen, wenn sie sich keine Notizen machen. Dabei sieht die Anordnung im Raum wie folgt aus (Ä steht für Ärztin):

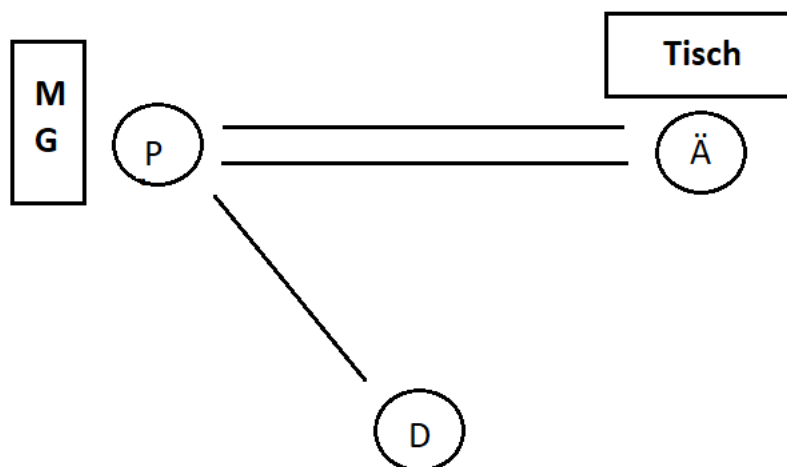


Abb. 9: Räumliche Anordnung zu Beginn der ärztlichen Untersuchung

Die Positionierung ist durch den Patientensessel und den Schreibtisch der Ärztin teilweise vorbestimmt. Die DolmetscherInnen können sich frei entscheiden, wo sie sich hinstellen. Üblicherweise handelt es sich wieder um eine Dreiecksform. Dabei können die PatientInnen sowohl von den DolmetscherInnen als auch von den Ärztinnen gut gesehen werden. Wenn die PatientInnen auf Fragen antworten, sehen sie die Ärztin an und diese sieht sie an. Die Dolmetscherinnen hielten intensiven Blickkontakt mit den PatientInnen. Diese beschriebene Position ändert sich jedoch im Laufe der ärztlichen Untersuchung. Wenn die Ärztin den PatientInnen im späteren Verlauf der Untersuchung mithilfe eines Messgeräts die Augen kontrolliert, setzt sie sich hinter das Messgerät vor die PatientInnen und die DolmetscherInnen müssen ebenso ihre Position wechseln. Sie stellen sich meistens neben die Ärztin und neigen dazu, diese während des Dolmetschens der Anweisungen anzusehen. Bei der Untersuchung mithilfe des Messgeräts spricht nur die Ärztin und gibt den PatientInnen Anweisungen, z. B. „Blicken Sie jetzt bitte nach oben“. Diese Anweisungen werden unilateral ins Deutsche gedolmetscht, da die PatientInnen darauf keine Antwort geben müssen.

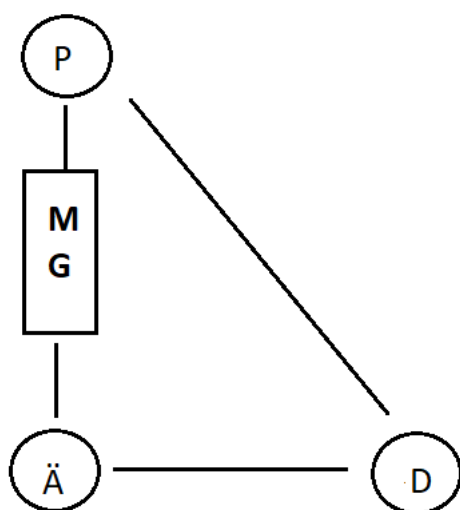


Abb. 10: Räumliche Anordnung im späteren Verlauf der ärztlichen Untersuchung

Eine der Ärztinnen, bei denen normalerweise gedolmetscht werden muss, hat diese kurzen Sätze bereits auf Deutsch auswendig gelernt. In diesem Moment übernimmt sie die Kontrolle über das Gespräch und wechselt ins Deutsche. Die Dolmetscherinnen müssen die Kommunikation dennoch weiterverfolgen, wobei aber Augenkontakt keine erhebliche Rolle spielt. Sowohl die Ärztin als auch die zu untersuchende Person können während der Kontrolle keinen Augenkontakt halten. Nach der kurzen Untersuchung werden wieder die ursprünglichen Posi-

tionen eingenommen, denn die PatientInnen werden nun über den weiteren Verlauf und v. a. über die Zeit nach der Operation informiert. Das erfordert wieder das unilaterale Dolmetschen ins Deutsche.

Die PatientInnen bekommen dann schriftliche Informationen auf Deutsch über die ihnen empfohlene Operationsmethode, die sie durchlesen müssen. Danach folgt ca. eine halbe Stunde, in der die PatientInnen i.d.R. mit den DolmetscherInnen im Vorbereitungsraum sitzen, während sie spezielle Augentropfen wirken lassen. Häufig entwickelt sich ein privates Gespräch über verschiedene Themen, wobei auch nach Details zur am folgenden Tag stattfindenden Operation gefragt wird. Eine Schwester holt anschließend die PatientInnen und die DolmetscherInnen ab und bringt sie zu einer Messung ins Schwesternzimmer. Die Kommunikationskonstellation gleicht hier jener während der Messungen im Rahmen der Voruntersuchung im Schwesternzimmer (siehe Abb. 7). Unmittelbar nach dieser Messung gehen die PatientInnen nochmals zur Ärztin. Bei diesem Gespräch werden noch letzte Details besprochen und die Operationsmethode endgültig festgelegt. Die DolmetscherInnen dolmetschen einen Dialog, da die PatientInnen diese Chance häufig nutzen, um Fragen zu stellen. Dabei ist dieselbe räumliche Anordnung der GesprächsteilnehmerInnen zu beobachten wie bei der ersten ärztlichen Untersuchung (siehe Abb. 10).

4.2.4. Bei der Operation

Der nächste Tag des Aufenthaltes in Prag ist für alle ausländischen PatientInnen, die am vorigen Tag untersucht wurden, der Operationstag. Tschechische PatientInnen werden im gegensatz dazu nicht bereits am Tag nach der Voruntersuchung operiert. Es handelt sich hierbei um ein spezielles Angebot für ausländische PatientInnen, da es umständlich wäre, zweimal nach Prag reisen zu müssen. Aufgrund der Nachfrage aus dem Ausland wurden der Freitag und der Samstag als Operationstage eingeführt (die ebenso von Tschechen genutzt werden können), um den PatientInnen entgegenzukommen, sodass sie sich für den drei- oder viertägigen Aufenthalt in Prag möglichst wenige Tage Urlaub nehmen müssen.

Die PatientInnen werden am Operationstag von den DolmetscherInnen in der Wartehalle abgeholt und sie gehen zusammen in den Vorbereitungsraum. Dort wartet bereits eine Schwester, die die PatientInnen auf die Operation vorbereitet, d. h. sie fragt nach dem Wohlbefinden, bietet ihnen eine Beruhigungstablette an und kontrolliert den Zustand ihrer Pupillen nach der Erweiterung am vorigen Tag. Dabei entsteht ein Dialog, der von den Dolmetsche-

rInnen gedolmetscht wird. Anschließend ist dies aber nicht mehr der Fall. Die PatientInnen werden nämlich darüber informiert, wie die Operation im Detail schrittweise ablaufen wird. Das wird ihnen von den DolmetscherInnen selbst auf Deutsch erklärt. Aufgrund ihrer Erfahrung kennen sie diese Informationen schon auswendig. Während der Vorbereitungszeit wird weiters mit den PatientInnen vereinbart, ob im Operationssaal zwischen Tschechisch und Deutsch gedolmetscht werden soll oder ob sie sich selbst auf Englisch verständigen können. Nach ca. 30 Minuten im Vorbereitungsraum gehen sie in Begleitung einer DolmetscherIn in den Vorsaal des OP-Saals. Hier bleiben sie kurz mit der DolmetscherIn alleine und warten die Ankunft der Operateurin ab. In diesem Moment muss die DolmetscherIn erspüren, in welchem psychischen Zustand sich die PatientInnen befinden. Sind sie ruhig, kann ein neutrales Gespräch stattfinden. Sind sie jedoch vor der Operation nervös, muss man sie beruhigen. Das gehört zu den Aufgaben der DolmetscherInnen während des gesamten Klinikaufenthaltes. Gestresste, verängstigte PatientInnen wären nicht zu einer Kooperation mit der Operateurin fähig, die jedoch unerlässlich ist. Nach einigen Minuten kommt die Ärztin bzw. Operateurin und grüßt auf Deutsch. In weiterer Folge erklärt sie nochmals detaillierter, wie die Operation ablaufen wird. Dies erfolgt entweder direkt auf Englisch oder es wird gedolmetscht (die Ärztinnen, die über Deutschkenntnisse verfügen, führen keine Operationen durch). Da es sich nur um Informationen für die PatientInnen handelt und keine Reaktion nötig ist, wird für die PatientInnen unilateral ins Deutsche gedolmetscht. Falls es Fragen gibt, wird der Dialog bilateral konsekutiv ohne Notizen gedolmetscht. Danach gehen alle Beteiligten in den Operationssaal, wo die PatientInnen von zwei Assistentinnen (in der Abbildung mit A₁ und A₂ gekennzeichnet) auf Deutsch begrüßt werden. Die Operation besteht aus zwei Phasen. Die folgende Abbildung veranschaulicht die räumliche Anordnung zu Beginn des Eingriffs.

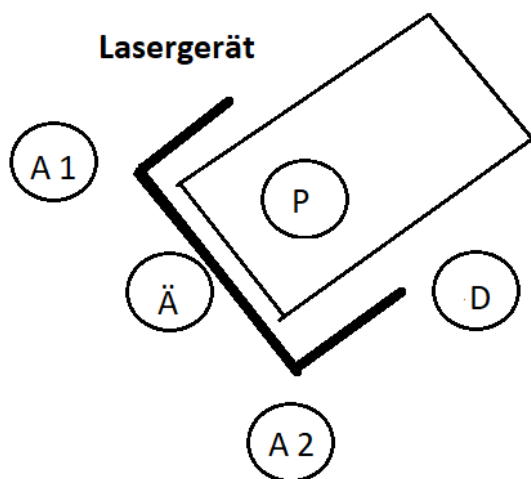


Abb. 11: Räumliche Anordnung zu Beginn der Operation

Diese Anordnung im Operationssaal, die teilweise durch die Einrichtung vorgegeben ist (durch zwei große Lasergeräte), stellt sich für die DolmetscherInnen als nicht optimal dar. Sie sitzen in einigem Abstand von der Ärztin, die den PatientInnen während der Operation Anweisungen gibt. Zudem erzeugt das Lasergerät relativ viel Lärm, was ein Hindernis für die Kommunikation darstellt. Die Situation erfordert jedoch eine intensive Kooperation zwischen der Operateurin und den PatientInnen. Die Operateurin erklärt den PatientInnen, was gerade passiert, und gibt ihnen Anweisungen (z.B. geradeaus blicken, den Kopf nicht bewegen usw.). Diese Instruktionen müssen simultan gedolmetscht werden, da beim Konsekutivmodus eine zeitliche Versetzung entstehen würde, die den reibungslosen Verlauf der Operation gefährden könnte. Daher ist eine sofortige Reaktion der PatientInnen erforderlich. Die PatientInnen werden direkt angesprochen, z. B. „Blicken Sie jetzt bitte nach links“, und in dieser Form wird auch gedolmetscht. Die DolmetscherInnen müssen weiters noch während des lauten Betriebs des Lasers zwischen den Anweisungen für die PatientInnen und jenen für die zwei Assistentinnen unterscheiden, denn manchmal bittet die Ärztin die Assistentinnen um verschiedene Instrumente, die sie zur Durchführung der Operation benötigt. Diese Anweisungen werden nicht gedolmetscht, da sie für die PatientInnen nicht relevant sind.

Die Rolle der DolmetscherInnen ist in dieser Phase der Behandlung eine multiple und stellt sich als sehr fordernd dar. Erstens gehört es zur Aufgabe der DolmetscherInnen, die PatientInnen, wenn sie während der Operation gestresst sind, zu beruhigen. Das tun sie verbal, wobei sie auch die Hand der PatientInnen halten können, wenn ihnen dies angemessen erscheint. Durch physischen Kontakt dürfen PatientInnen jedoch nicht erschreckt werden, da sie sich während der Operation nicht viel bewegen dürfen. Zweitens müssen die DolmetscherInnen, wie bereits erwähnt, die für die PatientInnen relevanten Informationen aus dem Gespräch der Ärztin mit ihren Assistentinnen herausfiltern und diese bei einem hohen Geräuschpegel simultan dolmetschen. Das Dolmetschen im Operationssaal könnte somit teilweise als Chuchotage bzw. Flüsterdolmetschen bezeichnet werden. Wegen des Lärms können die DolmetscherInnen jedoch nicht „flüstern“, sondern sprechen laut. Die PatientInnen könnten sie sonst nicht hören und würden dementsprechend auch nicht reagieren.

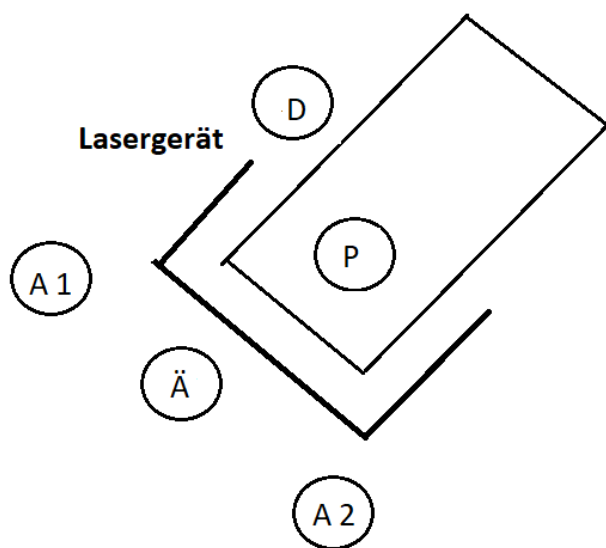


Abb. 12: Räumliche Anordnung im späteren Verlauf der Operation

Abbildung 12 zeigt die Anordnung im Operationssaal während der zweiten Hälfte des Eingriffs. Das gesamte Operationsteam muss zu einem anderen Lasergerät übergehen, mit dem die Operation fortgesetzt wird. Die räumliche Anordnung unterscheidet sich mit der Ausnahme der Position der Dolmetscherin, die diesmal an der linken Seite der PatientIn sitzt, nicht von jener zu Beginn des Eingriffs.

Nach der Operation verbringen die PatientInnen wieder ca. 30 Minuten im Vorbereitungsraum, je nach Situation entweder zusammen mit der DolmetscherIn, die mit ihnen im Operationssaal war, oder mit anderen. Im Vorbereitungsraum versorgt die DolmetscherIn die PatientIn mit Getränken und führt sie danach zu einer kurzen Kontrolle, die für sie unilateral ins Deutsche gedolmetscht wird. Es entsteht kein Dialog, da keine verbale Reaktion der PatientInnen nötig ist. Bevor die PatientInnen die Klinik verlassen, werden sie von den DolmetscherInnen auf Deutsch darüber informiert, wie sie sich unmittelbar nach der Operation um ihre Augen kümmern sollen.

Am dritten und letzten Tag des Aufenthaltes in Prag kommen die PatientInnen zu einer Kontrolluntersuchung. Auch diesmal werden sie von den DolmetscherInnen begleitet und alles wird für sie gedolmetscht. Es wird wieder bilateral konsekutiv ohne Notizen gedolmetscht, da die Ärztin die PatientInnen nach deren Wohlbefinden fragt.

4.3. Ergebnisse der Interviews

4.3.1. Die PatientInnen

Allen PatientInnen, die für den Zweck der Analyse befragt wurden, wurden dieselben Fragen gestellt: zu ihrem Hintergrund, ihrem Motiv, sich in Tschechien behandeln zu lassen, und zur Kommunikation in der Klinik. Die Ergebnisse der Interviews werden in diesem Abschnitt dargestellt.

Zwischen Ende Januar und Ende Februar 2018 wurden in der Klinik nicht nur PatientInnen aus jenen deutschen Bundesländern behandelt, die an die Tschechische Republik grenzen (Sachsen und Bayern), sondern auch aus weiter entfernten Bundesländern (Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen, Berlin und Niedersachsen). Die Hälfte der PatientInnen entschloss sich zur Reise nach Prag mit ihrem Auto, das zweithäufigste Reiseverkehrsmittel war der Bus. Sie reisten entweder alleine oder mit ihren EhepartnerInnen nach Prag. Während des Aufenthaltes in der Tschechischen Republik übernachteten fast alle Befragten in einem Hotel, wobei sie sich die Unterkunft selbst verschafft hatten. Die Augenklinik kooperiert mit keinen Hotels, aber im Falle, dass die PatientInnen die Koordinatorin nach einer Unterkunft fragen, empfiehlt sie ihnen geeignete Hotels in der Nähe der Klinik, die sie selbst aussuchte. Während der Zeit, die die PatientInnen nicht in der Klinik verbrachten, nutzten sie das touristische Angebot in Prag. Die befragten PatientInnen blieben bis auf zwei Ausnahmen nur so lange in Prag, wie für den operativen Eingriff erforderlich. D.h. also, dass die Möglichkeit, die Behandlung im Ausland mit einem Urlaub zu verbinden, eher nicht genutzt wurde. Bei den zwei PatientInnen, deren Aufenthalt in Prag länger war, handelte es sich lediglich um einen zusätzlichen Tag. Das waren PatientInnen, die an einem Freitag operiert und an einem Samstag kontrolliert wurden und den nächsten freien Tag zur weiteren Besichtigung der Stadt nutzten.

Von der Augenklinik erfuhr die Mehrheit der PatientInnen durch eine Internetrecherche. Der zweithäufigste Vermarktungskanal, durch den ausländische (deutsche) PatientInnen gewonnen werden konnten, stellen die mit der Augenklinik kooperierenden Vermittlungsagenturen dar. Die Arbeit der jeweiligen Vermittlungsagentur kommentierten die PatientInnen durchwegs positiv. Sie bezeichneten die Zusammenarbeit als unkompliziert, schnell und zufriedenstellend. Ein Ehepaar telefonierte rund dreimal mit der Vermittlungsagentur und dann wurde ihm bereits der direkte Kontakt mit der Klinik ermöglicht, was als angenehm beschrie-

ben wurde. Den restlichen PatientInnen wurde die Klinik von Bekannten und Freunden empfohlen, die sich bereits einer Operation in der Augenklinik unterzogen hatten. Alle PatientInnen informierten sich vor der Reise nach Prag auf der (deutschen) Website der Augenklinik. Die Existenz einer Facebook-Seite der Klinik war der Hälfte der PatientInnen nicht bekannt. Die andere Hälfte nutzte diese Informationsquelle dazu, Erfahrungsberichte von ehemaligen PatientInnen zu lesen.

Nach den Fragen zum Hintergrund der PatientInnen und den Quellen, aus welchen sie von der Klinik erfahren hatten, folgte die bedeutendste Frage des Interviews – die Frage nach dem Motiv für einen geplanten operativen Eingriff im Ausland. In diesem Falle kann man von einem homogenen Ergebnis sprechen. Die wichtigste Rolle bei der Entscheidung, sich nicht am Wohnort behandeln zu lassen, spielten finanzielle Faktoren. Meist wurde dieser Grund noch von anderen Motiven begleitet, wie z. B. von der hohen Qualität der Behandlung in der Tschechischen Republik bzw. in Prag sowie von der Nähe – auf der Suche nach hochwertiger Pflege innerhalb Deutschlands müssten viele PatientInnen lange Strecken zurücklegen, wobei sich Prag von der Nähe her als vorteilhaft erweist. Ein weiterer Grund war Prag als touristisches Ziel. Zudem wurden mehrmals lange Wartezeiten auf einen Operationstermin in Deutschland oder die Nicht-Verfügbarkeit der Behandlung am Wohnort in Deutschland als Gründe angeführt.

Die nächste Frage betraf die Türkei als wettbewerbsfähiges Land im Rahmen des Medizintourismus und als Konkurrenten der Tschechischen Republik in diesem Bereich, denn die Preise für jene Operationen, die in Prag durchgeführt werden, liegen in der Türkei noch niedriger. Bei dieser Frage waren die befragten PatientInnen gespaltenen Meinung – eine Hälfte zog die Türkei als Behandlungsort in Erwägung, für die andere Hälfte kam diese Möglichkeit nicht infrage. Doch allen Befragten war der Grund gemein, warum diese Idee schlussendlich verworfen wurde - die instabile, unsichere und unvorhersagbare politische Situation in der Türkei. Außerdem würde ein Flug in die Türkei ziemlich lange dauern, wohingegen Prag einfacher zu erreichen sei.

Wegen der sprachlichen Barriere bei der Behandlung in der Tschechischen Republik machten sich die meisten PatientInnen keine Sorgen. Einem Patienten war bekannt, dass sich viele tschechische BürgerInnen auf Deutsch verständigen können, die anderen PatientInnen verließen sich auf die Website der Klinik, die eine ständige Begleitung durch einen Dolmetscher verspricht. Bei der Patientin, die sich vor der Sprachbarriere fürchtete, wären dank der verlässlichen Verdolmetschung schnell alle Sorgen weg gewesen. Die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin während des Aufenthaltes in der Klinik beschrieben alle PatientInnen als

einwandfrei, sie hätten sich bei der zweisprachigen Kommunikation wohlgefühlt. Viele PatientInnen sprachen das Thema des Vertrauens in die Dolmetscherin an. Sie habe sie beruhigt und dadurch hätten sie sich gut betreut gefühlt. Es wäre für die meisten PatientInnen auch kein Problem gewesen, dass die Schwestern oder die Ärztinnen nicht direkt auf Deutsch mit ihnen kommunizieren konnten, sondern dass das Personal Tschechisch sprach und sie sie erst später durch die Dolmetscherin verstanden hätten. Ein Patient äußerte jedoch die Meinung, dass er eine direkte Kommunikation angenehmer fände. Eine andere Patientin beschrieb den Moment, als sie die Schwester nicht verstehen konnte, als komisch, fügte jedoch hinzu, dass die Freundlichkeit der Schwester und der Dolmetscherin sie beruhigt hätten. Die Hälfte der PatientInnen verständigten sich bei den ärztlichen Untersuchungen und/oder im Operationsaal auf Englisch, die andere Hälfte lehnte die Kommunikation in der dritten Sprache aus verschiedenen Gründen ab. Diejenigen, die Englisch sprachen, können weiter in zwei Gruppen aufgeteilt werden: Die erste Gruppe konnte sich auf Englisch gut verständigen und bezeichnete die Kommunikation als problemlos. Die zweite Gruppe empfand diese Art der Verständigung als schwieriger als die Kommunikation in ihrer Muttersprache unter Zuhilfenahme einer Dolmetscherin und empfand v. a. Fachbegriffe als problematisch.

Acht der zehn PatientInnen würden sich aufgrund ihrer Erfahrung wieder im Ausland medizinisch behandeln lassen. Dabei wurden Themen wie ein persönlicherer Zugang zu den PatientInnen als in Deutschland, gute Technik und hohe Qualität oder niedrigere Kosten erwähnt. Zwei Personen beantworteten die Frage nicht pauschal positiv oder negativ. Das hänge von der jeweiligen Behandlung ab und sie würden sich unter der Bedingung darauf einlassen, dass ihnen jemand mit Erfahrung mit der jeweiligen Klinik die Behandlung empfehlen würde und dass sie die Möglichkeit hätten, sich selbst im Voraus über die Klinik und den Eingriff zu informieren.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Antworten der PatientInnen auf die Interviewfragen relativ einheitliche Züge aufweisen. Die Forschungsfrage kann somit beantwortet werden – die ausländischen PatientInnen lassen sich in Tschechien v. a. aus finanziellen Gründen behandeln. Alle PatientInnen, die in die Analyse einbezogen wurden, lassen sich als medizinische Touristen bezeichnen, denn sie nutzten während ihres Aufenthaltes in Prag zwar wenig, aber doch in gewissem Maße das touristische Angebot.

4.3.2. Das medizinische Personal

Diese Gruppe besteht aus zwei Schwestern und der Optometristin. Allen dreien wurden dieselben Fragen gestellt. Das Interview beinhaltete offene Fragen, damit die interviewten Personen möglichst ausführlich antworten konnten, weswegen sich jedes Gespräch in eine andere Richtung entwickelte. Den drei Interviews lagen drei gemeinsame Themen zugrunde, wobei jede Mitarbeiterin noch zusätzlich ein weiteres Thema kommentierte. Auf die Interviewthemen wird im Folgenden näher eingegangen.

Das erste Thema war die Einschulung betreffend die Kommunikation durch die DolmetscherInnen. Die Optometristin (im Interview mit „O“ gekennzeichnet), die seit 9 Jahren in der Augenklinik arbeitet, und jene Schwester (S₁), die seit 5 Jahren in der Klinik arbeitet, gaben an, dass sie für diese Zwecke nicht eingeschult worden waren. Der anderen Schwester (S₂), die erst seit zwei Jahren in der Klinik arbeitet und somit die dienstmäßig jüngste ist, hatte die Koordinatorin der DolmetscherInnen erklärt, dass man sich bei der Untersuchung in kurzen, aber vollständigen Sätzen äußern sollte. Als die Optometristin und Schwester S₁ anfangen, in der Augenklinik zu arbeiten, gab es noch keine spezialisierte Abteilung für die Koordination der DolmetscherInnen.

...am Anfang hatten wir nicht so viele DolmetscherInnen wie heute, wir mussten selbst irgendwie auskommen. Die PatientInnen damals waren eher englischsprachig, die deutschsprachigen suchen die Klinik erst in den letzten zwei, drei Jahren auf. Mit den englischsprachigen mussten wir uns einfach selbst helfen, wir haben z.B. jemanden von der Rezeption geholt, der/die gut Englisch konnte.“ (Interview mit Schwester S₁ – Zeile 4 – 8, Übersetzung V.H.).

Alle drei Befragten stimmten darin überein, dass bestimmte Regeln und Verhaltensweisen, die bei der Kommunikation Anwendung finden, im Laufe der Zeit entstanden wären. Die Optometristin wies darauf hin, dass die Frage nach dem System, nach dem sich ein erfolgreiches Gespräch bei der Untersuchung richtet, nicht ihr gestellt werden solle.

Die [neuen] DolmetscherInnen kommen, sehen sich unsere Arbeit an und erst danach beginnen sie zu dolmetschen, also erst nachdem sie sich mit unserer Arbeit vertraut gemacht haben. [...] Es ist eher eine Frage an die DolmetscherInnen, wie sie gelernt haben, mit uns zu kommunizieren.“ (Interview mit der Optometristin – Zeile 7 – 11, Übersetzung V.H.).

Schwester S₁ gab an, dass die Zusammenarbeit mit jeder Dolmetscherin anders aussähe. „Ich kenne keine richtige Vorgehensweise [beim Dolmetschen], aber ich kenne jede Dolmetscherin, mit jeder spricht man ein bisschen anders“ (Interview mit Schwester S₁ – Zeile 12 – 13, Übersetzung V.H.). Damit deutete sie an, dass die erfahrenen DolmetscherInnen entweder automatisch sprechen, ohne dass die Schwester die Frage stellt, weil sie ganz genau wissen, welche Frage bei der Voruntersuchung folgen wird, oder dass die Schwestern (oder auch die Optometristin) nur ein Stichwort erwähnen, wie in den Abschnitten 4.2.1.3 und 4.2.2.3. dargestellt. Die DolmetscherInnen würden die benötigten Informationen kennen und würden den PatientInnen u.a. erklären, was von ihnen bei der jeweiligen Untersuchung erwartet werde. Dies wird aus den Transkripten der Voruntersuchungen und der optometrischen Untersuchungen ersichtlich und wurde im Interview ebenso von Schwester S₂ bestätigt: „... dann, wenn die DolmetscherInnen es schon gut wissen, frage ich nur ‚Am Computer?‘ und sie wissen, wie sie reagieren sollen.“ (Interview mit Schwester S₂ – Zeile 9 – 10, Übersetzung V.H.).

Alle drei haben regelmäßig ca. zweimal pro Woche Kontakt mit ausländischen PatientInnen, das heißt jedoch nicht automatisch, dass sie dabei immer mit DolmetscherInnen zusammenarbeiten. Zu den ausländischen PatientInnen gehören neben deutschsprachigen auch englischsprachige PatientInnen. Die Optometristin untersucht jeden Dienstag u.a. auch englischsprachige PatientInnen, wobei sie aber die Untersuchung direkt auf Englisch durchführt. Bei den Voruntersuchungen hingegen werden die fremdsprachigen PatientInnen stets von DolmetscherInnen begleitet. Die Kooperation mit den DolmetscherInnen bewerteten alle positiv, v. a. die Kooperation mit erfahrenen DolmetscherInnen, die über fachliche Kenntnisse verfügen. Schwester S₁ erachtete den notwendigen fachlichen Wortschatz auf Deutsch als schwierig und gab zu bedenken, dass es sich um keine Basiswörter handle, die jedem geläufig wären. Die Frage des Vertrauens in die Verdolmetschung spaltete die Gruppe. Die Optometristin gab an, kein Problem damit zu haben, sich auf die durch DolmetscherInnen vermittelte Kommunikation verlassen zu müssen. Die Interaktion mit den PatientInnen bei der optometrischen Untersuchung liegt nämlich auf einem anderen Niveau als bei der Voruntersuchung – wenn sich diese nicht in die gewünschte Richtung entwickle, erkenne die Optometristin, dass zu Beginn der Kommunikation ein Fehler entstanden sein musste. „Ich muss die Antworten ‚sehen‘ und wenn ich einen Unsinn höre, [...] kann ich das erkennen. Ich formuliere dann die Frage anders. Die Antwort muss normal oder erwartungsgemäß klingen“ (Interview mit der Optometristin – Zeile 23 und 28, Übersetzung V.H.). Ihrer Erfahrung zufolge würden sich die DolmetscherInnen verbessern, wenn sie regelmäßig bei den optometrischen Untersuchungen eingesetzt würden. Andererseits vermisse sie die Möglichkeit, selbst mit den PatientInnen

verbal interagieren zu können. Die beiden Schwestern verfügen hingegen über keine Mittel, anhand derer sie erkennen könnten, dass die Verdolmetschung nicht richtig ist. Schwester S₁ empfand das Gefühl, wenn sie keine Kontrolle über das Gespräch hat, als unangenehm. Damit hatte die andere Schwester Schwierigkeiten, als sie in der Klinik neu war. Sie betonte die Notwendigkeit, der Verdolmetschung aus dem Deutschen und ins Deutsche zu vertrauen. Wenn mit Englisch gearbeitet werde, verstehe sie zumindest passiv im Gegensatz zum Deutschen, das sie überhaupt nicht beherrsche. Bei der Behandlung der englischsprachigen PatientInnen hat sie mehr Kontrolle über das Gespräch im Vergleich zur Kommunikation durch die DolmetscherInnen, die mit den PatientInnen auf Deutsch sprechen.

Für eine gute Kommunikation stellten die Schwestern folgende Anforderungen an die DolmetscherInnen: einen reichen Wortschatz in beiden Sprachen, fachliche Kenntnisse im Bereich der Augenheilkunde und präzises Dolmetschen. Die Antwort der Optometristin unterschied sich wieder merklich von jener der Schwestern, was am unterschiedlichen Charakter der Untersuchung, die von ihr durchgeführt wird, liegt. Darauf wurde teilweise bereits in Abschnitt 4.2.2.2 eingegangen. Außer dem nötigen teils konsekutiven und teils simultanen Dolmetschmodus erwähnte die Optometristin als bedeutendste Eigenschaft der DolmetscherInnen die Empathie.

[...] ob sie Empathie mit den Menschen haben und nicht wie eine Maschine funktionieren. Das ist wichtig und es gehört zum Beruf. Seien es Tschechen, Deutsche oder Österreicher, man muss sich ihrer Mentalität anpassen (Interview mit der Optometristin – Zeile 52 – 54, Übersetzung V.H.).

Am Ende des Interviews sprach Schwester S₁ erneut das Thema der Routine an. Die Fragen bei den Untersuchungen würden sich bei jedem Gespräch wiederholen und deswegen ver falle sie in eine Routine. Wenn sie sich bei einer der zahlreichen Messungen verspreche und z. B. statt „Sie sehen jetzt ein rotes Licht im Messgerät“ eine andere Farbe nennen würde, würde sie von den erfahrenen DolmetscherInnen, die die Abläufe schon gut kennen würden, automatisch korrigiert. Die Routine betrifft aber lediglich die Fragen; die Antworten der PatientInnen unterscheiden sich relativ stark voneinander. Die Optometristin und Schwester S₂ sprachen unabhängig voneinander über die Gefühle, die sie empfinden, wenn sie sich durch Dritte verständigen müssen und selbst keine direkte Kontrolle über die Kommunikation haben. Negative Gefühle entstehen bei der Schwester. Sie fühle sich bei der Behandlung deutschsprachiger PatientInnen unwohl, da sie sich nicht direkt mit ihnen unterhalten könne. Sie empfindet dies jedoch als ihr persönliches Problem.

Natürlich ist es eine Barriere, wenn man nicht sich nicht verständigen kann. Mir ist es unangenehm, ich fühle mich nicht wohl, dass ich es ihnen [den PatientInnen] nicht genauso erklären kann, wie ich möchte. Wir sprechen eigentlich durch jemanden [...]. Das ist eine Barriere. Bei den Tschechen ist es angenehmer im Unterschied dazu, wenn gedolmetscht werden muss. Es ist eine Art Einschränkung. Ich behandle lieber tschechische PatientInnen, aber nicht aus dem Grund, dass sie meine Sprache sprechen. Ich persönlich weiß, dass ich mich mit ihnen [ausländischen PatientInnen] nicht verständigen kann, es ist mein Problem (Interview mit Schwester S₂ – Zeile 28 – 34, Übersetzung V.H.).

Die Optometristin hingegen fühle sich durch die Anwesenheit der DolmetscherInnen besser. Sie besitze sehr gute, jedoch passive Deutschkenntnisse, weshalb sie die Kommunikation durch Dritte den Bemühungen auf Deutsch zu sprechen vorziehe, da Letzteres keinen guten Eindruck auf die KlientInnen bzw. PatientInnen machen würde.

Grundsätzlich muss man sich nicht selbst quälen und [vor den PatientInnen] erniedrigen, wenn man nicht so viele Fremdsprachen spricht. Man hat kein Minderwertigkeitsgefühl im Vergleich dazu, wenn man versuchen muss, in einer Sprache zu sprechen, die einem nicht natürlich kommt. Ich fände das erniedrigend und bedanke mich bei denjenigen, die statt mir die Fremdsprache sprechen können (Interview mit der Optometristin – Zeile 40 – 44, Übersetzung V.H.).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das befragte medizinische Personal keine Einschulung in die durch DolmetscherInnen vermittelte Kommunikation erhielt, die Art und Weise der Zusammenarbeit mit den DolmetscherInnen entstand im Laufe der Zeit. Die Kooperation mit v.a. erfahrenen DolmetscherInnen wird als positiv betrachtet, doch nicht alle verlassen sich gerne auf die Verdolmetschung. Als wichtige Kompetenzen der DolmetscherInnen sieht das befragte medizinische Personal einen reichen Wortschatz, fachliche Kenntnisse, gute Dolmetschkompetenz und Empathie an.

4.3.3. Die Dolmetscherinnen

Im Folgenden werden die Ansichten zweier Dolmetscherinnen präsentiert, die sich an der Studie beteiligten. Eine von ihnen übt zusätzlich zu ihrer Rolle als Dolmetscherin noch die Rolle der Koordinatorin der DolmetscherInnen und der Ansprechperson für die deutschsprachigen KundInnen aus. Sie wird in diesem Abschnitt als Koordinatorin bezeichnet. Beiden

wurden dieselben Fragen gestellt, im Falle der Koordinatorin ergaben sich aufgrund ihrer mehrfachen Rolle noch weitere Themengebiete. Die Ergebnisse werden nun präsentiert.

Die Koordinatorin (im Interview mit K abgekürzt) begann vor drei Jahren in der Augenklinik zu arbeiten, als die Klinikführung erhöhte Nachfrage aus deutschsprachigen Ländern verzeichnete. Neben den bereits erwähnten Tätigkeiten wählt sie AssistentInnen, sprich DolmetscherInnen, aus. Diese übernehmen an Tagen mit vielen PatientInnen die Betreuung. Zu Beginn ihrer Arbeit in der Klinik nahm sie mit dem Institut für Translatologie an der Prager Karlsuniversität Kontakt auf und warb fortgeschrittene Studierende im letzten Studienjahr als DolmetscherInnen (PraktikantInnen) an. Die Art der MitarbeiterInnenakquise besteht bis heute – auf diese Art und Weise wurden die Dolmetscherin (im Interview mit D gekennzeichnet) vor mehr als einem Jahr und ich vor einem halben Jahr zu Mitgliedern des Teams in DuoVize.

Zuerst wurden die interviewten Personen gebeten, auf ihre Aufgaben bzw. ihre Rolle einzugehen. Die Dolmetscherin hielt ihre Rolle für multipel. Zu ihren Aufgaben zählte sie nicht nur das Dolmetschen, sondern auch die Betreuung der PatientInnen. Aus meiner Position als Dolmetscherin teile ich diese Meinung. Da die PatientInnen während ihres gesamten Aufenthaltes in der Klinik i.d.R. von denselben DolmetscherInnen begleitet werden und diese die Wartezeiten zwischen den einzelnen Untersuchungen im Idealfall mit ihnen verbringen, entwickeln sich, wie bereits erwähnt, private Gespräche. Häufig werden die DolmetscherInnen dadurch auch zu KulturvermittlerInnen, da die PatientInnen manchmal nach touristischen Zielen fragen. Ein typischer Arbeitsalltag der Dolmetscherin beginne mit der Beratung mit ihrer Vorgesetzten – der Koordinatorin. Dabei seien folgende Informationen von Bedeutung – wer komme, zu welcher Uhrzeit und welche Unterlagen bzw. Formulare seien von den PatientInnen noch auszufüllen. Wenn die PatientInnen in der Klinik ankommen, heiße sie sie willkommen, müsse sich ihnen vorstellen und helfe ihnen mit den Formularen. Sie begleite dann die PatientInnen zu den Untersuchungen, die sie für sie dolmetsche, und leiste ihnen inzwischen, sprich während der Wartezeiten, Gesellschaft (Interview mit der Dolmetscherin – Zeile 12 – 16, Übersetzung V.H.). Die Rolle der Koordinatorin besteht neben der Betreuung der PatientInnen und dem Dolmetschen v. a. im Kontakt mit den deutschsprachigen KundInnen. Bei der Frage nach den Hauptaufgaben setzte sie bei den administrativen Tätigkeiten an, die sie vor der Ankunft der PatientInnen leisten muss.

... ich bekomme Unterlagen oder fordere sie an und diese leite ich an die Chefärztin weiter. Sie empfiehlt den PatientInnen eine Operationsmethode und je nach Methode

erledige ich dann mit ihnen Termine, Kosten und solche organisatorischen Sachen (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 21 – 23, Übersetzung V.H.).

Außerdem antworte sie auf E-Mail-Anfragen von KundInnen und bearbeite zusammen mit einer Marketing-Mitarbeiterin deutsche Texte auf der Web- und der Facebook-Seite. Ihr Arbeitsalltag sei nicht immer gleich, denn entweder erledige sie administrative Angelegenheiten oder sie kombiniere diese an Tagen, an denen Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden, mit der Betreuung der PatientInnen oder widme sich an den Operationstagen ausschließlich der Betreuung der PatientInnen. Den Tag, an dem die PatientInnen in der Klinik ankommen, schilderte sie auf dieselbe Art und Weise wie die Dolmetscherin. Darüber hinaus fügte sie hinzu, dass sie sich mit den PatientInnen außer über deren Augenprobleme auch über allgemeine Themen unterhalte. Dadurch bemühe sie sich, einer etwaigen Nervosität der PatientInnen entgegenzuwirken, damit diese am nächsten Tag im Operationssaal zu einer Kooperation mit der Operateurin imstande seien (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 104 – 106, Übersetzung V.H.). Die Aufgabe der DolmetscherInnen, den PatientInnen zu helfen, ihre Ängste zu überwinden, wird beim Vorstellungsgespräch mit neuen DolmetscherInnen stark hervorgehoben. Sie müssen über fundierte Kenntnisse im Bereich der Augenchirurgie verfügen, speziell was jene Operationsmethoden anbelangt, die in der Klinik verwendet werden. Wenn sie diese den PatientInnen erklären, kann dadurch bereits teilweise die Angst beseitigt werden. Fachliche Kenntnisse stellen eine Kompetenz dar, die die Koordinatorin bei MitarbeiterInnen, die die PatientInnen in der Klinik betreuen, als unentbehrlich betrachtet. Bei den KlientInnen würde ein negativer Eindruck entstehen, wenn die MitarbeiterInnen bei jeder Frage bei den Ärztinnen nachfragen müssten. Doch als Kernkompetenz sieht die Koordinatorin v. a. einen menschlichen, empathischen Zugang zu den PatientInnen an. In diesem Punkt herrscht ein Konsens zwischen den beiden Interviewten. Die Koordinatorin zählte noch weitere Anforderungen auf, darunter die Vertrautheit der DolmetscherInnen mit der deutschen/ österreichischen/ schweizerischen Mentalität.

Eine gewisse Erfahrung mit Menschen ist schon erforderlich. Es geht nicht nur um eine bloße Dolmetschtätigkeit. [...] Die PatientInnen müssen wahrnehmen können, dass man ihnen zur Seite steht. [...] Sie [meine AssistentInnen] müssen gewisse Eigenschaften besitzen. Nicht jeder kann das machen (Interview mit der Koordinatorin - Zeile 113 – 118, Übersetzung V.H.).

Und nicht zuletzt erwähnte sie Geduld und die Fähigkeit, über unangenehme Aussagen der PatientInnen hinwegsehen zu können. Das ist der zweite Punkt, über den Einigkeit mit der Dolmetscherin besteht. Das deutet auf gewisse negative Erfahrungen mit den PatientInnen hin, was die Koordinatorin in späterer Folge im Interview kommentiert. Hinter der Aggressivität der PatientInnen stecke „große Angst“. Daher hebt sie erneut die Notwendigkeit hervor, die PatientInnen aufzuklären und sie zu beruhigen. Infolgedessen verlasse dann eine aggressive Person die Klinik „sanftmütig wie ein junges Hündchen“ (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 123 – 124, Übersetzung V.H.). Die Dolmetscherin fügte zur Empathie und der Resistenz gegen unangenehme Kommentare von den PatientInnen hinzu, dass man außer der Dolmetschkompetenz auch sehr kommunikativ sein sollte. „Diese Position basiert auf viel Kommunikation. Nur die Personen sollen sie innehaben, die keine Hemmungen haben zu kommunizieren und die gerne im direkten Kontakt mit Menschen stehen“ (Interview mit der Dolmetscherin – Zeile 54 – 55, Übersetzung V.H.). Ich als Dolmetscherin stimme völlig damit überein, dass die DolmetscherInnen in der Klinik hervorragende kommunikative Fähigkeiten besitzen sollten, und erachte diese als die wichtigste Anforderung.

Der bereits erwähnte Kontakt mit Menschen ist das, was die Koordinatorin an ihrer Arbeit am meisten schätzt.

Es ist angenehm, dass man dabei viele Menschen kennenlernt. Jeder ist anders. Man muss auf eine Art und Weise den Menschen unter die Haut gehen, damit sie sich beruhigen. Man muss feststellen, in welcher Stimmung sie [die PatientInnen] sich befinden und wie man auf sie „wirken“ kann. Das ist mein Hobby (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 161 – 162, Übersetzung V.H.).

Weiters bereichere sie die Tatsache, dass ihre Arbeit sofortige und v.a. sichtbare Ergebnisse bringe. Es wurde auch das Thema der Bereicherung durch fachliche Kenntnisse angesprochen. Die refraktive Chirurgie ist für sie ein Bereich, in den sie keine Einsicht gehabt hätte, wenn sie nicht in der Augenklinik gearbeitet hätte. Zwei Punkte in ihrer Aufzählung stimmen mit jenen der Dolmetscherin überein. An die erste Stelle setzte die Dolmetscherin jedoch die fachlichen Kenntnisse und die Terminologie, die sie durch die Arbeit erlangt hätte, und erst danach nannte sie Erkenntnisse, die sie durch die Kommunikation mit dem medizinischen Personal und den PatientInnen erworben hätte. Ich teile die Ansicht der Koordinatorin – der ständige Umgang mit Menschen in nicht als alltäglich zu bezeichnenden Situationen, wie es in der Klinik der Fall ist, sehe ich als etwas, das mir von Nutzen ist.

Beide Interviewten wurden schließlich dazu aufgefordert, die PatientInnen, die die Augenklinik DuoVize aufsuchen, möglichst einheitlich als Gruppe zu charakterisieren. Die Koordinatorin meinte basierend auf ihren dreijährigen Erfahrungen, dass es „ca. zu 60 – 65 % sozial schwächere Menschen“ seien, aber „es kommen auch reichere, die sich dessen bewusst sind, dass die Medizin in Prag auf demselben Niveau ist wie in Deutschland“ (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 135 – 136, Übersetzung V.H.). Auch die Dolmetscherin beschrieb die PatientInnen der Augenklinik anhand des Kriteriums des Vermögens, bezeichnete sie jedoch als Mittelschicht. Mit dieser Ansicht stimme ich überein. Mein Eindruck ist, dass die KlientInnen nicht einer sozial schwächeren Schicht angehören, da sie den Eingriff, dem sie sich unterziehen, selbst bezahlen müssen. Nur in äußerst seltenen Fällen und lediglich bis zu einer gewissen Summe wird er von der Krankenkasse übernommen.

Sehr oft kommen Ehepaare oder ganze Familien. Was das Berufsspektrum betrifft, ist es relativ breit – von SportlerInnen, Studierenden über Büroangestellte bis zu FabrikarbeiterInnen. Vom Alter her ist es auch sehr unterschiedlich - von jungen Menschen (mein jüngster Patient war 18) bis zu Menschen im Rentenalter. Allgemein lässt sich sagen, dass sich der Laserkorrektur PatientInnen unterschiedlichen Alters [...] und dem Linsenaustausch Menschen im fortgeschrittenen Alter unterziehen. Ich würde sagen, dass die Streuung geographisch auch sehr breit ist. [...] Soweit ich mich an die Gespräche im Flur erinnere, würde ich gefühlsmäßig sagen, dass es eher Menschen aus kleineren Städten sind, das kann jedoch nicht mit Fakten belegt werden (Interview mit der Dolmetscherin – Zeile 81 – 91, Übersetzung V.H.).

Auch diese Meinung kann ich nachvollziehen, bis auf die Aussage, dass es sich um Menschen aus kleineren Städten handle. Meines Erachtens nach kann man die Frage nach der Herkunft der PatientInnen nicht in diesem Maße verallgemeinern, denn genauso wie kleinere Städte sind auch die größeren vertreten. Keine dieser Ansichten kann jedoch mit Fakten unterlegt werden. Im Vordergrund der Interviewfragen zum Hintergrund der PatientInnen standen nämlich nur die Bundesländer, aus denen sie stammten.

Neben den gemeinsamen Interviewthemen äußerte sich die Koordinatorin u.a. zu den Vermarktungskanälen der Augenklinik. Die Klinik arbeitet mit mehreren Vermittlungsagenturen aus dem deutschsprachigen Raum zusammen. Die „Vorbereitungsprozesse“ vor der Reise der PatientInnen nach Prag können aber nicht als einheitlich bezeichnet werden. Einige Agenturen würden die PatientInnen sofort an die Augenklinik bzw. an die Koordinatorin verweisen. Diese stehe dann mit ihnen per Telefon und/oder E-Mail in Kontakt und beantworte Fragen, verschicke Formulare, vereinbare Termine usw. Andere Agenturen würden ihr die Unter-

lagen der KlientInnen senden, mit ihnen selbst komme sie jedoch erst in der Klinik in Kontakt, da diese Vermittlungsagenturen vor der Behandlung keinen direkten Kontakt der zwei Parteien wünschten. Sie erachtete es als besser, wenn sie die PatientInnen vor ihrer Ankunft kontaktieren könne.

... denn viele Menschen haben spezielle Fragen. Sie sind dann viel besser vorbereitet als die, die nur mit der Agentur kommunizieren. Wenn ich nicht mit ihnen in Kontakt bin, gibt die Agentur, die nicht hier, sondern in Deutschland angesiedelt ist, mehr oder weniger allgemeine Antworten. Wenn ich mit ihnen in Kontakt bin – per Telefon oder E-Mail, klären wir viele Sachen bevor sie hier ankommen. Diese PatientInnen sind dann ruhiger und kommen in einem Umfeld an, über das sie schon informiert wurden. Pro Person sind es bis zu 12 E-Mails. Bei [Name der Vermittlungsagentur wurde anonymisiert] sind es höchstens drei E-Mails. [...] ich habe festgestellt, dass diese PatientInnen nur über Basisinformationen verfügen (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 31 – 37, Übersetzung V.H.).

Die Koordinatorin verfügt über eine dreijährige Erfahrung mit den Agenturen. Sie betrachtete Profit als ein alle Agenturen verbindendes Element. Doch die Art und Weise, wie die Agenturen die KlientInnen behandeln würden, sehe sie als unterschiedlich. Jene Agenturen, die die KlientInnen schätzen würden, würden langfristige Kooperationsbeziehungen pflegen. Die anderen brächen ca. nach 3 Jahren die Zusammenarbeit ab und würden neue Kontakte knüpfen, um höhere Provisionen zu erzielen. Solch ein Verhalten erkenne man an der Art und Weise der Verhandlung mit der Agentur und daran, wie wenig Informationen den PatientInnen gegeben wird. Zurzeit würden viele neue Agenturen entstehen, viele würden aber auch wieder untergehen. Nach der Ansicht der Koordinatorin sei es bedauerlicherweise die zweite Gruppe der Agenturen, die ein Zukunftspotenzial habe (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 64 – 66, Übersetzung V.H.).

Neben den Vermittlungsagenturen, die die Klinik vermarkten, ist die Klinik selbst im Internet vertreten. Durch das Anmeldeformular auf der Website der Klinik können sich PatientInnen selbst anmelden. In den letzten Jahren gewinne die Klinik dank positiver Rückmeldungen im Internet – genauer gesagt auf der Facebook-Seite – mehr PatientInnen als früher (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 26 – 29, Übersetzung V.H.). Als dritten Vermarktungskanal nennt sie die sog. „Mundpropaganda“ – d.h. Empfehlungen durch PatientInnen, die bereits in der Klinik behandelt wurden. Die Interviews mit den PatientInnen ergaben, dass alle Vermarktungskanäle in unterschiedlichem Maße vertreten sind. Doch die Mundpropa-

ganda betrachtete die Koordinatorin als jene Art von Vermarktung, durch die zurzeit am meisten PatientInnen in die Klinik kommen würden.

... ich frage per E-Mail, wie sie [die PatientInnen] uns gefunden haben. Sie nennen oft das Internet, doch dann in einem privaten Gespräch sagen sie: „Ich habe die Klinik im Internet gefunden, weil mir jemand gesagt hat, dass er/sie oder ein Freund/eine Freundin sich hier behandeln haben lassen“ [...]. Oft ist es so, damit uns die PatientInnen im Internet finden können, bekommen sie eine Empfehlung (Interview mit der Koordinatorin – Zeile 49 – 53, Übersetzung V.H.).

Im Rahmen des Medizintourismus sei noch vor Kurzem die Türkei mit niedrigen Behandlungskosten ein sehr populäres Reiseziel der MedizintouristInnen aus Deutschland gewesen. Konkret handle es sich v.a. um die Stadt Istanbul. Doch dann hätte sich die politische Lage in der Türkei in eine kritische Richtung entwickelt und die v.a. deutschen Vermittlungsagenturen hätten angefangen, nach einer Alternative zu suchen, um die KlientInnen nicht zu verlieren. Die Türkei hätte nicht nur aus finanziellen Gründen zu den beliebtesten Destinationen von deutschen MedizintouristInnen gezählt, sondern auch wegen der Betreuung, die mit der Abholung vom Flughafen beginne. I.d.R. werde den PatientInnen in der Klinik Unterkunft gewährt, die Operationen fänden ausschließlich an Wochenenden statt und zum Angebot gehöre auch eine Stadtführung durch Istanbul. Der Koordinatorin zufolge würden solche Gesamtpakete immer noch angeboten, die Nachfrage nach augenchirurgischen Eingriffen in der Türkei sei aber deutlich gesunken. Die Tschechische Republik (damit wird die Hauptstadt Prag gemeint) habe eine lange medizintouristische Tradition besonders im Bereich der ästhetischen Chirurgie – derartige Eingriffe wären von Deutschen bereits in der totalitären Ära in Anspruch genommen worden. Die Koordinatorin betrachte die Tschechische Republik als einen möglichen Nachfolger der Türkei, denn das Niveau der Augenheilkunde sei mit jenem in Deutschland vergleichbar. Weiters sehe sie die geographische Lage der Tschechischen Republik und die ähnliche Mentalität der TschechInnen und Deutschen als Vorteile. Zwar bewegten sich die Kosten für die Behandlungen auf einer höheren Ebene und die Organisation unterscheide sich stark im Unterschied zur Türkei, aber dennoch sehe sie in der Zukunft ein großes Potenzial für die tschechischen Kliniken, mehr PatientInnen aus deutschsprachigen Ländern zu gewinnen als das nun der Fall ist.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die befragten Dolmetscherinnen neben Dolmetschen verschiedene andere Rollen ausüben. Sie kümmern sich um die PatientInnen ab dem Zeitpunkt ihrer Ankunft in der Klinik bis zur letzten Kontrolle, indem sie sie z. B. über

die Behandlungsprozesse informieren und ihnen Gesellschaft leisten. Als unentbehrlich für ihre Arbeit betrachten die Dolmetscherinnen Empathie, fachliche Kenntnisse, eine gute Dolmetschkompetenz, Geduld und eine gewisse innere Stärke.

5. Schlussfolgerungen und Diskussion

In der vorliegenden Masterarbeit wurde der Versuch unternommen, zwei Themen, die eine gemeinsame Basis aufweisen, in einer ethnographischen Studie zu verbinden. Es handelt sich um das Dolmetschen im Gesundheitswesen, das seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts immer mehr an Aufmerksamkeit gewinnt und zu dem bereits zahlreiche Beiträge erschienen sind. Das andere Thema ist der Medizintourismus – ein Phänomen, das sich seit dessen Anfängen im antiken Griechenland zu einem globalen Trend entwickelte und das ebenso häufig zum Forschungsthema wird. Die Überlappung der beiden Themengebiete – das Dolmetschen im Medizintourismus scheint jedoch noch wenig erforscht zu sein. Aus diesem Grund wurde diesem Bereich in der vorliegenden Masterarbeit nachgegangen.

Insgesamt lagen der Arbeit drei Fragestellungen zugrunde. Diesen dienten Beobachtung vor Ort unter Zuhilfenahme von Feldnotizen, Aufnahmen gedolmetschter Gespräche bei den Untersuchungen und Interviews mit den PatientInnen, dem medizinischen Personal und mit den Dolmetscherinnen in der betreffenden Gesundheitseinrichtung – einer tschechischen Augenklinik, die von deutschsprachigen KundInnen aufgesucht wird – als empirische Grundlage.

Die in die Analyse miteinbezogenen PatientInnen erfüllten mit ihrer Reise die Definition des Medizintourismus – sie unternahmen eine Reise zum Zweck eines medizinischen Eingriffs im Ausland, die die Länge eines Urlaubs nicht überschritt und bei der das touristische Angebot zwar gering, aber doch in gewissem Maße genutzt wurde. Bei der analysierten PatientInengruppe handelte es sich um deutsche StaatsbürgerInnen aus verschiedenen Bundesländern. Bei der Frage nach dem Motiv für die Reise – einer der Forschungsfragen – stellte sich heraus, dass sie diese aufgrund der niedrigeren Behandlungskosten im Vergleich zum Heimatland unternommen hätten. Diese Motivation somit stimmt mit den Erkenntnissen aus der einschlägigen Literatur (z.B. Rulle 2004, Rab-Przybyłowicz 2017) überein. Darüber hinaus wurden einige Nebenmotive erwähnt, die in der Literatur ebenso vertreten sind, wie z.B. das Nichtvorhandensein der Behandlung am Wohnort, lange Wartezeiten auf eine Behandlung im Heimatland oder bessere Technologien und eine höhere Qualität der Behandlung als in Deutschland.

Die Interviewfrage nach der Kooperation der PatientInnen mit den Dolmetscherinnen lieferte keine relevanten Ergebnisse. Das ist auf meine zweifache Rolle als Dolmetscherin und Forscherin zurückzuführen. Bei manchen Untersuchungen war ich anwesend. Wenn dem nicht der Fall war, kannten mich die PatientInnen dennoch. Aus diesem Grund können die

PatientInnen als befangen angesehen werden. Hieraus ergeben sich weitere Forschungsfragen für zukünftige Beiträge, in denen die beiden erwähnten Rollen getrennt ausgeübt werden sollten.

Unter den Antworten der PatientInnen stach die Tatsache hervor, dass die jeweilige Dolmetscherin für sie eine Art Beruhigung gewesen sei, womit bereits eine Antwort auf die Frage nach dem Aufgabenprofil der Dolmetscherinnen in der Augenklinik vorweggenommen wurde. Dieses umfasst nicht nur die Begleitung der PatientInnen zu den Untersuchungen und das Dolmetschen, sondern auf den Empfang der PatientInnen, die Hilfe mit administrativen Angelegenheiten, die Bereitstellung von Informationen und die bereits erwähnte seelische Unterstützung der PatientInnen. Solch ein multiples Aufgabenprofil steht im Widerspruch zu jenem, das in den ethnographischen Studien von Angelleli (2008) und Hsieh (2016) beschrieben wurde. In beiden Fällen war die Tätigkeit der DolmetscherInnen auf bloßes Dolmetschen reduziert. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um vergleichbare Situationen, denn die PatientInnen waren keine MedizintouristInnen, sondern Mitglieder von Minderheitengruppen, und somit AkteurInnen im Rahmen des *community interpreting*. Darüber hinaus wurde in dieser Masterarbeit kein staatliches Krankenhaus, sondern eine private Klinik analysiert.

Die Merkmale der Kommunikation mit den deutschen PatientInnen bildeten die letzte Fragestellung. Die einzelnen Phasen der Augenbehandlung unterscheiden sich in gewissem Maße voneinander, doch es gibt auch Gemeinsamkeiten. Gedolmetscht wurde hauptsächlich im Konsekutivmodus, sehr oft nach dem klassischen *turn-taking*-Muster: TherapeutIn – DolmetscherIn – PatientIn – DolmetscherIn. Außerdem konnten auch andere, untypische Muster beobachtet werden, die im theoretischen Teil der Arbeit beleuchtet wurden. Das entspricht der gängigen Praxis, wie sie von Bot (2005) oder Hsieh (2016) beschrieben wurde. Im Kontrast zur gängigen Praxis (vgl. Bot 2007, Hsieh 2016) steht die Benutzung der 3. Person in der Verdolmetschung, die in der Klinik zum Sprachusus gehört. Die Dolmetscherinnen entwickeln eine freundliche Beziehung zu den PatientInnen und tragen gemeinsam zur guten Kommunikation bei, denn nur gute Kommunikation führt anschließend zu hochwertiger Gesundheitspflege. Durch ihre Nähe zu den PatientInnen und das Eingreifen der Dolmetscherinnen in die Gespräche, kann man ihre Rolle als eine sichtbare bezeichnen. Das frühere „Conduit-Modell“ besagte, dass DolmetscherInnen nur als „Sprachmaschinen“ agieren dürfen, doch diese Vorstellung gilt heute schon als obsolet, denn durch die Sichtbarkeit und Interaktion kann ein erfolgreiches medizinisches Gespräch geführt werden, wie von z.B. Angelleli (2008) beschrieben wird. In der untersuchten Augenklinik haben die DolmetscherInnen

eine besonders sichtbare Rolle inne, was v.a. auf die bereits erwähnte Nähe zu den PatientInnen zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen sich nicht generalisieren, da die ProbandInnen aufgrund ihrer geringen Anzahl keine repräsentative Stichprobe darstellen und somit nur teilweise die Situation in der Augenklinik widerspiegeln. Um repräsentative Ergebnisse zu erzielen, müssten die Beobachtungen und die Aufnahmen über einen längeren Zeitraum hinweg durchgeführt und mehr MitarbeiterInnen, die mit fremdsprachigen PatientInnen in Kontakt kommen, interviewt werden. Weiteren Aufschluss über Aspekte wie Gestik und Mimik würden auch visuelle Aufnahmen der Gespräche bieten, was den Rahmen einer Masterarbeit sprengen würde, jedoch mit Sicherheit ein interessantes Feld für zukünftige Forschung ist.

Bibliographie

- Angelelli, Claudia V. (2008) *Medical Interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baroch, Pavel (2017) Za lékařem do Česka: Medicínská turistika. Na operaci sem přijíždějí desetitisíce cizinců. *Týden* https://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/medicinska-turistika-na-operaci-sem-prijizdeji-desetitisice-cizincu_423473.html (zuletzt besucht am 13. 11. 2017)
- Bot, Hanneke (2005) *Dialogue Interpreting in mental health*. Amsterdam: Rodopi.
- Bot, Hanneke (2007) Dialogue interpreting as a specific case of reported speech. In F. Pöchhacker & M. Shlesinger (eds.) *Healthcare Interpreting: discourse and interaction*. Amsterdam, Philadelphia: J. Benjamins, 77-99.
- Braun, E. Günther (Hg.) (2005) *Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen: Strategien, Maßnahmen, Erfahrungen*. Neuwied: Luchterhand. (1.Kapitel unter <http://www.gesundheitswirtschaft.info/images/stories/administration/auslaendischepatientenfuerdeutschekrankenhaeusergewinnen.pdf> zuletzt besucht am 3.2. 2018)
- Cohen, Glenn I. (2014) *Patients with Passports. Medical Tourism, Law and Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Cassens, Manfred (2013) *Gesundheitstourismus und touristische Destinationsentwicklung: Ein Lehrbuch*. München: Oldenbourg Verlag.
- Davidson, Brad (2000) The interpreter as institutional gatekeeper: the social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics* 4 (3): 379-405.
- Davidson, Brad (2001) Questions in cross-linguistic medical encounters: the role of the hospital interpreter. *Anthropological Quarterly* 74 (4): 170-178.
- DuoVize (2018a) <https://www.duovize.de/> (zuletzt besucht am 8. 3. 2018).
- DuoVize (2018b) <https://www.duovize.de/category/empfehlung/page/2/> (zuletzt besucht am 15.5. 2018)
- DuoVize (2018c) <http://www.duovize.de/kontakt/> (zuletzt besucht am 8.3. 2018)
- DuoVize (2018d) <https://www.facebook.com/augenklinikneovizia/> (zuletzt besucht am 8. 3. 2018).

- Ehrbeck, Tilman & Guevara, Ceani & Mango, Paul. D. (2008) „Mapping the market for medical travel“. <http://www.heal-wheel-india.com/white-pappers/McKinsey-Report-Medical-Travel.pdf> (zuletzt besucht am 2. 2. 2018).
- Felgner, Lars (2009) Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch. In D. Andres & S. Pöllabauer (Hg.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich/ Is everything topsy-turvy in your tummy? Healthcare Interpreting*. München: Meidenbauer, 45-70.
- Gratzer, Karl (2017) Verwegenes Unternehmertum. Die Einführung und Verbreitung von Gesundheitsresorts, Bäderkurorten und Medizintourismus im frühen modernen Schweden. In F.-M. Kirch & J. Juszcak (Hg.) *Medizintourismus – Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache, 132-212.
- Grbić, Nadja & Pöllabauer, Sonja (2008) *Kommunaldolmetschen/ Community Interpreting: Probleme – Perspektiven - Potenziale; Forschungsbeiträge aus Österreich*. Berlin: Frank & Timme.
- Groß, Matilde S. (2017) *Gesundheitstourismus*. Konstanz, München: UVK.
- Hale, Sandra B. (2015) Community Interpreting. In F. Pöchhacker et. al (eds.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group 65-69.
- Hawranek, Christiane & Maurer, Marco (2013) Dubiose Agenturen vermitteln ausländische Patienten nach Deutschland. Hiesige Kliniken zahlen dafür. *Die Zeit* 2013 (16) <http://www.zeit.de/2013/16/kliniken-patientenvermittlung> (zuletzt besucht am 3.2. 2018).
- Hsieh, Elaine (2015) Healthcare Interpreting. In F. Pöchhacker et. al (eds.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group 177-182.
- Hsieh, Elaine (2016) *Bilingual Health Communication: working with interpreters in cross-culture care*. New York, London: Routledge.
- Hüsli, Jean-Paul (2015) „Wirtschaftslexikon.co“ <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/patienten-tourismus/patiententourismus.html> (zuletzt besucht am 26.01.2018).
- Illing, Kai-Torsten (2000) *Patientenimport und Gesundheitstourismus: Internationales Marketing für Kliniken, Kurorte und Gesundheitsregionen*. Berlin: TDC Verlag.
- Juszcak, Jens (2013) Internationale Märkte – Potenziale für deutsche Krankenhäuser. In J.F. Debatin et al. (Hg.) *Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 151-157.

- Juszczak, Jens (2017) Russische Patienten in deutschen Kliniken: Erfahrungen und Herausforderungen. In F.-M. Kirch & J. Juszczak (Hg.) *Medizintourismus – Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache, 36-71.
- Kagelmann, Jürgen H. & Kiefl, Walter (2016) *Gesundheitsreisen und Gesundheitstourismus – Grundlagen und Lexikon*. München, Wien: Profil.
- Kirsch, Frank-Michael (2017) Warum Medizintourismus? In F.-M. Kirch & J. Juszczak (Hg.) *Medizintourismus – Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache, 7-35.
- Leanza, Yvan (2007) Role of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. In F. Pöchhacker & M. Shlesinger (eds.) *Healthcare Interpreting: discourse and interaction*. Amsterdam, Philadelphia: J. Benjamins, 11-34.
- Markus, Jutta (2009) *Betriebswirtschaftliche Potenziale vom „Medizintourismus“ – Patienten aus den GUS-Staaten in deutschen Kliniken*. Hamburg: Igel Verlag.
- Mason, Ian (2009) Dialogue Interpreting. In M. Baker & G. Saldanha (eds.) *Routledge Encyclopedia of translation studies*. 2nd edition. London: Routledge, 81-84.
- Merlini, Raffaella (2015) Dialogue Interpreting. In F. Pöchhacker et. al (eds.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group 102-107.
- Metzger, Melanie (1999) *Sign language interpreting: Deconstructing the Myth of Neutrality*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Moazedi, Maryam Laura (2008) Von Samurai und Samaritern: Status, Image und Persönlichkeit unterschiedlicher Dolmetschtypen. In N. Grbić (Hg.) *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting: Probleme, Perspektiven, Potenziale; Forschungsbeiträge aus Österreich*. Berlin: Frank & Timme, 65-89.
- NCIHC - National Council on Interpreting in Health Care (Hg.) (2003) „Guide to interpreter positioning in health care settings. November 2003.” www.ncihc.org/assets/documents/workingpapers/NCIHC%20Working%20Paper%20-%20Guide%20to%20Interpreter%20Positioning%20in%20Health%20Care%20Settings.pdf (zuletzt besucht am 15.2. 2018)
- Niemants, Natacha S. A. (2012) The transcription of interpreting data. *Interpreting* 14 (1), 165-191.
- o.V. (2017) Česko, žádaný lékař Evropy: Špičkové zdravotnické služby lákají do Česka pacienti z ciziny. *Hospodářské noviny* <https://www.ptc.cz/cs/2017/09/27/hospodarske-noviny-27-9-2017/> (zuletzt besucht am 13.11. 2017)

- Quast, Ellen Marie-Louise (2009) *Das Geschäft mit der Gesundheit: Analyse des medizintouristischen Angebotes für den Quellmarkt Deutschland*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Rab-Przybyłowicz, Jolanta (2017) Medizintouristische Potenziale in Polen. Gegenwärtiger Stand und Entwicklungsperspektiven. In F.-M. Kirch & J. Juszczyk (Hg.) *Medizintourismus – Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. Paderborn: IFB Verlag Deutsche Sprache, 288-328.
- Roat, Cynthia E. & Crezee, Ineke H.M. (2015) Healthcare interpreting. In H. Mikkelsen & R. Jourdenais (eds.) *Routledge handbook of interpreting*. London, New York: Routledge 236-253.
- Rodriguez, Veronika (2015) Do Česka jezdí za operacemi čím dál víc cizinců. České pacienty zahraničí neláká. *Aktuálně.cz* <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/cesko-rajem-zdravotnictviku-planovanou-operaci-kloubuci/r~6a16de9877ae11e5a705002590604f2e/?redirected=1515102552> (zuletzt besucht am 13.11. 2017)
- Rulle, Monika (2004) *Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien*. München, Wien: Profil.
- Saldanha, Gabriela & O'Brien, Sharon (2014) *Research Methodologies in Translation Studies*. London, New York: Routledge.
- Wächter, Marcus & Vanheiden, Theresa (2015) *Sprachmittlung im Gesundheitswesen – Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen*. Paderborn: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Wadensjö, Cecilia (1998) *Interpreting as Interaction*. New York: Longman.
- Wadensjö, Cecilia (2009) Community Interpreting. In M. Baker & G. Saldanha (eds.) *Routledge encyclopedia of translation studies*. 2nd edition. London: Routledge, 43-48.

Anhang I - Transkriptionen

Aufnahmen gedolmetschter Gespräche

1. Gespräch

P₁ = Patient / S = Schwester / D = Dolmetscherin
Anamnesegespräch

S: Takže, nejdřív si popovídáme, pak si uděláme pár měření. Potom půjdete na vyšetření k optometristce a k paní doktorce.

D: Jetzt sprechen wir kurz über Ihre Augen und machen ein paar Messungen. Dann geht's zu der optometrischen Untersuchung und zur Ärztin.

P₁: Ok.

S: Takže, brýle nosíte od kolika let?

D: Seit wann tragen Sie schon eine Brille?

P₁: Seit meinem elften Lebensjahr.

D: Od 11 let.

S: Nosíte i kontaktní čočky?

D: Tragen Sie auch Kontaktlinsen?

P₁: Ja, weiche.

D: Také, jsou to měkké čočky.

S: A nosíte hlavně kontaktní čočky nebo hlavně brýle?

D: Sind das vor allem Kontaktlinsen oder vor allem Brille?

P₁: Vor allem Brille.

D: Spíš brýle.

S: Hm. Ty kontaktní čočky nosíte jak často?

D: Wie oft tragen Sie die Kontaktlinsen?

P₁: Dreimal in der Woche für zwei Stunden etwa.

D: Tříkrát týdně na dvě hodinky denně.

S: [für sich selbst] Hm, takže spíš brýle.

D: [zur P] Sehr präzise!

P₁: [L] Ja.

S: Kolik dnů jste je teď v očích neměl kontaktní čočky?

D: Seit wann haben Sie die Kontaktlinsen nicht gehabt?

P₁: Zuletzt letzte Woche Montag.

D: Naposled je měl minulý týden v pondělí.

S: Hmm. Jsou to měsíční, denní, 14-ti denní kontaktní čočky?

D: Sind das Tageskontaktlinsen, Monatslinsen ...?

P₁: Monatslinsen.

D: Měsíční.

S: Kolik v nich máte dioptrií, víte?

D: Kennen Sie die Dioptrienwerte in diesen Kontaktlinsen?

P₁: Ja, fünf ...

D: Pět ... [<Ü]

P₁: ... und vier komma sieben fünf.

D: ... a čtyři celé sedmdesát pět. [<Ü]

S: Víte, na kterém oku co?

D: Wissen Sie, an welchem Auge ...?

P₁: Ja, das Rechte sind fünf ...

D: Právě oko pět ... [<Ü]
P₁: ... und das Linke vier.
D: ... levé čtyři. [<Ü]
S: Kolik let nosíte kontaktní čočky?
D: Und wann haben Sie mit den Kontaktlinsen angefangen? Wie viele Jahre sind das schon her?
P₁: Das ist ... also über zehn Jahre.
D: Deset let už.
S: Auto řídíte v noci?
D: Fahren Sie das Auto in der Nacht, bei Dunkelheit?
P₁: Ja.
D: Ano.
S: Na počítači jste kolik hodin denně?
D: Wie viele Stunden verbringen Sie täglich am Computer?
P₁: Ich arbeite am Computer, also acht Stunden.
D: Pracuje v práci na počítači, takže osm hodin denně.
S: Osm ... hm. Nějaká jiná zraková zátěž, nějaký sport kontaktní?
D: Belasten Sie Ihre Augen auch irgendwie anders? Zum Beispiel mit gefährlichen Sportarten oder mit Aufenthalt in staubigen Räumen, mit feiner Handarbeit ...?
P₁: Also staubig ist nix, aber ich mach' viel Sport.
D: Hodně sportuje.
S: Ano a co za sporty?
D: Welche Sportarten sind das?
P₁: Kampfsport - Karate.
D: Bojový sport, karate.
S: Hmm. Dobře, nějaké oční onemocnění, operace, úrazy očí?
D: Haben Sie schon einige Augenerkrankungen gehabt?
P₁: Nein.
D: Verletzungen? Auch nicht?
P₁: Gar nichts.
S: Šilhání, tupozrakost?
D: Haben Sie mal geschielt?
P₁: Nein.
D: Und haben Sie als Kind das sogenannte stumpfe Auge gehabt?
P₁: Also das auch nicht.
D: Také ne.
S: Kapičky nekapete žádné do očí?
D: Benutzen Sie Augentropfen?
P₁: Ja.
D: Ano. Welche?
P₁: Verschiedene.
D: Různé.
S: Umělé slzy?
D: Sind das künstliche Tränen?
P₁: Ich müsste meine Freundin fragen, die kauft sie in der Apotheke.
D: Ok.
S: A máte je na předpis nebo to si kupujete sám v lékárně?
D: Kupuje je přítelkyně. - Das kaufen Sie nur, weil Sie wollen oder bekommen Sie das verschrieben?
P₁: Nö, nicht verschrieben.

D: Ne, jen z vlastního zájmu.
S: A kapete je každý den?
D: Benutzen Sie die Augentropfen jeden Tag?
P₁: Nein.
D: Ne.
S: Máte občas pocit suchých očí?
D: Haben Sie ab und zu das Gefühl trockener Augen?
P₁: Ganz selten.
D: Jen zřídka.
S: Kolem světel, že by se dělaly kruhy nebo se tříštily světla?
D: Sehen Sie Kreise bei Lichtern oder sind die Lichter ein bisschen verzerrt, verschwommen?
P₁: Bei Lichtern? Wenn ich da rein guck' oder wie?
D: Zum Beispiel. Oder vor allem wenn man nachts das Auto fährt, aber eigentlich ja, auch am Tag mit der Brille.
P₁: Also, wenn ich [X] rein guck' ist es normal.
D: Hm, takže ne.
S: Dobře. A celkově s něčím léčíte, nějaké léky užíváte?
D: Werden Sie aus einem anderen Grund medizinisch behandelt?
P₁: Aus anderem Grund? Also generell?
D: Generell, ja.
P₁: Nein.
D: Nein. – Und Sie nehmen einige Medikamente ein?
P₁: Keine Medikamente.
D: Nic neléčí, žádné prášky.
S: Měl jste žloutenku nebo stafylokokovou infekci?
D: Haben Sie mal Hepatitis gehabt?
P₁: Nö.
D: Nein. - Und Staphylokokkeninfektion?
P₁: Nö.
D: Také ne. Nic z toho.
S: A alergický na něco jste?
D: Sind Sie allergisch?
P₁: Ja.
D: Gegen ...?
P₁: Gegen Gräser.
D: Aha, travní alergie.
S: A povolání?
D: Was sind Sie vom Beruf?
P₁: Softwareentwickler.
D: Softwarový inženýr – vývojář.
S: Dobře, tak teď se vrhneme na měření.
D: Jetzt machen wir die Messungen. Es wird dunkel.
S: Odložte si brýle.
D: Bitte legen Sie die Brille ab.
S: Tady si zkontroluju Vaši rohovku. Opřete si bradu a čelu.
D: Jetzt wird Ihre Hornhaut kontrolliert. Genau. Stützen Sie sich mit dem Kinn und der Stirn an das Gerät. Und schauen Sie bitte vorne auf das Licht.
S: Blinzeln bitte. Kein Blinzeln bitte. - Fajn.
D: Gut. Jetzt können Sie schon blinzeln, aber bleiben Sie da immer noch so.
S: Tak, jdeme na levé oko.

D: Und jetzt machen wir weiter mit dem linken Auge. Also es ist das Gleiche.
 S: Kein Blinzeln bitte. - Dobře.
 D: Gut! Also Blinzeln wieder erlaubt. [[P und D: L]]
 S: Může se odklonit.
 D: Und Sie können sich schon zurücklehnen.
 S: Tak jo, a půjdeme na sesternu.
 D: Das war's und wir setzen jetzt im Schwesternzimmer fort. Bitte folgen Sie mir.

2. Gespräch

P₁ = Patient / S = Schwester / D = Dolmetscherin
Messung im Schwesternzimmer

D: Setzen Sie sich bitte auf den roten Stuhl. Hier messen wir Ihre Pupillen und den Augeninnendruck. Das kennen Sie vielleicht schon.
 P₁: Ja, das ist das ...
 D: [-] Pusten ...
 P₁: [-] Luft ... genau.
 D: Unangenehm, muss leider sein.
 P₁: Genau.
 D: [L] Es ist keine Katastrophe.
 P₁: Ja.
 D: Bitte, die Brille wieder ablegen.
 S: Tady si změřím dioptrie, můžete si opřít bradu a čelo.
 D: Zuerst messen wir die Dioptrien, bitte stützen Sie sich wieder so wie vorher. Super.
 S: Blinzeln bitte. - Kein Blinzeln bitte. - Blinzeln bitte. - Kein Blinzeln bitte. - Blinzeln bitte.
 D: Wir machen weiter.
 S: Ted' si změřím zorničku.
 D: Jetzt werden die Pupillen gemessen.
 S: Kein Blinzeln bitte. - Dobře, můžete si mrkat.
 D: Blinzeln erlaubt.
 S: Jetzt das linke Auge. Kein Blinzeln bitte. - Dobře, můžete si mrkat.
 D: Jetzt können Sie schon blinzeln.
 S: Může se odklonit.
 D: Sie können sich jetzt zurücklehnen.
 S: Půjčím si brýle jenom na chvíličku.
 D: Nur ganz ganz kurz [[P reicht ihr die Brille]] – die Dioptrien müssen auch gemessen werden.
 P₁: Ok.
 D: Sie bekommen die Brille zurück. Aber ab morgen brauchen Sie sie nicht mehr.
 P₁: Ja, voll! [L]
 D: Und jetzt setzen wir hier fort und messen den Augeninnendruck.
 S: Bude to foukat do očí.
 D: Už to zná. [[D dolmetscht nicht, weil sie aufgrund eines Gesprächs mit P schon weiß, dass er die nächste Untersuchung schon kennt]]
 S: Hodně otevřete oči.
 D: Augen bitte breit aufmachen. Große Augen machen.
 S: Dobře, hotovo, děkuji.
 D: Gut gemacht, das war's!
 P₁: Ok.

S: Můžete se jít posadit zatím nazpátek do čekárny, všechno si zapíšu do Vaší karty a přijde si pro Vás optometristka.

D: Alle Daten werden jetzt gespeichert und wir warten jetzt auf die optometrische Untersuchung.

P₁: Ok.

S: Sie können sich wieder im Wartezimmer hinsetzen.

3. Gespräch

P₂ = Patient / S = Schwester / D = Dolmetscherin

Anamnesegespräch

S: Takže, spolu si uděláme pár měření, chvíli si popovídáme a pak půjdete k optometristce a paní doktorce.

D: Also wir werden jetzt einige Messungen durchführen, dann werden wir ein bisschen plaudern und dann gehen Sie zur Optometristin und zur Ärztin.

P₂: Ok.

S: Tak, brýle nosíte od kolika let?

D: Seit welchem Alter tragen Sie schon eine Brille?

P₂: Seit 2014. Also 3 Jahre.

D: Seit 3 Jahren, also wie alt waren Sie ...?

P₂: [-] Dreiundfünfzig.

D: Dreiundfünfzig. Padesát tři.

S: Od padesáti tří let na blízko, na čtení?

D: Und es geht um Lesebrille?

P₂: Nein, ich hab' die Gleitsicht seit 2015. Also Gleitsicht mit drei Stufen.

D: Ah so, die trifokalen Linsen ...

P₂: Genau.

D: Ahso. Und die haben Sie seit 2015.

P₂: 2015. [<Ü]

D: Aha, takže od roku 2015 má trifokální brýle s různými ohnisky.

S: Dobře. A na dálku i nablízko jste teda začala nosit před těmi ... kdy?

D: Und die Brille für die Ferne und Nähe haben Sie seit wann zu tragen begonnen?

S: 2015. Nebo byly nějaké brýle dřív ještě předtím?

D: Also haben Sie ...?

P₂: [-] 54. Mit 54.

D: Mit 54. - Takže v 54 letech.

S: Začala nosit oboje.

D: Ano.

S: Hm.

P₂: Zuerst nur fürs Lesen ...

S: [-] Předtím ...

D: [-] Hmm, also zuerst hatten Sie nur eine Lesebrille ...

P₂: Nur eine Lesebrille. Genau. [<Ü]

D: Předtím měla jen brýle na čtení a teď má ...

S: [-] A ty na čtení má od kolika let?

D: Also die Lesebrille hatten Sie seit 2014 ...

P₂: [-] Genau.

D: ... also seit Sie 53 Jahre alt waren ...

P₂: Ja.
D: Takže od roku 2014, kdy jí bylo 53 ... na čtení.
S: Od 53 na čtení a ...
D: [-] Und dann seit 54 ...
P₂: Ja.
D: Takže od 54 potom.
S: Hmm. Dobře. Kontaktní čočky nenosíte.
D: Tragen Sie auch Kontaktlinsen?
P₂: Nein.
S: Ty brýle nosíte během dne asi pořád.
D: Die Brille tragen Sie während des ganzen Tages?
P₂: Ja.
S: Hm. Na počítači jste kolik hodin denně?
D: Wie viele Stunden pro Tag arbeiten Sie am PC?
P₂: Gar keine.
D: Vůbec.
S: Hmm. Auto řídíte v noci?
D: Das ist sehr gut, das ist sehr ungesund [[leise zu P während S spricht]]. Fahren Sie auch Auto in der Nacht?
P₂: Ab und zu.
D: Jenom občas.
S: Hm. Nějaká jiná zraková zátěž, nějaký sport, drobná ruční práce, čtení ...
D: Belasten Sie Ihre Augen noch irgendwie z.B. mit feiner Handarbeit, gefährlichen Sportarten, viel Lesen oder ...
P₂: [-] Hmm, ja. Genau. Lesen – ich arbeite im Kindergarten, also es heißt Basteln ...
D: [-] Takže hodně čte, pracuje ve školce, takže tam dělají ruční práce ...
S: Hmm. Nějaké oční onemocnění, operace, úrazy očí byly?
D: Hatten Sie schon einige Augenverletzungen gehabt oder Augenoperationen durchführen lassen?
P₂: Operation noch nicht, ich hatte im März auf dem Auge eine Regenbogenhautentzündung gehabt.
D: Aha, takže v březnu měla zánět duhovky.
S: Hm, může být. Na kterém oku?
D: Das war bei dem rechten Auge, haben Sie gesagt?
P₂: Ja.
D: U pravého.
S: V březnu letošního roku, ano?
D: Das war im März dieses Jahres haben Sie gesagt?
P₂: Genau, ja.
D: V březnu letošního roku.
S: Dobře, ještě nějaké jiné oční onemocnění?
D: Hatten Sie noch irgendwelche Augenerkrankungen?
P₂: Nein.
S: Šilhání?
D: Haben Sie in der Kindheit geschielt?
P₂: Nein.
S: Kapičky nekapete žádné do očí?
D: Haben Sie einige Augentropfen ...?
P₂: [-] Nein.
S: Pocit suchých očí, třísťení světla, kruhy kolem světla?

D: Haben Sie ab und zu das Gefühl der trockenen Augen?
P₂: Ab und zu jetzt vom Alter her, ja, denn ich viel lese ...
D: [-] Ted', když hodně čte, tak s věkem má sušší oči ...
S: Hm.
D: Und wenn Sie sich zum Beispiel auf ein Licht konzentrieren, ist das Licht zersplittert, verschwommen?
P₂: Nein.
D: Ne. Takže světla se netříští.
S: A celkově se s něčím léčíte?
D: Und ganz allgemein werden Sie medizinisch behandelt? Zum Beispiel wegen hohem Blutdruck, Zuckerkrankheit ...
P₂: Hm, ja. Seit neun bekomme ich Blutdrucktabletten, 5 Milligramm.
D: Ano, má teď tablety s pěti miligramy na krevní tlak.
S: Hmm. Víte název těch léků?
D: Könnten Sie uns vielleicht den Namen des Medikaments sagen?
P₂: Ja, kann ich. Ich muss mal gucken, warten Sie ... steht aber auch auf dem Ärzteblatt.
D: Ah so ...
P₂: Ist auch drauf. Das sind alles Medikamente, die ich ...
D: [-] Das was Sie jetzt ...
P₂: ... abgegeben haben, ja. Von der Allgemeinuntersuchung. [<Ü]
D: Takže je to tam všechno.
P₂: Da sind die Tabletten mit drauf.
S: Jo. Tak já si to najdu, v pohodě.
D: Hm, ok.
P₂: Ok.
S: Kromě toho tlaku, ještě s něčím jiným se léčíte?
D: Werden sie noch irgendwie medizinisch behandelt?
P₂: Nein. Also nur Migräne, aber steht auch drauf – Sumatriptan.
D: Takže občas migréna ...
S: Hm.
P₂: Hm.
D: Ale je to tam taky vypsáné všechno.
S: Dobře. Jiné léky neužíváte? Cukrovku nemáte?
D: Sie haben keine Zuckerkrankheit ...
P₂: Nein.
D: Sie nehmen keine Medikamente regelmäßig ein.
P₂: Nein.
S: Žloutenku nebo stafylokokovou infekci měla jste někdy?
D: Hatten Sie schon einmal Gelbsucht oder Staphylokokkeninfektion?
P₂: Nein.
S: Hmm. A alergická na něco jste?
D: Sind Sie allergisch?
P₂: Nein. O nicht.
S: A vaše povolání?
D: Was machen Sie beruflich?
P₂: Ich bin Erzieherin.
D: V té školce pracuje jako vychovatelka.
S: Hm. Dobře, tak se vrhneme na měření.
D: Also wir beginnen schon mit dem Messen.
P₂: Ok.

D: Ja, bitte, legen Sie die Brille ab. [[eigene Initiative der D, es wurde nicht gesagt]]

S: Takže, tady si budu kontrolovat Vaši rohovku.

D: Also wir werden jetzt Ihre Hornhaut überprüfen.

P₂: Hm, ja.

S: Pojd'te si prosím opřít bradu a čelo.

D: Sie lehnen sich mit dem Kinn und der Stirn an das Gerät.

S: Budete se dívat do černého kolečka.

D: Konzentrieren Sie sich bitte auf den schwarzen Punkt.

S: Jinak to nic dělat nebude. Bude to akorát ostře modře svítit.

D: Sie werden ein blaues Licht sehen. Sonst passiert nichts.

S: Zamrkejte si.

D: Also blinzeln Sie jetzt bitte.

S: Hodně otevřete oči.

D: Machen Sie die Augen breit auf.

S: A teď nemrkat prosím.

D: Und jetzt nicht blinzeln.

S: Výborně, můžete si zamrkat.

D: Jetzt können Sie wieder ruhig blinzeln.

S: Tak, ještě jednou, zamrkejte si.

D: Noch einmal. Bitte blinzeln.

S: Zase hodně otevřete oči.

D: Und jetzt nicht mehr blinzeln, die Augen breit aufmachen.

S: A nemrkat.

D: Nicht blinzeln. Immer noch nicht.

S: Fajn.

D: Und jetzt schon. [[es wurde ebenfalls nicht gesagt, das Wort „fajn“ war eine Andeutung, dass es schon geblinzelt werden kann]]

S: Můžete si mrkat. To samé bude na levém oku.

D: Jetzt machen wir dasselbe bei dem linken Auge.

S: Tak, zase si hodně zamrkejte.

D: Also, blinzeln bitte.

S: A zase hodně otevřete oči.

D: Die Augen breit aufmachen.

S: A nemrkat.

D: Und nicht blinzeln.

S: A vydržte.

D: Immer noch nicht blinzeln.

S: Výborně.

D: Und jetzt schon. [P und D: L]

S: Ještě jednou, zamrkejte.

D: Wir machen es noch einmal. Also bitte blinzeln.

S: A teď nemrkat.

D: Und nicht mehr blinzeln.

S: A hodně otevřete oči.

D: Und machen Sie die Augen breit auf bitte.

S: Dobře, můžete se odklonit.

D: Sie können sich jetzt zurücklehnen.

S: Já si jenom zkontroluju výsledky.

P₂: Alles gut. [L] [[P erahnte, dass das Messen zu Ende ist]]

4. Gespräch

P₂ = Patient / S = Schwester / D = Dolmetscherin

Messung im Schwesternzimmer

D: Also jetzt können Sie noch ruhig blinzeln, dann wird's schon schwierig. [[aus eigener Initiative]]

P₂: [<X]

D: An diesem Gerät messen wir die Dioptrien in die Ferne und dann die Größe Ihrer Pupillen. Und hier messen wir den Augeninnendruck. [[aus eigener Initiative]]

P₂: Ah, ok.

D: Das kennen Sie sicher schon. [[aus eigener Initiative]]

P₂: Ja, ich war beim Augenarzt und wegen der Brille musste ich zum Optiker ...

S: [-] Tak. Půjdem nejdřív k tomuhle přístroji, tady si změřím Vaše dioptrie.

D: Also, wie ich schon gesagt habe, hier werden die Dioptrien gemessen.

S: Budete se dívat na bod.

D: Also konzentrieren Sie sich bitte auf den Ballon.

S: Opřete si bradu a čelo.

D: Stützen Sie sich ... [[nachdem P macht, was nötig ist]] Kinn und Stirn, ja.

S: Tak, zamrkejte si.

D: Jetzt blinzeln bitte.

S: A nemrkat.

D: Jetzt nicht mehr.

S: Zamrkejte si. - A zase nemrkat.

D: Jetzt blinzeln und dann nicht mehr.

S: Hmm. Fajn. – Tak, teď si změřím velikost Vašich zorníček.

D: Jetzt werden wird die Größe Ihrer Pupillen messen.

S: Hodně otevřete oči.

D: Also machen Sie die Augen breit auf bitte.

S: Dívejte se rovně dopředu.

D: Und schauen Sie geradeaus.

S: Dobrý, můžete si mrkat.

D: Jetzt können Sie ruhig blinzeln wie viel Mal Sie brauchen.

S: Právě oko a zase nemrkat.

D: Jetzt das rechte Auge und wieder nicht blinzeln.

S: Dobrý, můžete se odklonit.

D: Sie können sich jetzt zurücklehnen.

S: Tak a půjdem ještě vedle. Tady si změřím Váš nitrooční tlak.

D: [[bevor S den Satz zu Ende spricht]] Jetzt werden wir die Messungen bei dem anderen Gerät durchführen. Hier messen wir den Augeninnendruck. Sie empfinden einen Luftstoß gegen Ihr Auge. [[hinzugefügt, um zu erklären, was als Nächstes erfolgt]]

P₂: Ok.

D: Das kennen Sie schon. Wir brauchen mindestens drei Werte. [[aus eigener Initiative]]

P₂: Ok.

S: Do zeleného světla se díváte.

D: Konzentrieren Sie sich auf das grüne Licht.

S: Teď levé oko.

D: Nun das linke Auge.

P₂: Fies.

D: Ja.

S: Ještě jednou.
D: Noch einmal das linke Auge.
S: Dobrý, hotovo. Můžete se odklonit.
D: Wir sind fertig.

5. Gespräch

P₂ = Patient / O = Optometristin / D = Dolmetscherin
Optometrische Untersuchung

O: Takže poprosím teď méďovi na hlavu.
D: Also konzentrieren Sie sich bitte auf den Kopf des Bären. [[erklärt näher]]
O: Může si paní mrkat, jak potřebuje.
D: Sie können so viel Mal blinzeln, wie viel Mal Sie brauchen.
O: Ještě pořád za medvědem.
D: Verfolgen Sie mit den Augen immer noch den Kopf des Bären.
O: Super. Ted' to bude trochu horší.
D: Jetzt ist es vielleicht ein bisschen unangenehm.
O: Ale je to krásný, dobrý.
D: Danke schön.
O: Ted' testujeme dominanci, ano?
D: Jetzt überprüfen wir, welches Auge ihr dominantes Auge war. Also strecken Sie bitte ihre Hände nach vorne auf, so und machen Sie hier ein Loch [[zeigt es vor]]. Sehen Sie das Licht? [[von O wurde nur angedeutet, was passiert, D erklärt]]
P₂: Jaja.
D: Also bewegen Sie sich jetzt gar nicht, sehen Sie jetzt das Licht? [[eigene Initiative von D]]
P₂: Ja.
D: Und jetzt? [[eigene Initiative von D]]
P₂: Nein.
O: Danke schön.
D: Also das Auge, mit dem Sie das Licht gesehen haben, das ist ihr dominantes Auge. [[eigene Initiative von D]]
O: Hmm. Právě oko.
D: Das war Ihr rechtes Auge.
O: Super. Takže paní si může sundat ...
P₂: [-] Ahso.
O: Takže paní si může sundat brýličky.
D: Bitte legen Sie jetzt Ihre Brille ab.
O: Může si je položit, kam chce.
D: Sie können die Brille ...
P₂: [[P versteht und legt die Brille ab]] Ja.
O: Tak, jenom informativně bez brýlí, co ještě paní přečte oběma očima, jestli to jenom to nahoře nebo i to nahoře jestli je rozmazané.
D: Können Sie uns jetzt sagen, was Sie noch problemlos ohne Brille lesen können? [[fasst zusammen]]
P₂: Also problemlos gar nichts mehr.
D: Takže bez problémů vůbec nic.
O: Takže už nahoře je problém.
P₂: Ist verschwommen. Also oben ist es schon verschwommen.
D: Už je to rozmazané.

O: Ok, hmm. - Nic, co bych nečekala. A podíváme se na dálku. Jestli se prosím tě, Soni, ještě zeptáš, od kolika let má ty poslední brýle? Předpokládám, že to jsou multifokály. [[O spricht direkt D an]]

D: Seit wie vielen Jahren haben Sie schon diese Brille?

P₂: Die hab' ich zwei Jahre.

D: Hmm. Dva roky.

O: Dobře.

D: Říkala, že jsou trifokální. Sie haben gesagt, es handelt sich um diese trifokale Brille?

[[aufgrund der Information aus einer vorherigen Untersuchung]]

P₂: Gleitsicht. Genau, also drei Stufen.

D: Má jakoby tři stupně ...

O: [<x] Dobře. Takže se zaměříme na trifokál.

D: Gut.

O: Ok. [<x] Tak, já si to tady uložím a teď jdeme na měření. – Takže teď tam nejsou dioptrie žádné.

D: Jetzt ohne Dioptrien.

O: Tak, jestli se zeptáš, jestli pozice vyhovuje. Jestli to nějak netlačí ... [[O spricht direkt D an]]

D: Ist es für Sie jetzt angenehm? Oder wir können es gerne irgendwie umstellen.

P₂: [<x]

O: Tak, tohle ještě čte dobře. To je v pořádku. A tady?

D: Das hier - können Sie es noch gut lesen?

P₂: Ja.

O: Tak, co by ještě viděla dobře tady?

D: Und was könnten Sie auf diesem Bildschirm lesen?

P₂: Alles.

D: Všechno.

O: Všechno, hmm. Dobře. Tady takhle [<x]?

D: Und auf diesem Bildschirm?

P₂: Mit bisschen Konzentration noch alles.

D: Když se na to soustředí, tak všechno.

O: Tak, když otevře jenom pravé oko.

D: Und jetzt mit dem rechten Auge.

P₂: Hmm. Das ist schon schwieriger.

D: Už je to těžší.

O: Hmm. Odshora už?

D: Und die erste Zeile? Wie sieht es mit der ersten Zeile aus?

P₂: Ich kann sie lesen, aber die Buchstaben sind doppelt.

D: Písmenka jsou zdvojená.

O: Hmm. A už odshora?

D: Und schon in der ersten Zeile?

P₂: Ja.

O: Hmm. Dobře. A levým, když bychom to porovnali?

D: Und jetzt mit dem linken Auge, wenn Sie es jetzt vergleichen sollen?

P₂: Besser.

D: Hmm, lepší.

O: Vidíme všechno včetně toho spodního?

D: Sie sehen alles - auch die unterste Zeile?

P₂: Ja, aber unten ist es dann so ein bisschen [<x].

D: Není to úplně jasné. Trochu rozmazané.

O: Hmm. Když to tam vrátím, je to teď lepší?
D: Ist es jetzt besser?
P₂: Hmm, ja.
O: A je to ostré, ano?
D: Und ist es klar und scharf?
P₂: Ehm, oberste ... unterste ist noch etwas ... jo so ein bisschen unscharf ja ... ich sehe es nicht klar.
O: Jo, není to perfektní, ale vidí. [[versteht passiv]]
D: Also Sie sehen es nicht perfekt, aber Sie können es sehen.
O: A tady bychom přečetly všechno? Když to zvětším?
D: Und auf diesem Bildschirm können Sie alles lesen?
P₂: Ja.
D: Ano.
O: Tak jestli nám ten poslední řádek může paní přečíst.
D: Könnten Sie also bitte die unterste Zeile vorlesen?
P₂: R D Z T O
O: Hmm. Tak, jdeme kontrolovat defrakci. Paní se bude dívat na to H F Z a my budeme zkoušet lepší horší, ano?
D: Also, konzentrieren Sie sich jetzt auf die Buchstaben und wir zeigen Ihnen ein paar Bilder. Sagen Sie uns Bescheid, wenn [<x].
O: Takhle je to stejné nebo je to horší?
D: Ist es jetzt gleich oder schlechter?
P₂: Ich glaub' schlechter.
D: Schlechter.
P₂: Hm.
D: Horší.
O: To je lepší tedy, asi ostřejší. [[anhand von der Mimik der P und versteht passiv]]
D: Das ist besser?
P₂: Hmm, ja.
O: Takže prosím test na puntíky.
D: Also konzentrieren Sie sich bitte auf die Punkte und wir zeigen Ihnen wieder zwei Varianten, also entscheiden Sie bitte, welche besser ist. [[O deutet nur kurz an, D erklärt]]
O: Takže první varianta.
D: Also das ist die erste ...
O: A tady druhá.
D: ... und die zweite.
O: Ještě jednou.
P₂: Nochmal zurück. - Das ist besser.
O: Tohle je lepší, hmm. - Tady je pořád horší ta druhá než ta první? [[versteht passiv und aufgrund der Mimik von P]]
D: Ist die zweite immer noch schlechter?
O: První ...
D: Das ist die erste.
O: ... a druhá.
D: Und jetzt die zweite.
P₂: Hmm, bisschen ja, ein wenig.
O: Hodně podobná?
D: Ist es ähnlich?
P₂: Hmm, ja.
O: Těžko říct.

D: Je to podobné.
O: Hmm, je to podobné i teď tady první varianta ...
D: Ist es immer noch ähnlich? Die erste und die zweite?
O: ...a tady druhá.
P₂: Die zweite ist schlechter.
D: Druhá je horší.
O: Hmm. Takže první je lepší, tedy.
D: Also diese ist besser.
O: Hmm. Tak, podíváme se na čtení, zkusíme to ještě upravit na řádku. Ten spodní řádek pořád čteme?
D: Also konzentrieren Sie sich jetzt bitte auf die unterste Zeile. Können Sie sie immer noch lesen?
P₂: Ja.
O: Jo. Ted' potřebuju vědět, jestli je to takhle třeba už ostřejší nebo zdá se to ostřejší?
D: Ist es jetzt schärfer?
O: Anebo tady takhle když se vrátíme?
D: Oder ist es ...
P₂: [-] Nö, jetzt ist schlechter.
D: Ted' je to horší.
O: Tady je to lepší, ano?
D: Also das jetzt ist besser.
P₂: Besser, hmm. Ja.
O: Ok. Tak, nemusí paní, jen, jestli chce zkusit, tak může ještě tady.
D: Also, wenn es Ihnen angenehm ist, können Sie jetzt diese Zeile vorlesen. Aber Sie müssen nicht unbedingt. Nur wenn Sie wollen.
P₂: Ja, aber es ist schwierig. Ich muss mich konzentrieren.
O: Jo, je to hodně náročné, hm. [[versteht]]
P₂: Ich sehe es nicht ganz, also ich will es schon sehen, aber ...
O: [-] Jasně, rozumím. Jo jo, nevádí. [[versteht]]
O: Tak, podíváme se na pravé oko. Zatím jsou tam ty brýle, které paní nosí.
D: Also jetzt kontrollieren wir das rechte Auge.
O: Tohle je v pořádku tenhle slide?
D: Das ist jetzt die Brille, die Sie normalerweise tragen. Ist es jetzt in Ordnung?
P₂: Es ist irgendwie vom Licht her ... ja, ich kann alles lesen, davon abgesehen, aber vielleicht ist es ja, weil das Auge jetzt zu war.
O: Může to vnímat jinak. [[versteht]]
P₂: Genau, aber lesen kann ich alles.
D: Všechno tedy ještě přečte.
O: Hmm. Tady taky ještě?
D: Und jetzt können Sie alles ...
O: [-] Nebo už by dělal problém prostředek, spodek?
D: ... noch lesen?
P₂: Ja.
D: Oder ist es schon problematisch?
P₂: Nein.
O: Nein. [[versteht]]
D: Ještě všechno v pohodě.
O: Tak jo, takže zase H F Z budeme sledovat.
D: Also konzentrieren Sie sich jetzt bitte auf die Buchstaben.
O: A poprosím jenom, jestli tam jsou nějaké rozdíly? Jestli je to takhle horší?

D: [<x]
O: A předchozí varianta je lepší?
P₂: Das ist besser.
O: Das ist besser. Ok. [[versteht]]
D: Ta je lepší.
O: Takže zase poprosím kontrolu astigmatizmu. [[O deutet nur an, D erklärt]]
D: Also wir machen jetzt wieder das gleiche. Sagen Sie uns bitte Bescheid, welche Variante besser ist.
O: Takže ještě jednou, toto je první varianta.
D: Das ist die erste Variante.
O: A tady druhá.
D: Und jetzt die zweite.
P₂: [<x]
O: Takže první je horší a druhá lepší.
D: Ano.
P₂: Ist klarer.
O: Hmm. Takhle ještě jedna varianta.
D: Und jetzt?
O: A pardon a tady druhá.
D: Oder jetzt?
P₂: Nochmal zurück.
O: Ještě jednou. První ... a druhá.
D: Das war die erste und jetzt die zweite.
P₂: Hmm.
O: Těžko říct. [[versteht aufgrund des nonverbalen Verhaltens von P]]
P₂: Es ist schwierig.
O: Hmm.
D: Moc rozdíl tam není.
O: Tak, jedna varianta.
D: Die erste Variante.
O: A druhá.
D: Und die zweite.
O: První.
D: Das ist wieder die erste.
O: A druhá.
D: Und wieder die zweite.
P₂: Die zweite.
O: Die zweite, hmm. [[versteht]] Tak, ještě zkusíme zpátky, tady ještě jednou.
D: Nochmals zurück.
O: Je tam nějaký rozdíl nebo je to trochu jiné?
D: [<x]
P₂: [<x]
D: Horší.
O: Hm.
D: Diese ist besser.
P₂: Hm.
O: Byla ta zelená předtím to bylo, já už jsem to [<x].
D: Ano.
O: Dobře, v pořádku. Já jsem to pochopila. Sleduju paní, jak tam gestikuluje. [[sagt zu D, dass sie anhand der Gestik von P verstehen kann]] Tohle ještě pořád vidíme?

D: Also Sie sehen jetzt ...
O: [-] I ten spodní řádek?
D: ... alles?
P₂: Ja.
O: Ja. [[versteht]]
D: Auch die unterste Zeile?
P₂: Ja.
O: [[versteht]] A tady když se ještě podíváme zase. Je to malinké, jenom jestli chce zkusit.
D: Also wen Sie wollen, wenn es Ihnen angenehm ist ...
O: [-] Vím, že je to malinké.
D: ...können Sie diese Zeile ...
P₂: Also ich würde H K N, dann weiß ich nicht und dann kommt das T.
O: Hm. [[versteht]]
P₂: Der zweite ...
D: [-] Takže to předposlední není vidět. [<x] Kromě té předposlední.
O: Jasně. Výborně.
D: Das macht jetzt nicht.
O: Výborně. Tak, podíváme se teda oběma očima, jestli teď vidí. Je to jasnější? Jestli to vidí lépe?
D: Versuchen Sie es jetzt mit beiden Augen.
P₂: Hm.
D: Es ist ja ...
P₂: [[fängt gleich an, vorzulesen]] H K N S
O: Jasně, hm. Prima, jestli chce zkusit ještě tady paní.
D: Wollen Sie noch diese Zeile vorlesen?
O: Nemusí.
D: Aber Sie müssen natürlich nicht.
P₂: Hm, schwierig. T O V ...
O: Je to malinký. Jasně. Ok. Tak, poprosím testy binokulární. Takže černá obrazovka, kolik symbolů?
D: Also wie viele Symbole sehen Sie jetzt auf dem Bildschirm?
P₂: Also vier.
O: Vier, hm. [[versteht]]
D: Čtyři. Und könnten Sie uns jetzt beschreiben, was Sie sehen? [[weiß, was erfolgt, deswegen fragt sie aus eigener Initiative]]
P₂: Zwei Kreise und ein Kreuz in der Mitte.
D: Ve středu. [[dolmetscht nur einen Teil, der für O von Bedeutung ist]]
O: Hm, dobře. Takže to je v pořádku, děkuju.
O: [X] A tady když se podíváme zase, začnem odshora. Hledáme 3D. [[nur eine Andeutung]]
D: Also konzentrieren Sie sich bitte auf die erste Zeile, sehen Sie Pluszeichen?
P₂: Ja.
D: Also, ist ein von diesen Pluszeichen ...
P₂: In der Mitte ist ... in der Mitte ...
D: Hm und ist es ein bisschen plastisch oder 3D?
P₂: Ja, also doppelt. Plastisch, 3D, so ...
O: Může to vypadat dvojité, ale jestli vnímá ten prostor mezi nima.
D: Říkala, že je to dvojité.
O: Super. Takže v té druhé řadě, jestli je tam taky něco jako 3D?
D: In der zweiten Zeile?
P₂: Das ganz Rechte.

D: Genau.
O: Hm. A další?
D: In der dritten Zeile?
P₂: In der dritten Zeile ist das Zweite von rechts.
O: Hm, druhé zprava.
D: Genau. Und ...?
P₂: [-] Die Kreise Ist in der Mitte.
D: Genau.
P₂: Und bei dem untersten bei den Strichen würde ich auch sagen Mitte, aber das ist nicht ...
O: Ano. Výborně, není si jistá, ale je to tak. [[versteht]]
D: Není si jistá.
O: Hm, je to tak, výborně. Ještě se podíváme na blízko, ať tam paní zůstane hezky opřená.
D: Bleiben Sie noch sitzen.
P₂: Ja.
O: Jenom si může zavřít očka na chvíličku.
D: Jetzt kontrollieren wir Ihr Sichtvermögen in die Nähe. Sie können jetzt die Augen für eine Weile schließen. [[erklärt ausführlicher als O, was passiert]]
O: Tak. Ted' budeme kontrolovat vzdálenost čtení.
D: Jetzt bitte die Augen öffnen. Versuchen Sie sich, anzupassen.
O: Takže mě zajímá, co by viděla ještě dobře.
D: Was können Sie noch klar und problemlos lesen?
O: Ist es ok?
P₂: Das ist ok und das Unterste auch noch.
D: I to poslední by šlo.
P₂: Das ganz Unterste ist schon zu klein.
D: Takže to poslední, to už začíná být malé.
O: Ale ještě by šel.
D: Auch unterste Zeile können Sie ...
P₂: [-] Also, unterste Zeile könnte ich lesen, genau. Jaja, ganz unterste auch.
O: Tak a takhle je to horší?
D: Ist es jetzt schlechter?
P₂: Ja.
O: Tady je to lepší. Tak dobře. Tak ještě poprosím, Soni, tady mřížku. Ted' otevřu pravé oko a ať se soustředí na mřížky a tady na ten bod.
D: Also jetzt mit dem rechten Auge. Konzentrieren Sie sich auf das Netz und den Punkt in der Mitte.
O: A to okolí jestli vnímá podobné, pravidelné, bez nějakých deformací?
D: In der Umgebung – ist das Netzt regelmäßig? Also senkrecht, waagrecht, keine Unregelmäßigkeiten ...
P₂: Ganz minimal.
D: Wenn Sie sich auf den Punkt konzentrieren. Also wie sieht die Umgebung aus?
O: Buďto je zdeformované anebo není, ano? Je zdeformovaná ta mřížka?
D: Ist es irgendwie deformiert oder ist es ...?
P₂: Nein. Also es ist ok.
O: Perfektní. Tak, levým okem.
D: Jetzt das linke Auge.
O: Stejná otázka.
D: Konzentrieren Sie sich bitte wieder auf den Punkt.
P₂: Ist normal.
D: Die Umgebung auch?

P₂: Ja.
 O: Hm. [[versteht]]
 D: Gut, gut, Danke.
 O: Danke! A ještě nás čeká poslední slzičkový test.
 D: Also jetzt machen wir Tränenproduktionsmengentest. Wir haben diese Teststreifen und Sie können ...
 P₂: Ja. [L]
 O: Prosím, ať se dívá nahoru. Výborně. Může si už mrkat s tím. Asi to zná už.
 D: Sie können inzwischen blinzeln.
 [[Ende der Aufnahme]]

6. Gespräch

P₃ = Patient / S = Schwester / D = Dolmetscherin
Anamnesegegespräch im Schwesternzimmer

S: Setzen Sie sich bitte auf den roten Stuhl. [[kennt die Anfangsphrasen auf Deutsch auswendig - aufgrund der Erfahrung]]
 P₃: Ja.
 D: Hier rechts bitte.
 P₃: Ah so.
 D: Weil wir noch nicht dahin können, beginnen wir hier.
 P₃: Ok.
 S: Takže popovídáme si nejdřív.
 D: Hier sprechen wir jetzt kurz über deine Augen. [[D und P sind per du]]
 S: Tak, brejličky od kolika let nosíte?
 D: Seit wann trägst du eine Brille?
 P₃: Seit ich sieben bin.
 D: Od sedmi let.
 S: Nosíte i kontaktní čočky?
 D: Trágst du auch Kontaktlinsen? [[P signalisiert ein Nein]] Takže ne.
 S: Nikdy jste nenosila?
 D: Hast du sie nie getragen?
 P₃: Doch, aber meine Augen waren zu trocken.
 D: Nosila je, ale nešlo to, protože má suché oči.
 S: A jak dlouho už je nenosíte?
 D: Seit wann hast du sie nicht getragen?
 P₃: Seit einem Jahr.
 D: Už rok je neměla.
 S: Dobře. Brýle tedy nosíte pořád?
 D: Die Brille trägst du immer, jeden Tag?
 P₃: Nein, nur für Filme oder so zum Fahrrad fahren.
 D: Když se dívá na televizi, jezdí na kole. Jinak ne.
 S: Dobře. Auto řídíte v noci?
 D: Fährst du das Auto in der Nacht, bei Dunkelheit?
 P₃: Ja, aber mit Brille.
 D: Ano, právě na to potřebuje brýle.
 S: Hm. Na počítači jste kolik hodin denně?
 D: Wie viel Stunden täglich verbringst du am Computer?

P₃: Eine.
D: Jenom jednu hodinku.
S: Nějaká jiná zraková zátěž?
D: Belastest du deine Augen auch irgendwie anders? Damit gemeint z.B. Aufenthalt in ver-
rauchten Räumen gemeint oder ...
P₃: [-] Nö. Hm ... manchmal in einem Café abends oder so.
D: Jen občas, spíše ne.
S: Nějaké oční operace, úrazy očí?
D: Hast du dich schon mal einer Augen-OP unterzogen?
P₃: Nein.
D: Und auch keine Verletzungen an den Augen?
P₃: Nö.
D: Takže nic z toho.
S: Kapičky nekapete žádné do očí?
D: Benutzt du Augentropfen?
P₃: Manchmal.
D: Sem tam.
S: A to jsou umělé slzy nebo ...
D: Sind das künstliche Tränen oder ...?
P₃: Hyaluron.
D: Hyaluronové kapky.
S: Hm. A celkově se s něčím léčíte?
D: Wirst du aus einem anderen Grund medizinisch behandelt?
P₃: Hm ... also Asthma habe ich. Ansonsten nichts.
D: Astma a to je vše.
S: Berete nějaké léky proti tomu?
D: Musst du dagegen Medikamente einnehmen?
P₃: Nicht regelmäßig.
D: Ne pravidelně.
S: Dobře. Těhotná nejste, nekojíte?
D: Bist du schwanger?
P₃: Nein.
D: Ne.
S: Alergická na něco jste?
D: Bist du allergisch?
P₃: Nein.
D: Ne.
S: Žloutenka nebo stafylokoková infekce? [[nur eine Andeutung]]
D: Hast du mal Hepatitis gehabt?
P₃: Nö.
D: Eine Staphylokokkeninfektion?
P₃: Nein.
D: Auch nicht. - Takže nic z toho.
S: Kruhy kolem světel, třístění světel?
D: Siehst du Kreise, wenn du ins Licht hineinguckst oder sind die Lichter verzerrt, ver-
schwommen?
P₃: Hm ... ich weiß nicht genau. Manchmal sind Kreise drum.
D: Ja, das kommt sehr oft vor, wenn du nachts das Auto fährst.
P₃: Ja.
D: Siehst du sowas – Kreise rund um die Lichter?

P₃: Ich weiß nicht genau, vielleicht.
D: Úplně si neuvědomuje, ale říká, že má pocit, že kruhy sem tam má.
S: A pocit suchých očí?
D: Hast du das Gefühl trockener Augen?
P₃: Manchmal.
D: Ano, sem tam.
S: Dobře. A povolání?
D: Slečna už mi to říkala, zeptám se ještě jednou. [[explains S, that she has already discussed it, but asks again]] - Wie heißt dein Beruf nochmals?
P₃: Ergotherapie.
D: Ergotherapie. Je to něco jako fyzioterapie s postiženými lidmi. [[explains further, so that D knows, what it is about]]
S: Dobře, tak se vrhneme na měření.
D: Und jetzt machen wir die Messungen.
S: Tady si změřím Vaše dioptrie.
D: Bitte lehne dich mit dem Kinn und der Stirn an das Gerät und hier werden die Dioptrien gemessen. [[explains more thoroughly]]
S: Bradu mějte opřenou.
D: Genauso, super. Sehr gut.
S: Na balon se díváte. A nemrkat.
D: Bitte schau auf den Ballon und kein Blinzeln bitte. (später) Kein Blinzeln.
S: Druhé oko.
D: Sehr gut. Jetzt das linke Auge.
S: Dobře [X].
D: Gut. Und jetzt machen wir hier rechts weiter. Hier wird der Augeninnendruck gemessen und du verspürst einen Luftstoß gegen deine Augen und zwar dreimal nacheinander. Man muss es leider aushalten.
S: Dobře, hotovo.
D: Sehr gut. Und jetzt gehen wir in die kleine dunkle Kammer. [[explains, what happens next]]
P₃: Ok.

7. Gespräch

P₃ = Patient / S = Schwester / D = Dolmetscherin
Messung

S: Bitte.
D: Hier messen wir weiter und zwar geht es um die Größe deiner Pupillen. Zuerst werden noch die Daten gespeichert und dann wird gemessen. Es ist wieder das Gleiche wie da vorne. Du lehnst dich dann wieder mit dem Kinn und der Stirn an das Gerät. [[explains thoroughly]]
S: Bitte. Blinzeln bitte. - Kein Blinzeln bitte. - Fajn.
D: Super. Jetzt kannst du schon blinzeln und Pause machen. [L]
S: Ještě jednou.
D: Das wird jetzt nochmals gemacht.
S: Blinzeln bitte. Kein Blinzeln bitte. A hodně otevřít oči.
D: Augen breit aufmachen. Große Augen machen.
S: Hm.
D: Jetzt kannst du schon blinzeln.
S: Blinzeln bitte. - Kein Blinzeln bitte. Breit öffnen bitte.
D: Große Augen machen. Sehr gut! Kein Blinzeln.

S: Ještě jednou.
D: Nochmals.
S: Hodně otevřít oči.
D: Augen breit öffnen! Kein Blinzeln, kein Blinzeln. - Gut. Blinzeln.
S: Dobrý, hotovo.
D: Gut, du kannst dich jetzt zurücklehnen.
S: Má brejličky s sebou?
D: Hast du die Brille dabei?
P₃: Ja, aber sie ist ganz alt schon.
D: Ok, ok, das macht nichts. Die Dioptrien werden gemessen.
P₃: Ja.
D: Má je, ale jsou už staré.
S: To nevadí.
P₃: Also ich hatte eine neue gemacht, aber die hab' ich verloren und deswegen nehme ich wieder die. Aber sie ist sozusagen nicht mehr die aktuelle.
D: Nové brýle ztratila, takže používá zpátky tyhle staré.
S: Dobře, tak jo, můžete do čekárny. Přijde si Verča pro vás.
D: Dobře. - Jetzt bitte noch kurz warten.

8. Gespräch

P₄ = Patient / O = Optometristin / D = Dolmetscherin
Optometrische Untersuchung

O: Takže pán si nechá brejličky.
D: Also lassen Sie noch die Brille an kurz und konzentrieren Sie sich auf den Kopf des Bären.
[[erklärt ausführlich]]
O: Super. Může si mrkat pán.
D: Sie können ruhig blinzeln.
O: Hm. Tak, ještě se bude dívat do dálky, zkontrolujeme to na K.
D: Wir werden jetzt Ihr Sichtvermögen in die Ferne überprüfen. Konzentrieren Sie sich auf das K.
O: Super. Tak. A budu ještě pohybovat [X].
D: Und jetzt verfolgen sie bitte den Kopf des Bären mit den Augen.
O: Dobře to pán dělá. Ted' už je to možná horší.
D: Sie machen es sehr gut! Jetzt ist es vielleicht ein bisschen unangenehm.
O: [-] Tak, v pořádku. Podíváme se na dominanci, test dominance.
D: Also wir überprüfen jetzt, welches Auge Ihr dominantes Auge ist. Also strecken Sie bitte Ihre Hände nach vorne auf. So. Und machen Sie hier ein Loch. Ja. Sehen Sie das Licht durch das Loch? [[erklärt]]
P₄: Ja.
O: Ja? Je tam pořád?
D: Und jetzt – bitte nicht bewegen. Sehen Sie das Licht immer noch?
P₄: Ja.
D: Und jetzt?
P₄: Nicht mehr.
D: Nicht mehr. Hm. So ist es immer. Jeder Mensch hat nur ein Auge als sein dominantes Auge.
P₄: Welches ist es?
D: Které že to je? [[fragt O]] Pravé. - Sie haben Ihr rechtes Auge ...

P₄: [-] Dominant.
D: Hm.
O: Tak, může si pán sundat brýle.
D: Also jetzt können Sie die Brille schon ablegen.
O: A může si je položit, kam bude chtít. – [[P versteht und legt die Brille ab]] Tak, stejná otázka jako předtím, to znamená, jestli pán vůbec vidí dobře ten vršek, pak budeme pokračovat. Takže je rozmazaný ten vršek?
D: Also sehen Sie die oberste Zeile?
P₄: Ist schon verschwommen.
D: Už je to rozmazané.
O: To je přirozené, proto máte čtecí brýle. To je jasné.
P₄: Mit dem Licht [<x].
D: Možná prý, kdyby si to dal pod nějakou lampičku. [L]
O: Já vim. Kdyby si rozsvítil a ruce byly dlouhý, já vim. Přesně tak by to bylo lepší. Tak teď se podíváme na dálku.
D: Jetzt überprüfen wir Ihr Sichtvermögen in die Ferne.
O: S tím, že nejdřív dioptrie nebudou, pak tam zas nějaké vrátíme.
D: Also zuerst ohne Dioptrien. Und dann mit den Dioptrien, die Sie in Ihrer Brille haben.
P₄: Hm. Ok.
O: Tak, čelo má opřený, může si pán výš nebo níž, jak bude chtít.
D: Setzen Sie sich so, damit es Ihnen angenehm ist und bequem. Ist es jetzt ok?
P₄: Jo.
O: Dobře, vypadá pán, že jo, takže snad jo. Tady se zeptám, jestli to ještě vidí? Je to ještě pořád dobře vidět?
D: Ist es alles...?
P₄: [-] Ja ich kann alles gut sehen.
O: Jo? A tady by to bylo horší v tomhle slidu?
D: Jetzt auf diesem Bildschirm? Ist es schon schlechter?
P₄: Hm, schlechter, ja.
O: A už je to špatné odshora nebo až dole třeba poslední řádek?
D: Schon die erste Zeile ist schlechter?
P₄: Gleich verschwommen, ja.
D: Tak první řádka už je rozmazaná.
O: Když už tam nechám jenom to pravé oko, to už je rozmazané i nahoře?
D: Jetzt mit dem rechten Auge – wie sieht das aus?
P₄: Eigentlich fast wie vorher ...
D: Skoro jako předtím.
O: Skoro stejné teda, dobře. Tak a když se to porovná s tím levým, je to podobné?
D: Wenn Sie es mit dem linken Auge vergleichen...?
O: [-] Nebo levé horší?
P₄: Viel schlechter.
D: Mnohem horší.
O: Mnohem horší. Dobře. Aspoň to víme. Tak já tam dám zase takhle ty dioptrie, co nosí pán na dálku. Je to lepší? Mnohem lepší?
D: Jetzt mit den Dioptrien, die Sie normalerweise tragen.
P₄: Das ist schon besser.
O: Všechno je v pořádku? Všechno je dobře viditelné?
D: Alles ist gut sehbar?
P₄: Ja, es ist sehbar. Die letzte Zeile ist schon etwas ... leicht verschwommen. Aber ich kann sie lesen.

O: [[versteht und reagiert darauf]] Může jí klidně přečíst.
D: Poslední řádek už je maličko rozmazaný.
O: Může nám jí přečíst zleva doprava?
D: Können Sie die letzte Zeile lesen?
O: Abychom věděly, že to vidí.
P₄: Ja, R Z O N und dann acht oder vielleicht S.
D: Poslední, už neví, jestli je to osmička, esko.
O: Nevadí, zkusíme to teď zlepšit.
D: Das macht nichts.
O: Jenom se zeptám, jestli takhle je to horší nebo naopak jasnější?
D: Ist es jetzt schlechter oder klarer?
O: Nebo je to stejné, když se vrátím?
D: Es kann auch gleich oder ähnlich sein.
P₄: Hm, ähnlich. Jetzt vielleicht ein bisschen besser.
D: Stejné, možná teď o maličko lepší.
O: A co tohle?
D: Und jetzt?
O: A vrátím se.
D: Nochmals zurück.
O: A ještě jednou. Těžko říct – je to podobné?
D: Und nochmals. Ist es ähnlich?
O: Rozhodně to nehoršíme.
D: Es ist also nicht wesentlich schlechter?
P₄: Nein.
O: A tady bychom to už zhoršili?
D: Und jetzt ist es schon schlechter?
P₄: Schlechter.
D: Ted' už je to horší.
O: Tady už by to bylo trošičku lepší?
D: Und jetzt ist es besser?
P₄: Besser.
O: Lepší?
D: Ano.
O: Souhlasí to. Ted' budeme kontrolovat zase cylindry, to znamená astigmatizmus.
D: Konzentrieren Sie sich bitte auf die Punkte. Und jetzt zeigen wir Ihnen zwei Varianten. Entscheiden Sie bitte welche Variante besser ist. [[erklärt anhand einer kurzen Andeutung, was passiert]]
O: Tohle je první varianta.
D: Das ist die erste Variante.
O: Jednička. A tady dvojka.
D: Und die zweite.
P₄: Besser.
O: Hm. První.
D: Die erste.
O: A druhá.
P₄: Besser.
D: Diese, die zweite ist besser.
P₄: Ja.
O: Hm. První.
P₄: Hm.

D: Das ist die erste.
P4: Schlecht. - Besser.
D: Druhá je lepší.
O: A takhle?
P4: [[reagiert ohne gefragt zu werden]] Schlechter.
D: Horší.
P4: Besser.
D: Tohle je lepší.
O: Je to určitě ostřejší takhle.
D: Es ist also klarer.
P4: Ja.
O: Takže pořád. Tahle je první.
P4: Schlechter. - Klarer.
D: Tak tohle je lepší.
O: Ostřejší, hm. Jedna varianta.
P4: Schlechter. - Besser.
D: Tohle je lepší.
O: A teď už by to bylo hodně podobné?
D: Und jetzt – es kann auch ähnlich sein.
P4: Hm ...
O: Podobné, těžko říct? Vidím, že pán váhá... [[sieht P an und sieht, dass P mit der Antwort zögert]]
P4: Nochmal zurück.
D: Ještě jednou.
P4: Ähnlich.
D: Teď už je to podobné.
O: Tak, zvládli bychom něco tady?
D: Und jetzt auf diesem Bildschirm – könnten Sie etwas lesen?
P4: Die erste, zweite geht noch, die dritte ... N O Z T O ...
O: O?
D: Jetzt haben Sie die erste gelesen?
P4: Ja. Nur das N oder O, kann ich nicht sagen.
D: To už je těžké.
P4: N O Z T O ...
O: Nevadí. Já se jenom zeptám, jestli je to takhle ostřejší nebo je to horší?
D: Ist es schärfer? Oder schlechter?
P4: Moment, nochmal so ...
D: Ještě jednou zpátky.
P4: Ich glaub', das ist besser.
O: Besser.
D: Tohle je ostřejší.
O: Ano? Vypadá to ostřejší.
D: Es ist also schärfer?
P4: Ja.
O: Jo a ještě Soni, jestli tě můžu poprosit – je to dobré takhle nebo takhle je to lepší, jasnější?
D: Also ist es jetzt klarer, besser?
O: A vrátím to pomaličku tak, jak to bylo.
D: Und nochmals zurück.
O: Já to dám ještě takhle zpátky. Tohle je počátek.
D: Das war am Anfang.

O: A tohle je druhá varianta.
D: Das ist die zweite Variante.
P₄: Oje.
O: Těžko říct? [[aufgrund der Mimik von P]]
P₄: Fast gleich.
D: Už je to skoro stejné.
O: Fast gleich. Hm.
D: Es kann auch gleich sein.
O: Nemusíme, jenom jestli chce zkusit zase tohle malinké. Vůbec nemusí.
D: Wenn Sie wollen, können Sie versuchen, diese Zeile vorzulesen.
O: Nemusí.
D: Sie müssen aber nicht.
P₄: Schwierig, vielleicht H K N ...
D: Už je to velmi těžké, musel by se snažit.
P₄: ... und eine Sieben vielleicht.
O: Nevadí. A takhle je to horší celkově?
D: Ist es jetzt schlechter?
P₄: Ich denk' schlechter.
O: Ano? Tady je to lepší.
D: Hm. Also das hier ist jetzt besser, oder?
P₄: Ich denk'schon, ja.
O: Vypadá to. Hm. Tak, já tam dám pánovi ještě to pravé očko, zkontrolujeme to takhle.
D: Jetzt überprüfen wir noch Ihr rechtes Auge.
O: Tak, to jsou brýle, které nosí, takže co teď uvidí dobře?
D: Da sind die Dioptrien, die Sie normalerweise in Ihrer Brille tragen.
O: Co už by viděl dobře, viděl by spodek?
P₄: [[antwortet ohne gefragt zu werden]] Ja, alles.
D: Können Sie diese Zeile lesen?
P₄: N S T Z N G
O: Super. Tak, co by ještě viděl tady dobře?
D: Und jetzt?
P₄: [X] R D Z T 0 oder G ...
O: Hm, dobře. Nevadí, nevadí.
D: Neví, jestli je to nula nebo géčko.
O: Nevadí. Jsou to písmenka. Nevadí.
D: Das sind nur Buchstaben, keine Ziffern.
P₄: Aha.
O: Podíváme se na H F Z.
D: Also jetzt H F Z.
O: A budeme zase kontrolovat, kdy je to trošku ostřejší.
D: [<x] welche Variante besser oder klarer oder schärfer ist?
O: Co takhle?
D: Also jetzt?
O: Je to horší nebo stejné? Já se vrátím. Z těchle dvou variant ...
D: Ist es schlechter? Oder gleich?
P₄: Das ist wesentlich schlechter.
D: To je ...
O: [-] Toto vypadá horší?
D: Myslí si, že je to horší.
O: A když to dám zpátky?

P₄: Hm, besser.
D: Das sollte jetzt besser sein. - Ano, trošku lepší.
O: Ted'ko je to trošičku lepší, dobře. Tak zkusíme zase tečky.
D: Also konzentrieren Sie sich bitte wieder auf die Punkte. [<x] welche Variante besser ist.
O: Hmm. Takže tohle je první varianta. A tady druhá.
D: Das ist die erste Variante. - Und die zweite.
O: Může to být stejné.
P₄: Besser. Die zweite.
O: Die zweite.
D: Druhá.
O: Ok. Tak, bude to ted' obráceně, to znamená první ...
D: Ist es jetzt vielleicht umgekehrt?
O: ... a druhá.
P₄: Schlechter. - Besser.
D: Diese ist besser. - Takže ta druhá.
O: [<x] A druhá.
P₄: Schlechter.
O: První.
P₄: [[weiß schon, worauf zu antworten ist, wartet auf die Frage nicht]] Besser.
O: Hmm, dobře. Tak – první a druhá. Už to může být hodně podobné.
D: Es kann schon ähnlich oder fast gleich sein.
P₄: Das hier ist besser.
O: Tahle je lepší, dobře. Když se vrátíme sem, tak v pořádku je ten spodní řádek? Pořád ho pán vidí?
D: Ist hier alles gut sehbar? Auch die unterste Zeile?
P₄: R D Z T ... und das letzte – da hab' ich Unsicherheiten. G?
D: U toho posledního pořad váhá.
O: G. Je to G, ano. Ale už to jsou písmenka, už slyším, že to jsou písmenka.
D: [<x]
O: Je to takhle horší ted' pro pána?
D: Ist es jetzt schlechter?
O: Tady je to příjemnější, ostřejší?
D: Ist es jetzt angenehm, schärfer?
P₄: Das ist schlechter.
D: Tohle je horší.
O: Ano?
D: Hm.
O: Lepší.
P₄: Das ist etwas besser.
O: Hm.
D: To je o trošku lepší.
O: Vypadá to lepší. Tak jo. Tak zkusíme ještě tady něco nahore? Viděl by pán?
D: [<x] diese Zeile zu lesen?
O: Nemusí.
P₄: Ich versuchs mal. N K M S T.
O: Jasně. Výborně.
D: Gut.
P₄: Aber das ist schwierig schon.
O: [[versteht]] Je, já chápu, že se musí namáhat.
D: [<x]

O: Tak a oběma očima to bude úplně nejlepší?
D: Jetzt mit beiden Augen – ist es wesentlich besser?
O: Je to v pořádku teď dohromady?
P₄: [$<x$] sehr gut.
O: Ano? Sehr gut, tak jo. Výborně. Jenom ještě poprosím, když se budu dívat na ty binokulární testy.
D: Also wie viel Symbole sehen Sie jetzt auf dem Bildschirm? [[weiß aufgrund des Begriffs „binokulare Teste“, was erfolgt und erklärt es P]]
P₄: Vier.
D: Čtyři.
O: Vier, hm. Tak a tady ještě potřebujem popis k tomu.
D: Können Sie jetzt bitte sagen, was Sie sehen und in welcher Position?
P₄: Zwei Kreise, einen großen, einen kleinen, in der Mitte ein Kreuz.
O: Kde je kříž?
P₄: Der aber ein bisschen nach rechts geht.
D: Trochu pohybuje ...
O: Doprava. A vrací se, když ujíždí doprava?
D: Und kehrt das Kreuz dann zurück?
P₄: Ja, ich hab' den Eindruck, dass es zurück möchte.
O: [[versteht passiv]] Má pocit, že se hýbe.
D: Má pocit, že by chtěl zpátky. Also bleibt es immer noch [$<x$]?
P₄: Nö, jetzt geht's in die Mitte.
D: Ted' se vrací už zpátky.
O: Vrací se zpátky, hmm. V pořádku, to dělají ta sklíčka.
P₄: Das ist [$<x$]?
D: Ja.
O: V pořádku, to je normální.
D: Das ist normal.
O: Normální, ještě pořád je to normální. Takže poprosím binokulární stereoskopické testy.
D: Sehen Sie die Pluszeichen? [[dolmetscht nicht den Namen des Testes, sondern fragt P]]
P₄: Ja.
D: Ist ein Zeichen davon ein bisschen plastisch?
P₄: Ja, das in der Mitte.
O: 3D? In der Mitte, hm. [[versteht]] A další řádku?
D: Und jetzt in der zweiten Zeile – sehen Sie einen Unterschied?
P₄: Rechts außen.
O: Hm. [[versteht]]
D: Ano. - Genau.
O: Vypadá dvojité, hm.
D: Und in der dritten Zeile?
O: Tam už je to těžší, asi evidentně. Nemusí.
D: Ist ein Symbol ein bisschen 3D oder ...
P₄: Das [$<x$].
O: Ano.
D: To předposlední. - Genau. Und bei den Punkten – wie sieht es aus?
O: Nemusí už, jestli to je těžké.
D: Sie müssen nicht.
O: To nemusí každý vidět.
P₄: Ich glaub' ... nein, ich denke nicht.
O: Nevadí.

D: Tak, myslí si, že už tam není rozdíl.
O: Podíváme se od blízka. Ať si pán na chvíli zavře oči.
D: Wir überprüfen jetzt Ihr Sichtvermögen in die Nähe. Also bitte schließen Sie Ihre Augen jetzt.
O: Já tam dám jiné dioptrie teď. A zkontrolujeme, jak vidí mřížku na vzdálenost. Ať si otevře očka.
D: Sie können jetzt Ihre Augen öffnen. Und versuchen Sie sich anzupassen.
O: Co ještě vidí? Co ještě dobře vidí?
D: Und was können Sie immer noch gut sehen?
P₄: Die erste Zeile alles.
O: Hm. Vše. A jenom jestli se zeptáš, jestli takhle je to horší.
D: Ist es jetzt schlechter?
P₄: Schlechter.
O: Ja? [[versteht]]
P₄: Sehr gut.
O: Sehr gut, hm. - Tak, každým okem zvlášť. A poprosím mřížku.
D: Jetzt mit dem rechten Auge. Konzentrieren Sie sich bitte auf den Punkt. Und wie sieht die Umgebung aus? Ist alles senkrecht, waagerecht? Ist das Netz regelmäßig? [[anhand des Begriffs „das Netz“ erklärt P, was zu machen ist]]
P₄: Ich denk, an den äußersten Ecken könnte es [<x].
D: Na vnějších rozích by se to chtělo trochu zaoblovat.
O: To může být [<x].
D: Aber sonst ist es senkrecht?
P₄: Ja.
O: Není tam nic zdeformovaného?
D: Nichts ist deformiert?
P₄: Nein.
O: Hm. Ted' levé oko.
D: Jetzt dasselbe mit dem linken Auge. Konzentrieren Sie sich bitte auf den Punkt. Wie sieht die Umgebung aus?
P₄: Regelmäßig.
O: Vypadá to dobře. Takže poprosím ještě slzičkový test.
D: Also jetzt machen wir noch Test der Tränenproduktionsmenge.
P₄: [<x].
D: Wir haben diese Streifen und diese müssen am unteren Rand des Auges [<x].
P₄: Hm.
D: Schauen Sie bitte nach oben. [[aus eigener Initiative]]
O: [<x]. Může to škrábat, může to [X].
D: Es mag unangenehm sein.
O: Mrkat s tím pán může.
D: Sie können ruhig blinzeln.
O: [[nach zwei Minuten]] Tak vyndáme.
D: Wir können jetzt die Papierstreifen rausnehmen.
O: Bitte schön [[reicht dem Patienten ein Taschentuch]].
D: Also Ihre Tränenproduktionsmenge ist in Ordnung.
P₄: Ja. Ok.
O: Může si vzít brýle.
D: Sie können Ihre Brille aufsetzen.
P₄: Schon vergessen.
D: Ja, Sie werden sie bald nicht mehr brauchen. [L]

O: A pŕjdete k paní doktorce.

[[nicht gedolmetscht, dass als Nächstes eine ärztliche Untersuchung erfolgt, erst im Wartezimmer erklärt]]

P₄: Das ist das Ziel.

Anhang II - Interviews

a) PatientInnen

PatientIn 1

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Sachsen

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Flugzeug

3. Mit wem sind Sie gereist?

alleine

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

selbst

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang und Restaurants

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

NEIN

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

durch Google und eine Vermittlungsagentur

9. Falls Sie sich bei einer Vermittlungsagentur gemeldet haben, wie fanden Sie die Kooperation?

unkompliziert und schnell, aber ich habe mich extra noch selbst informiert

10. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

11. Wie fanden Sie sie?

übersichtlich, klar

12. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

JA

13. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

Der Preis in Deutschland ist viel höher, außerdem wollte ich mir Prag ansehen, ich war noch nie hier. Ich habe mich über die Augenklinik informiert und nach den Informationen sollen die Ärzte hier gut sein.

14. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

Nein – wegen der Politik. Außerdem hätte der Flug länger gedauert als nach Tschechien und das wollte ich nicht.

15. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder in Frage?

JA

16. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

17. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Die Zusammenarbeit war gut, ich habe mich dabei wirklich gut gefühlt.

18. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Das war ganz ok, es hat mich überhaupt nicht gestört.

19. Falls Sie sich auch auf Englisch verständigt haben, wie hat sich das angefühlt? War das schwieriger im Vergleich zur Kommunikation durch die Dolmetscherin?

Nein, es war auch ok. So war die Kommunikation natürlich direkter, aber die Dolmetscherin war trotzdem dabei, auch wenn auf Englisch gesprochen wurde, deswegen habe ich mich sicher gefühlt. Hätte ich einige Termini nicht gekannt, hätte sie mir geholfen.

PatientIn 2

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Sachsen

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Auto

3. Mit wem sind Sie gereist?

Ehemann/-Frau/FreundIn und Familienangehörige

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

selbst

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang und Restaurants

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

NEIN

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

Internetrecherche

9. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

10. Wie fanden Sie sie?

übersichtlich, einfach zu bedienen

11. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

JA

12. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

Tschechien ist nicht weit weg von meiner Heimatstadt. Der Preis ist günstig und ich habe gute Bewertungen gelesen.

13. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

JA

Wegen der dortigen politischen Lage kam sie dann aber nicht mehr infrage.

14. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder infrage?

JA

15. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

16. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Toll! Ich habe alles verstanden und obwohl ich immer wieder nachgefragt habe, war die Dolmetscherin geduldig und hat ich beruhigt.

17. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Zuerst ein bisschen komisch, aber die Freundlichkeit hat viel weggemacht.

18. Falls Sie sich auch auf Englisch verständigt haben, wie hat sich das angefühlt? War das schwieriger im Vergleich zur Kommunikation durch die Dolmetscherin?

Nein, es war auch ok, problemlos.

PatientIn 3

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Sachsen

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Auto

3. Mit wem sind Sie gereist?

alleine

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

selbst

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang und Einkäufe

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

NEIN

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

durch Internetrecherche und Vermittlungsagentur

9. Falls Sie sich bei einer Vermittlungsagentur gemeldet haben, wie fanden Sie die Kooperation?

Alles hat super geklappt.

10. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

11. Wie fanden Sie sie?

Übersichtlich, ich habe v.a. die Bewertungen gelesen.

12. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

NEIN

13. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

In Deutschland ist die OP einfach zu teuer!

14. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

JA

Ja, aber meine Frau hat gestreikt.

15. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder in Frage?

JA

16. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

Ich kann ein bisschen Englisch und weiß, dass viele Tschechen Deutsch sprechen.

17. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Bestens, es war problemlos.

18. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

völlig ok

PatientIn 4

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Thüringen

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Auto

3. Mit wem sind Sie gereist?

Ehemann/-Frau/FreundIn

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

selbst

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang und Restaurants

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

NEIN

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

Internetrecherche und Vermittlungsagentur

9. Falls Sie sich bei einer Vermittlungsagentur gemeldet haben, wie fanden Sie die Kooperation?

Alles ist gut gelaufen, wir haben 3, 4 Mal telefoniert und dann war ich schon direkt im Kontakt mit der Klinik.

10. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

11. Wie fanden Sie sie?

simpel, übersichtlich

12. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

JA

13. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

In Deutschland ist die OP zu teuer und ich müsste für einen Termin 3-4 Monate warten.

14. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

JA

Ja, aber wegen der politischen Lage und dem langen Flug kam dann die Türkei nicht mehr infrage. Ich wollte Prag „entdecken“ und hierher man bequem mit dem Auto kommen.

15. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder in Frage?

Ja, klar! Hier ist es viel persönlicher – das ist ein großer Unterschied.

16. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

17. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Alles wunderbar und zügig.

18. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Ok.

19. Falls Sie sich auch auf Englisch verständigt haben, wie hat sich das angefühlt? War das schwieriger im Vergleich zur Kommunikation durch die Dolmetscherin?

Englisch war ok, aber ich hatte nicht alle Begriffe parat, und deswegen war die Dolmetscherin hilfreich. Bei der Ärztin hat es mit Englisch gut geklappt, aber ab und zu war das Dolmetschen wirklich wichtig.

PatientIn 5

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Thüringen

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Auto

3. Mit wem sind Sie gereist?

Ehemann/-Frau/FreundIn

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

selbst

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang und Restaurants

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

NEIN

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

Internetrecherche und Vermittlungsagentur

9. Falls Sie sich bei einer Vermittlungsagentur gemeldet haben, wie fanden Sie die Kooperation?

Alles verlief reibungslos, ein paar Mal habe ich mit der Agentur telefoniert und dann war schon alles klar.

10. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

11. Wie fanden Sie sie?

übersichtlich

12. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

JA

13. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

Wegen dem hohen Preis für die OP in Deutschland.

14. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

JA

Wegen der politischen Situation fuhr ich dann lieber nach Tschechien.

15. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder infrage?

JA

Ja, da habe ich keine Bedenken. Die Technik und die Qualifikation der Ärzte hier sind perfekt.

16. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

Auf der Website stand: Ein Dolmetscher ist immer dabei.

17. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Wunderbar, sie hatte mein volles Vertrauen.

18. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Es war kein Problem.

PatientIn 6

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Berlin

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Bus

3. Mit wem sind Sie gereist?

alleine

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

AirBnb

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

selbst

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

NEIN

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

Internetrecherche

9. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

10. Wie fanden Sie sie?

seriös, professionell

11. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

NEIN

12. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

Der Preis in Deutschland ist zu hoch und er war für mich ausschlaggebend.

13. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

NEIN

14. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder in Frage?

JA

Ja. Ich habe bereits eine OP (Haartransplantation) in Istanbul durchführen lassen. Das Ausland bleibt für mich eine Option, da bei gleichem Ergebnis wie bei einer Inlands-OP der Preis viel niedriger ist (oft sogar 4mal). Die OPs funktionieren auf gleichem oder sogar noch höherem technologischen Standard als in Deutschland.

15. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

16. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Angenehm. Auf alle meine Fragen wurde eingegangen und die Prozesse wurden erklärt. Ich habe mich gut betreut gefühlt.

17. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Zwar ist es immer angenehm, direkt mit einer Person zu reden, aber ich vertraue der Dolmetscherin und wir haben uns perfekt verstanden.

18. Falls Sie sich auch auf Englisch verständigt haben, wie hat sich das angefühlt? War das schwieriger im Vergleich zur Kommunikation durch die Dolmetscherin?

Nein, da ich glaube, sehr gut Englisch zu sprechen und die Schwestern und Ärztinnen auch sehr gut gesprochen haben.

PatientIn 7

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Bayern

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Auto

3. Mit wem sind Sie gereist?

Ehemann/-Frau/FreundIn

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

über die Klinik

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang, Theater / Kinos und Restaurants

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

NEIN

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

durch eine Empfehlung von meinen Arbeitskollegen

9. Falls Sie sich bei einer Vermittlungsagentur gemeldet haben, wie fanden Sie die Kooperation?

sehr zufriedenstellend

10. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

11. Wie fanden Sie sie?

ansprechend

12. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

JA

13. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

In Deutschland gibt es sehr lange Wartezeiten.

14. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

NEIN

15. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder in Frage?

JA

16. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

17. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

ausgezeichnet

18. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Es war kein Problem für mich.

19. Falls Sie sich auch auf Englisch verständigt haben, wie hat sich das angefühlt? War das schwieriger im Vergleich zur Kommunikation durch die Dolmetscherin?

Bei Fachwörtern hatte ich durchaus Schwierigkeiten, aber insgesamt hat alles gut funktioniert.

PatientIn 8

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Niedersachsen

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Bus und Zug

3. Mit wem sind Sie gereist?

Familienangehörige

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

durch ein Reisebüro

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang und Restaurants

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

NEIN

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

Internetrecherche

9. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

10. Wie fanden Sie sie?

informativ, gut

11. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

NEIN

12. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

Die Behandlungskosten in Deutschland sind sehr hoch.

13. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

JA

14. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder in Frage?

JA

15. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

JA

Ja, aber nach der Voruntersuchung waren alle Ängste weg, die Dolmetscherin hat alles gut erklärt.

16. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Super – sie vermittelt Vertrauen, ist zuverlässig und beruhigt mich.

17. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Kein Problem, die Dolmetscherin hat mir Sicherheit gegeben.

18. Falls Sie sich auch auf Englisch verständigt haben, wie hat sich das angefühlt? War das schwieriger im Vergleich zur Kommunikation durch die Dolmetscherin?

Ja, die Kommunikation auf Englisch war schwieriger, weil mein Englisch nicht gut ist. Aber die Dolmetscherin war trotzdem dabei und hat mir Sicherheit gegeben.

PatientIn 9

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Baden-Württemberg

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Bus

3. Mit wem sind Sie gereist?

Ehemann/-Frau/FreundIn

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

durch Empfehlung

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

JA + 1 Tag

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

Empfehlung vom Nachbarn

9. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

10. Wie fanden Sie sie?

informativ, übersichtlich

11. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

NEIN

12. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

Die Empfehlung war ausschlaggebend und außerdem ist der Preis günstiger als in Deutschland.

13. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

NEIN

14. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder in Frage?

Das hängt von der konkreten OP ab, ich müsste es mir noch näher anschauen.

15. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

16. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Das war OK, ich habe alles verstanden.

17. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Ganz normal, ich hatte ein gutes Gefühl dabei und konnte auch jederzeit nachfragen.

PatientIn 10

1. Aus welchem Teil Deutschlands kommen Sie (Bundesland)?

Baden-Württemberg

2. Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie nach Tschechien gereist?

Bus

3. Mit wem sind Sie gereist?

Ehemann/-Frau/FreundIn

4. Wo haben Sie in Prag übernachtet?

im Hotel

5. Wie haben Sie sich die Unterkunft verschafft?

aufgrund einer Empfehlung

6. Was haben Sie in Prag gemacht/besichtigt, wenn Sie nicht in der Klinik waren?

Stadtrundgang

7. Bleiben Sie in Prag länger, als es für die OP nötig ist?

JA + 1 Tag

8. Aus welchen Quellen haben sie von DuoVize erfahren?

Mir wurde die Klinik von unserem Nachbarn empfohlen.

9. Haben Sie sich die Website von DuoVize angesehen?

JA

10. Wie fanden Sie sie?

informativ und übersichtlich

11. Haben Sie von der Existenz einer Facebook-Seite von DuoVize gewusst?

NEIN

12. Warum haben Sie sich der OP in Tschechien und nicht in Deutschland unterzogen?

Der Hauptgrund war der Finanzfaktor. Zweitens wird diese OP in Stuttgart nicht angeboten, da hätte ich nach Hamburg fahren müssen und das ist zu weit weg. In Prag bin ich zum ersten Mal, endlich kann ich mir die Stadt anschauen.

13. Haben Sie auch über die Türkei als Behandlungsort nachgedacht?

NEIN

14. Müssten Sie sich einer anderen OP unterziehen, käme Ausland wieder in Frage?

Nur wenn mir die Klinik von jemandem empfohlen wäre, der sich in dem Land schon behandeln lassen hat. Nur aufs Internet würde ich mich nicht verlassen.

15. Hatten Sie Angst vor dem ganzen Prozess wegen der Sprachbarriere?

NEIN

16. Wie fanden Sie die Zusammenarbeit mit der Dolmetscherin?

Wichtig! Ohne sie hätte ich es nicht gemacht, ich hätte gar nichts verstanden.

17. Wie hat es sich angefühlt, die Schwester/Ärztin erst durch die Dolmetscherin zu verstehen?

Ganz normal und ok.

1 **I: Leni, jak dlouho tady pracuješ?**

2 S₁: Pracuju tady pět a půl roku.

3 **I: A hned od začátku jsi musela pracovat s tlumočníky?**

4 S₁: Od začátku moc tlumočnicků nechodilo, musely jsme si poradit samy. Nebylo ještě tolik
5 německých pacientů, ti chodí poslední tak dva tři roky. S anglicky mluvícími jsme si prostě
6 musely poradit.

7 **I: Takže jsi musela komunikovat anglicky?**

8 S₁: Někoho z recepce jsme třeba umluvily, aby šel překládat, nebo si člověk musel poradit.

9 **I: Školil tě někdo, jak s tlumočníky pracovat?**

10 S₁: Ne.

11 **I: Časem jsi si tedy vypracovala systém, podle kterého to funguje?**

12 S₁: Ano. A ještě je to s každou tlumočnicí trošku jinak. V podstatě neznám žádný správný
13 postup, ale každou tlumočnici znám, tak s každou mluví člověk trochu jinak. Některá mluví
14 v podstatě automaticky, už mi nadbíhá, některá čeká přesně na to, co řeknu.

15 **I: Jak se ti spolupracuje s nimi? A mohla bys to porovnat s komunikací v češtině?**

16 S₁: Pracuje se mi s nimi dobře, jsem ráda, že tu jsou, protože to práci samozřejmě neskutečně
17 usnadňuje. Když už sem chodí delší dobu, tak je to úplně super. Jsme pak v podstatě sehraný
18 tým. Samozřejmě, když je nová, tak, než se tady rozkouská, zajede, pochyťí problematiku ... je
19 to už asi hodně odborná němčina, hodně odborná problematika, některá slovíčka asi hned
20 člověk stoprocentně nezná.

21 **I: Oproti češtině vnímáš komunikaci přes tlumočníky jako komplikovanější?**

22 S₁: Je to časově delší. A ještě bývá problém, třeba když tlumočnice začínají, tak neznají
23 všechny slovíčka. Teď ten pacient něco řekne, ona neví a nemůžeme se dopátrat například po
24 jaké je člověk operaci. Není to ale na denním pořádku.

25 **I: Můžeš popsat pocit, kdy se musíš spolehnout na tlumočnici a jsi odkázaná jen na ni,
26 protože nerozumíš pacientovi přímo?**

27 S₁: Bývá to pro mě docela nepříjemné. Když už s pacientem mluví lékařka, je schopná to
28 z člověka dostat na rozdíl ode mě. Pak se to obrátí proti mně, proč jsem to neudělala a proč
29 jsem to já nezjistila a tak. Ale nestává se to běžně, to jsou spíše výjimečné situace.

30 **I: Co je naopak na práci s tlumočnicemi příjemného?**

31 S₁: Rozhodně je to pro mě komfortnější. Když už tlumočnice všechno zná a ví, tak je to
32 v podstatě rychlé, nijak mě to nezdržuje. Už jen v nadhodím větu, řeknu slovíčko a
33 tlumočnice dokončí celou větu prakticky za mě. Ten proces se pořád opakuje dokola.

34 **I: Pracuješ stejně jako Pét'a s cizinci a tlumočnicemi asi dvakrát do týdne?**

35 S₁: Je to tak. Jsou vytíženější dny a dny, kdy tolik zahraničních pacientů nepřijede.

36 **I: Když musíš mluvit přes tlumočnice, co je důležité pro to, aby to fungovalo dobře?**

37 S₁: Potřebuji, aby měli dobrou slovní zásobu odborných slovíček a aby té oční problematice
38 trochu rozuměly. Aby věděly, co znamená ta která operační metoda, aby to pacientovi
39 dokázaly vysvětlit.

40 **I: A co se komunikace týče?**

41 S₁: Velkou roli hraje přesnost. Tlumočnice musí překládat doslova, co já říkám. Bez toho to
42 nejde, abych i já měla jistotu, hlavně, pokud tlumočnici neznám. Pokud jí znám, tak už vím,
43 že to zná, že to říká tak, jak já chci a funguje to.

44 **I: Takže pak s těmi zavedenými je to už v pohodě.**

45 S₁: Je to víceméně super.

46 **I: Někdy se musíš uchýlit k angličtině. Je pro tebe příjemnější, když se s pacientem dom-**
47 **luvíš přímo?**

48 S₁: Tolik se nedomluví, abych si byla jistá. To rozhodně ne, vždycky mám ráda překla-
49 datelku, v každém případě.

50 **I: Musíš říkat tlumočnickům, kam se postavit nebo to ví sami?**

51 S₁: Většinou to ví, ti zavedení to ví. U nových, pokud váhají, jim to musím říct sama. Nesmí
52 překážet, musím vidět na pacienta a on na mě. Pro tlumočnický většinou zbyde na základě pro-
53 storu nějaké místo poblíž nás obou.

54 **I: Potřebuješ oční kontakt i s tlumočnickem i s pacientem, nebo se soustředíš jen na**
55 **tlumočnicka nebo jen na pacienta?**

56 S₁: Dívám se jen na pacienta. Potřebuji vidět, jak se tváří. Tlumočníci slyším a z obou kanálů
57 si pak složím význam.

58 **I: Máš nějakou zajímavou historku s tlumočníky?**

59 S₁: To ani ne, spíš z kontaktu s pacienty. Pacienta se třikrát zeptám: „Berete nějaké léky?“
60 Pacient třikrát odpoví, že ne a počtvrté mi dá seznam deseti léků. Ale za to nemůže nikdo. To
61 není špatně kladenou otázkou. Ještě mě napadá, že mě tlumočnice občas opravují. Jak jsem
62 v takovém denní, rutinním koloběhu, řeknu třeba: „Tady uvidíte zelené světlo.“ Ono tam má
63 být červené a tak. Překladatelka, když už to zná, tak to přeloží správně na rozdíl od toho, co
64 řeknu já.

1 **I: Péťo, jak dlouho tady pracuješ?**

2 S₂: Dva roky.

3 **I: A hned od začátku jsi musela pracovat s tlumočníky?**

4 S₂: Na začátku jsem dělala jenom kontroly. Když už jsem pak byla zaučená, tak jsem začala
5 dělat i celkové vstupy a refrakční vstupy.

6 **I: Takže pak už jsi musela pracovat s tlumočníky. V angličtině i němčině?**

7 S₂: Ano.

8 **I: Řekl ti někdo, jak máš s tlumočníky pracovat, byla jsi nějak školená?**

9 S₂: Koordinátorka nám řekla, abychom mluvily v krátkých, celých větách, protože potom,
10 když už to ti tlumočníci umí, tak se zeptám jenom: „Na počítači?“ A už ví, jak reagovat. Ale
11 ze začátku jsme se u nových tlumočnicků snažily mluvit v celých větách a ptát se na celé
12 otázky a ne zkráceně. Teď si to usnadňujeme.

13 **I: Dobře, ale že by ti někdo řekl „s tlumočníky musíš to a to a to ...“**

14 S₂: To ne.

15 **I: Takže sis pak sama vypracovala nějaký systém, podle kterého to funguje?**

16 S₂: Přesně. Když přijde někdo nový, tak neví. Málokdo ví něco o očním lékařství.

17 **I: Jak se ti s tlumočníky spolupracuje a jaký je to pocit, když nad rozhovorem nemáš
18 kontrolu a musíš se spolehnout na někoho jiného?**

19 S₂: Musíme jim důvěřovat. Ze začátku mi to dělalo problém, když jsem se ptala. Jsou i třeba
20 takové zavádějící otázky, třeba jak dlouho nosíte brýle. Nevím, jestli to tlumočník takhle
21 podá. Angličtině člověk rozumí, ale v němčině vůbec nevím. Někdy říkají od kolika let nosí
22 brýle a já se ptám, jak dlouho je nosí, a to je rozdíl. Takže musíme důvěřovat, obzvlášť
23 v němčině, když člověk vůbec nerozumí, může to mít i vliv na anamnézu.

24 **I: Takže, když máš pocit, že to neseď, musíš se znovu zeptat?**

25 S₂: Ano, zopakovat otázku nebo jinak položit, abychom si ujasnili, jestli to tak opravdu je.

26 **I: Máš české pacienty a pak německé a české, u kterých musíš spolupracovat
27 s tlumočníky. Když to porovnáš, je ti komunikace v mateřštině příjemnější?**

28 S₂: Kolikrát jsou cizinci milejší než Češi a záleží, jak kdo. Samozřejmě, je to bariéra, když se
29 člověk nedomluví, je to nepříjemné mně, cítím se špatně, že jim to nedokážu plnohodnotně
30 vysvětlit tak, jak bych chtěla. Mluvíme vlastně přes někoho, člověk neví, jestli se má dívat na
31 pacienty nebo na překladatele. Je to bariéra. U Čechů je to příjemnější, než když se musí
32 tlumočit. Je to omezení. Radši mám česky mluvící pacienty, ale není to z důvodu, že by mi
33 vadilo, že mluví jinou řečí. Spíš, že já osobně vím, že se s nimi nedomluví, je to problém
34 pro mě.

35 **I: Je na komunikaci přes tlumočníky naopak něco příjemného?**

36 S₂: Když už tlumočníci znají otázky a ví, co se bude měřit, ulehčí nám to spoustu práce. Ví
37 dopředu, co se bude dělat, co se bude měřit, jen se nadechnu a už mluvím za mě. Kde a proč to
38 měříme, to je příjemné. Ulehčí to práci. Člověk si u toho i odpočine. Pak jsou i někteří
39 překladatelé, kteří si sednou, když ví, že se domluví a nechají to dělat nás, i když jsou za to
40 placení. Pak jsou překladatelé, kteří chodí všude, i k paním doktorkám, i když se pacienti
41 domluví. Záleží, jak kdo to bere.

42 **I: když už se musí tlumočit, co je důležité pro to, aby komunikace mohla dobře
43 probíhat?**

44 S₂: Potřebuji, aby otázky podávali tak, jak se zeptám, aby je formulovali doslovně, aby to
45 prostě mysleli tak jako já. Abychom se prostě sjednotili. Aby mluvili srozumitelně, aby pa-
46 cient rozuměl a aby nám to přeložili i tak, jak pacient říká. My musíme mluvit v bodech,
47 v krátkých větách, aby překladatelé stihli přeložit všechno.

48 **I: A od pacientů?**

49 S₂: Někteří přijdou a vyprávějí příběh, nás to zajímá v bodech. Od kolika let nosí brýle atd.
50 Ne, aby vyprávěli odkud a jak přijeli. Když je čas, tak si s nimi člověk rád popovídá, ale času
51 moc není, takže je to lepší v bodech.

52 **I: Musíš říkat tlumočnickům, kam se postavit nebo to ví sami?**

53 S₂: Musím si je posadit k přístroji. Nemohou se prohodit se mnou, tím je to dané, to musí re-
54 spektovat. Jinak to nejde. Oni jsou po pravé straně a my jsme vlevo, ale není to vlastně asi
55 podmínkou. Oni jsou čelem k přístroji a my jsme za přístrojem. Důležité je, abychom byli
56 naproti sobě, abychom na sebe viděli. Když je v cestě přístroj, tak se odsuneme, abychom na
57 sebe viděli, aby tam ten oční kontakt byl.

58 **I: Potřebuješ oční kontakt i s tlumočnickem i s pacientem, nebo se soustředíš jen na**
59 **tlumočnicka nebo jen na pacienta?**

60 S₂: Snažím se koukat na oba, aby si pacient nemyslel, že koukám jen na tlumočnicka. Určitě
61 potřebuji vidět oba dva, musím vidět, jak se pacient tváří, co si asi myslí.

62 **I: Jak často musíš pracovat s tlumočníky?**

63 S₂: Záleží, kdy se operuje. Den předtím jsou refrakční vstupy s cizinci. Teď to bylo úterý a
64 většinou jsou to čtvrtky nebo i pátky, jezdí totiž na operaci před nebo o víkendu. Není to
65 pravidelností. Je to vždy den před operačním dnem. Dvakrát třikrát týdně. Na kontroly
66 překladatelé už většinou nechodí. Vy ano, ale s anglicky mluvícími nikdo nechodí. Pak je
67 horší se domluvit. Jsou zvyklí, že se domluvili, že tam překladatelé byli. Takže na mě kolikrát
68 spustí a já je musím odkázat na paní doktorku.

69 **I: Asi je pro tebe příjemnější, když to jde, se s pacientem domluvit přímo přes an-**
70 **gličtinu?**

71 S₂: Člověk se naučí fráze, které tu potřebuje a ty používá (zamrkejte si, nemrkejte) nebo
72 se snaží pomoci, navést je. V angličtině je to pro mě určitě snazší. Jinak tlumočníci jsou velmi
73 milí. Vychází nám vstříc, když potřebujeme. Je příjemné s nimi spolupracovat, umožňují nám
74 domluvit se s pacientem, je to pro nás velká výhoda. Ulehčí to práci, my si sedneme a
75 mezitím oni už se ptají, já si zapisuju, je to příjemné. Myslím, že nebyl problém, že by se
76 tlumočníci nedomluvili. Dobře se nám spolupracuje.

- 1 **I: Veru, jak dlouho tu pracuješ?**
2 O: Ted' v dubnu to bude devět let.
- 3 **I: A hned od začátku jsi musela pracovat s tlumočníky?**
4 O: Ano, hned od začátku, s tlumočníky v němčině, v angličtině ne.
- 5 **I: Byla jsi nějak školená pro práci s tlumočníky?**
6 O: To ne. Vždycky to vzniklo nějak vzájemně. Většinou tlumočníci přijdou, podívají se na
7 naši práci a až potom tlumočí. Následně, až co se seznámí s naší prací. Nebyla jsem
8 proškolená pro komunikaci s tlumočníkem.
- 9 **I: Takže časem jsi si vypracovala ...**
10 O: Nějaký návod, jak komunikovat. Je to spíš otázka na tlumočníky, jak se naučili komuniko-
11 vat s námi než my s nimi.
- 12 **I: Jak se s tlumočníky spolupracuje?**
13 O: Jde to dobře, nemůžu si stěžovat.
- 14 **I: Jak často musíš komunikovat přes tlumočníky?**
15 O: To je podle poptávky od cizinců. Jsou agentury, které sem vozí jen anglicky hovořící, což
16 je bez problému, ty míváme minimálně jednou do týdne, třeba úterky mám skoro celé
17 v angličtině. Do toho přijdou ale ještě čeští pacienti. Je to nepravidelně, ale může se stát, že
18 jednou dvakrát týdně přijdou cizinci z agentury a vstoupí do české ambulance.
- 19 **I: Takže někdy musíš komunikovat přes angličtinu, někdy přes tlumočníky. Co je pro**
20 **tebe příjemnější, pohodlnější?**
21 O: Je mi to úplně jedno. Když tlumočníci práci již znají, tak se na ně spolehnu. Možná máš na
22 mysli, jestli důvěřuji překladu. To je také důležité. Já ale poznám, jestli ta interakce u pacienta
23 jde žádoucím směrem nebo ne a když tak si pak zpracuji tlumočníka. Odpovědi potřebuji
24 vidět a když je to nesmysl, tak vím, že může být chyba v jazykové bariéře.
- 25 **I: Takže, když se nějaký nesmysl objeví, ...**
26 O: Tak to poznám.
- 27 **I: Musíš se tedy znovu zeptat?**
28 O: Ano, zkusím se zeptat jinak, dokud ta odpověď není normální nebo taková očekávatelná.
- 29 **I: Oproti češtině je práce přes tlumočníky určitě složitější, protože čeština je tvoje**
30 **materština.**
31 O: Spíše nemohu tolik vykreslovat, nemůžu být tolik interaktivní. To je vše.
- 32 **I: Možná chybí nějaké detaily ...**
33 O: To je ta interakce. Člověk normálně může více vytušit, více se zeptat, nebo mít pocit, že
34 člověk ví, jak to vidí ten pacient. Když čekám na překlad, tak je tam samozřejmě prodleva ve
35 vnímání oproti popisu.
- 36 **I: Nemáš tedy problém spolehnout se na tlumočníka?**
37 O: Nemám problém, když to jsou ti samí tlumočníci, protože se i sami zlepšují, když sem
38 chodí častěji. Vy už pak víte sami, co máte říkat. Už jen cvakne test a vy už se nadechujete, už
39 víte.
- 40 **I: Co je na spolupráci s tlumočníky příjemné?**
41 O: Kromě toho, že to jsou milí lidé, tak, že se kolikrát zasmějeme. V podstatě se člověk
42 nemusí trápit a nemusí ze sebe dělat idiota, když nemluví tolika jazyky. Není tam ten pocit
43 méněcennosti, když se člověk snaží hovořit jazykem, který mu není přirozený. Vůči lidem i
44 vůči vyšetřujícímu mi to přijde ponižující. Kvituji to, když někdo za mě umí mluvit cizím
45 jazykem.
- 46 **I: Co je důležité pro to, aby komunikace přes tlumočníka dobře fungovala?**

47 O: Organizace už od počátku. Musí se synchronizovat čas objednání, příjezd na kliniku, aby
48 všechny procedury byly plynulé a aby to překlad ještě neprodloužil. Od samého počátku – od
49 komunikace po objednání. To, co cestovky běžně dělají, taková ta logistika pacienta. Přícho-
50 dem na kliniku se zpožděním a vyřizováním administrativy potom logicky vznikají bloky
51 v dalších částech a potom jsou ve stresu úplně všichni, včetně pacienta. To nepotřebujeme.
52 Všechno je důležité. Nejen, jestli je tlumočník normální, empatický, ale hlavně je to o organi-
53 zaci a jestli člověk má empatii s lidmi a nefunguje jen jako stroj. To je důležité a patří to i
54 k našemu povolání. Ať je to Čech nebo Němec, Rakušan, je to jedno, člověk se musí
55 přizpůsobit té mentalitě.

56 **I: Když přijde tlumočník sem, co od nich vyžaduješ?**

57 O: Aby vyšetření bylo co nejplynulejší a aby nebyly moc velké prodlevy mezi překladem a
58 mezi tím, co já potřebuji zjistit. Když jsou velké prodlevy, chybí interakce, a právě v refrakci
59 je interakce velmi důležitá. Váhání v odpovědi může něco znamenat. Pak už to může být
60 špatně a může to být zaměněno za něco, co už může klasifikovat nějaký problém. My jsme již
61 vycvičení poslouchat i nuance. Pokud to není v mateřštině, tak to potřebuji od tlumočnicků co
62 nejplynuleji. Tedy neustálý simultánní překlad. To samé, jak na operačním sále.

63 **I: Říkáš tlumočnickům, kam se mají postavit nebo to sami vytuší?**

64 O: Ty jsi měla zácvik, ale na začátku jsme si řekly, že bude nejlepší, aby tlumočníci měli
65 pocit, že jsou na dohled, na dosah, psychologicky je lepší, abyste nestáli u dveří na opačné
66 straně, ale aby byli po ruce. Takže po levé nebo pravé straně a aby byli na dohled. Tedy co
67 nejbližší, ale nepřekážet, takže jsme si vytyčili tady jedno volné místo, které tu je.

68 **I: Je to asi dané...**

69 O: ...místností a možnostmi. Je jasné ale, že kdyby nebylo místo, tak si stoupneš sem. Pa-
70 cient/klient musí vidět, že jsi v jeho blízkosti, i on na tebe spoléhá. Jde o klienta.

71 **I: Takže tady ...**

72 O: Stojíš ideálně pro pacienta. Kolem metru a půl.

73 **I: I pro tebe?**

74 O: I pro mě. Jsme vlastně v jednom trojúhelníku. Jsme na stejné, spravedlivé základně. Ta-
75 khle v trojúhelníku to, myslím, funguje dobře. Je to férové pro obě strany.

76 **I: Máš nějakou nezapomenutelnou historku s tlumočníky?**

77 O: To nevím, asi nic extrémního. Zažila jsem chyby na sále, ale to se může stát, když přijde
78 tlumočník poprvé a nezná prostředí, tak má právo udělat chybu. Edukace tlumočníka, třeba
79 jak se pohybovat na sále, může být trochu jiná než v ambulanci. Tam je simultánní překlad
80 více než důležitý. V ambulanci se nestane tolik věcí, jako na sále, když to nejde plynule.

c) Dolmetscherinnen

Interview mit der Dolmetscherin

I = Interviewerin

1 **I: Soňo, jak bys označila svou pozici na klinice?**

2 D: Řekla bych, že moje pozice je smíšená. Šla jsem tam s tím, že budu tlumočnice, ale pak
3 jsem zjistila, že to není jen o tlumočení, ale že jsem částečně i pečovatelka, zprostředko-
4 vatelka kulturních znalostí a tak. Často, když se čeká na vyšetření, tak se stočí hovor na
5 Českou republiku, na historii, na kulturu, kam se podívat, co vidět, co ochutnat... Takže беру
6 to tak, že jsem částečně i kulturní mediátor.

7 **I: Toho je hodně. Mohla bys své úkoly pojmenovat?**

8 D: Připadám si jako tlumočnice a doprovod, prostě pečovatelka o pacienty. Ne úplně v
9 medicínském smyslu. Z mé strany mohu poskytnout duchovní útěchu.

10 **I: Mohla bys popsat svůj typický den na klinice?**

11 D: Přijdu a vyčkávám na příchod našich pacientů, o kterých mě dopředu paní dr. Čadilová
12 (nadřízená) uvědomí – kdo přijde, v kolik přijde a co je třeba vyřídit. Jestli potřebujeme
13 nějaký formulář, dotazník, jestli má dopláacet vyšetření nebo nemá. Pak přijde pacient, před-
14 stavím se mu, on případně vyplní formuláře, které nezaslal nebo doplatí anebo čeká, až přijde
15 na řadu. Potom následují vyšetření, na které ho doprovázím a mezitím mu dělám společnost
16 během čekání. Jdeme na vyšetření, na konzultaci k lékařce, k optometristce. Pak už se vlastně
17 jen rozkapou oči, takže čeká. Předtím dostane materiály, které si musí přečíst. Pak jde znovu
18 k lékařce, naposled. Tam se rozhodne definitivně, jestli je operace pro něj vhodná a jaký typ
19 operace to bude.

20 **I: Jak ty vypadá na vyšetření, když musíš tlumočit?**

21 D: Probíhá to tak, že jsme všichni v jedné místnosti. Někdy je to docela stísněné, ale všichni
22 se dobře známe, takže nám to nikomu nevádí. Konverzace probíhá trojúhelníkově, protože ne
23 všichni účastníci si rozumí. Takže většinou to jde přes tlumočnicka.

24 **I: Jak jsi se k práci na klinice vůbec dostala?**

25 D: Sháněla jsem nějakou školní praxi a moje kamarádka Martina mi říkala, že chodí na praxi
26 právě sem na kliniku DuoVize. Kdybych měla prý zájem, můžu se přijít podívat, že se jim
27 třeba zalíbím. Takže jsem měla pocit, že se jdu jenom představit. Ten den bylo na klinice asi
28 12 pacientů. Naše šéfová řekla: „Víte co? Musíte jít tlumočit.“ Takže mě hodili do vody a
29 plav. Ale osvědčilo se to. Na druhou stranu, u vyšetření, kde jsem byla, není nutné znát nějaké
30 speciální pojmy.

31 **I: Dostala se i Martina na kliniku přes kamarády/spolužáky?**

32 D: Myslím si, že ano.

33 **I: Takže práci jsi přijala kvůli tomu, že jsi hledala praxi?**

34 D: Ano, chtěla jsem tlumočnickou praxi.

35 **I: Jak dlouho už na klinice pracuješ?**

36 D: Myslím, že je to něco přes rok, ale s různě dlouhými odstupy. Byl měsíc, kdy jsem tam
37 byla třeba 6x nebo dvakrát za týden a teď, když jsem dokončovala školu, tak jsem na klinice
38 moc často nebyla.

39 **I: Takže se nedá říct, jak často jsi tam byla?**

40 D: Ano, bylo to velmi nepravidelně. Záviselo to na poptávce.

41 **I: Vystudovala jsi translatologii. Máš pocit, že ti studium v práci na klinice výrazně
42 pomáhá? Nebo myslíš, že není potřeba k práci?**

43 D: Nepochybuji o tom, že je spousta vynikajících tlumočnicků, kteří neabsolvovali žádné
44 vzdělání tohoto typu (ať už univerzitní nebo nějaký kurs) a že se do toho sami pustili,
45 vypracovali se, mají zkušenosti, praxi a zvládají to v pohodě. Ale já jsem typ, co má občas

46 teorii rád a ví, do čeho jde. Myslím, že bych se do toho vůbec nepouštěla, aniž bych k tomu
47 neměla vzdělání. Nejde mi tolik o univerzitní vzdělání, ale aspoň nějaký kurs bych si k tomu
48 chtěla něco udělat. Takže myslím, že kdybych se nepustila do studia, tak bych to vůbec
49 nedělala.

50 **I: Jaké vlastnosti musí mít člověk, aby dobře vykonával pozici tlumočnicka/pečovatele?**

51 D: Myslím si, že kromě tlumočnických dovedností je třeba být hodně empatická a umět se
52 vžít do pocitů pacienta, dále je nutné obrnit se trpělivostí, protože pacienti se často ptají
53 vícekrát na tu samou věc, určitě je dobré být asertivní a nebrat si všechny pacientovi výtky
54 moc osobně, často totiž nejsou mířeny na osobu tlumočnicka/pečovatele. Tato pozice je hodně
55 o komunikaci, takže by ji měl dělat někdo, kdo se komunikovat nebojí a je rád v přímém kon-
56 taktu s lidmi.

57 **I: Máš spoustu různých úkolů. Co z toho děláš ráda a co naopak nerada?**

58 D: Hodně řeším lidský faktor. Je pro mě složité, když se musím nějakým konstruktivním
59 způsobem domluvit s někým, kdo se domluvit nechce. Je našťvaný za něco, za co já nemůžu.
60 Ale tlumočnick je prostě kanál. Je asi jen můj problém, protože si všechno moc беру. To je
61 moje věc, že nemám ráda, když si někdo skrz mě hasí svoji záhu a tak.

62 **I: A co děláš ráda?**

63 D: Mám zvláštní zalíbení, jsem ráda na operačním sále a dívám se, jak se oko operuje. Přijde
64 mi to vážně zajímavé. Pak mě ještě baví chodit po vyšetřeních. Nemám moc ráda konzultace
65 u doktorek, některé nejsou moc trpělivé a pro některé pacienty se musí něco opakovat třikrát.
66 Ona nechápe, že to není moje otázka, že je to jejich otázka. Já jsem pochopila první odpověď,
67 co jim dala. Ale to není tím, že jsem to nepředala, ale že to oni nechtějí přijmout.

68 **I: Zažila jsi někdy situaci, že by si někdo z pacientů přivedl vlastního**
69 **tlumočnicka/tlumočnicki?**

70 D: Musím říct, že to ne. Ale byl tam jednou manželský pár. Pán byl překladatel, mluvil
71 výborně česky a paní byla Němka. S paní jsem absolvovala vyšetření já a potom až při
72 placení šel pán s ní.

73 **I: Kdyby si ale někdo přivedl vlastního tlumočnicka nebo se někdo z rodiny nabídl, že**
74 **bude tlumočit, jak by se to řešilo?**

75 D: Vzhledem k tomu, že klinika je komerční, tak si myslím, že by to bylo povoleno.

76 **I: Aha, ale ty jako tlumočnice by si u toho asi stejně musela být. Nebo ne?**

77 D: Já myslím, že bych čekala na chodbě. Pro případ nouze. A byla bych připravená jakkoli
78 pomoci. Chápu, že když má doma někdo bilingvního mluvčího a zrovna se jedná o
79 medicínský zákrok, že upřednostní někoho z rodiny.

80 **I: Dokázala bys nějak celkově charakterizovat německé pacienty, kteří na kliniku DV**
81 **jezdí? (věk, původ, sociální vrstva ...)**

82 D: Řekla bych, že se většinou jedná o lidi z nižší střední třídy, kteří si tuto operaci nemohou
83 dovolit v Německu, protože je tam mnohem dražší. Často jezdí na operace manželské páry
84 nebo celé rodiny. Co se týče profesí, spektrum je poměrně široké, od sportovců, studentů, přes
85 lidi pracující v kancelářích, až po zaměstnance fabrik. Z hlediska věku je rozptýlen také
86 poměrně velký, od mladých lidí (můj nejmladší pacient byl student 18 let) až po pacienty
87 důchodového věku. Ale obecně se dá říct, že na laserovou korekturu dioptrií chodí pacienti
88 rozdílného věku (i když u starších lidí je to z mého pohledu nepochopitelné, protože se sice
89 zbaví brýlí na dálku, ale brýle na blízko bude dříve či později muset nosit) a na výměnu čoček
90 chodí převážně lidé pokročilejšího věku. Řekla bych, že i geograficky je to velmi rozptýlené,
91 jak například Sasko, tak třeba Severní Porýní-Vestfálsko. Co si pamatuju na rozhovory na
92 chodbách mezi čekáním na vyšetření, pocitově bych řekla, že jsou to častěji lidi z menších
93 měst, ale nemám to podloženo žádnými fakty.

94 **I: Kromě pacientů musíš pracovat i se zdravotnickým personálem kliniky (sestrami,**
95 **doktory, optometristkami...). Jak spolupráce funguje?**

96 D: Ve většině případů to funguje výborně. Někdy se objeví tření, např. s autoritou – lékařem,
 97 ale je tam velmi dobrý kolektiv. Všichni se snaží vyjít si vstříc. Když už to drhne, myslím si,
 98 že je to z kapacitních důvodů.

99 **I: Jak je v rámci celého týmu podle tebe nahlíženo na tlumočníky?**

100 D: Záleží, ke komu bychom tu otázku vztáhly. Většina je ale ráda, protože chápou, že by se
 101 jinak těžko domlouvali, hlavně v případě, že je to starší člověk, který neumí anglicky. Jsou
 102 tam lidé, kteří jsou opravdu rádi, že tam tlumočník je. I pacienti jsou většinou vděční, jinak by
 103 nebyli schopní se tam dorozumět.

104 **I: Takže pevná hierarchie neexistuje?**

105 D: Záleží, z jakého pohledu se na to člověk dívá.

106 **I: Čeho si na práci ceníš? Čím tě obohacuje?**

107 D: Myslím, že mě to hodně obohacuje v terminologickém ohledu. Dozvěděla jsem se něco o
 108 očním lékařství. Určitě bych se nepasovala do role odbornice, ale myslím, že mám již hlubší
 109 vhled do věci. To je super, člověk se stále dozvídá něco nového a rozvíjí se. Pak si myslím, že
 110 mi to dalo hodně zkušeností, jak jednat s lidmi. Člověk si musí zvyknout, že práce s lidmi
 111 není vždy růžová, ale trochu jsem se otrkala. Snažím se pracovat na tom, abych si všechno
 112 nebrala. Tlumočník je kanál – ten člověk, přes kterého všechno teče.

113 **I: Existuje nějaký případ, na který nikdy nezapomeš?**

114 D: Víím, že v Německu je hodně různých dialektů a že ne všem rozumím. Když jsem se o tom
 115 bavila s Němci, říkali, že i oni sami mají problém dialektu porozumět. Pamatuji si na jeden
 116 případ rodiny z Duryňska, všichni mluvili perfektně, skvěle se jim dalo rozumět. Pak přišel
 117 jejich tatínek a manžel. Operovat se nechávala skoro celá rodina. Tatínek se nechal sám oper-
 118 ovat a pak měl ještě několik doplňujících dotazů ohledně svého otce. Měl neuvěřitelný
 119 přízvuk. Z každé věty jsem pochytila jenom tři slova a pak jsem si domýšlela, co řekl. On
 120 něco řekl, já jsem nastražila uši, pochytila tři slova a pak jsem řekla: „Aha, takže vy se chcete
 121 zeptat na to, jestli...“. Zopakovala jsem to, co jsem si myslela, na co se chce zeptat. On řekl,
 122 že ano, a tak jsem teprve mohla dál tlumočit. Na to vzpomínám s oblibou i se zájmem. Říkám
 123 si, i když už tu jsi dlouho a už jsi měla hodně pacientů, tak pořád tě může něco překvapit i
 124 vykolejit. To je dobrý trénink. Člověk nemá usnout na vavřínech a říkat si, tady mě nic
 125 nepřekvapí, nic nevyhodí z kolejí. Člověk musí neustále zůstat ve střehu.

I: Paní doktorko Čadilová, jste na klinice zodpovědná za styk s německojazyčnou klientelou.

K: V podstatě ne za úplně celou, ještě tady máme [...], která přivádí anglicky mluvící pacienty. Vloni přišla na německý trh. O těchto německy mluvících pacientech já bohužel nemám přehled. Stává se, že pacienti poptávají mě nebo přes DuoVizi, u [...] nebo pak u [...] a někdy je z toho docela i zmatek. Celkový přehled o německy mluvících pacientech, kteří přicházejí na kliniku, nemám. V podstatě mám kromě té [...].

I: Takže by bylo lepší ...

K: Bylo by asi lepší, kdybych měla přehled o všech německy mluvících pacientech, kteří projdou klinikou. Podle mě by z rozumných důvodů k tomu mělo dojít, abych to v podstatě koordinovala, protože pak vznikají třenice mezi klinikou a agenturou, protože bohužel ceníky nejsou sjednocené. Pro každou agenturu máme jiné ceny, protože smlouvy se uzavíraly v různých dobách a za jiných podmínek, a to je trochu kámen úrazu.

I: Můžete popsat, co přesně je Vašimi úkoly?

K: Já mám na starosti pacienty ze zprostředkovatelských agentur, kteří k nám chodí. To znamená, já dostanu podklady od tří agentur – [...] – to jsou Švýcaři a potom [...] – to je zprostředkovatelská agentura z Berlína. Nejednám zpočátku přímo s klientem, jednám s agenturou. Někdy s klienty můžu jednat jako u [...], kteří mi dají na pacienty kontakt, a já už si vše potřebné zařídím sama. [...] – ti mi posílají podklady pacientů a já s pacientem vlastně přijdu do kontaktu, až když sem přijede. Tahle agentura si moc nepřeje přímý kontakt kliniky s klientem před příjezdem na kliniku. S těmito agenturami je to tak, že vlastně od nich dostávám podklady nebo si je nějakým způsobem vyřeším a toto předávám paní primářce, která pacientům doporučí přibližnou metodu a podle toho já s nimi vyřizuji termíny, náklady a tyto organizační věci dál. Odjakživa byla DuoVize na webových stránkách, ale teď se to ještě vylepšilo, a protože máme velice pozitivní feedback od pacientů, tak máme další kanály a to jsou právě webové stránky, které si pacienti najdou sami na základě doporučení nebo srovnání nebo na základě Facebooku, kde jsou právě ty pozitivní feedbacky. Další kanál je samozřejmě čistě doporučení. Pacienti na mě vždy dostanou kontakt, kdyby sami potřebovali kontrolu nebo měli problémy, tak se u mě můžou přihlásit, anebo kdyby někdo v jejich okolí měl zájem o operaci u nás nebo o vyšetření, tak se mi také může přihlásit. S těmito pacienty jsem od začátku ve styku včetně toho, že jim posílám dotazníky a průběh je úplně stejný, akorát jsem tedy s některými v kontaktu již od začátku. To je příjemné, protože spousta lidí má speciální otázky. Ti sem přijedou daleko lépe připravení než od agentur. Když s nimi nejsem ve styku, tak ta agentura, která tu není, ale je v Německu, jim dává víceméně obecné odpovědi, kdežto já, když jsem s nimi v kontaktu – po telefonu nebo mailu, tak si spoustu věcí vyřešíme dopředu, než přijedou. Tito pacienti sem přijíždějí klidnější, a to do prostředí, které mají více zmapované, protože s jedním pacientem si napíšeme i třeba 12 mailů. U [...] jsou to maximálně 3 maily. Když se mění termíny, tak třeba i víc, ale jak jsem zjistila, tak tihle pacienti mají jen základní informace. Pacienti, než k nám přijedou, na mě dostávají telefonický i emailový kontakt a spousta pacientů, i když jdou přes agenturu, tak už ty dotazy pak směřují na mě.

I: Takže se i Vy cítíte líp, když se s pacienty můžete sama dohodnout.

K: Ano. Mám pak i jistotu, že podklady a termíny jsou v pořádku, že pacient přijede připravený, a že nedojde k nějakým nepříjemnostem. U [...] se stává někdy, že nepřijde dotazník. Ze začátku jsem z toho bývala nervózní. Už nejsem, vím, že se s tím nedá nic dělat. Někdy se stává, že mi pošlou plán na příští týden a tam někdy bývá i telefonní číslo nebo mail. Takže když chybí podklady a mám na pacienta email, tak se mu ozvu. Šetříme tím čas

48 lékařům i pacientům, protože už z dotazníku je vidět, jestli se hodí na laserovou operaci.

49 **I: Vy jste říkala, že pacienti chodí na doporučení nebo si nás najdou na internetu – dalo**

50 **by se říci, z kterého „kanálu“ jich chodí nejvíce?**

51 K: Já si myslím, že v tuhle chvíli je to na doporučení, protože se ptám přes mail, jak si nás

52 našli. Často řeknou, že přes internet, ale pak během osobního kontaktu prohlásí: „Já jsem vás

53 našel na internetu, ale proto, že mi někdo řekl, že tu byl na operaci, nebo jeho

54 kamarád.“ Takže vlastně v tuto chvíli si myslím, že na doporučení jich chodí nejvíce. Často,

55 aby nás pacienti na internetu našli, dostanou doporučení.

56 **I: Prostředí zprostředkovatelských agentur je neproniknutelná bublina, která...**

57 K: Oni jsou takhle zakuklení hlavně proto, že, jak víme, zprostředkovatelská agentura po 3

58 nebo 4 letech změní kliniku. Jsou dva typy agentur, řekla bych. Každému jde o peníze. Ale

59 někomu ne za každou cenu, ví, že za to musí odvést určitý kus práce. Pro tyhle agentury je

60 důležitá dlouhodobá spolupráce s klinikami – to je důležité jak pro agenturu, tak pro kliniku.

61 Pak jsou ti, kteří to berou jako kšeft. Záleží jim jen na penězích, a ne na pacientech a kliniky

62 často mění. Třeba aby měli větší provizi, mám takovou zkušenost. Vytušíte to z toho, jak

63 s vámi agentura jedná a jak přijedou připravení pacienti. Agentury rostou jako houby po dešti,

64 ale také zanikají. Myslím, že vybudovat si vztah s jednou klinikou je profesionálně nejlepší.

65 **I: Jak odhadujete život agentur do budoucna?**

66 K: Já si myslím, že přežijí právě ty agentury, o kterých mluvím. Já bych byla nejradši,

67 kdybych měla pacienty přes web nebo na doporučení. Je to sice komplikovanější a musím

68 tomu věnovat více času, ale záleží mi na tom, aby byl pacient od začátku přesvědčen, že jedná

69 se solidním partnerem. Maily nebo feedbackem to člověk zjistí. Na maily se snažím ihned

70 odpovědět, agentury tak pružné nejsou. Takže nejlépe se pracuje s agenturou, která si na tom

71 všem zakládá. U těch, co záleží jen na provizi, vznikají organizační zádrhly. Práci s lidmi

72 šidí.

73 **I: V rámci zdravotní turistiky panuje mezi zeměmi velká konkurence. Dokázala byste**

74 **odhadnout, s kým Česká republika soutěží?**

75 K: Než vznikly kritické podmínky v Turecku, tak hodně pacientů jezdilo do Turecka, protože

76 tam je to nejlevnější. Agentury jim dávaly plný servis již od vstupu do letadla. Respektive to

77 byla práce kliniky. Pacienty vyzvedávají na letišti, většinou lidé bydlí na klinice a termíny

78 jsou o víkendech. Dodnes v Turecku existují kliniky, které, když se k nim Němci odhodlají,

79 tak mají plný servis i s prohlídkou Istanbulu a tak dále. U určité sociální skupiny Němců to

80 byl hit. My jsme prosluli estetickou chirurgií, k nám jezdí Němci často právě kvůli tomu,

81 jezdili snad už za totality. Němci teď hledají, kam by své lidi poslali jinam. Česká republika –

82 nebo spíše Praha – je možným náhradníkem Turecka. My tu máme ale vyšší ceny a

83 organizace je jiná, protože jsme blíží než Turecko. Většinou všichni řeší dopravu i ubytování

84 radši sami, protože ví, že do Prahy dojedou autem. Někdo chce bydlet blízko kliniky někdo na

85 Starém Městě. Tohle je, řekla bych, zdravotní turistika v pravém slova smyslu, protože

86 většinou k tomu mají všichni naplánovanou prohlídku Prahy. Turecko mě trochu rozčiluje,

87 myslím si, že u očarů jsme srovnatelní s Německem, jak po odborné stránce, tak i po stránce

88 vybavení. A myslím si, že Němcům jsme mentalitou blíže než Turci. Do budoucna je tu

89 obrovská marketingová možnost získat více pacientů z německy mluvících zemí, než dosud

90 máme.

91 **I: Pojd'me zpět k Vaší práci. Jak vypadá Váš typický den na klinice?**

92 K: Buď mám čistě administrativní dny, nebo je to kombinované. V administrativní dny

93 přiběhnu, podívám se, co přišlo za maily, odpovídám. Do toho jsou většinou kontroly nebo

94 řeším na marketingovém oddělení web, Facebook a podobné. Potom jsou dny, kdy tu mám

95 pacienty. Administrativa pak jde stranou, tu řeším třeba po pracovní době, aby nejdůležitější

96 věci byly vyřízené. Plně se věnuji pacientům. Takže přijdu, první den jsou vyšetření, druhý

97 den jsou operace, třetí den jsou kontroly, u nitroočních operací je to ještě delší. Občas jsou i

dny, kdy spolupracuji s [...] – vypomůžu jim s pacienty a pak to jsou věci nárazového charakteru.

I: Co všechno patří k péči o klienty, když sem přijedou?

K: Jak vstoupí na kliniku, tak s nimi musím vyřídit kartu na recepci a potom s nimi absolvuji tříhodinové vyšetření. Povídáme si o jejich problémech nejen zdravotních, s kterými sem přišli, ale vůbec. Snažím se, pokud jsou nervózní, u nich nervozitu odstranit, tak abych si je připravila na druhý den na operaci, aby přišli, pokud možno klidní. Aby měli pocit, že s nimi zacházíme profesionálně, seriózně a odborně na velice odborné úrovni. Mám velké zázemí v tom, že tu jsou skvělé sestry a skvělí doktoři. Při vyšetření to nejsem jenom já, ale celý tým kliniky, který se snaží o to, abychom pacienty zklidnili, dobře je vyšetřili, aby byli dobře diagnostikováni. Daří se to. Lidé odcházejí pak s termínem na druhý den, kdy budou operováni, velice klidní. Občas je problém s platbami, někdy neví, že v cizině mají na kartě limit atd. Když se tohle řeší v den operace, tak je to velmi nepříjemné, nemůžu pustit pacienta, který nezaplatil, na sál. Tohle vyřizuji den předem kvůli stresu, který z toho může vyvstat. V den operaci mají pacienti přijít klidní, nasnídaní.

I: Co musí člověk umět nebo jaké by měl mít vlastnosti, aby péči o klienty dobře zvládal?

K: Musí znát mentalitu Němců a mít empatii. Musí být i hodně trpělivý, občas musí i něco od pacientů prostě skousnout. Také je zapotřebí odbornost, protože nevypadá dobře, když si spolu povídáme a je nějaká otázka, abych s každou otázkou běhala hned za doktorem. Samozřejmě existují otázky, na které já odpovědět neumím. Ale snažím se, aby měli pocit, že tomu rozumím. Když přijde otázka, na kterou neumím odpovědět, řeknu – až budete u lékaře, tak já tu otázku položím a určitě vám odpovím. Chce to i určitou zkušenost s lidmi. Není to jen tlumočnická práce. Jestli řeknu „dem“ místo „den“ je v tuhle chvíli úplně jedno. Je potřeba, aby pacient cítil, že jste při něm. Samozřejmě nemůžete mluvit „umba umba“, ale tady ta perfektní němčina je na 2. místě a na 1. místě je přístup k pacientovi. Z tohoto pohledu si i vybírám asistentky. Když mi přijde perfektní tlumočnice, stoupne si a začne tlumočit, tak to není ono. Potřebuje mít k tomu určité vlastnosti. Nemůže to dělat každý.

I: V rámci Vaší práce musíte plnit hodně úkolů, co z toho děláte ráda a co naopak ne?

K: Nejsem kancelářský typ. Když dva nebo tři dny sedím v kanceláři, mám administrativu, tak ji udělám, to je základ, podklady samozřejmě musí být v pořádku, ale co je pro mě jednoduché je komunikace s lidmi a péče o ně, protože mám lidi ráda a je mým koníčkem lidi otypovat. Když sem přijde někdo, kdo je za začátku arogantní, nakonec zjistíte, že se hodně bojí a odchází klidný jak beránek. To je radost i moje hobby. Dělán to ráda. Samozřejmě jsou i pacienti, kteří vypadají v pohodě a pak přijdu rozklepaní, to je potom otázka, jak to vyřešíme s lékařem na sále.

I: Musí spolupracovat i s lékaři, sestrami a dalšími – jak byste tu spolupráci hodnotila?

K: Když jsem sem přišla, byl to pro mě oříšek. Musela jsem je poznat, a to trvá určitou dobu. Teď máme jiné obsazení recepce, ale našla jsem velké pochopení u hlavní koordinátorky, která tu dnes již bohužel nepracuje. Ta mě seznámila s provozem. Byla to mladá slečna, ale věděla, že potřebuji znát, jak s kým zacházet. Ona mi v kostce charakterizovala lékařky. Sestřičky jsou o hodně mladší než já, takže k nim mám spíše mateřský vztah, oni to tak cítí také, takže tam to šlo také velice rychle. Jak recepce, tak sestřičky i lékaři chtějí, aby tu byli pacienti spokojení. To je velmi důležité. S recepcí a sestřičkami to šlo rychle, k lékařkám jsem si musela najít cestu. To trvá chvíličku.

I: Ještě k pacientům – dali by se ti, kteří k nám přicházejí nějak celkově charakterizovat?

K: Více k nám chodí lidí sociálně slabších, ale není to pravidlo. Je to asi 60–65 %, ale přicházejí i bohatší, kteří vědí, že v Praze je medicína na stejné úrovni jako u nich. Nikdy se mi nestalo, že by někdo řekl: „Byl jsem tu špatně ošetřen“.

148 **I: Stalo se někdy, že si někdo z pacientů přivedl vlastního tlumočníka/tlumočnici?**
 149 K: Jeden dědeček koktavě mluvil česky a přijel s vnučkou a chtěl tlumočit. Pak jsme tu měli
 150 pána, který mluvil velice dobře česky. Přijel se ženou, nehrnul se do toho, ale když bylo
 151 potřeba, mluvil česky. Myslím, že to nechal na nás. Jinak jsem nic takového nezažila.
 152 **I: Jak by se to řešilo?**
 153 K: Domluvila bych se s nimi. Protože by to byl ale člověk bez odbornosti a já mám jistou
 154 zodpovědnost za pacienta, tak bych ho nechala tlumočit, ale byla bych určitě u toho. Personál
 155 německy nemluví, neví, co se tlumočí. Jde o určitou odbornost. Určitě bych to nenechala bez
 156 dozoru.
 157 **I: Jak dlouho už na klinice pracujete?**
 158 K: Začala jsem v květnu 2015. Budou to tři roky.
 159 **I: Proč jste práci přijala?**
 160 K: Šla jsem to jen zkusit. Vyčítali mi věci, které jsem nemohla ovlivnit. Prostředí tu ale bylo
 161 velmi příjemné, mladí se mi zdáli velice milí, nic mi nevyčítali. Když mi řekli náplň práce,
 162 věděla jsem, že ji budu umět. Mám zkušenosti s tlumočením, s Němci, vím, jak myslí,
 163 organizačně jsem schopná. Říkala jsem si, že by se mi ta práce líbila a že bych ji asi uměla.
 164 Nechali mě tu zkusit tlumočit dva případy, od začátku až do konce. Co jsem si myslela, to
 165 jsem si ověřila, že jsem na správném místě, a že by mě to bavilo. Když jsem nastoupila, tak
 166 jsem zjistila, že to nebude jen práce na recepci. Tam bych nebyla nic platná, když přijede
 167 pacient a já se o něj tři dny musím starat. Když jsem pak zjistila požadavky agentury, musela
 168 jsem vytipovat hotely, kde budou lidé bydlet. Musela jsem sehnat podklady pro webové
 169 stránky. Pak začali postupně chodit poptávky přes email. Spíše je to takový malý referát.
 170 Dostala jsem kancelář a začala jsem tu pracovat jako specialista.
 171 **I: Čím Vás práce obohacuje?**
 172 K: Je fajn, že poznáte hodně lidí. Každý je jiný, do každého se musíte nějak dostat, aby se
 173 zklidnil. Musíte zjistit, v jakém je rozpoložení a co na něj platí. To mě zajímá. Pak je velmi
 174 krásný efekt operace, to je vidět hned. Dělam smysluplnou práci. Je to bezprostřední a to
 175 člověka „nakopne“, i když je unavený, nebo jsou nesrovnalosti v administrativě. Vidíte, že
 176 člověk přišel s brýlemi a nadějí a odchází se splněným přáním – vidí bez brýlí a vidí dobře. A
 177 privátně je to pro mě obrovské obohacení. Kdybych tu nezačala pracovat, o refraktivní
 178 chirurgii dodnes nic nevím.

Abstract

In der vorliegenden Masterarbeit werden zwei Themenbereiche analysiert, die Schnittpunkte aufweisen – das Dolmetschen im Gesundheitswesen und der Medizintourismus. Im theoretischen Teil werden beide Phänomene separat vorgestellt, es wird auf ihre Geschichte, aber v.a. auf die Einordnung in breitere Systeme und die AkteurInnen eingegangen. Das Ziel des empirischen Teils ist es, die Kommunikationsprozesse in einer medizinischen Einrichtung (Augenklinik), die PatientInnen aus dem Ausland versorgt, darzustellen. Außerdem liegt ein besonderes Augenmerk auf dem Rollenbild der DolmetscherInnen und dem Motiv der ausländischen PatientInnen für eine Behandlung im Ausland. Dies wird anhand von Aufnahmen gedolmetschter Gespräche, Beobachtung mit Feldnotizen und Interviews mit den AkteurInnen der Kommunikation beschrieben.

This master's thesis analyzes two topics with a common basis - healthcare interpreting and medical tourism. In the theoretical part, both phenomena are presented separately. This part of the thesis involves insights into their history, their classification and a description of the participants. The aim of the empirical part is to explain the communication processes in a medical institution (an eye clinic) that treats patients from abroad. In addition, special attention is paid to the role of the interpreters and the motive of foreign patients to be treated abroad. These aspects are described on the basis of recordings of the interpreted conversations, observations with field notes and interviews with the participants in the communication process in the clinic.