



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Dolmetschen in pädiatrischen Settings“

verfasst von / submitted by

Verena Rakowitz, BA

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

Wien, 2020 / Vienna 2020

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

UA 070 331 342

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

Masterstudium Translation
Deutsch Englisch

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

Danksagung

Mit dieser Masterarbeit neigt sich ein wichtiger Abschnitt meines Lebens dem Ende zu. Zu diesem Anlass möchte ich all jenen danken, die mich auf diesem Weg unterstützt und die Fertigstellung dieser Arbeit ermöglicht haben.

Zunächst möchte ich mich herzlich bei meiner Betreuerin, Univ-Prof.in Mag. a Dr.a Sonja Pöllabauer, für ihre wertvollen Hinweise und Anregungen sowie für den schnellen kommunikativen Austausch danken.

Mein ganz besonderer Dank gilt allen Dolmetscherinnen und Dolmetschern, die am Interview teilgenommen haben und mir dabei wertvolle Einblicke in ihre spannende Arbeitswelt gegeben haben sowie ihre vielfältigen Erfahrungen mit mir geteilt haben.

Ebenfalls danke ich meiner lieben Freundin, Studienkollegin und Korrekturleserin, Cornelia, die meine Arbeit mit ihrer rekordverdächtigen Schnelligkeit durcharbeitete und dabei eine äußerst große Unterstützung war.

An dieser Stelle möchte ich meinen Eltern, meinen Schwestern und meiner Nichte einen großen Dank aussprechen, die mir stets zu Stelle standen und mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Dankeschön an meine liebste Francesca, die mich stets mit positiven Worten motivierte.
Grazie che ci sei nella mia vita!

Danke an meine beiden Freundinnen, Anna und Veronika, die mit großem Interesse das Fortschreiten meiner Arbeit mitverfolgten und immer eine große Stütze waren.

شكراً لك راجح لدعمك لي من البداية، و
لوقوفك إلى جانبي كل لحظة من كل يوم.
أنا لم أكن لأستطع النجاح بدونك.
شكراً جزيلاً لك!

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Einleitung	7
1. Community Interpreting	9
1.1 Community Interpreting: Feld, Kapital und Habitus	9
1.2 Entwicklungen des Dolmetschens im Gesundheitswesen.....	11
1.3 Dolmetschen im Gesundheitswesen: Österreich	13
1.4 Rechtlicher Rahmen	15
2. Kommunikation im medizinischen Bereich	18
2.1 Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation	19
2.2 Modelle der Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung	20
2.3 Das gedolmetschte medizinische Gespräch	22
2.4 Das Kind als PatientIn	24
2.5 Mehrseitiger Kommunikationsprozess	26
3. Dolmetschen für Kinder	28
3.1 Zentrale Aspekte des Dolmetschens für Kinder	31
3.1.1 Teilnahme am Gespräch	31
3.1.2 Nonverbale Kommunikation	32
3.1.3 Prosodie und Sprachrhythmus	33
3.2 Relevante Maßnahmen für pädiatrische Einrichtungen	34
3.3 Dolmetschetechniken im Umgang mit Kindern in pädiatrischen Einrichtungen.....	36
4. Psychosoziale und psychologische Aspekte.....	39
4.1 Krankheitsverständnis von Kindern	40
4.2 Psychosoziale Aspekte für Community Interpreters	43
4.3 Psychohygiene und Coping-Strategien	45
4.4 Externe Maßnahmen zur psychologischen Unterstützung	47
5. Die Untersuchung	48
5.1 Zielsetzung	49
5.2 Methode zur Datenerhebung	50

5.3 ExpertInneninterview	50
5.4 TeilnehmerInnen und Setting	52
5.5 Analysemodell: Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz	54
5.6 Etablierung eines Kategoriensystems für die empirische Untersuchung	59
6. Analyse und Auswertung der erhobenen Daten.....	60
6.1 Kategorie 1: Aus- und Weiterbildung	61
6.2 Kategorie 2: Erfahrung	61
6.3 Kategorie 3: Vorabinformationen	64
6.4 Kategorie 4: Teilnahme des Kindes am gedolmetschten medizinischen Gespräch	65
6.5 Kategorie 5: Dolmetschtechniken	70
6.6 Kategorie 6: Coping-Strategien.....	79
6.7 Kategorie 7: Unterstützungsmöglichkeiten für DolmetscherInnen.....	84
6.8 Kategorie 8: Individuelle Erfahrungsberichte	87
7. Conclusio.....	89
Bibliographie.....	96
Anhang	102
Anhang 1: Leitfadeninterview	102
Anhang 2: Abstract (Deutsch).....	105
Anhang 3: Abstract (English).....	106

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Allgemeines Ablaufschema qualitativer Inhaltsanalysen nach Kuckartz (2018: 45)	55
Abbildung 2: Ablaufschema der inhaltlich strukturierten Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018: 100)	58

Einleitung

Der Dolmetschberuf, welcher zu einer der ältesten Tätigkeiten der Welt zählt, eröffnet ein vielfältiges Spektrum an Arbeitseinsätzen, die sich in vielerlei Hinsicht voneinander unterscheiden. Nicht nur die grobe Unterscheidung vom Konferenzsetting zum Community Interpreting, sondern auch die jeweiligen darin vorkommenden Einsatzmöglichkeiten sind zahllos. Obwohl dem Bereich des Community Interpreting in der dolmetschwissenschaftlichen Literatur in den letzten Jahren vermehrt Bedeutung zukommt, fehlt es bislang an empirischer Forschung in Hinblick auf bestimmte Einsatzgebiete. Eine erste Literaturrecherche zeigte, dass neben mangelnder Forschung im Bereich Dolmetschen für Kinder ein eindeutiger Bedarf an der Entwicklung von dolmetschbezogenen Techniken und an einer Erweiterung der Kompetenzen vonseiten der DolmetscherInnen besteht.

Die vorliegende Masterarbeit verfolgt einerseits das Ziel, vorhandene Literatur zum Dolmetschen in medizinischen Settings überblicksartig darzustellen, um es mit dem Dolmetschen für Kinder in Beziehung zu setzen sowie dessen Besonderheiten bei Einsätzen in medizinischen Einrichtungen zu veranschaulichen. Im empirischen Teil soll andererseits auch untersucht werden, welche Anforderungen und Herausforderungen an DolmetscherInnen gestellt werden, die für Einsätze mit fremdsprachigen Kindern in medizinischen und pädiatrischen Einrichtungen herangezogen werden und welcher emotionalen sowie psychischen Belastung sie dadurch ausgesetzt sind.

Im ersten Teil der Arbeit, welcher sich in vier Kapitel mit den jeweiligen Unterkapiteln gliedert, soll das theoretische Fundament gelegt werden. Anhand der Erkenntnisse aus der relevanten Fachliteratur wird zunächst der Begriff Community Interpreting genauer definiert und beschrieben sowie auf das Dolmetschen im österreichischen Gesundheitswesen und dessen Entwicklungen eingegangen. Danach erfolgt eine Beschreibung der Kommunikation im medizinischen Bereich, wobei das Augenmerk insbesondere auf die Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation und auf das gedolmetschte medizinische Gespräch gerichtet wird, sowie die Verständigung mit Kindern beleuchtet wird. Im dritten Kapitel werden Spezifika der Kommunikation mit Kindern beschrieben und es wird die Relevanz von Dolmetschtechniken im Umgang mit Kindern in pädiatrischen Einrichtungen dargelegt. Das vierte Kapitel setzt sich mit psychologischen und psychosozialen Aspekten für Community Interpreters auseinander. Der Fokus liegt dabei auf hochemotionalen und psychisch belastenden Situationen aus dem Arbeitsalltag von DolmetscherInnen und in weiterer Folge, welche Maßnahmen sie zum Erhalt einer gesunden Psychohygiene ergreifen können. Anlässlich des Mangels an Forschung zu dieser Thematik werden Erkenntnisse hinsichtlich der psychischen Belastung von

DolmetscherInnen aus dem Bereich Asyl- und Fremdenwesen entnommen und in Relation zur Thematik gesetzt.

Der empirische Teil der Arbeit zielt auf die unterschiedlichen Kompetenzanforderungen und Herausforderungen für DolmetscherInnen im Umgang mit fremdsprachigen Kindern bei Einsätzen in medizinischen sowie pädiatrischen Einrichtungen ab. Auf Basis von ExpertInneninterviews mit DolmetscherInnen, welche als Audio-Aufnahmen aufgezeichnet und transkribiert wurden, wird versucht, die Besonderheiten, durch welche sich das Dolmetschen für Kinder in medizinischen Einrichtungen auszeichnet, herauszukristallisieren. Die dadurch gewonnenen Daten werden vergleichsweise auf ihre Gemeinsamkeiten sowie Diskrepanzen geprüft.

Abschließend folgen ein Resümee und eine Schlussbetrachtung wird hervorgebracht, in denen ein Vergleich, der aus den theoretischen Kapiteln gewonnenen Einsichten mit den Resultaten der empirischen Untersuchung vorgenommen wird. Anhand dessen sollen Überlegungen zur Relevanz von essentiellen Dolmetschetechniken und Kompetenzen im Umgang mit Kindern aufgezeigt werden. Ebenso sollen Gedanken zu Maßnahmen dargelegt werden, die dem Erhalt und der Verbesserung der Psychohygiene von im beschriebenen Arbeitsfeld tätigen DolmetscherInnen dienen.

1. Community Interpreting

Schon vor tausenden Jahren kamen sprachkundige MittlerInnen zum Einsatz, um die Kommunikation zwischen EroberInnen, Kolonialmächten, Handelstreibenden und Kaufleuten, Forschenden etc. mit anderssprachigen Gemeinschaften zu ermöglichen. Dies macht Dolmetschen zu einem der ältesten Berufe der Menschheit. Auch in der heutigen Zeit werden DolmetscherInnen in verschiedenen Bereichen und Situationen für zwei oder mehr verschiedensprachige Parteien hinzugezogen, um Sprach- und Kulturbarrieren überwinden zu können (vgl. Pöllabauer 2010: 263ff.).

1.1 Community Interpreting: Feld, Kapital und Habitus

Das Hauptaugenmerk der Dolmetschwissenschaft lag für einen überwiegenden Zeitraum auf dem Bereich des Konferenz- und Simultandolmetschens, weswegen Prunč (2017) metaphorisch den Status des *Community Interpretings (CI)* als jenen des *Aschenbrödels* beschreibt, welchem neben der *Prinzessin* Konferenzdolmetschen für lange Zeit kaum Beachtung geschenkt wurde. Globalisierung und internationale Migrationsbewegungen hingegen steigerten den Dolmetschbedarf. Dies, sowie verstärkte Bewusstseinsbildung, Qualitätsverbesserung und Standardisierungen ließen das einstige Aschenbrödel der Dolmetschpraxis und -wissenschaft zu einer sich ihren Aufgaben stellenden Prinzessin werden (vgl. Prunč 2017: 22f.).

Um den sozialen Raum des Community Interpretings zu modellieren, welches in Österreich durch den von Pöchhacker (2000a: 39) eingeführten Begriff auch Kommunaldolmetschen genannt wird, können die aus der Soziologie stammenden Begriffe *Feld*, *Kapital* und *Habitus* nach Bourdieu (1999) herangezogen werden. In vereinfachter Darstellung ist unter *Feld* der soziale Aktionsraum zu verstehen, in welchem die Beteiligten tätig sind. Das Feld des CI sowie eine eindeutige Definition des Berufsbildes sind aufgrund des in der Literatur auffindbaren Dickichts an Definitionen schwierig zu bestimmen, da dieses sich nach Pöllabauer (2002a: 197) nur schwer von traditionellen Arbeitsfeldern von DolmetscherInnen abgrenzen lässt. Die im Feld agierenden Beteiligten können Personen oder Institutionen sein, welche den Zweck verfolgen, bestehende Kräfteverhältnisse beizubehalten oder zu verändern (vgl. Bourdieu 1999; Prunč 2017: 23ff.). Eine der ersten Definitionen zum Community Interpreting ist in der Ankündigung zur ersten Internationalen Konferenz zum Thema *Interpreters in the Community* auffindbar, die vom 1.-4. Juni 1995 in Geneva Park, Kanada, stattfand, bei welcher es sich jedoch noch um eine eher allgemeine Beschreibung der Community Interpreters und deren Aktionsraum handelt:

Community Interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language(s) of the country to communicate with the providers of public services so as to facilitate full and equal access to legal, health, education, government, and social services. (Carr, Roberts, Dufour & Steyn, 1995: 25)

Pöllabauer (2002a: 197) fügt der oben genannten Definition hinzu, dass Community Interpreters den am Gespräch beteiligten Personen, welche einander nicht verstehen und unterschiedliches Wissen sowie soziokulturelles Vorwissen aufweisen, verhelfen, zu ihrer jeweiligen Zufriedenstellung kommunizieren zu können. Demzufolge helfen Community Interpreters beim Abbau von Sprach- und Kulturbarrrieren. Häufig benötigen einerseits MigrantInnen, AsylwerberInnen, Flüchtlinge oder GastarbeiterInnen, also Angehörige einer ethnischen bzw. sprachlichen Minderheit des Gastlandes, in dem sie sich befinden, eine Dolmetschung. Hierbei handelt es sich oft um Personen, welche kaum über Macht oder Einfluss im Gastland verfügen und nicht selten mit Vorurteilen konfrontiert sind. Auf der anderen Seite befinden sich MitarbeiterInnen von Institutionen, Behörden und Einrichtungen des Gastlandes, die tagtäglich mit anderssprachigen Personen kommunizieren müssen. Um eine Kommunikation zwischen den beiden Seiten ermöglichen zu können, ist der Einsatz von DolmetscherInnen notwendig (vgl. Pöllabauer 2002a: 197). In einigen Ländern, wie etwa in Großbritannien, Australien und Schweden, wird dem CI auch das Dolmetschen bei Gericht als sogenanntes *legal service* zugeordnet. In Nordamerika und dem Großteil der europäischen Länder, wie auch Österreich, hingegen wird Gerichtsdolmetschen gesondert betrachtet und ist nicht dem Feld des CI zugehörig. Dies beruht auf der Tatsache, dass Gerichtsdolmetschen in einigen Ländern einen höheren Professionalisierungsgrad aufweist (vgl. Pöchlacker 2000a: 37f.).

Das im Feld vorkommende *Kapital* stellt nach Bourdieu alle materiellen und immateriellen Güter dar, welche die Beteiligten besitzen bzw. erwerben können. Hierbei wird zwischen *ökonomischem Kapital* (materielle und immaterielle Güter), *Sozialkapital* (Handlungsressourcen), *Kulturkapital* (aus Wissen, Bildung und Kreativität stammende Handlungs- sowie Verfügungsressourcen) und dem *symbolischen Kapital* (gesellschaftliche Anerkennung der Kapitalarten) unterschieden. Der *Habitus* umfasst nach Bourdieu die verinnerlichten Verhaltensformen und Werte der beteiligten Personen und Institutionen (vgl. Bourdieu 1999; Prunč 2017: 23ff.). Bezugnehmend auf das Community Interpreting führt Prunč (2017: 25) aus, dass jenes im Gegensatz zum Konferenzdolmetschen, welches als Königsdisziplin des Dolmetschens erachtet wird, über ein niedriges bzw. negatives *symbolisches Kapital* verfügt. Dies resultiert aus der Tatsache, dass Community Interpreters

vermehrt mit Randgruppen der Gesellschaft arbeiten, welche nur ein geringes ökonomisches und Sozialkapital besitzen, wodurch sie selbst in den Wirkungsbereich von Ohnmacht geraten (ibid.).

Der *Habitus* umfasst nach Bourdieu die verinnerlichten Verhaltensformen und Werte der beteiligten Personen und Institutionen (vgl. Bourdieu 1999; Prunč 2017: 23ff.). Im Kommunalbereich tätige DolmetscherInnen haben eine Vielzahl an Asymmetrien neben jenen der Sprache und Kultur zu bewältigen, die sich in Form des *Habitus* äußern. Zunächst herrscht eine Asymmetrie des Sprachstatus' ihrer KlientInnen, da deren Sprachen oftmals ein niedriger Status zugeschrieben wird oder sie auf Hilfssprachen zurückgreifen müssen. Des Weiteren zeigen sich Asymmetrien in Hinblick auf die Elaboriertheit des Sprachcodes der SprecherInnen und der kognitiven Wahrnehmung der Umwelt. Hierbei sind restringierte Codes und Allgemeinwissen der Klientel und elaborierte Sprachcodes sowie ExpertInnenwissen von VertreterInnen von Organisationen einander gegenüberzustellen. Ferner werden Community Interpreters mit der zuvor bereits erwähnten individuellen Ohnmacht konfrontiert, welche unter anderem mit ethischen Hierarchien und Stereotypen in Erscheinung tritt (vgl. Prunč 2017: 27f.). So veranschaulicht auch Pöllabauer (2002a: 198f.) das bestehende asymmetrische Machtgefälle zwischen den am Gespräch beteiligten Parteien als charakteristisches Merkmal für den Bereich des CI. Zum einen zeichnet es sich durch unterschiedliche Wissens- und Erfahrungshorizonte der GesprächsteilnehmerInnen und zum anderen durch unterschiedliche soziokulturelle Normen sowie heterogene Denkschemata ab. Die sprachlich und kulturell dominante Gesprächspartei ist der ethnischen bzw. sprachlichen Minderheit gegenübergestellt, die auf eine Dolmetschung angewiesen ist und dadurch eine untergeordnete Stellung in der sozialen Hierarchie einnimmt. Sehr oft werden der soziale Status und die damit verbundenen Stereotype auf die DolmetscherInnen projiziert, was die Arbeit im CI beeinträchtigt, jedoch ein typisches Charakteristikum dessen ist.

1.2 Entwicklungen des Dolmetschens im Gesundheitswesen

In der heutigen, globalen Welt, welche von wachsender internationaler Mobilität geprägt ist, haben öffentliche Einrichtungen die Aufgabe zu bewältigen, Kommunikation mit Anderssprachigen, welche die offizielle Amtssprache des Landes nicht beherrschen, zu bewerkstelligen. Diesen Vorgang definiert Pöchlhammer (2000a: 141) als *intrasozietären* Kommunikationsbedarf. Vor allem dem Gesundheitswesen und insbesondere dem Krankenhaus als komplexe Zentraleinrichtung wird durch den Betreuungs- und Kommunikationsbedarf mit anderssprachigen KlientInnen eine bedeutsame Rolle

zugeschrieben. Dolmetschen im Gesundheitswesen, welches auch unter den Bezeichnungen *healthcare interpreting*, *medical interpreting* oder *hospital interpreting* (vgl. Pöchhacker 2004: 15) bekannt ist, stellt neben dem Gerichtsdolmetschen einen der Hauptbereiche des Community Interpreting dar (vgl. *ibid.*).

Sowohl die Rolle der im Gesundheitswesen tätigen Community Interpreters als auch deren Stellung durchliefen im Laufe der Zeit wesentliche Veränderungen. Bis in die 70er-Jahre des 20. Jahrhunderts wurden Dolmetschungen im Gesundheitsbereich in den meisten Ländern (USA, Schweden, Italien etc.) *ad-hoc* durchgeführt, d.h. durch das (spontane) Hinzuziehen von zwei- oder mehrsprachigen Familienmitgliedern, FreundInnen/Bekannten und medizinischem Personal. Damals wurde – wie heute noch in manchen Kontexten – angenommen, dass Zweisprachigkeit für Dolmetschungen ausreichend wäre und es in der Verantwortung des Patienten/der Patientin läge, eine/n DolmetscherIn zu organisieren (vgl. Creeze & Roat 2015: 238f.). Das Dolmetschen im medizinischen Bereich genoss im Vergleich zu anderen Dolmetscharten nur wenig Ansehen und es wurden für lange Zeit kaum Verhaltens- oder Berufskodizes sowie ethische Grundprinzipien hierfür etabliert. Stattdessen wurde auf Standards und Prinzipien anderer Dolmetschbereiche zurückgegriffen, beispielsweise auf die des Konferenz- oder Gerichtsdolmetschen, welche jedoch nur unwesentlich für das Dolmetschen im Gesundheitswesen bzw. in medizinischen Settings adaptiert wurden (vgl. Angelelli 2014: 2). Dennoch wurden in einigen Ländern Initiativen mit dem Ziel, Kommunikationsschwierigkeiten in diesem Bereich zu überwinden, in Angriff genommen. Vor allem Australien gilt als eines der Pionierländer, was die Etablierung von Dolmetschdiensten sowohl im medizinischen als auch in anderen Bereichen anbelangt. Aufgrund der sprachlichen und kulturellen Diversität im Land erkannte die australische Regierung die Notwendigkeit, einen gleichwertigen Zugang zu diversen Dienstleistungen für Nichtenglischsprachige zu gewährleisten (vgl. Bell 1997: 94). Zwei der Initiativen sind der 1973 gegründete *Telephone Interpreter Service* (vgl. Pöllabauer 2002b: 289), sowie der 1974 in New South Wales gegründete *Hospital Interpreter Service*, ein Dolmetschdienst, welcher zu Anfang DolmetscherInnen für vier Sprachen in einem Kinderkrankenhaus zur Verfügung stellte (vgl. Chesher 1997: 284).

Ab den 1990er-Jahren kam es zu wesentlichen und rasanten Weiterentwicklungen im Feld des *healthcare interpreting*. So wurden beispielsweise in den USA öffentliche Gelder für Dolmetschdienste in Gesundheitseinrichtungen eingesetzt, Ausbildungsprogramme entwickelt sowie 1996 die erste Konferenz über Medizindolmetschen, *First Annual Conference on Medical Interpreting*, gehalten. Des Weiteren wurde vermehrt wissenschaftliche Forschung in

diesem Themenfeld betrieben und es wurden relevante Schritte zur Einbindung von translationsrelevanter Technologie eingeleitet (vgl. Creeze & Roat 2015: 239f.).

1.3 Dolmetschen im Gesundheitswesen: Österreich

Kommunikation fungiert zweifellos als Schlüsselfaktor in der medizinischen Betreuung von fremdsprachigen PatientInnen. Deswegen muss in diesem Zusammenhang der Frage nachgegangen werden, welche Vorkehrungen im österreichischen Gesundheitswesen unternommen wurden, um eine erfolgreiche Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen gewährleisten zu können.

Eine großflächig angelegte Studie über Dolmetschen im Gesundheitswesen wurde im Jahre 1996 von Pöchlhammer durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es, herauszufinden, wer die Kommunikation und Verständigung mit fremdsprachigen PatientInnen in Österreich ermöglicht. Der Fokus lag dabei auf Wien. Im Zuge der Studie wurden Fragebögen an sechs verschiedene Abteilungen in 12 Wiener Krankenhäuser geschickt. Befragt wurden insgesamt 765 KrankenhausmitarbeiterInnen, darunter Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie TherapeutInnen. 508 Fragebögen wurden ausgefüllt und retourniert. Für das befragte Personal verging im Gesamtdurchschnitt kein Tag ohne Kontakt mit fremdsprachigen PatientInnen. Die am häufigsten verwendeten Sprachen waren Serbisch/Kroatisch und Türkisch, gefolgt von Englisch, Arabisch, Tschechisch sowie Polnisch. 95% der Befragten gaben an, fremdsprachige PatientInnen zu behandeln. Nur 7% der StudienteilnehmerInnen bewältigten die Behandlung fremdsprachiger PatientInnen zur Gänze alleine. Aus der Studie wird ersichtlich, dass bei Sprachbarrieren in den meisten Fällen (mehr als 90%) sprachkundige Dritte hinzugezogen werden, welche in der Regel die Begleitpersonen der PatientInnen sind. Fremdsprachiges Reinigungspersonal sowie Krankenschwestern und -pfleger kommen am zweithäufigsten zum Einsatz. In den seltensten Fällen werden DolmetscherInnen in Wiener Krankenhäusern angefordert, um Sprachbarrieren mit fremdsprachigen PatientInnen überbrücken zu können. Pöchlhammer kritisiert, dass hauptsächlich nicht ausgebildete Personen zu Dolmetscheinsätzen eingesetzt werden. Insbesondere das Hinzuziehen von Kindern, welche die medizinischen Inhalte kaum erfassen können und deren sprachliche Ausdrucksweise von jener der Erwachsenen differiert, erachtet er als bedenklich (vgl. Pöchlhammer 2000a: 141-182 & 2000b: 115-119).

Im Unterschied zu den Pionierländern der Einwanderungspolitik, zum Beispiel Australien und Schweden, herrscht in österreichischen öffentlichen Einrichtungen überwiegend das Konzept der „GastarbeiterInnen“, einer (vorübergehenden) Zuwanderung von

ausländischen Arbeitskräften, die vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei stammen (vgl. Pöchhacker 2000a: 147; 2009: 117). Aufgrund dessen bestehe seitens der besagten Einrichtungen kein Bedarf, dauerhafte Lösungen für die Interessen und Anliegen der MigrantInnen zu finden. Dennoch änderte sich die Lage durch unbefristete Niederlassungen und Familiennachzug, weswegen Gesundheitseinrichtungen sich hierzulande vermehrt mit nicht deutschsprachigen PatientInnen auseinandersetzen und für deren Betreuung aufkommen müssen. Damit eine adäquate Behandlung von fremdsprachigen PatientInnen stattfinden kann, muss sprachliche Verständigung gewährleistet sein, welche jedoch sowohl von der Migrations- und Integrationspolitik als auch von der Gesundheits- und Sozialpolitik eines Landes abhängig ist (vgl. Pöchhacker 2000a: 147). In Österreich sieht sich in Bezug auf Kommunikation mit Fremd- bzw. Anderssprachigen im Gesundheitswesen jedoch kaum jemand verantwortlich (vgl. Pöchhacker 2010: 205).

Pöchhacker (2000a: 141) zufolge gibt es mehrere Möglichkeiten, um Kommunikation mit Anderssprachigen im medizinischen Kontext, wie etwa in Krankenhäusern, zu ermöglichen. Er nennt beispielsweise die Anstellung von zweisprachigem Fachpersonal, d.h. Ärzten und Ärztinnen, medizin-technischen AssistentInnen sowie Pflegepersonal zur Betreuung in der Muttersprache der PatientInnen als effizienteste Option. Diesbezüglich ist jedoch zu beachten, dass die muttersprachlichen Kompetenzen des klinischen Fachpersonals nicht überprüft werden und nur von den fachlichen ausgegangen werden kann. Darüber hinaus empfiehlt er die Schulung des medizinischen Fachpersonals, angelehnt am Modell der „muttersprachlichen BeraterInnen“, welches in Ergänzung zum medizinischen Fachpersonal zum Einsatz kommen kann: Im Rahmen des seit 1988 bestehenden WHO-Projekts „Wien - Gesunde Stadt“ wurde 1989 der bis heute bestehende Modellversuch „Muttersprachliche Beratung für türkische Spitalspatientinnen“ als Maßnahme im Bereich Gesundheit und Migration ins Leben gerufen. Im Zuge des Modellversuchs wurden von zwei Wiener Krankenhäusern, unter anderem dem Allgemeinen Krankenhaus Wien (AKH), zwei türkischstämmige Medizinstudentinnen in der Abteilung für Gynäkologie, Geburtshilfe und Kinderheilkunde eingesetzt, um als Sprach- und Kulturmittlerinnen zwischen türkischsprachigen Patientinnen und dem medizinischen Personal zu fungieren. (vgl. Pöchhacker 2000a: 147f. & Pöchhacker 2013: 109f.).

Nichtsdestoweniger wurden Initiativen mit dem Ziel, Kommunikationsschwierigkeiten in medizinischen Einrichtungen zu überwinden, in Angriff genommen. Vor allem Australien gilt als eines der Pionierländer, was die Etablierung von Dolmetschdiensten, sowohl im medizinischen als auch in anderen Bereichen, anbelangt. Aufgrund der sprachlichen und

kulturellen Diversität im Land wurde die australische Regierung auf die Notwendigkeit eines gleichwertigen Zugangs zu diversen Dienstleistungen für Nichtenglischsprachige aufmerksam (vgl. Bell 1997: 94). Zwei der unternommenen Initiativen sind der 1973 gegründete *Telephone Interpreter Service* (vgl. Pöllabauer 2002b: 289) sowie der 1974 in New South Wales gegründete *Hospital Interpreter Service*. Dies ist ein Dolmetschdienst, welcher zu Anfang DolmetscherInnen für vier Sprachen in einem Kinderkrankenhaus zur Verfügung stellte (vgl. Chesher 1997: 284). In Österreich ist der in den 1980er-Jahren initiierte DolmetscherInnendienst des St. Anna Kinderspitals in Wien zu nennen, welcher vom Leiter der Psychosozialen Abteilung, Dr. Reinhard Topf, initiiert wurde (s. Kapitel 4.2). Für mehr als 35 verschiedene Sprachen kann ein/e der über 100 externen, professionell ausgebildeten DolmetscherInnen herangezogen werden, der/die in der Regel innerhalb von sechs bis zwölf Stunden am Einsatzort eintrifft, um zwischen dem fremdsprachigem Kind und dessen Angehörigen und den medizinischen Fachkräften zu dolmetschen. Die DolmetscherInnen werden auf Basis eines freiberuflichen Honorarvertrages vergütet (vgl. Topf 2013: 168f.).

1.4 Rechtlicher Rahmen

Der Bedarf an DolmetscherInnen im Gesundheitswesen sowie in allen öffentlichen Sektoren wird in naher Zukunft aufgrund von weltweiten Migrationsbewegungen weiterhin ansteigen (vgl. Creeze & Roat 2015: 249). Im Folgenden soll aufgezeigt werden, welche (rechtlichen) Schritte bisher seitens der Regierungen auf internationaler und nationaler Ebene unternommen wurden, um die Verständigung mit fremdsprachigen PatientInnen zu ermöglichen.

Zur Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit wurden verschiedene international geltende Abkommen, wie etwa die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (engl. *World Health Organization*, WHO) aus dem Jahre 1946, geschlossen. Hier wird die Gesundheit eines Menschen als physisches, mentales und soziales Wohlbefinden beschrieben, welche sich durch die Abwesenheit einer Krankheit oder eines Gebrechens äußert. Außerdem ist Gesundheit eines der Grundrechte jedes Menschen, unabhängig von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, Vermögen sowie sozialer Herkunft (vgl. WHO 1946: 1). Im europäischen Kontext ist die *Charta der Grundrechte* der Europäischen Union zu nennen, im Sinne derer den EU-BürgerInnen und den in der Europäischen Union lebenden Personen eine Anzahl von persönlichen, wirtschaftlichen, sozialen sowie politischen Rechten zustehen. Artikel 35 der Charta der Grundrechte enthält folgende Festlegung bezüglich des Gesundheitsschutzes in der EU:

Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt. (EU 2000: 16)

Aus dem Artikel der Charta der Grundrechte geht zwar ein rechtlicher Zugang zur ärztlichen und gesundheitlichen Versorgung und Betreuung für alle Personen hervor, jedoch ist weder in der Verfassung der WHO noch in der Charta der Grundrechte die rechtliche Hinzuziehung eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin im Gesundheitswesen verankert.

Im *Framework of integration policies* des Europarats, bestehend aus neun Abschnitten, im Rahmen derer verschiedene zentrale Bereiche der Integrationspolitik erfasst wurden, ist folgende Empfehlung an die Regierungen bezüglich des Einsatzes eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin zu finden: „Ensure that health services provide free adequate interpretation services for immigrant or national minority patients who have inadequate command of the majority language.“ (Europarat 2000: 23) Dieser Empfehlung zufolge sollten die Regierungen für die Sicherstellung einer gesundheitlichen Versorgung für jene PatientInnen sorgen, die die Mehrheitssprache des jeweiligen Landes unzureichend beherrschen, indem ihnen eine kostenfreie Dolmetschung bereitgestellt wird, wobei dies jedoch keine rechtlich bindende Regelung für die Länder der Europäischen Union darstellt (vgl. Europarat 2000: 23).

Nach österreichischer Gesetzeslage haben alle Menschen das Recht auf medizinische Versorgung. In der *Patientencharta* (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2006), welche die Sicherstellung der PatientInnenrechte gewährleistet, sind beispielsweise die jeweiligen Verpflichtungen der GesundheitsdienstleisterInnen gegenüber den Menschen festgehalten, die eine Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen, sowie deren gewissenhafte Betreuung und gleichgerechte Versorgung geregelt. Kletečka-Pulker (vgl. 2013: 45) hält fest, dass nicht nur die Aufklärung, sondern auch das Verstehen der Erkrankung durch die PatientInnen unabdingbar sind, um in weiterer Folge medizinische Schritte unter der Einwilligung der PatientInnen einleiten zu können, und damit auch Voraussetzung für eine rechtmäßige Heilbehandlung sind. Insbesondere aus rechtlicher Sicht ist die PatientInnenaufklärung erforderlich, da sich der/die behandelnde MedizinerIn nach § 110 (Eigenmächtige Heilbehandlung) des österreichischen Strafgesetzbuches (StGB) strafbar macht, PatientInnen ohne deren Einwilligung zu behandeln.

Kommunikationsschwierigkeiten stellen ein erhebliches Risiko für die Gesundheit der PatientInnen dar, weswegen jene PatientInnen, die ihre medizinischen Bedürfnisse nicht entsprechend kommunizieren können, in österreichischen Gesundheitseinrichtungen

abgewiesen werden dürfen. Handelt es sich jedoch um einen medizinischen Notfall und ein/e PatientIn muss trotz der Sprachbarrieren behandelt werden, so kann dies Mehrfachuntersuchungen, Behandlungsfehler und Überversorgung zur Folge haben. Für die am Behandlungsgeschehen beteiligten Personen ist eine solche Situation äußerst belastend und es bedarf eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin, welche in Krankenhäusern jedoch nur vereinzelt einberufen werden. Bei weniger dringlichen Behandlungen oder Eingriffen an fremdsprachigen PatientInnen können Dolmetschungen einfacher geplant und bewerkstelligt werden (vgl. Kletečka-Pulker 2013: 45f.). Sowohl für den/die behandelnde/n Arzt oder Ärztin als auch für den/die PatientIn gibt es aufgrund des Behandlungsvertrages, welcher die rechtliche Grundlage für das PatientIn-BehandlerIn-Verhältnis bildet, Pflichten, die eingehalten werden müssen. Auf Seiten des Patienten/der Patientin besteht Informations- und Mitwirkungspflicht. Sollte sich während des Behandlungsgeschehen herausstellen, dass der/die PatientIn unzureichende Deutschkenntnisse aufweist, so muss der/die behandelnde MedizinerIn keinen Behandlungsvertrag mit ihm/ihr abschließen. Des Weiteren besteht für den/die PatientIn das Recht auf Aufklärung, da diese/r selbst über die Durchführung medizinischer Maßnahmen zu entscheiden hat. Ein explizites Recht auf Aufklärung in der Muttersprache des Patienten/der Patientin ist jedoch rechtlich nicht verankert (ibid.: 46f.).

In bestimmten Fällen besteht laut Gesetzgeber eine Behandlungspflicht, zumal nach § 23 Abs. 1 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) niemandem in öffentlichen Krankenhäusern eine unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfeleistung verweigert werden darf (vgl. KAKuG §23 Abs. 1). Dies tritt dann ein, wenn PatientInnen sich in Lebensgefahr befinden, Frauen unmittelbar vor der Entbindung stehen oder Personen von Behörden eingewiesen werden (ibid. Abs. 2).

Bei der medizinischen Untersuchung von minderjährigen PatientInnen und Kindern ist § 173 Abs. 1 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) zu beachten, in welchem die Einwilligung zur Behandlung oder Eingriffen beim mündigen Minderjährigen selbst liegt. Erst bei einem Mangel der notwendigen Entscheidungsfähigkeit wird diese jener Person übertragen, welcher die gesetzliche Vertretung bei Pflege und Erziehung obliegt. In der Regel sind dies die Eltern des Kindes oder des/r Minderjährigen bzw. die Erziehungsberechtigten. Kindliche PatientInnen, das heißt jene im Alter von 0 bis 14 Jahren haben laut Gesetzeslage (ibid.) keine Einwilligungsfähigkeit, da es bei dieser PatientInnengruppe schwierig festzustellen ist, ob die Personen der bevorstehenden medizinischen Behandlung gegenüber einsichts- sowie urteilsfähig sind (vgl. Kletečka-Pulker 2014: 205). Nach Abs. 3 des § 173 des ABGB entfällt die notwendige Zustimmung des entscheidungsfähigen Kindes und dessen

gesetzlicher VertreterInnen bei unaufschiebbaren, dringenden Eingriffen oder Behandlungen, beispielsweise bei drohender Lebensgefahr oder möglicher schwerer Schädigung der Gesundheit des Kindes. Einer der wichtigsten Aspekte hinsichtlich der Einwilligung für medizinische Behandlungen ist die Aufklärung des Patienten/der Patientin und/oder der gesetzlichen VertreterInnen. Im Aufklärungsgespräch werden die Vor- und Nachteile einer möglichen Behandlung abgewogen sowie Folgen, Risiken, Nebenwirkungen, Alternativen usw. genau besprochen, wobei sich der Umfang des medizinischen Aufklärungsgesprächs nach den individuellen Umständen des jeweiligen Einzelfalles richtet. Bei geplanten, nicht dringlichen Behandlungen von fremdsprachigen PatientInnen sollten professionelle DolmetscherInnen bei der Aufklärung zum Einsatz kommen (vgl. Kletečka-Pulker 2014: 211).

Bei genauerer Betrachtung sowohl der internationalen als auch der nationalen Gesetzesbestimmungen und Regelungen, welche sich insbesondere mit den unterschiedlichen Rechten bezüglich der Betreuung und Versorgung von PatientInnen auseinandersetzen, ist das Recht auf eine Dolmetschung in medizinischen Kontexten kaum angeführt und festgelegt. Lediglich Empfehlungen für den Einsatz von DolmetscherInnen wurden schriftlich festgehalten, enthalten jedoch keinen verbindlichen Charakter für die einzelnen Länder. In Bezug auf die Lage in Österreich kritisiert Pöllabauer (2009: 100ff.), dass Kommunikationsbarrieren im Rechtswesen vordergründig behandelt werden, jedoch andere Bereiche, wie z. B. der medizinische Bereich, kaum beachtet werden und auch seitens der Politik kaum Maßnahmen zur Verbesserung der Situation vorgenommen werden.

2. Kommunikation im medizinischen Bereich

Das folgende Kapitel wird sich mit der Thematik des medizinischen Gesprächs und der Beziehung zwischen einem/r Arzt/Ärztin zu PatientInnen auseinandersetzen. Es sollen die Aspekte der Allgemein- bzw. Laiensprache und der (medizinischen) Expertise erläutert werden, weshalb Kommunikationsschwierigkeiten bei mono- sowie mehrsprachigen Arzt/Ärztin-PatientIn-Gesprächen auftreten können und in Zusammenhang mit vorkommenden Machtgefällen gebracht werden. Weiters wird auf die Kommunikation aus Sicht der ÄrztInnen mit den unterschiedlichen PatientInnengruppen, d.h. Erwachsene und Kinder, eingegangen. Zuerst werden die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und erwachsenen PatientInnen sowie verschiedene Kommunikationsmodelle erläutert und darauffolgend wird die Kommunikation zwischen MedizinerInnen und kindlichen PatientInnen im Allgemeinen beschrieben. Anschließend wird der mehrseitige Kommunikationsprozess zwischen ÄrztInnen und den fremdsprachigen Eltern sowie Kindern veranschaulicht.

2.1 Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation

Kommunikation mit dem/der PatientIn ist ein relevantes Werkzeug zur Diagnosestellung. Aus Untersuchungen ging hervor, dass etwa die Hälfte aller Diagnosen gestellt werden können, wenn der/die MedizinerIn eine sorgfältige Anamnese durchführt (vgl. Egger 2007: 2). Durch die Effektivität eines solchen medizinischen Gesprächs steigt vonseiten der PatientInnen die sogenannte *Compliance*, d.h. die Bereitschaft, den ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten (vgl. Gonzalez-Nava 2009: 78). Durch die in den letzten Jahren an Bedeutung gewinnende partnerschaftliche Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung wird besagte Compliance vermehrt von der sogenannten Adhärenz ersetzt. Adhärenz umfasst die von MedizinerIn und PatientIn vereinbarten Ziele sowie deren Einhaltung und stellt die Voraussetzung für Verständnis, Aufklärung und Einverständnis des Patienten/der Patientin in die Behandlung dar (vgl. *ibid.*). Dennoch können bei medizinischen Gesprächen sowohl auf monolingualer, also einsprachiger, Ebene als auch bei jenen mit fremdsprachigen PatientInnen unterschiedliche Probleme auftreten. Wenn PatientInnen medizinische Einrichtungen, beispielsweise Krankenhäuser oder Arztpraxen, aufsuchen, sind sie zwangsweise der medizinischen Fachsprache ausgesetzt und es entsteht eine Asymmetrie zwischen den Gesprächsbeteiligten, deren soziale Rollen und Funktionen grundlegend unterschiedlich sind, was sich als Machtgefälle abzeichnet. Ärzte und Ärztinnen, welche ExpertInnen auf dem Gebiet der Medizin sind, steuern das Gespräch mit den PatientInnen, indem sie zum Beispiel Fragen stellen und folglich zu einer Diagnose gelangen. Es kann angenommen werden, dass es den MedizinerInnen, Krankenpflegern oder Krankenschwestern obliegt, medizinische (Fach-)Inhalte für den/die jeweilige/n PatientIn verständlich aufzubereiten und zu erklären. Die PatientInnen sind i. d. R. LaiInnen im Bereich der Medizin. Sie beantworten die gestellten Fragen und schildern ihre Symptome und Beschwerden auf unterschiedlichem sprachlichem Niveau abhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht. Angehörige der sozialen Mittelschicht äußern sich bezüglich ihrer Krankheitssymptome in einer der Medizin nahen Sprache. Demzufolge verfügen sie über ein sogenanntes *endogenes Krankheitsverständnis*. PatientInnen aus einer niedrigeren sozialen Schicht artikulieren sich oft in einer medizinfernen Sprache und weisen somit ein *exogenes Krankheitsverständnis* auf (vgl. Allaoui 2005: 13f.). In medizinischen Gesprächen treffen folglich Beteiligte aus unterschiedlichen sozialen Umfeldern sowie mit unterschiedlichem Wissen aufeinander und ein Machtgefälle tritt auf. Angelelli (2004a: 86) thematisiert in diesem Zusammenhang Ziele und Erwartungen der GesprächsteilnehmerInnen als wichtigen Aspekt der Kommunikation. Auf der einen Seite benötigen die PatientInnen medizinische Hilfe und erwarten, dass man ihnen zuhört. Auf der anderen Seite verfolgen

MedizinerInnen das Ziel, ihr Fachwissen den PatientInnen zur Verfügung zu stellen und erwarten von diesen, die für die Diagnose notwendigen Informationen zu liefern.

Ein für den Gesprächserfolg relevanter Faktor zwischen den Beteiligten ist die Zugehörigkeit der PatientInnen zu einer Parakultur, Diakultur und Idiokultur (vgl. Vermeer 1986: 32f.), nach welchen kulturelle Erfahrungen auf unterschiedlichen Ebenen in die Kommunikation miteinbezogen werden. Diese Erfahrungen haben Einfluss auf Verhalten sowie Ausdrucksweise eines jeden Individuums und sollten dem Arzt/der Ärztin bewusst sein (vgl. Allaoui 2005: 16f.).

Das Arzt/Ärztin-PatientIn-Gespräch wird von verschiedenen kulturellen, sozioökonomischen und sprachlichen Faktoren der Gesprächsbeteiligten beeinflusst. Unterschiedliche Erwartungen sowie ein unterschiedliches Krankheitsverständnis der PatientInnen als auch die ungleiche Machtverteilung können zu Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen PatientInnen sowie medizinischem Fachpersonal führen und machen die Komplexität von medizinischen Gesprächen deutlich. Dennoch ermöglicht das Gespräch dem/r PatientIn, Informationen zu erhalten sowie Verständnis für die Erkrankung und Behandlung zu gewinnen. Zweifel und Missverständnisse können durch den kommunikativen Austausch mit dem/r behandelnden Arzt/Ärztin angesprochen und geklärt werden. Gleichzeitig eröffnet sich dem/r MedizinerIn die Möglichkeit, Behandlungsstrategien zu erläutern und den/die PatientIn zu motivieren. Durch Feedback des Patienten/der Patientin kann sowohl eine Optimierung der Therapie erzielt werden als auch der Erfahrungshorizont und das Wissen des Mediziners/der Medizinerin erweitert werden. Die Zufriedenheit der Gesprächsparteien wird gesteigert und das Vertrauen in der Arzt /Ärztin-PatientIn-Beziehung wird gefördert (vgl. Gonzalez-Nava 2009: 82).

2.2 Modelle der Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung

Vor allem jüngere PatientInnen entwickeln vermehrt den Wunsch nach Selbstbestimmtheit und Mitwirkung an der eigenen Behandlung. MedizinerInnen müssen im Stande sein, ihren PatientInnen mehr Selbstbestimmtheit zu gewähren und erkennen können, wie viel Verantwortung ihnen übertragen werden kann. Die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn äußert sich in der kommunikativen Interaktion und ist entscheidend für den weiteren Behandlungsverlauf (vgl. Bechmann 2014: 130f.). Im Folgenden soll auf die vier Modelle der Arzt/Ärztin-PatientIn-Interaktion näher eingegangen werden.

Zuallererst ist das paternalistische Modell in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung zu nennen, welches den/die PatientIn aus dem Prozess der Entscheidungsfindung autoritär

ausschließt, da aus dieser Perspektive einzig und allein der Arzt oder die Ärztin durch seine/ihre Ausbildung und Erfahrung fähig ist, Entscheidung zum Wohle des Patienten/der Patientin treffen zu können. Charakteristisch sind hierbei einerseits *Mitteilungen, Verordnungen* und *Kontrolle* des Mediziners/der Medizinerin und andererseits *Fügung, Duldung* und *Rezeption* vonseiten der PatientInnen. Den PatientInnen wird jegliche Autonomie genommen und nach heutigen medizinischen Standards gilt dieses Modell als veraltet, wird aber dennoch noch häufig angewandt (vgl. Bechmann 2014: 131f.).

Das zweite Modell in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung ist informativ gestaltet und weist den PatientInnen die Rolle eines Konsumenten/einer Konsumentin zu, der/die Dienstleistungen in Anspruch nimmt und sich eigenständig Informationen einholt und auf Basis dessen Entscheidungen in Hinblick auf den weiteren Behandlungsverlauf hat. Der/die MedizinerIn nimmt bei diesem Modell die ExpertInnenrolle ein, welche/r als VerkäuferIn bzw. BeraterIn eine Dienstleistung anbietet oder seine/ihre Empfehlung ausspricht. Die bestehende Asymmetrie zwischen den Gesprächsbeteiligten verlagert sich zugunsten der PatientInnen als alleinige/n EntscheidungsträgerIn. Trotz der gewonnenen, hohen Selbstbestimmtheit für den/die PatientIn widerspricht dieses Modell dem Selbstverständnis des Arztes/der Ärztin als HeilerIn und HelferIn und sollte nur in bestimmten Fällen angewandt werden, beispielsweise bei Privatleistungen (vgl. Bechmann 2014: 133f.).

Beim abwägenden Modell, das auch partnerschaftliches Modell genannt wird, handelt es sich um eine Beziehung auf Augenhöhe zwischen MedizinerIn und PatientIn, welche auf einer gemeinsamen Zusammenarbeit aufbaut. Der Arzt oder die Ärztin tritt als LehrerIn bzw. FreundIn auf und Entscheidungen werden auf Basis eines partnerschaftlichen Dialogs getroffen. Trotz der gleichberechtigten Beziehung zwischen den Beteiligten herrschen immer noch asymmetrische Aspekte vor (vgl. Bechmann 2014: 135f.).

Abschließend ist das Modell des *shared decision making* zu erwähnen, welches in Anlehnung an das partnerschaftliche Modell die wechselseitigen Prozesse der Berücksichtigung von medizinischen und psychologischen Erfordernissen umfasst. Ziel dieses Modells ist es, in mehreren Schritten gemeinsam Therapieziele festzulegen und zu verantworten. Das bedeutet, dass die Entscheidungsfindung und die Verantwortung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn aufgeteilt sind und Änderungen im Behandlungsverlauf von beiden Seiten vorgenommen werden können. Vonseiten des Patienten/der Patientin muss eine Bereitschaft vorliegen, wichtige Informationen zu teilen und auch mögliche Konsequenzen zu tragen. Das *shared decision making* Modell verdeutlicht das heute oft vorherrschende Selbstverständnis der meisten PatientInnen und ÄrztInnen. PatientInnen streben eine stärkere

Einbindung in die medizinischen Behandlungsprozesse an. Dieses auf Partizipation basierende Modell wird vermehrt bevorzugt, da es die gewünschte Eigenverantwortung der PatientInnen inkludiert und nachweislich das Therapieergebnis positiv beeinflussen kann. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass von beiden Seiten eine hohe fachliche, soziale, emotionale und kommunikative Kompetenz erforderlich wird, es sich um ein sehr zeitintensives Prozedere handelt und der/die behandelnde MedizinerIn behutsam darauf achten muss, wie viel Verantwortung an den/die PatientIn abgegeben werden kann (vgl. Bechmann 2014: 136ff.).

2.3 Das gedolmetschte medizinische Gespräch

Die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist eine äußerst komplexe Angelegenheit, wie in den vorherigen Kapiteln verdeutlicht wurde. Sprachliche sowie kulturelle Barrieren können den Aufbau einer guten Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn behindern, was wiederum Einfluss auf Diagnose, Behandlung und Genesung hat (vgl. Angelelli 2004a: 19f.). Der Einsatz von Community Interpreters bei medizinischen Gesprächen zur Verständigung der Gesprächsbeteiligten stellt eine besondere Gesprächskonstellation dar und wird im folgenden Teil näher erläutert.

Das in einem medizinischen Setting stattfindende gedolmetschte Gespräch (etwa in einer medizinischen Einrichtung) ist Wadensjö (1992: 64f.) zufolge ein *situiertes Tätigkeitssystem*, welches sich durch die Anwesenheit von mindestens drei Personen auszeichnet und auch als Triade bezeichnet wird. Hierbei stehen sich die primären Gesprächsparteien (*primary parties*), also Arzt/Ärztin und PatientIn, gegenüber und kommunizieren mittels eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin miteinander. Der/die DolmetscherIn ist als Einzige/r im Stande alles zu verstehen, was die primären Gesprächsparteien äußern. Er/sie übernimmt somit die exklusive Rolle des Sprechers/der Sprecherin und des Zuhörers/der ZuhörerIn. Der/die DolmetscherIn kann eine Verbindung zwischen den Gesprächsparteien herstellen, fördern sowie kontrollieren (vgl. Wadensjö 1998: 148) und nimmt dadurch eine besondere, potenziell mächtige Mittelposition ein (vgl. Wadensjö 2002: 368). Im Normalfall kommen in der Kommunikation zwischen MedizinerIn und fremdsprachigen PatientInnen zwei unterschiedliche Sprachen sowie nonverbale Zeichen des jeweiligen Sprachsystems zum Einsatz. Angelelli (2004a: 7ff.) vertritt den Standpunkt, dass der/die DolmetscherIn als aktive/r KommunikationsteilnehmerIn fungiert und in der Lage ist, den Gesprächsverlauf zu beeinflussen, indem die eigenen Sprachkenntnisse sowie sein/ihr sozio-kultureller Hintergrund ins Gespräch miteingebracht werden, was ebenfalls einen Einfluss auf den Ausgang des medizinischen Gesprächs haben kann. Deshalb sind

DolmetscherInnen sichtbare Gesprächsbeteiligte, die mittels ihrer Präsenz am Geschehen teilnehmen und dieses aktiv mitgestalten, weshalb sie in diesem Zusammenhang als *co-participants* (Mitwirkende) bezeichnet werden (vgl. *ibid.*). Gleichzeitig werden durch die Anwesenheit eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin einerseits die verbale Kommunikation und andererseits die nonverbale Reziprozität (gegenseitiges Senden und Empfangen von Signalen) zwischen den Gesprächsbeteiligten verringert. Demnach kann das medizinische Gespräch weniger persönlich erscheinen und das Gefühl der Verbundenheit des Patienten/der Patientin zum/zur MedizinerIn beeinträchtigt werden (vgl. Angelelli 2004a: 24). Außerdem herrscht im Beisein einer dritten Person weniger Privatsphäre und Intimität zwischen den Gesprächsbeteiligten (*ibid.*; vgl. Baker et al. 1998). Die Positionierung in Form eines Dreiecks kann jedoch hilfreich sein, um die primären GesprächsteilnehmerInnen hervorzuheben und ihre Aufmerksamkeit auf das Gespräch zu lenken, während sich Community Interpreters dem Sprachtransfer widmen. Die Gesprächsbeteiligten können sich dadurch ihrer Rolle im Gespräch auch nicht so leicht entziehen (vgl. Gentile et al. 1996: 18). Die geringe Anzahl an GesprächsteilnehmerInnen ermöglicht den Konsektivmodus als die im Community Interpreting bevorzugte Dolmetschtechnik, die es erlaubt, bei nicht (vollständig) verstandenen Äußerungen nachzufragen, was gemeint war (vgl. *ibid.*: 25). Darüber hinaus spielt die emotionale sowie empathische Nähe bzw. Distanz aller anwesenden Personen eine wichtige Rolle in der Beziehungstriade. Die Anwesenden sollten zueinander weder eine zu große Distanz noch Nähe einnehmen (vgl. Allaoui 2005: 34), was durch die oben beschriebene triadische Aufstellung erzielt werden kann. Kommunikation durch DolmetscherInnen ist ein zweischneidiges Schwert, das auch negative Seiten birgt, wie beispielsweise die oben beschriebene fehlende Privatsphäre, welche den Aufbau einer Beziehung zwischen Medizinpersonal und PatientIn wesentlich beeinträchtigen können. Eine angemessene Sprachmittlung durch eine/n DolmetscherIn kann andererseits den Informationsaustausch zwischen medizinischem Personal und fremdsprachigen PatientInnen erleichtern und somit einen positiven Einfluss auf deren Wohlbefinden haben (vgl. Angelelli 2004a: 25). Der Einsatz von DolmetscherInnen bei medizinischen Gesprächen zielt darauf ab, eine Verbesserung hinsichtlich Verständnis und Vertrauen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen zu ermöglichen und die PatientInnenzufriedenheit zu fördern. In weiterer Folge wird dadurch eine verbesserte Bereitstellung von klinischen, therapeutischen und präventiven Maßnahmen ermöglicht. Das verbesserte Verständnis zwischen den am Gespräch Beteiligten fördert die Motivation des Patienten/der Patientin, sich beispielsweise weitere Folgetermine zu vereinbaren und diese auch einzuhalten. Dem Arzt/der Ärztin wird zugleich Vertrauen in die gestellte Diagnose und

Verständnis vonseiten des fremdsprachigen Patienten/der fremdsprachigen Patientin bezüglich möglicher Risiken und Vorteile von bestimmten Behandlungen und Therapien entgegengebracht (vgl. Jacobs et al. 2001: 427). Community Interpreters als Mitglieder der Gesellschaft ermöglichen eine adäquate Kommunikation zwischen den Angehörigen von Minderheitssprachen sowie von Mehrheitssprachen und fungieren dadurch als Schlüsselfigur in der Kommunikation (vgl. Angelelli 2004b: 89).

2.4 Das Kind als PatientIn

Unabhängig davon, ob es sich um ein Kind oder eine erwachsene Person handelt, ist die wichtigste psychologische Hilfestellung bei Erkrankungen die medizinische Aufklärung. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist bei Kindern jedoch anders als bei Erwachsenen. Folglich ist bei Gesprächen mit kranken Kindern ein spezielles entwicklungspsychologisches Wissen in Bezug auf Körper, Gesundheit, Krankheit sowie Tod vonnöten (vgl. Topf 2014: 167f.). Im folgenden Abschnitt werden die Kommunikation und Beziehung zwischen MedizinerInnen und Kindern als PatientInnengruppe und die Faktoren, die diesbezüglich nicht außer Acht gelassen werden sollten, beschrieben.

Kinder und Jugendliche haben im Gegensatz zu Erwachsenen größere Berührungängste, weil sie mit ärztlichen Untersuchungen und dem institutionellen Rahmen einer medizinischen Einrichtung nicht im gleichen Maße vertraut sind wie Erwachsene. Es fehlt ihnen an Erfahrung in der Gesprächsroutine, auf welche Erwachsene zurückgreifen können. Aufgrund dessen ist es vonseiten der ÄrztInnen wichtig, ausreichende Erklärungen in das Gespräch zu integrieren und dieses behutsam zu lenken (vgl. Bechmann 2014: 216). Eine entsprechende Vorbereitung der Kinder auf bevorstehende medizinische Untersuchungen und Behandlungen stellt ebenfalls einen äußerst relevanten Faktor im medizinischen Gespräch dar. Ängste werden dadurch abgebaut und die Kooperation der Kinder (und Jugendlichen) und ihrer Familien wird gefördert. Eine kindgerechte Umgebung und Atmosphäre können zusätzlich zur Vorbereitung hilfreich sein, damit positive Assoziationen zum medizinischen Kontext geschaffen werden. Zusätzlich können Erklärungen durch den Gebrauch von Zeichnungen, Sachbilderbüchern oder Videos über den menschlichen Körper verdeutlicht werden (vgl. Damm et al. 2014: 20-21; Topf 2014: 171).

Dem dialogischen Ablauf der Aufklärung kommt im medizinischen Gespräch eine besondere Bedeutung zu. Der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin muss dem Kind immer wieder Rückfragen stellen sowie Zeit und Raum einräumen, um erkennen zu können, ob die Informationen zu Diagnose, Behandlung, Therapie etc. für das Kind verständlich sind (Topf

2014: 172). Als Hilfestellung kann hierbei das sogenannte *online commentary* dienen, bei welchem der/die MedizinerIn bei der körperlichen Untersuchung alles erklärt, was er/sie sieht, hört oder erkennt (vgl. Heritage & Stivers 1999: 1501f.). Dadurch fühlen sich Kinder in das Gespräch einbezogen, fassen Vertrauen und Ängste werden verringert (vgl. Damm et al. 2014: 22). Eine offene Kommunikation im dialogischen Gespräch mit den Kindern ist dabei wichtig, damit sich diese mit der Krankheit auseinandersetzen können. Werden nicht ausreichende oder keine Informationen übermittelt, so ist das Kind auf Bemerkungen angewiesen, die es zufällig mitbekommt und auf seine Phantasie zur Einschätzung der veränderten Situation. Als Konsequenz dessen können plagende Phantasien und Ängste entstehen und folglich auch zu psychopathologischen Störungen führen. Mit einer offenen Kommunikationsform, welche den kognitiven Entwicklungsstand des Kindes und sein Krankheitsverständnis sowie seinen gegenwärtigen Wissenstand miteinander vereint, können solche Störungen vermieden werden. Das medizinische Gespräch erlaubt es dem Kind, die handlungssprachlichen Aktivitäten der ÄrztInnen, wie etwa behandlingstechnische Abläufe, Medikamentenverschreibungen oder diagnostische Verfahren in gedankliche und somit in sprachliche Denkmuster zu übersetzen (vgl. Topf 2014: 171).

Abhängig von Alter und Entwicklungsstand sind Kinder (nicht) im Stande, ihre Symptome zu beschreiben und auf Fragen zielführende Antworten zu geben. In der ärztlichen Gesprächsführung ergibt sich dieses Phänomen ebenso bei z. B. Pflegefällen, dementen oder geistig beeinträchtigten PatientInnen sowie alkoholisierten Personen. Hierbei fehlt es an kommunikativer Kompetenz und es kann kein sinnvolles Arzt/Ärztin-PatientIn-Gespräch stattfinden, weswegen die behandelnden MedizinerInnen auf somatische Befunde und eine mögliche Fremdanamnese angewiesen sind (vgl. Bechmann 2014: 218). Eine Fremdanamnese findet durch Angehörige oder Begleitpersonen des Patienten/der Patientin statt. Die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung des Kindes ist im medizinischen Gespräch neben der sprachlichen Fähigkeit genauso bedeutend, da diese die Vorstellungen des Kindes von Gesundheit, Krankheit, vom menschlichen Körper, Krankheitsursachen, medizinischen Verfahren sowie Tod und Sterben prägen (vgl. Damm et al. 2014: 28).

Während Erwachsene den Fokus im medizinischen Gespräch auf das große Ganze legen, inklusive der physischen, psychischen und sozialen Folgen, ist die kognitive Leistungsfähigkeit und Aufnahmefähigkeit bei Kindern und Jugendlichen geringer. Bei der Interaktion mit Kindern als PatientInnen sollten die dargebotenen Informationen nicht allzu umfassend sein und das Gespräch auch nicht zu lange dauern. Vor allem der natürliche Bewegungsdrang von Kindern kann ihre Kapazität zur Aufnahme von Informationen

verringern. Wichtige Details sollten daher im Anschluss an die Untersuchung mit den Eltern besprochen werden. Dennoch steht das Kind medizinisch sowie kommunikativ im Mittelpunkt und seine Bedürfnisse sollten beachtet werden (vgl. Bechmann 2014: 217ff.).

Der mehrseitige Kommunikationsprozess zwischen Arzt/Ärztin, Eltern und Kind kann sich als komplex erweisen und wird im nachfolgenden Unterkapitel näher beschrieben. Die vielschichtigen Inhalte eines medizinischen Aufklärungsgesprächs in eine dem Kind verständliche Form zu vermitteln, stellt für den Arzt bzw. die Ärztin eine hohe Anforderung dar, da in der medizinischen Kommunikation bei Kindern in Vergleich zu Erwachsenen verschiedene weitere zu beachtende Faktoren hinzukommen. Das Verständnis des Kindes in Bezug auf die Informationsvermittlung durch den/die MedizinerIn lässt sich immer erst durch einen Dialog mit dem Kind als PatientIn erschließen und gilt somit als Schlüssel für eine erfolgreiche Kommunikation mit Kindern und ihren Angehörigen (vgl. Topf 2014: 172).

2.5 Mehrseitiger Kommunikationsprozess

Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt wurde, ist die Informationsvermittlung durch den Arzt oder die Ärztin bei Kindern durch Einfachheit, Vermeidung komplexer Sachverhalte und Bildhaftigkeit geprägt. Das medizinische Gespräch muss in Anwesenheit eines Elternteils stattfinden (siehe Kapitel 1.4), was gleichzeitig wichtig ist, um den Kindern die Angst vor ungewohnten Situationen zu nehmen (vgl. Bechmann 2014: 218). Es bedarf einer aktiven Gestaltung solcher komplexen Mehrpersonenbeziehungen, da alle Anwesenden gewisse Perspektiven, Erwartungen und Annahmen mit sich bringen. Möglicherweise anwesende Pflegekräfte oder weitere Familienangehörige, wie etwa Geschwister oder Großeltern, beeinflussen die Interaktion auch wesentlich (vgl. Damm et al. 2014: 23).

Das erforderliche Oszillieren der Gesprächsführung zwischen Kind und anwesendem Elternteil kann sich schnell zu einem Gespräch zwischen Erwachsenen entwickeln, in welchem über das Kind hinweg gesprochen wird. Dem/der PatientIn werden in solchen Situationen keine eindeutigen Botschaften signalisiert (vgl. Topf 2014: 171). Häufig wird die kindliche Fähigkeit, eigene Sichtweisen in die Unterhaltung miteinzubringen, unterschätzt, weswegen das Kind oft in eine passive Rolle versetzt wird. Das Pflichtgefühl der Eltern, die Erwartungshaltung der ÄrztInnen zu erfüllen und zur Diagnose beitragen zu müssen, veranlasst sie, direkt zur Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Kind beizusteuern. Eine scheinbare Allianz zwischen Kind und MedizinerIn kann der Beziehungsebene zwischen Eltern und Kind schaden (vgl. Damm et al. 2014: 23), genauso wie Störungen in der Beziehung zwischen Eltern und Arzt/Ärztin sich unmittelbar auf das Kind projizieren und somit Einfluss auf die

Vertrauensbasis der Anwesenden haben. Kinder und Jugendliche können nur in eingeschränkter Form für das eigene Handeln die Verantwortung tragen, weswegen das in Unterkapitel 2.2 beschriebene paternalistische Beziehungsmodell in der Interaktion mit Kindern und Jugendlichen notwendig und sinnvoll scheint. Das von vielen MedizinerInnen favorisierte Beziehungsmodell des *shared decision making* hingegen wäre nur bedingt anwendbar (vgl. Bechmann 2014: 217).

Bei Erkrankung eines Kindes entstehen nicht nur Sorgen und Ängste um die eigene Gesundheit und vor der bevorstehenden medizinischen Behandlung, sondern auch seitens der Eltern eine gewisse Abhängigkeit vom Krankenhaussystem bzw. von dem/der MedizinerIn. Die Schwere der Krankheitssymptome des Kindes, seine soziale Stellung als auch der Ruf des Mediziners/der Medizinerin bzw. der medizinischen Einrichtung bestimmen die Intensität der Ängste und Sorgen der Eltern. Folglich haben deren Ängste und Sorgen Auswirkungen auf das erkrankte Kind hinsichtlich der anstehenden Geschehnisse. Je jünger der/die PatientIn ist, desto mehr sind die Ängste der Eltern maßgebend für das Kind. Je älter es jedoch ist, umso mehr kann es sich sowohl psychologisch als auch juristisch einbringen und selbstbestimmend handeln (vgl. Topf 2014: 162ff.). Neben den Sorgen der Eltern erschweren auch die an die behandelnden ÄrztInnen gestellten Herausforderungen die Kommunikation zwischen den Beteiligten, welche die komplexe Interaktion mit Eltern und erkranktem Kind handhaben müssen. Hinzu kommen strukturelle Defizite, wie z. B. geringe pädiatrische Ausstattung der Versorgungseinheiten oder Personalmangel, die den Druck weiter erhöhen (vgl. Damm et al. 2014: 74).

Ein weiterer wesentlicher Faktor in der Arzt-Eltern-Kind-Kommunikation ist der kulturelle Hintergrund, aus dem sie stammen: Für Kinder besteht ein großer Unterschied darin, ob sie mit den Familienangehörigen als Flüchtling oder NeuzuwanderIn nach Österreich gekommen sind, oder ob die Eltern als MigrantInnen schon seit längerem hier leben und folglich eine medizinische Behandlung benötigen. Bei der medizinischen Behandlung von fremdsprachigen Kindern treffen unterschiedliche Kulturkreise aufeinander, was somit die sprachliche Verständigung insbesondere durch die komplexen Sachverhalte in einer Sprache hinsichtlich Diagnose, Behandlung und Genesung erschweren kann. In den letzten Jahrzehnten wurde der Fokus in der wissenschaftlichen Forschung unter anderem auch auf die kulturellen Aspekte in der Behandlung der PatientInnen gelegt. Um den heutigen Aufgaben seitens der ÄrztInnen im Hinblick auf eine adäquate medizinische Behandlung der Kinder in Bezug auf juristische und psychosoziale Aspekte gerecht zu werden, gilt es nicht nur, die komplexe medizinische „Kultursprache“ sprachlich in die Alltagssprache der Angehörigen zu vermitteln,

sondern diese auch fast simultan für die Kinder zu übersetzen. In einigen Spezialdisziplinen der (österreichischen) Pädiatrie, beispielsweise der pädiatrischen Hämatologie, Onkologie oder Neuropädiatrie, hat man sich dazu entschieden, ExpertInnen aus anderen Bereichen, etwa der Psychologie oder des Dolmetschens, zu integrieren, um kulturelle und sprachliche Herausforderungen überwinden zu können (vgl. Topf 2014: 163ff.).

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass die Entscheidungsfindung in Bezug auf medizinische Behandlungen auf Seiten der Eltern oder Erziehungsberechtigten liegt, jedoch liegt je nach Alter auf medizinischer und kommunikativer Ebene das Hauptaugenmerk auf dem Kind, welches Teil der Interaktion ist und dessen Bedürfnisse sich von jenen der Eltern unterscheiden können (vgl. Bechmann 2014: 217).

3. Dolmetschen für Kinder

Im öffentlichen Sektor zählen vor allem Erwachsene zur Klientel von DolmetscherInnen. Dolmetschen für Kinder und Jugendliche jedoch, welches unter anderem bei Polizeiverhören, im Asylverfahren, oder in den Bereichen der Kinderbetreuung und Sozialhilfe erforderlich sein kann, ist ein wenig erforschtes Feld der Community Interpreting-Forschung, obwohl es für DolmetscherInnen von äußerster Wichtigkeit ist, mit solchen kommunikativen Situationen entsprechend umgehen zu können. Tatsächlich wurden bisher nur wenige Studien hinsichtlich des Gebärdensprachdolmetschens für Kinder an Schulen (vgl. Schick 2001; Brown & Schick 2011) sowie des Dolmetschens für Minderjährige im Asylverfahren (vgl. Keselman et al. 2008; 2010) in den letzten Jahren durchgeführt. Bisher fehlt es aber an grundlegendem Wissen in Bezug auf dolmetschgestützte Gespräche mit Kindern. Im Speziellen, welche Techniken diesbezüglich in der Dolmetschausbildung unterrichtet werden sollten (vgl. Nilsen 2013: 14), wie hoch die Nachfrage nach Community Interpreters für Kinder ist, wie häufig diese spezifische Gesprächskonstellation vorkommt und welche Herausforderungen sich in derartigen Situationen zeigen (vgl. Nilsen 2015: 121). Im folgenden Kapitel sollen einige relevante Publikationen der vergangenen Jahre kurz beleuchtet werden und anschließend auf theoretischer Basis auf zentrale Aspekte des Dolmetschens für Kinder sowie Dolmetschtechniken in pädiatrischen Einrichtungen genauer eingegangen werden.

Im Mittelpunkt der von Keselman et al. im Jahre 2010 durgeführten Studie stand die Untersuchung der interaktiven Teilnahme von asylsuchenden russischen Jugendlichen in Schweden in Beisein eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin. Insgesamt wurden Asylanhörungen von 26 Minderjährigen zwischen 14 und 18 Jahren mit 18 verschiedenen DolmetscherInnen untersucht. Dabei wurde analysiert, inwieweit die DolmetscherInnen zur

Entmachtung der Minderjährigen beitragen können, indem sie sie von der Interaktion ausschließen, ihre Stimme verzerren, sie diskreditieren und sie in ihren Antworten beeinflussen. Es wurde angenommen, dass der TeilnehmerInnenstatus der AsylwerberInnen interaktiv konstruiert wird. Die Ergebnisse der Untersuchung haben gezeigt, dass DolmetscherInnen äußerst mächtige TeilnehmerInnen bei Asylanörungen sein können, wenn sie in der Interaktion mit den zuständigen SachbearbeiterInnen die asylsuchenden Jugendlichen als NebenteilnehmerInnen positionieren (vgl. Keselman et al. 2010: 83f.). Während sich vorläufige Studien im Feld des CI und der Asylanörungen nur mit Fragen des Status, der Verantwortung, der gegenseitigen Orientierung und des Hintergrundwissens der erwachsenen TeilnehmerInnen befassen, untersuchte die Studie von Keselman et al. die Besonderheit der Interaktionsdynamik im Kontext mit dem Kind als AntragstellerIn. Diese diskursanalytische Studie ist daher eine der ersten Versuche, die Art und Weise zu beleuchten, wie asylsuchende Minderjährige im Rahmen von Asylanörungen entmachteter werden können, insbesondere wenn unqualifizierte DolmetscherInnen beteiligt sind (vgl. *ibid.*: 100f.).

Jene (wissenschaftliche) Artikel, welche sich dem Dolmetschen für Kinder widmen, nehmen meistens den Bereich der kognitiven Entwicklung als Ausgangsbasis, wurden aus Erkenntnissen der gebärdensprachlichen Untersuchungen und Lehrmethoden mit Kindern abgeleitet oder entstammen der persönlichen Erfahrung der ForscherInnen (vgl. Schick 2001; Bjørnås: 2006; Rayes: 2008). Vor dem Hintergrund dieses Wissensdefizits zum Dolmetschen für Kinder wurde 2015 in Norwegen ein Forschungsprojekt initiiert, welches Dolmetschen für Kinder unter verschiedenen theoretischen Perspektiven auch aufgrund empirischer Daten untersucht (vgl. Nilsen 2015). Die Erkenntnisse wurden aus Publikationen über Mehrsprachigkeit im öffentlichen Sektor zusammengetragen und in Zusammenhang mit Kindern ethischer Minderheiten gebracht. So wurde untersucht, mittels welcher Kommunikationsmittel Kinder an einem dolmetschgestützten Gespräch teilnehmen und welche möglichen Strategien für diesen Dolmetschbereich zu erforschen sind. Die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes haben gezeigt, dass in den letzten 40 Jahren nicht nur der Bedarf an dolmetschgestützten Gesprächen im öffentlichen Sektor gestiegen ist, sondern auch ein professioneller Ausbildungsbedarf für dieses Tätigkeitsfeld in Verbindung mit Kindern und Jugendlichen. Neben fehlenden Forschungen auf diesem Gebiets gibt es einen eindeutigen Bedarf an einer Verbesserung der Kompetenzen, sowohl vonseiten der DolmetscherInnen als auch von jenen, die ihre Dienstleistungen in Anspruch nehmen, da DolmetscherInnen häufig mehr Rücksicht auf das Kind oder den/die Jugendliche/n nehmen als auf den/die Erwachsenen (vgl. Nilsen 2015: 121ff.).

Im Zuge des 2015 durchgeführten Projekts CO-Minor-IN/QUEST, welches in Zusammenarbeit mit dem *Criminal Justice Support Programme* der Generaldirektion Justiz der Europäischen Kommission durchgeführt wurde, konnte ebenfalls relevantes Wissen über das Dolmetschen für Kinder und Minderjährige gesammelt werden. Der Fokus des Projekts lag auf justizbehördlichen sowie polizeilichen Kommunikationssituationen, wie zum Beispiel Polizeiverhören, dennoch sind aus den gewonnenen Erkenntnissen auch für die vorliegende Masterarbeit relevante Inhalte abzuleiten. Insgesamt konnte aus der im Rahmen des Projekts durchgeführten Umfrage über Dolmetschen mit Kindern, an der mehr als 1000 Personen teilgenommen haben und in deren Rahmen Fragebögen von 610 Personen ausgefüllt und retourniert wurden, als zentrale Erkenntnis abgeleitet werden, dass VertreterInnen der Fachberufe (Polizei, Jugendamt etc.) häufig dem/r DolmetscherIn viel Verantwortung zuschreiben und diese/r diese zu übernehmen scheint. DolmetscherInnen erhalten im Vorfeld eines Einsatzes häufig kaum bis gar keine relevanten Informationen und auch kein Briefing, das ihnen zur Vorbereitung dienlich sein könnte. Dennoch werden sie während und nach der Dolmetschung als jene verantwortliche Partei gesehen, die für einen reibungslosen Kommunikationsablauf zwischen den Beteiligten sorgen sollte. Eine mögliche mangelhafte Dolmetschleistung kann aufgrund von fehlender Professionalität vonseiten der DolmetscherInnen entstehen, aber auch auf unzureichendes Briefing bzw. zu wenig übermittelte Informationen zum konkreten Fall zurückgeführt werden. Die ProjektleiterInnen kamen auf Grundlage der quantitativen Ergebnisse zu der Annahme, dass einerseits DolmetscherInnen von anderen Fachleuten nicht als Übersetzungsmaschinen betrachtet werden sollten, die zur Erfüllung jeglicher anfallender Aufgaben eingesetzt werden können, wie zum Beispiel zur Beruhigung eines/r Minderjährigen oder zur Erklärung von Fachterminologie, wenn die zuständigen Personen an ihre Grenzen stoßen. Auf der anderen Seite sollten sich DolmetscherInnen spezifische Dolmetschfertigkeiten aneignen sowie vermehrt in der Abgrenzung ihrer Rolle als DolmetscherIn geschult werden. Sie sollten auch über Durchsetzungsvermögen verfügen, um mit unangemessenen Erwartungen seitens der anderen Fachkräfte umgehen zu können oder um Aufgaben oder Aufträge abzulehnen, die nicht in ihre Zuständigkeit fallen. 81,1% der befragten DolmetscherInnen gaben an, keine spezielle Ausbildung oder Schulung für Dolmetscheinsätze für Kinder erhalten zu haben (vgl. Balogh & Salaets 2015: 200ff.).

3.1 Zentrale Aspekte des Dolmetschens für Kinder

Ein im Umgang mit Kindern häufig missachteter Aspekt ist, dass sie keine kleinen Erwachsenen sind. Ab dem Zeitpunkt ihrer Geburt bis zum Erwachsenenalter durchlaufen Kinder viele Stadien von komplexen Entwicklungsveränderungen (vgl. Schick 2001: 8). Die Komplexität des Dolmetschprozesses kann aus Sicht von Kindern zunächst rätselhaft erscheinen, da es für sie schwierig zu begreifen ist, dass eine Nachricht eines Erwachsenen durch eine andere Person kommuniziert wird. Abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes kann es die gedolmetschte Nachricht als eine von der dolmetschenden Person selbst stammende Nachricht wahrnehmen. Im folgenden Abschnitt der vorliegenden Masterarbeit werden zentrale Aspekte hinsichtlich des Dolmetschens für Kinder erläutert und Faktoren dargelegt, die im Speziellen für pädiatrische Einrichtungen relevant sein können.

3.1.1 Teilnahme am Gespräch

Inwieweit Kinder an einer dolmetschervermittelten Kommunikation mit Erwachsenen teilnehmen können, steht in engem Zusammenhang mit dem professionellen Verhalten der dolmetschenden Person. Kinder sind aufgrund ihres Status als Kinder und ihrer im Allgemeinen weniger ausgeprägten kommunikativen Fähigkeiten weniger in der Lage, ihre Rechte geltend zu machen oder ihren Wünschen und Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen (vgl. Nilsen 2015: 125). Die Kompetenz und das professionelle Verhalten von DolmetscherInnen können einen entscheidenden Einfluss auf zukünftige Ereignisse haben, wie beispielsweise auf die Fairness der Asylanhörungen (vgl. Keselman et al. 2010: 326). Um die Teilnahme des Kindes an einem dolmetschgestützten Gespräch ermöglichen zu können, muss Raum und Zeit für das sogenannte „*turn-taking*“ geschaffen werden. Hierbei handelt es sich um einen Redewechsel in Gesprächen und wird in gedolmetschten Situationen angewandt, um konsekutiv dolmetschen zu können. Sogar Kleinkinder können sich in gleichen Schritten wie Erwachsene dem dolmetschgestützten Gespräch anpassen, sofern der/die fremdsprachige GesprächsteilnehmerIn neben der dolmetschenden Person ebenfalls mit solch einer Kommunikationssituation umzugehen weiß. Dies gelingt unter der Voraussetzung, dass die erwachsene Gesprächspartei als Vorbild für das Kind fungiert, wie mittels eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin kommuniziert wird. Es ist aber wesentlich, dass der/die DolmetscherIn die Asymmetrie zwischen den GesprächsteilnehmerInnen nicht durch unprofessionelles Verhalten verstärkt, sondern das Kind ernst nimmt und angemessen dolmetscht (vgl. Nilsen 2015: 124f.).

Aus einer 2008 durchgeführten Studie, bei der die Befragung asylsuchender Minderjähriger im Alter von 13 bis 18 Jahren im Zentrum stand und die Genauigkeit der von

den DolmetscherInnen gelieferten Dolmetschungen evaluiert wurden, zeigte sich, dass die Qualität der Fragestellung maßgebend für die von den Jugendlichen gelieferten Antworten ist. Eine offene Fragestellung, Verwendung von kurzen Sätzen und Phrasen sowie die Vermeidung von komplizierten Aussagen tragen zu einem erhöhten Maß an Genauigkeit in der Dolmetschung und entsprechend zu einer genaueren Fragenbeantwortung bei. Die an der Befragung von asylsuchenden Minderjährigen teilnehmenden Personen, wie beispielsweise SachbearbeiterInnen oder JustizbeamtenInnen und DolmetscherInnen, sollten den Befragten die Kommunikation erleichtern und ihnen entsprechend gegenüberstehen. Dies setzt im Idealfall ein spezifisches Training voraus, in welchem die Merkmale einer zielführenden Interviewtechnik unterrichtet werden. Es sollte auch sichergestellt werden, dass ihre Zusammenarbeit der DolmetscherInnen und den behördlichen VertreterInnen auf einem gemeinsamen Verständnis dessen beruht, wie die Aussagen übertragen werden sollten und welche Bedeutungsveränderungen eintreten können, wenn Form und Struktur der Äußerungen geändert werden (vgl. Keselman et al. 2008: 106ff.; 133).

Gewisse Faktoren, die in der Kommunikation mit Kindern enthalten sind, können auch in der Kommunikation mit Erwachsenen auftreten. Jedoch sind einige damit verbundene Probleme oder Schwierigkeiten möglicherweise beim Umgang mit Kindern offensichtlicher, da ein asymmetrisches kommunikatives Machtverhältnis zwischen den Gesprächsbeteiligten besteht (vgl. Nilsen 2015: 125). Durch professionelles Verhalten vonseiten der DolmetscherInnen, welches Kinder in gleichen Teilen wie andere Anwesende am Gespräch teilnehmen lässt, sowie Rücksichtnahme vonseiten der erwachsenen Personen kann das asymmetrische Machtgefälle zwischen den der GesprächsteilnehmerInnen minimiert werden.

3.1.2 Nonverbale Kommunikation

Da die beiden primären Gesprächsparteien, d.h. Kind und erwachsene Person, nur durch eine/n DolmetscherIn verbal miteinander kommunizieren können, bleibt nur der nonverbale Kommunikationsweg als direkte Kommunikation erhalten. Wie eingangs bereits erwähnt, kann der Dolmetschprozess für Kinder äußerst komplex und schwierig zu verstehen sein. Dem Kind sollten zunächst die Rollen der GesprächspartnerInnen erklärt werden, ehe der/die Erwachsene eine Beziehung zum Kind mittels nonverbaler Kommunikation aufbauen kann. Zentral für die erwachsene Partei in der dolmetschgestützten Kommunikation mit einem Kind ist es, dessen Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Dies kann unter anderem auf der Grundlage eines Buches oder eines anderen vorhandenen Gegenstandes erfolgen, den sie im Dialog miteinander teilen oder über den sie sich unterhalten können (vgl. Nilsen 2013: 22f.). Andererseits erweckt der/die

DolmetscherIn durch Blickkontakt das Interesse des Kindes und stellt auf diese Weise eine Beziehung her, da der Blick in diesem Zusammenhang als Aufforderung zur Interaktion verstanden werden kann (vgl. *ibid.*: 22f.; vgl. Van Leeuwen & Jewitt 2001: 31). Für die primäre Gesprächspartei ist es herausfordernd, die Aufmerksamkeit des Kindes zu bewahren und nonverbalen Kontakt zu ihm aufrecht zu erhalten. Für den/die DolmetscherIn hingegen besteht eine gegensätzliche Herausforderung dadurch, dass er/sie nicht zu viel Aufmerksamkeit auf sich ziehen sollte. Eine durch eine/n DolmetscherIn unterstützte Gesprächssituation geht somit über die Annahme hinaus, lediglich verbale Kommunikation zu ermöglichen. In einem dolmetschgestützten Gespräch, vor allem mit Kindern, geht es unter anderem auch um die Herstellung und Erhaltung der direkten nonverbalen Kommunikation zwischen den primären Gesprächsparteien. Es kann sich jedoch als äußerst schwierig erweisen, „die goldene Mitte“ dieser Herausforderungen zu finden, etwa aufgrund der fehlenden Erfahrung der Kinder, und insbesondere von Kleinkindern, in der Kommunikation mit Fremden (vgl. Nilsen 2013: 23).

3.1.3 Prosodie und Sprachrhythmus

Der aus der Antike stammende Terminus *Prosodie* bezeichnete damals den melodischen Akzent der gesprochenen Sprache, auch Sprachmelodie genannt (vgl. Günther 1999: 15ff.). Im Laufe der Zeit durchlief der Begriff eine Reihe von Veränderungen hinsichtlich seiner Bedeutung und es gibt bis heute keine allgemein anerkannte Definition zu Prosodie. Im Allgemeinen wird Prosodie dem grammatischen bzw. poetischen System der Sprache zugeordnet und steht sowohl unter linguistisch bedingten stimmlichen Beeinflussungen der Sprache und weist auch außer-linguistische stimmliche Besonderheiten auf (vgl. *ibid.*: 15ff.).

Einer der größten Unterschiede in der Kommunikation mit Kindern im Vergleich zu Erwachsenen ist auf Prosodie zurückzuführen. Dieser Begriff umfasst Veränderungen der Tonlage, Lautstärke, Dauer eines Tons, Wiederholungen in der gesprochenen Sprache sowie der Mimik während des Sprechens. Prosodie ist bereits zu Beginn des Spracherwerbs im Kindesalter von großer Bedeutung und bleibt auch in späterer Folge für die Art, wie Bedeutung kommuniziert wird, wichtig. Das heißt, die Bedeutung einer Nachricht kann sowohl davon abgeleitet werden, was als auch wie etwas gesagt wird (vgl. Schick 2001: 10). Wenn Erwachsene mit Kindern sprechen, so ist eine Vielzahl an Veränderungen in ihrer Prosodie bemerkbar, die sich auf die stimmlichen und rhythmischen Eigenschaften der Sprache beziehen. Der Spracherwerb kann dadurch erleichtert und dem Kind die Intention des Erwachsenen besser verdeutlicht werden. Vor allem im Schulunterricht ist Prosodie äußerst nützlich und vielfach zu beobachten. LehrerInnen verwenden Prosodie aus unterschiedlichen Anlässen, etwa zum

Ausdruck von Gefühlen, Zweifel, Ermutigung sowie aus Gründen der Disziplin oder Dringlichkeit. Veränderungen sind auch dann zu beobachten, wenn Erwachsene mit Kindern mittels Gebärdensprache kommunizieren. Sie kommunizieren hierbei die Gebärden deutlich langsamer, verwenden mehr Gesichtsexpressionen und wiederholen unter Umständen einige Gebärden häufiger (vgl. Brown & Schick 2011: 24). LehrerInnen können Prosodie auch einsetzen, um Sprache in für Schulkinder leichter fassbare und verständlichere Einheiten zu gliedern und um dadurch Informationen über die Grammatik einer Sprache zu vermitteln. Des Weiteren vermittelt Prosodie eine Vielzahl von Informationen darüber, welche Worte in der gesprochenen oder gebärdensprachlichen Kommunikation wichtig sind, und weist darauf hin, was der/die LehrerIn tatsächlich von den SchülerInnen erwartet (vgl. *ibid.*: 24f.; Schick 2001: 10). Dies inkludiert neben der durch Prosodie vermittelten Fülle an Information auch beispielsweise Sarkasmus in der Stimme der Lehrperson. Bei im Bildungsbereich tätigen DolmetscherInnen ist die Fähigkeit erforderlich, dem Kind solche komplexen Veränderungen in der Prosodie auch in der Dolmetschung zu vermitteln. Dies verdeutlicht die wesentliche Rolle sowie Herausforderungen für DolmetscherInnen, die für Kinder dolmetschen. Die Vermittlung einer kindgerechten Prosodie kann das pädagogische Dolmetschen durchaus schwieriger gestalten als Community Interpreting für Erwachsene. In der Entwicklung der Sprachkenntnisse finden im Laufe der Schuljahre zweifellos wichtige Veränderungen statt, die demgemäß Auswirkungen auf das Dolmetschen haben (vgl. Brown & Schick 2011: 24f.; Schick 2001: 10f.). Die Annahme, dass ein für Erwachsene geeignetes Modell auf Kinder angewandt werden sollte oder könnte, ignoriert die grundlegenden Entwicklungsunterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern. So wie es Unterschiede in der Art und Weise gibt, wie gut Erwachsene mit Kindern arbeiten, gibt es ebenso Unterschiede in der Art und Weise, wie gut DolmetscherInnen mit Kindern arbeiten können (vgl. Schick 2001: 11f.).

3.2 Relevante Maßnahmen für pädiatrische Einrichtungen

Im folgenden Abschnitt werden jene Faktoren beschrieben, die relevante Maßnahmen für das Dolmetschen für Kinder in pädiatrischen Einrichtungen darstellen. Im Bereich der Medizin hat speziell auf dem Gebiet der Pädiatrie in Österreich in den letzten Dekaden eine Verlagerung des Fokus stattgefunden. Hauptaugenmerk ist das Kind in engem Zusammenhang mit seinem unmittelbaren Umfeld geworden, indem die Eltern in die Spitalsstruktur integriert und miteinbezogen wurden und nicht mehr nur das erkrankte Kind alleine in den Mittelpunkt gerückt wurde. Als eines der Pionierkrankenhäuser in Österreich in Bezug auf die Integration der Eltern gilt das St. Anna Kinderspital in Wien, dessen seit mehr als 150 Jahren bestehende

Strukturen neu aufgerollt und überdacht werden mussten, um eine Öffnung des Krankenhauses vornehmen zu können (vgl. Topf 2014: 7f.). Die Aufnahme der Familienmitglieder steht in engem Zusammenhang mit der Miteinbeziehung des kulturellen Hintergrundes des Patienten/der Patientin (vgl. Topf 2013: 157), weswegen auch die Sprache berücksichtigt werden muss. In den anfänglichen Phasen wurde im St. Anna Kinderkrankenhaus auf deutschsprachige Familienangehörige oder der Fremdsprache mächtige Krankenhausangestellte zurückgegriffen. Auf der einen Seite muss der/die Pädiate(r) ohnehin mit einem rechtlichen Vormund sprechen, d.h. mit den Eltern oder den gesetzlichen Erziehungsberechtigten, um Einwilligungen zu diagnostischen und behandlungstechnischen Maßnahmen einzuholen. Auf der anderen Seite kann auf Angestellte des Krankenhauses zurückgegriffen werden, die die Sprache des Patienten/der Patientin können und somit schnell zur Verfügung stehen. Dies dient heute jedoch nur als gelegentliche Lösung von Sprachbarrieren und ist im St. Anna Kinderspital nicht die vorrangigste Dolmetschform, weil sich hiermit auch einige Nachteile offenbaren. Es ist nicht ersichtlich, wie gut die MitarbeiterInnen des Krankenhauses die Sprache der PatientInnen tatsächlich beherrschen und häufig fühlen sie sich überfordert und genötigt durch die Doppelrolle des allzeit bereiten Dolmetschers/der allzeit bereiten Dolmetscherin, die ihnen neben der täglichen Arbeitsroutine auferlegt wird. Dementsprechend leidet die Dolmetschleistung darunter. Im Zuge seiner Forschung hat Dr. Reinhard Topf, Leiter der psychosozialen Betreuung der pädiatrischen Onkologie, einen DolmetscherInnendienst im St. Anna Kinderspital eingerichtet, für welchen bei Bedarf externe, professionell ausgebildete DolmetscherInnen auf Abruf zur Verfügung stehen. Dadurch kann ein Kontingent von 35 Sprachen der Stadt Wien abgedeckt werden. Derzeit sind mehr als 100 externe DolmetscherInnen auf Abruf für das St. Anna Kinderspital verfügbar, die in einem Zeitraum von 6 bis 12 Stunden zum Einsatz erscheinen können. Einsätze inkludieren u.a. Dolmetschungen von Mitteilungen der Erstdiagnose oder Rezidiven sowie anderen komplexen medizinischen Ereignissen, oder auch von Lösungen der unmittelbaren Probleme. Die DolmetscherInnen werden seitens der PsychologInnen der onkologischen Stationen angeleitet und bei Einsätzen im Krankenhaus aufgrund der äußerst belastenden psychischen Situationen bei schwerkranken Kindern gecoacht. Die PsychologInnen dienen als KrisenmanagerInnen, die während der Gespräche stets anwesend sind, bereiten die DolmetscherInnen auf die entsprechende Situation vor und führen im Anschluss ein Gespräch mit ihnen zur Sicherstellung der emotionalen Stützung der DolmetscherInnen. Aufgrund der geleisteten Arbeit durch Beiziehung von DolmetscherInnen wird der kulturelle Hintergrund der PatientInnenfamilie ersichtlich. Es kann kulturelles Wissen

und Verständnis vom Behandlungsteam über das Kind und dessen Angehörige erschlossen werden sowie Kulturwissen vermittelt werden. In der onkologisch-hämatologischen Abteilung des St. Anna Kinderspitals kommt eine Mischform der oben genannten Dolmetschformen, also mittels deutschsprachiger Familienmitglieder, fremdsprachiger KrankenhausmitarbeiterInnen oder mittels DolmetscherInnen zur Anwendung (vgl. Topf 2014: 172ff.). Wie bereits erwähnt, kommt die sprachliche Vermittlung durch deutschkundige Familienangehörige oder durch mehrsprachiges Krankenhauspersonal nur dann zur Anwendung, wenn kein/e externe/r DolmetscherIn für die jeweils benötigte Sprache verfügbar ist. Eibler et al. (2013: 185f.) kritisieren jedoch, dass Sprachprobleme in der Notfallambulanz des St. Anna Kinderspitals eine große Gefahrenquelle bezüglich der PatientInnenversorgung darstellen, wenn kein/e DolmetscherIn hinzugezogen werden kann und infolgedessen auf hausinternes Personal oder Angehörige zurückgegriffen werden muss, um bei Behandlungen, beispielsweise der Anamnese oder bei Therapiegesprächen, zu dolmetschen. Diese können nämlich dadurch nur teilweise, unrichtig oder in einigen Fällen auch gar nicht durchgeführt werden. Verständigungs- und Sprachprobleme können sowohl für die medizinischen Angestellten als auch die Familienangehörige ein erhebliches Problem darstellen.

3.3 Dolmetschtechniken im Umgang mit Kindern in pädiatrischen Einrichtungen

Da Informationen von Kindern anders verarbeitet werden als von Erwachsenen, haben sie auch andere Bedürfnisse und Prioritäten, denen nachgekommen werden sollte. Kinder verstehen Aussagen in einem wortwörtlichen Sinne und können abstrakten Begriffen nur schwer folgen. Dies kann vor allem bei medizinischen Informationen problematisch werden, da es sich hierbei meistens um abstrakte Informationen handelt. Jugendliche mögen zwar die kognitiven Fähigkeiten bereits erworben haben, die notwendig sind, um abstrakte Begriffe zu verstehen, bei Krankenhausaufenthalten hingegen können sie zu einer geistig jüngeren Auffassungsgabe für die Verarbeitung neuer Informationen zurückfallen. Das chronologische Alter ist nicht notwendigerweise mit dem emotionalen Alter oder dem Verständnisvermögen gleichzusetzen. Fachleute pädiatrischer Einrichtungen wissen, wie sie mittels Kommunikation Vertrauen zum/r jungen PatientIn aufbauen und gleichzeitig Verständnis ermöglichen können, was auch für die Dolmetschenden essentiell ist, um in medizinischen Settings kindgerecht dolmetschen zu können (vgl. Rayes 2008: 3).

Bewährte Methoden beim Dolmetschen für Kinder, welche verschiedene Sprachgruppen, ExpertInnen und Kinder selbst miteinbeziehen, müssen noch weiter untersucht

werden. Einige wichtige, bereits erforschte Strategien und Techniken beim Dolmetschen für Kinder werden in diesem Abschnitt der vorliegenden Arbeit unter anderem auf Basis von Publikationen von Conrad & Stegenga (2009), des von Saywitz und Walker (2008) veröffentlichten Artikels über Interviewtechniken mit Kindern im justizbehördlichen Rahmen dargelegt sowie auf Basis einer Forschungsarbeit, die im Rahmen des Medical Interpreter Projects 2008 vom Phoenix Children's Hospital in Arizona durchgeführt wurde.

Die erste und äußerst bedeutende Methode ist, sich als DolmetscherIn den Anwesenden vorzustellen und vor allem dem Kind zu erklären, was die Aufgabe eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin ist und wieso er/sie da ist (vgl. Rayes 2008: 5). Dies ist insofern sinnvoll, um eingangs beschriebenen Fehlwahrnehmungen des Kindes vorzubeugen. Die Verwendung der 3. Person Singular kann als Hilfestellung während der Dolmetschung genützt werden. Beispielsweise kann dies geschehen, indem der/die Dolmetschende Phrasen verwendet, wie: „*Er/sie sagt, dass...*“ und dabei auf die sprechende Person zeigt, um dem Kind die Rollenunterschiede zu veranschaulichen (vgl. Conrad & Stegenga 2009: 298). Obwohl DolmetscherInnen in ihrer Ausbildung häufig lernen, stets die 1. Person Singular beim Dolmetschen zu verwenden, ist es in gewissen Situationen, wie beispielsweise bei Kleinkindern, notwendig in die 3. Person Singular zu wechseln oder das Indefinitpronomen „man“ zu verwenden (vgl. Wadensjö 1998: 186).

Die an das Kind gestellten Anforderungen sollten seinem Entwicklungsstand entsprechen und an diesen angepasst werden. Probleme entstehen dann, wenn Fragen an das Kind gestellt werden, die zu komplex sind oder besonders abstrakte Konzepte enthalten und es nicht folgen kann. Die eingangs bereits beschriebene offene Fragestellung ist ausschlaggebend, um möglichst genaue Antworten zu erhalten. Geschlossene Fragen, welche mit „Ja“ und „Nein“ zu beantworten sind, können das Kind verleiten, eine Antwort zu geben, die es unter Umständen nicht völlig verstanden hat (vgl. Saywitz & Walker 2008: 26). In Bezug auf Kinder selbst und den Umgang mit ihnen in medizinischen Einrichtungen ist eine deutliche Artikulation wesentlich, was jedoch keinesfalls mit Bevormundung zu verwechseln ist. Um Aussagen so deutlich und verständlich wie möglich übermitteln zu können, können folgende Strategien hilfreich sein: Langsamer als üblich zu sprechen, Pausen beim Sprechen einzuhalten, mit einer tieferen anstatt mit einer hohen und lauten Stimme zu sprechen, Sätze auf ein Nomen und ein Verb zu reduzieren, einfache Begriffe statt Fachtermini zu verwenden, sich dem Tempo des Kindes anzupassen, anstatt diesem Informationen aufzuzwängen (vgl. Rayes 2008: 3).

Darüber hinaus müssen die anwesenden Personen und insbesondere der/die DolmetscherIn verstehen können, was das Kind sagt und wie etwas gemeint ist. Im

medizinischen Bereich können aber unzählige Faktoren eintreten, die zu einem erschwerten Verständnis dessen führen, was und wie ein Kind etwas äußert. Als Beispiele sind hier unter anderem das Alter des Kindes, insbesondere wenn es drei Jahre oder jünger ist, Hirn- bzw. Kopfverletzungen, Weinen und Lachen, Gemurmel, Emotionen, genetisch bedingte Erkrankungen, Sprach- oder Entwicklungsstörungen, Müdigkeit, Schüchternheit oder die Bereitschaft, (überhaupt) sprechen zu wollen usw. zu nennen. Sollten solche Faktoren auftreten, und der/die Dolmetschende dem Kind nicht folgen können, so sollte dieser Umstand vom/von der DolmetscherIn umgehend angesprochen werden und er/sie sich nicht nur an das Kind, sondern an alle anwesenden Personen richten. Zusätzlich kann die dolmetschende Person das Kind auffordern, das eben Gesagte zu wiederholen und nachfragen, ob es richtig verstanden wurde. Als weitere Hilfestellung können Utensilien, wie beispielsweise Stift und Papier, hinzugezogen werden, damit sich der/die PatientIn dadurch ausdrücken kann. Es ist vor allem wichtig, keine weiteren Fragen hinzuzufügen, da dies die Aufgabe jener Person ist, für die gedolmetscht wird, wie etwa für den/die PädaterIn. Im Zweifelsfall kann der/die DolmetscherIn sich an die Eltern oder Angehörige wenden, da diese das Kind meistens am besten verstehen können. Wenn die Eltern oder andere Personen im Raum erklären, was das Kind gesagt hat, so sollte diese Aussage für alle Anwesenden gedolmetscht werden. Äußerungen von mehreren Personen können während des Dolmetschens mittels Gesten oder Handzeichen aufgezeigt werden, um zu verdeutlichen, von wem welche Nachricht oder Aussage stammt (vgl. Rayes 2008: 3ff.).

Zu Anfang ist es wichtig, eine Beziehung und Vertrauen zum Kind aufzubauen. Das gründet vor allem auf der Tatsache, dass das Kind es nicht gewohnt ist, mit einer oder mehreren fremden Personen zu sprechen (vgl. Saywitz & Walker 2008: 26f.). Positionierung und Blickkontakt sind äußerst relevante Faktoren zur Etablierung von Vertrauen beim Dolmetschen mit einem Kind. Um die Distanz zu reduzieren, kann das Einnehmen derselben körperlichen Ebene des Kindes effektiv sein. Dies kann beispielsweise durch Sitzen oder Knien erfolgen, um bewussten Blickkontakt zum/r PatientIn herstellen zu können und ihn/sie gleichzeitig nicht zu überragen. Dank dieser Technik kann das Kind Vertrauen zum/r DolmetscherIn aufbauen (vgl. Rayes 2008: 6). Werden DolmetscherInnen hinter dem Kind positioniert, wird es ihnen erschwert, die Körpersprache und Gesichtsausdrücke des Kindes wahrzunehmen und notwendigerweise Mundbewegungen mitverfolgen zu können, sollte der/die PatientIn zum Beispiel leise sprechen (vgl. Balogh & Salaets 2015: 59ff.).

In einigen Familien ist es unüblich oder unerwünscht, gewisse Informationen mit den erkrankten Kindern zu teilen oder ihnen bestimmte Informationen anzuvertrauen, da in den

meisten Fällen die Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten das Kind schützen und vor Sorgen bewahren wollen. Medizinisches Fachpersonal in pädiatrischen Einrichtungen kann dieser Entscheidung unter Umständen nicht (immer) zustimmen und wird es bevorzugt miteinbeziehen wollen (vgl. Rayes 2008: 7). Wie aus den Unterkapiteln 1.4 und 2.5 der vorliegenden Masterarbeit hervorgeht, sind bei Minderjährigen die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten die EntscheidungsträgerInnen hinsichtlich medizinischer Angelegenheiten, Therapien, Untersuchungen etc. Bei Bedarf einer Unterhaltung unter den Erwachsenen in einem vom Kind getrennten Raum, um zur Entscheidung zu gelangen, was dem Kind mitgeteilt wird und welche Informationen ihm vorenthalten bleiben, kommt auch in diesem Fall der/die DolmetscherIn für die Anwesenden zum Einsatz. Es ist jedoch nicht Aufgabe der dolmetschenden Person, zur Vereinfachung bzw. Erleichterung dieses Gesprächs und der Entscheidungsfindung beizutragen. Der Großteil der medizinischen Fachkräfte orientiert sich an den Wünschen und Entscheidungen der Eltern und in vielen Fällen gelangen die Familienmitglieder nach etwas Zeit an den Punkt, ihrem Kind die zuvor verschwiegene medizinische Informationen mitzuteilen (vgl. Rayes 2008: 7).

4. Psychosoziale und psychologische Aspekte

Hinter der Bedeutung von Leben, Sterben und Tod steht Topf (2014: 168) zufolge eine kulturelle Dimension, die im Laufe der ontogenetischen Entwicklung eines Menschen entsteht und in der Interaktion der soziokulturellen Umgebungen, individuellen Einstellungen und Vorstellungen beeinflusst wird. Diese Auffassungen sind von kontinuierlichen Reifungsprozessen bestimmt und stehen in unmittelbarem Zusammenhang zur Entwicklung der intellektuellen Dimension (vgl. *ibid.*: 168). Wie im vorherigen Kapitel bereits ausgeführt wurde, steht das Krankheitsverständnis von Kindern in Abhängigkeit zu ihrem individuellen, kognitiven Entwicklungsstand. Im vorliegenden Kapitel dieser Masterarbeit soll näher darauf eingegangen werden, wie dieses Verständnis Form annimmt, welche Bedeutung Sterben und Tod für erkrankte Kinder haben kann und in weiterer Folge, welche psychologischen Aspekte für DolmetscherInnen in Relevanz treten, wenn sie für Kinder in medizinischen Einrichtungen dolmetschen. Darüber hinaus soll darauf eingegangen werden, welche Maßnahmen DolmetscherInnen selbst vor und nach einem solchen Dolmetscheinsatz ergreifen und welcher Coping-Strategien sie sich bedienen können, um die eigene Psychohygiene in Anbetracht der emotional belastenden Situationen aus dem Arbeitskontext zu unterstützen.

4.1 Krankheitsverständnis von Kindern

Die Vorstellungen und Konzepte über Tod und Sterben im Kindes- bzw. Jugendalter sind unterschiedlich zu jenen von Erwachsenen. Für die behandelnden MedizinerInnen ist es von äußerster Wichtigkeit, mit diesen Konzepten vertraut zu sein, damit im Umgang sowie im Gespräch mit dem betroffenen Kind oder dem/r minderjährigen PatientIn auf seine/ihre individuelle Vorstellungswelt eingegangen werden kann (vgl. Leiss 2014: 135). PädiaterInnen finden sich stets in der Rolle eines „Übersetzers/einer Übersetzerin“ wieder, indem sie ihren PatientInnen medizinische Fachinhalte vermitteln, ungeachtet der Tatsache, ob ein deutschsprachiges oder fremdsprachiges Kind behandelt und untersucht wird (vgl. Topf 2014: 161). Im folgenden Abschnitt sollen die alters- und entwicklungsunabhängigen Vorstellungen über Tod und Sterben bei Kindern und Jugendlichen veranschaulicht werden.

Voraussetzung für das Verständnis darüber, dass eine Person gestorben ist, ist die Erwerbung der Objektpermanenz bei Kindern. Demzufolge muss einem Kind bewusstwerden, dass Personen sowie auch andere Bestandteile ihrer Umwelt weiterhin bestehen, selbst wenn sie nicht direkt wahrnehmbar sind. Das heißt, dass ein Kind erkannt haben muss, dass seine Mutter noch weiter existiert, auch wenn sie gerade nicht im selben Raum ist. Noch vor den ersten acht bis zehn Lebensmonaten eines Kindes ist die kognitive Voraussetzung für das Konzept der Objektpermanenz nicht gegeben. Erst wenn die Fortexistenz einer Person gebildet wird, können sich erste Ansatzpunkte zum Verständnis über Tod entwickeln (vgl. Lohaus 1990: 67). Das erste Lebensjahr eines Kindes ist von jenem Entwicklungsschritt der Unterscheidung zwischen Selbst und Nicht-Selbst geprägt. Durch die herauskristallisierende Selbstwahrnehmung findet eine Trennung zwischen Selbst und Objekt statt, was in späterer Folge die Entwicklung des Todeskonzepts vorantreibt. Somit wird „unbelebt“ mit tot sein in Verbindung gebracht (vgl. Topf 2014: 162f.). Bis ins dritte Lebensjahr verfügen Kinder noch über kein Abstraktionsvermögen und keine Zeitvorstellung und befassen sich nicht mit dem Konzept des Sterbens und des Todes. Tod wird etwa mit Schlafen gleichgestellt und ist ein zeitlich begrenztes sowie widerrufliches Phänomen. Durch bestimmte Interventionen, so glauben Kinder, kann der Tod reversibel gemacht werden, etwa indem etwas Bestimmtes gegessen und getrunken wird oder aber auch gebetet wird. Ab dem dritten bis zum vierten Lebensjahr beginnen Kinder, gewisse Zusammenhänge zwischen Krankheit, Sterben und Trauer herzustellen. Mit dem fünften bis zum sechsten Lebensjahr entwickeln sie ein Verständnis darüber, dass Verstorbene keine Lebensfunktionen mehr besitzen und für immer weg sind. Zwischen dem siebten bis zum zehnten Lebensjahr können Kinder die Universalität des Sterbens verstehen und den Tod als endgültiges Schicksal eines Menschen nachvollziehen.

Furcht vor Schmerzen sowie davor, im Stich gelassen zu werden, wird vordergründig (vgl. Leiss 2014: 135; Lohaus 1990: 68f.). Darüber hinaus kann nachvollzogen werden, dass den Todesursachen sowohl externe Ursachen zugrunde liegen können, welche beispielsweise Mord oder Unfälle inkludieren, als auch internale, wie eine Erkrankung, die ein Grund für das Ableben einer Person sein kann. Aufgrund bildlicher Darstellungen und Begriffe sind Kinder in dieser Altersstufe noch beträchtlich an konkrete Vorstellungen über den Tod gebunden. Als Beispiel kann hier „Todesengel“ genannt werden, bei welchem die Bindung konkreter Vorstellungen mit dem Tod gefördert wird, jedoch der Prozessablauf zwischen Todesursache und Tod nur unzureichend verstanden wird. Hinzu kommt die Tatsache, dass in vielen Kulturen Tod als Tabuthema betrachtet wird und das Informationsbedürfnis vieler Kinder diesbezüglich nicht gedeckt wird. Das Resultat aus diesem Wissensdefizit sind eigene Phantasiegebilde über Tod und Sterben. Da eine deutliche Differenzierung in dieser Entwicklungsphase eines Kindes zwischen Leben und Tod vorgenommen werden kann und der Tod in seiner Endgültigkeit begriffen wird, gehen oftmals Ängste über den mit dem Tod auftretenden, weitgehend undefinierten Zustand einher. Bei schwerkranken Kindern dieser Entwicklungsphase werden diese aufkommenden Ängste vermehrt vordergründig und spielen eine bedeutende Rolle bei der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben (vgl. Lohaus 1990: 70f.). Ab dem Alter von ungefähr 12 Jahren verstehen Kinder den prozesshaften Ablauf von Tod und Sterben, können zwischen verschiedenen auslösenden Todesursachen unterscheiden und selbst Todesängste entwickeln (vgl. Topf 2014: 162f.). Es kann eine Unterscheidung zwischen den auslösenden Faktoren und den eigentlichen Todesursachen gemacht werden, weswegen das Konzept über den Tod nun weniger an konkrete Vorstellungen gebunden ist, sondern vermehrt als eine abstrakte Konstruktion aufgefasst wird. Kinder entwickeln die Fähigkeit, sich mit dem Verlauf der Erkrankung bis hin zur Todesfolge hypothetisch auseinanderzusetzen und mögliche Konsequenzen daraus zu schließen. Bezüglich der emotionalen Auseinandersetzung in dieser kognitiven Entwicklungsphase überwiegt die Angst vor dem Tod bei Kindern. Mittels Bewältigungsversuchen, wie z. B. Verdrängung oder Rationalisierung etc., kann das Kind lernen, entsprechend mit dieser Angst umzugehen und infolgedessen zu einem angemessenen Verhältnis zur Thematik Tod und Sterben gelangen (vgl. Lohaus 1990: 71f.).

Ein in allen kognitiven Entwicklungsstufen relevanter Einflussfaktor, welcher das Konzept über das Thema Sterben und Tod grundlegend determiniert, ist die eigene Erfahrung der Kinder, beispielsweise durch den Tod eines/r nahestehenden Verwandten. Mittels solcher Erfahrungen kann das Konzept der Endgültigkeit sowie der Irreversibilität des Todes bereits zu einem früheren Zeitpunkt der kognitiven Entwicklungsstufe erworben und verstanden werden.

In diesem Zusammenhang ist jedoch auch zu bemerken, dass die Möglichkeiten, Erfahrungen mit Tod und Sterben machen zu können in reduzierter Form auftreten, da diese Thematik vermehrt aus dem familiären Kontext verdrängt wird und zunehmend im institutionellen Rahmen stattfindet, wie zum Beispiel in Altersheimen oder Krankenhäusern, und von Kindern demzufolge nur bedingt miterlebt werden kann (vgl. Lohaus 1990: 72). Eine weitere nennenswerte Einflussgröße, die in allen Entwicklungsstadien zur Mitbestimmung über die Auffassung von Tod und Sterben relevant ist, ist der Umfang der Auseinandersetzung des Kindes mit Religion. Als Beispiel kann hier die Frage nach einem möglichen Leben nach dem Tod genannt werden, was bei der Konzeptformation über die Irreversibilität des Todes und dem Beenden der Lebensfunktionen maßgebend ist. Wird von den in der Medizin tätigen Fachkräften nicht berücksichtigt, dass ein Kind aufgrund seines religiösen Glaubens an ein Weiterleben nach dem Tod glaubt, kann schnell der Eindruck erweckt werden, es habe unrealistische Konzepte über die Endgültigkeit des Todes und das Aufhören der Lebensfunktionen. Dies tritt vor allem dann auf, wenn nicht zwischen materiellen und nicht-materiellen Aspekten des Todes unterschieden wird, d.h. zwischen dem Ableben des Körpers und dem Fortbestehen der Seele (vgl. *ibid.*: 72f.).

In Bezug auf Kinder, die aus ihrem Heimatland fliehen mussten und beispielsweise nach Österreich gekommen sind, eröffnen sich andere Aspekte des individuellen Krankheitsverständnisses. Diese Aspekte umfassen reale Erfahrungen, die Flüchtlingskinder meist sehr früh erleben mussten und entsprechend mit den Themen von Sterben und Tod konfrontiert wurden (vgl. Topf 2014: 162f.). Eine potenzielle Beschränkung der sprachlichen Ebene, unter Umständen ein anderes kulturelles Krankheitsverständnis sowie der traumatisierende lebensgeschichtliche Hintergrund des Kindes müssen von den medizinischen Fachkräften, wie beispielsweise Ärzten und Ärztinnen, PflegerInnen und Krankenschwestern, berücksichtigt werden. Das Flüchtlingskind kann möglicherweise aufgrund der gesammelten Erfahrungen ängstlicher bzw. irritierter im Kontakt mit Ärzten und Ärztinnen oder anderem medizinischem Personal sein. Ebenso kann die ärztliche Untersuchung tiefgreifende traumatische Erlebnisse im Kind hervorrufen. Vor allem bei Kindern, welche aus Kriegsgebieten geflohen sind, ist davon auszugehen, dass sie Opfer von Gewaltverbrechen gewesen sind, ihnen Körperverletzungen und mögliche Folterungen angetan wurden (vgl. *ibid.*: 163f.).

Es kann geschlussfolgert werden, dass gesunde Kinder mit dem Tod insbesondere die Angst vor dem Alleinsein sowie einer Trennungsangst in Verbindung bringen, jedoch ist dies auch bei schwer kranken Kindern beobachtbar, die direkt mit dem Tod konfrontiert sind. Die

affektive Empfindung hängt weitgehend davon ab, ob der Tod als reversibel oder endgültig verstanden wird. Doch selbst bei jüngeren Kindern kann vermehrt eine realistische Vorstellung über Sterben und Tod aufkommen, unter anderem während eines Aufenthaltes im Krankenhaus, bei welchem der Sterbeprozess von anderen Kindern miterlebt wird. Daraus lässt sich schließen, dass auch jüngere Kinder ein auf einem realistischen Konzept über das Sterben basierendes Bewusstsein über ihre eigene Situation entwickeln können (vgl. Lohaus 1990: 69f.).

4.2 Psychosoziale Aspekte für Community Interpreters

Im Laufe ihrer beruflichen Einsätze sind Community Interpreters häufig Situationen ausgesetzt, die sowohl psychisch als auch emotional belastend sein können. Vor allem bei Aufträgen, bei denen sie für Kinder dolmetschen, können äußerst schwerwiegend sein. Vor dem Hintergrund der emotional nahegehenden Situationen für DolmetscherInnen sollen in diesem Abschnitt der vorliegenden Masterarbeit psychosoziale Aspekte in Bezug auf Dolmetscheinsätze für Kinder in medizinischen Settings dargelegt werden. Aufgrund der in diesem Feld fehlenden wissenschaftlichen Forschung werden Erkenntnisse bezüglich der psychischen Belastung von DolmetscherInnen aus dem Bereich Asyl- und Fremdenwesen entnommen und in Beziehung zur hier vorgelegten Thematik gesetzt, d.h. dem Dolmetschen für Kinder in medizinischen Einrichtungen.

Der von Wedam (2015) beigesteuerte Beitrag zum UNHCR-Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren schafft eine Gesamtübersicht über die in der Psychotherapie stattfindenden Dynamiken sowie Gefahren der sekundären Traumatisierung für professionelle HelferInnen, worunter auch DolmetscherInnen fallen. Die unmittelbare Auseinandersetzung mit den Schicksalen der Betroffenen kann professionell Tätige immer wieder emotional tangieren. DolmetscherInnen hören nicht nur die unter Umständen tragischen Lebensgeschichten bzw. traumatischen Erzählungen, sondern müssen diese kurz darauf auch selbst aussprechen. Bei einem hohen Ausmaß der persönlichen Identifikation und Betroffenheit mit den Problemen der AsylwerberInnen kann sich aus der Tätigkeit des Dolmetschens eine sekundäre Traumatisierung entwickeln. Der durch das Gehörte und Ausgesprochene ausgelöste psychische Stress kann sich in Form verschiedener Symptome und Phänomene bei den DolmetscherInnen manifestieren: Es können Parallelphänomene auftreten, bei welchen sich auf emotionaler Ebene ähnliche Symptome wie bei den Betroffenen zeigen, wie beispielsweise Ärger, Schuldgefühle, Ohnmacht, Verzweiflung, Hilflosigkeit oder Schamgefühle. Zusätzlich können körperliche Stresssymptome auftreten, wie unter anderem Schlafstörungen, innere Unruhe, Erschöpfung, Müdigkeit oder Nervosität. Des Weiteren sind auch Extremfolgen

möglich. Hierzu zählen etwa psychische bzw. körperliche Erkrankungen, wie etwa Bluthochdruck, Herzinfarkte oder Schlaganfälle. Als letztes Phänomen ist noch die Erschütterung des eigenen Selbst- und Weltbildes zu nennen, bei welchem die Welt nicht mehr als sicher erlebt wird und die eigenen Werte in Frage gestellt werden (vgl. Wedam 2015: 186f.).

Es wirken eine Vielzahl an externen, umgebungsbedingten Faktoren auf den/die DolmetscherIn bei Einsätzen in medizinischen Einrichtungen ein, wie zum Beispiel das Ausführen der Dolmetschtätigkeit in einer kleinen Arztpraxis oder das mehrstündige Warten in einer belebten Notaufnahme eines Krankenhauses, genauso wie unangenehme und ungewohnte Eindrücke, Gerüche und Geräusche. Probleme mit der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, die nur im Umfeld des Gesundheitswesens auftreten, wie z. B. das Risiko der Ansteckung mit übertragbaren Krankheiten in einem Krankenhaus, können entstehen (vgl. Bontempo & Malcolm 2012: 108). Auf der intrapersonellen Ebene können DolmetscherInnen bei Einsätzen mit Aufgaben betraut sein, die mit ihren persönlichen Zielen, Werten und Überzeugungen in Konflikt stehen und dementsprechend äußerst stressig für sie sind. Individuen reagieren stets unterschiedlich auf Stress, sodass eine möglicherweise traumatische Interaktion für den/die eine/n DolmetscherIn keine Auswirkungen auf eine/n andere/n DolmetscherIn haben kann bzw. muss. Ebenso kann das, was an einem Tag vielleicht nicht traumatisch ist, an einem anderen Tag problematisch sein, wenn der/die DolmetscherIn ermüdet oder überlastet ist oder wenn er/sie kürzlich eine persönliche Erfahrung gemacht hat, die durch den Inhalt der gedolmetschten Interaktion ausgelöst wurde (vgl. *ibid.*: 108).

Effektives Dolmetschen beinhaltet zum Teil die Vermittlung der Gefühle der PatientInnen. Die Fähigkeit, die Emotionen und Gefühle des Patienten/der Patientin zu erkennen und angemessen zu reflektieren, erfordert Einfühlungsvermögen seitens der dolmetschenden Person. Angesichts der Tatsache, dass DolmetscherInnen in medizinischen Settings auf Aussagen über Missbrauch, Gewalt, Verlust, Schmerz, Leiden, Trauma, Tod und Trauer stoßen (können), ist es nachvollziehbar, dass sie in diesem Arbeitskontext hochemotionalen Inhalten ausgesetzt sind. Die Verwendung der ersten Person Singular bei der Dolmetschung solcher emotional geladenen Inhalte erhöht potenziell das Risiko der dolmetschenden Person, ein sekundäres Trauma zu erleben (vgl. *ibid.*: 111).

Die Schnittstellen in medizinischen Settings, insbesondere bei Dolmetschungen für Kinder, sind nicht selten auch psychosozial schwierige menschliche Situationen. In diesem Zusammenhang ist der seit mehr als 20 Jahren bestehende DolmetscherInnendienst im Wiener St. Anna Kinderspital anzuführen, bei welchem externe professionell ausgebildete DolmetscherInnen auf Abruf für ein Kontingent von 35 Sprachen der Stadt Wien bei Bedarf

zur Verfügung stehen. Die Einsätze umfassen alle möglichen medizinischen Settings, etwa Mitteilungen von schwerwiegenden Erstdiagnosen, über Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur Lösung des unmittelbaren Problems. Die DolmetscherInnen werden aufgrund der überaus belastenden und komplexen psychologischen Situationen bei schwerkranken Kindern seitens der PsychologInnen der onkologischen Abteilungen angeleitet und für die Einsätze im Krankenhaus gecoacht. Dadurch kann der/die DolmetscherIn entsprechend vorbereitet werden und mehr Informationen zum kulturellen Hintergrund der Familie des Kindes erhalten. Die PsychologInnen fungieren gleichzeitig als KrisenmanagerInnen während der Dolmetschgespräche und bieten im Anschluss eine Nachbesprechung zur emotionalen Unterstützung der dolmetschenden Person an (vgl. Topf 2013: 168ff.). Topf (2013: 171) konstatiert, dass die Anbindung der externen DolmetscherInnen an die Psychosoziale Abteilung im Kinderkrankenhaus sich aus einer Reihe von Gründen als richtig erweist, da neben dem psychologischen Coaching vor Ort das kulturelle Wissen der hinzugezogenen DolmetscherInnen in das Behandlungsteam aufgenommen werden kann. Die Anwesenheit von psychologischen Fachkräften in medizinischen Gesprächen mit fremdsprachigen Kindern bietet sowohl für das Kind und dessen Angehörige, aber auch für das Behandlungsteam, zu welchem auch der/die DolmetscherIn zählt, eine effiziente psychologische Unterstützung.

4.3 Psychohygiene und Coping-Strategien

Im vorherigen Abschnitt wurde auf die verschiedenen psychologischen Aspekte für DolmetscherInnen eingegangen, die bei Dolmetschaufträgen im Bereich des CI auftreten können, wie etwa bei jenen für Kinder in medizinischen Settings. Im vorliegenden Abschnitt sollen nun unterschiedliche Strategien für eine gesunde Psychohygiene für DolmetscherInnen und der Umgang mit belastenden Gefühlen und Situationen aufgelistet und erläutert werden. In medizinischen Settings wird nach Loutan et al. (1999: 280f.) der emotionalen Belastung für DolmetscherInnen nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Diese sind oft mit Situationen konfrontiert, in denen Tod, Schmerz oder Leid des Patienten oder der Patientin eine zentrale Rolle spielen, insbesondere bei Dolmetschsituationen mit Flüchtlingen oder AsylwerberInnen, welche häufig Opfer von Gewalt, Folter und Kriegsverbrechen wurden. Die Arbeit mit Flüchtlingen stellt Community Interpreters oft vor traumatische Lebensgeschichten, die emotionale Reaktionen oder schmerzhaftes Erinnerungen von ähnlichen Erfahrungen bzw. Traumata hervorrufen können (vgl. *ibid.*: 1999: 280f.).

Ethische und psychische Aspekte spielen Wedam zufolge (2015: 187f.) beim Ausführen der Dolmetschtätigkeit meistens eine unbewusste Rolle und können DolmetscherInnen vor

strapaziöse Aufgaben stellen. Das Bewusstsein über die eigene Rolle und Position gelten als fundamentale Voraussetzung für eine professionelle Reflexion, welche Bestandteil der Arbeit sein sollte, da sie sowohl zu einer Überprüfung der professionellen Qualität als auch zum Schutz für den/die DolmetscherIn beiträgt. Zwecks der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit von DolmetscherInnen bedarf es einer Auseinandersetzung mit der eigenen Psychohygiene. Unter Psychohygiene sind die eigene seelische Gesundheit bzw. das Wohlbefinden zu verstehen und sie umfasst jene Maßnahmen, die dem Erhalt, der Verbesserung und dem Schutz der psychischen Gesundheit dienen. Dem unterliegt Achtsamkeit mit sich selbst auf seelischer, körperlicher sowie sozialer Ebene. Es ist essentiell, sich der intensiven Gefühle bewusst zu werden und sich in weiterer Folge eine Auseinandersetzung mit ihnen vorzunehmen, um eine Distanz und professionellen Umgang in Bezug auf das Dolmetschen entwickeln und wahren zu können (vgl. Wedam 2015: 187f.).

DolmetscherInnen können von unterschiedlichen Coping-Strategien (auch Bewältigungsstrategien) Gebrauch machen, um mit den aus ihrem beruflichen Alltag hervorgerufenen psychischen Belastungen effektiv umgehen zu können. Unglücklicherweise sind negative Coping-Strategien in den meisten Fällen die erste Gegenmaßnahme, die ein Individuum ergreift, um mit einem sekundären Trauma umzugehen. Gängige negative Bewältigungsstrategien umfassen zum Beispiel soziale Isolation und Rückzug, Verharmlosung und Verleugnung der Situation, unangemessene Fremd- oder Selbstverschuldung, übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum etc., welche das Trauma letztlich ungelöst lassen. Die Verankerung von positiven Coping-Strategien hingegen, die angewandt werden können, können bei der Bewältigung und Reduktion von beruflichem Stress und der Reaktion auf Traumata helfen. Dazu zählen Hobbys, Aktivitäten, Interessen und ein Leben außerhalb der Dolmetschtätigkeit und dies inkludiert beispielsweise Entspannungsmethoden, Meditation, Therapie, Sport, eine optimistische Einstellung zu wahren, eine kognitive Umstrukturierung vorzunehmen, ein ausgeglichenes Arbeitspensum zu verfolgen und Selbstfürsorge nachzugehen. Diese Strategien dienen vor allem dem Selbstschutz eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin, wofür täglich ein wenig Zeit aufgebracht werden sollte (vgl. Bontempo & Malcolm 2012: 116ff.). Auch Wedam (2015: 143) betont die Wichtigkeit der eigenen emotionalen Befindlichkeit im Rahmen eines Dolmetscheinsatzes, da DolmetscherInnen oft der Emotionalität von vulnerablen Personengruppen unmittelbar ausgesetzt sind und dies für sie äußerst belastend werden kann. In solchen Fällen sollte das Unwohlsein sofort mitgeteilt werden bzw. auch Pausen und Entspannungsmomente eingefordert werden (ibid.).

4.4 Externe Maßnahmen zur psychologischen Unterstützung

Im professionellen Umgang mit psychisch belasteten sowie traumatisierten Menschen ist es empfehlenswert, Unterstützungsmöglichkeiten für einen nachhaltigen und guten Umgang mit der eigenen Psyche für die MitarbeiterInnen und professionellen HelferInnen der jeweiligen Institutionen anzubieten. In Zusammenhang mit den Unterstützungsmöglichkeiten sollen im Folgenden verschiedene Formate dargelegt werden, die zur stetigen Unterstützung der Psychohygiene und Reflexion der Arbeit von DolmetscherInnen beitragen können (vgl. Wedam 2015: 188).

Die Intervision als Unterstützungsmöglichkeit umfasst den Austausch unter KollegInnen („inter“) mit gemeinsamem beruflichem Hintergrund zur Erlangung neuer Sichtweisen („vision“) des professionellen Handelns. Basierend auf den gesammelten Erfahrungen werden berufliche Situationen in der Regel ohne externe BeraterInnen wechselseitig und methodisch strukturiert besprochen. Das Hauptaugenmerk liegt bei der Intervision auf der individuellen Anfrage bzw. auf dem individuellen Anliegen eines Gruppenmitgliedes und hegt die Absicht, gemeinsam neue Perspektiven sowie Lösungswege zu erlangen (vgl. Kühl & Schäfer 2020: 5f.; Wedam 2015: 188).

Ein weiteres nützliches Format ist die Supervision, bei welcher es grundlegend um eine Kompetenzerweiterung zur Verbesserung der beruflichen Aufgaben geht und die in Zusammenarbeit mit einer/m SupervisorIn stattfindet. Die Supervision verfolgt das Ziel, das methodische und berufliche Handeln zu überprüfen und zu optimieren sowie die eigene professionelle Rolle und Identität (weiter) zu entwickeln. Im Zuge des supervisorischen Prozesses kann der/die SupervisandIn seine/ihre Qualitäten und Fähigkeiten wiederentdecken bzw. erweitern (vgl. Wedam 2015: 188).

Des Weiteren gibt es die Krisenintervention, welche sich als Form der psychosozialen Behandlung und Beratung mit jenen Symptomen, Fehlhaltungen und Krankheiten befasst, deren Auftreten in Zusammenhang mit einer Krise steht. Eine erfolgreiche Krisenintervention bedarf der Kenntnis des Krisenanlasses, der inneren Bedeutung, der individuellen Krisenanfälligkeit, der Reaktion des sozialen Umfeldes, der sozialen Situation und des Wissens über den Verlauf von Krisen. Darüber hinaus sind die Unterstützung und Mobilisierung der Fähigkeiten des/r Betroffenen und die des sozialen Umfeldes sowie die Empathie des Helfers /der Helferin von großer Bedeutung. Merkmal der Krisenintervention ist die akute Hilfestellung mit Fokus auf die aktuelle Situation des/r Betroffenen und verfolgt den Zweck, Selbsthilfe mittels Hilfe zu erreichen (vgl. Sonneck 2000: 61f.).

Da die oben beschriebene Krisenintervention eine zeitlich begrenzte Methode zur akuten Hilfestellung ist, kann es unter Umständen für den/die Betroffene/n notwendig sein, eine weiterführende Psychotherapie anzufangen. Eine Psychotherapie erfolgt dann, wenn psychische Störungen mit emotionalen Gemütszuständen, wie etwa Traurigkeit oder Angst, korrelieren und folglich einen Leidensdruck und Veränderungswunsch bei der entsprechenden Person auslösen. Mittels der in der Therapie gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse kann auf die psychischen Beeinträchtigungen bzw. auf seelische Erkrankungen des Patienten oder der Patientin insofern Einfluss genommen werden, als eine Veränderung der bestehenden Verhaltensmuster und Emotionen erzielt werden kann. (vgl. Rüther & Schäfer 2007: 26).

Eine wesentliche Maßnahme, die DolmetscherInnen ergreifen können, sind sogenannte Vor- und Nachgespräche. Vorgespräche mit beispielsweise TherapeutInnen im psychotherapeutischen Kontext können der Aufklärung der DolmetscherInnen über die geistige Verfassung des Klienten/der Klientin, die sich in Behandlung befinden, dienen, um etwaigen Herausforderungen entgegenzutreten (vgl. Tribe & Lane 2015: 254). Nachgespräche kommen unter anderem bei Dolmetscheinsätzen im psychotherapeutischen Versorgungskontext vor, beispielsweise bei psychotherapeutischen Sitzungen mit geflüchteten Kindern oder Jugendlichen (vgl. Kießl et al. 2017: 304f.). Die Funktion von Nachgesprächen ist sozialisationsvermittelnd sowie Reflexion, wodurch Raum für Rollenkonflikte und Eigenbelastung der dolmetschenden Person geschaffen wird. DolmetscherIn und TherapeutIn können mittels des Nachgesprächs die Gesprächsgestaltung verbessern, Zufriedenheiten und Schwierigkeiten besprechen und soziokulturelle Hintergrundinformationen einholen. Das Nachgespräch bietet für den/die DolmetscherIn die Möglichkeit, sich bei durch die inhaltliche, im therapeutischen Kontext entstandene Belastung oder Überforderung diesbezüglich zu äußern und mit dem/r TherapeutIn nach Wegen der psychischen Entlastung zu suchen sowie emotionale Regulationsstrategien zu vermitteln (vgl. ibid.: 2017: 309f.).

5. Die Untersuchung

Im folgenden Kapitel soll der empirische Teil der vorliegenden Masterarbeit dargestellt werden, in dem die Besonderheiten des Dolmetschens für fremdsprachige Kinder in medizinischen Einrichtungen untersucht werden. Zunächst werden im Zuge der nachstehenden Zielsetzung die Forschungsfragen, daran anknüpfend die Methodik zur Datenerhebung und schließlich die Durchführung der Untersuchung präsentiert. Danach finden sowohl die Auswertung und Analyse als auch die Interpretation der gewonnen Daten statt, welche im weiteren Fortgang

miteinander verglichen sowie diskutiert werden. Die Ergebnisse werden abschließend zusammengefasst und eine Schlussbemerkung der Verfasserin wird vorgebracht.

5.1 Zielsetzung

Im ersten Teil dieser Masterarbeit wurde auf Grundlage der relevanten Literatur festgestellt, dass Dolmetschen für Kinder im Sektor des Community Interpretings ein noch gering erforschtes Feld in der wissenschaftlichen Forschung ist. In den letzten Jahren wurden einige wenige Studien diesbezüglich durchgeführt (vgl. Schick 2001; Brown & Schick 2011; Keselman et al. 2008; 2010), jedoch herrscht ein Mangel an grundlegendem Wissen hinsichtlich dolmetschgestützter Gespräche mit Kindern und anwendbarer Techniken, die in der Dolmetschausbildung vermittelt werden sollten (vgl. Nilsen 2013: 14). Professionelles Verhalten und Kompetenz vonseiten der DolmetscherInnen können einen wesentlichen Einfluss auf die Teilnahme eines Kindes an einem dolmetschgestützten Gespräch haben (vgl. Keselman et al. 2010: 326), indem Zeit und Raum für das „*turn-taking*“ gegeben wird, die erwachsene Gesprächspartei zusätzlich als Vorbild für das Kind in der entsprechenden Kommunikationssituation fungiert und die Asymmetrie der GesprächspartnerInnen nicht durch unprofessionelles Verhalten ausgehend von dem/der DolmetscherIn intensiviert wird (vgl. Nilsen 2015: 124f.). Ebenso wurde aus der Literatur ersichtlich, dass DolmetscherInnen bei Dolmetscheinsätzen für Kinder in medizinischen Einrichtungen hochemotionalen sowie psychosozial schwierigen Inhalten ausgesetzt sind (vgl. Bontempo & Malcolm 2012: 111; Topf 2013: 171), jedoch die emotionale Belastung für DolmetscherInnen in medizinischen Settings kaum berücksichtigt wird (vgl. Loutan et al. 1999: 280f.).

Die vorliegende Masterarbeit verfolgt daher das Ziel, Charakteristika des Dolmetschens für Kinder, dessen Schwierigkeiten und Kompetenzanforderungen für DolmetscherInnen zu untersuchen und zu erforschen, welcher Techniken sie sich bei solchen Einsätzen bedienen. Ein besonderes Hauptaugenmerk wird hier auf Dolmetscheinsätze in medizinischen Einrichtungen gelegt. Anhand der Erkenntnisse der empirischen Untersuchung wird in dieser Arbeit versucht, die nachstehenden Forschungsfragen zu beantworten:

- Durch welche Besonderheiten zeichnet sich das Dolmetschen für Kinder in medizinischen Settings aus?
- Vor welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen stehen DolmetscherInnen in Bezug auf sprachliche sowie tiefenpsychologische und emotionale Aspekte?
- Welche Anforderungen und Kompetenzen müssen die DolmetscherInnen für dieses Tätigkeitsfeld mit sich bringen?

Zur Erlangung von verwertbaren Daten für die Fragestellung wurde das ExpertInneninterview als qualitative Untersuchungsmethode ausgewählt. Es wurden fünf in Österreich lebende DolmetscherInnen befragt, die unterschiedliche Erfahrungen beim Dolmetschen für Kinder in pädiatrischen Einrichtungen gesammelt haben und verschiedene Arbeitssprachen aufweisen, wovon jedoch Deutsch immer eine ihrer aktiven Arbeitssprachen ist. Für die Interviews wurde ein Leitfaden mit Fragen im Vorfeld erarbeitet, der die Beantwortung der Forschungsfragen gewährleisten soll. Die Interviews wurden mit Einwilligung der DolmetscherInnen unter Zuhilfenahme eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet und im Anschluss daran transkribiert.

5.2 Methode zur Datenerhebung

Die Beantwortung der dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragestellungen erfolgte mittels der Durchführung von leitfadengestützten, qualitativen ExpertInneninterviews.

Ziel war es ursprünglich, anhand von sechs ExpertInneninterviews, die mit jeweils drei Ärztinnen und drei DolmetscherInnen durchgeführt werden, zur Beantwortung der Forschungsfragen für die vorliegende Masterarbeit zu gelangen. Die 2020 global herrschende Pandemie, COVID-19, löste weltweit eine gesundheitliche sowie wirtschaftliche Krise aus, die zu einer wochenlangen Einschränkung bzw. Minimierung der sozialen Kontakte führte¹, weswegen im Zuge dessen keine Befragung mit Ärzten oder Ärztinnen für diese Masterarbeit stattfinden kann. Anstelle der drei Interviews mit Ärzten oder Ärztinnen hat die Verfasserin der vorliegenden Arbeit ausschließlich DolmetscherInnen interviewt und die Anzahl der befragten ExpertInnen entsprechend auf fünf angehoben. Dadurch können Besonderheiten beim Dolmetschen für Kinder vonseiten der DolmetscherInnen genauer untersucht werden und die erforderlichen Kompetenzen sowie die psychische Belastung gründlicher erschlossen werden.

5.3 ExpertInneninterview

In der empirischen Sozialforschung ist das leitfadengestützte ExpertInneninterview eines der am häufigsten angewandten Verfahren. Interviews mit ExpertInnen haben entweder ihren Fokus auf diejenigen Akteure, die RepräsentantInnen der expliziten und impliziten Regelsysteme, Entscheidungsprozesse und Strukturen im relevanten Realitätsausschnitt sind oder als „intime KennerInnen“ der Situation im relevanten Feld gelten. Zweck eines

¹ Quelle: <https://www.derstandard.at/story/2000116583619/kurz-praesentiert-fahrplan-zur-ruecknahme-erster-massnahmen-bis-sommer> (Stand: 29/08/2020).

ExpertInneninterviews ist die Rekonstruktion komplexer Wissensbestände, welche für die Erklärung sozialer Phänomene wesentlich sind und auf die das aktuelle Forschungsinteresse designed sind (vgl. Liebold & Trinczek 2009: 32ff.). Charakteristikum für ein leitfadengestütztes ExpertInneninterview ist dessen thematische Strukturierung und es verfolgt das Ziel, mittels erzählgenerierender Fragen die Eigenrepräsentation der Akteure zu motivieren. Durch die relativ weitgehende Selbstrepräsentation der ExpertInnen wird eine gewisse Offenheit ermöglicht und ein Auferlegen künstlicher Erhebungsschemata vermieden (vgl. *ibid.*: 2009: 35ff.). Ebenfalls ist zu erwähnen, dass ExpertInneninterviews zwar eine klar vorgegebene inhaltliche Ausrichtung haben, die mittels des Leitfadens vorstrukturiert ist, jedoch das Hauptaugenmerk dieser Interviewart auf dem Herantasten an bestimmte exklusive Wissensbestände der InterviewteilnehmerInnen liegt. Individuelle Motivation und Begründung eines Experten/einer Expertin im biographischen Entstehungskontext rücken im Zuge des Interviews unbewusst in den Hintergrund, da das Interesse des Sozialforschers/der Sozialforscherin nicht auf der individuellen Person liegt, sondern auf ihr als WissensträgerIn (vgl. *ibid.*: 2009: 37).

Anhand der bereits dargelegten theoretischen Erkenntnisse wurde ein Interviewleitfaden für die Befragung der ExpertInnen (siehe Anhang 1) erstellt. Der Interviewleitfaden umfasst allgemeine Einstiegsfragen, themenzentrierte Fragen sowie einige weitere Anmerkungen, welche im Vorfeld formuliert wurden, jedoch je nach Situation so flexibel als möglich angepasst wurden. Bei der Ausformulierung der Fragen wurde darauf geachtet, das Gespräch so offen und flexibel wie möglich zu gestalten und den/die Befragte/n zur Eigenrepräsentation zu motivieren (vgl. Liebold & Trinczek 2009). Vorkommende Ja/Nein-Fragen wurden so gut als möglich vermieden, jedoch durch Nachfragen der Begründung der Ja/Nein-Antwort genauer nachgegangen.

Alle Interviews wurden unter Zuhilfenahme eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet und im Zuge der Analyse transkribiert. Für die vorliegende Masterarbeit sind ausschließlich die inhaltlichen Aussagen der Befragten für die Analyse relevant, weswegen weder die gestellten Fragen noch die gegebenen Antworten bei der Transkription nach den Regeln der deutschen Grammatik korrigiert wurden. Das heißt, dass gegebenenfalls auftretende Grammatikfehler oder Versprecher nicht ausgebessert wurden, außer wenn das Verständnis dadurch beeinträchtigt wurde. Die Zeilennummerierung der Interviewprotokolle soll die Lesbarkeit erhöhen und eine gut überschaubare Analyse gewähren. Die vollständigen Protokolle der fünf durchgeführten Interviews sind durch das Kürzel „IP“, gefolgt von der Kennnummer der jeweiligen befragten Person (IP B1, IP B2 etc.) gekennzeichnet und sind bei

der Verfasserin der vorliegenden Arbeit zu beziehen. Gemäß der Transkriptionsregeln nach Kuckartz et al. (2008: 27f.) wurden die ExpertInneninterviews transkribiert. Folgende Transkriptionskonventionen kamen zur Anwendung:

- Es wird eine wörtliche Transkription vorgenommen und keine lautsprachliche oder zusammenfassende. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert. Sprache sowie Interpunktion werden dem Schriftdeutsch angenähert;
- Anonymisierung der personenbezogenen Daten, um Rückschlüsse zu den befragten Personen abzuwenden;
- Die interviewende Person wird durch ein „I“ und die interviewte Person durch ein „B“, welches von ihrer Kennnummer gefolgt ist, gekennzeichnet („B1:“);
- Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) gekennzeichnet und zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der interviewenden Person („Ah“, „Mhm“ usw.) werden nicht mit transkribiert, solange sie den Redefluss des/r Befragten nicht unterbrechen;
- Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt und besonders betonte Begriffe werden unterstrichen;
- Lautäußerungen der interviewten Person, etwa seufzen oder lachen, werden in Klammern notiert;
- Jeder SprecherInnenwechsel wird durch eine Leerzeile zwischen den SprecherInnen sichtbar gemacht;
- Störungen der Internetverbindung, die den Redefluss unterbrechen, werden durch kursiv gesetzte Auslassungspunkte (...) gekennzeichnet².

5.4 TeilnehmerInnen und Setting

Die Interviews wurden im Zeitraum vom 23. April bis zum 28. Mai 2020 durchgeführt. Per E-Mail wurden verschiedene dolmetschende Personen, die zu einem Interview bereit wären, kontaktiert. Bei zwei der TeilnehmerInnen handelt es sich um ProfessorInnen der Verfasserin der vorliegenden Arbeit, die im Zuge des Unterrichts von ihren Erfahrungen über Dolmetschen für Kinder gesprochen hatten. Zwei InterviewteilnehmerInnen wurden privat, via Anfrage auf ihrer jeweiligen Homepage zum Interview eingeladen. Eine der Befragten wurde auf Empfehlung einer Teilnehmerin kontaktiert. Wie eingangs bereits angeführt, lag es aufgrund der zu diesem Zeitraum herrschenden globalen Pandemie nicht im Rahmen des Möglichen, die Interviews persönlich, das heißt Face-to-Face, durchzuführen, sondern sie mussten mittels

² Diese Transkriptionsregel stammt von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit.

technischer Hilfsmittel erfolgen. Demzufolge wurden die Interviews mit Zuhilfenahme verschiedener Internettools, und zwar via Skype, Zoom sowie eines FaceTime-Anrufes durchgeführt und digital aufgenommen. Die InterviewteilnehmerInnen erhielten nach Zustimmung zum Interview und vereinbarten Termin vorab den Interviewleitfaden zur Vorbereitung und zur Klärung möglicher aufkommender Fragen. Die Interviews sind unterschiedlich lang und umfassen eine Dauer von 24 Minuten bis 70 Minuten.

Um einen höchstmöglichen Grad an Diversität hinsichtlich der Forschungsergebnisse zu erhalten, wurde bei der Auswahl der befragten DolmetscherInnen eine möglichst hohe Diversität in Bezug auf ihre Dolmetscherfahrung und Arbeitssprachen berücksichtigt. Bei den interviewten Personen handelt es sich um vier Dolmetscherinnen und einen Dolmetscher, die sich hinsichtlich ihres Alters, ihrer Arbeitssprachen und der Berufserfahrung unterscheiden, jedoch eine gleichwertige Dolmetschausbildung genossen haben und bereits Erfahrungen beim Dolmetschen für Kinder in medizinischen Einrichtungen gesammelt haben. Alle der befragten TeilnehmerInnen haben einen Masterabschluss (MA) im Bereich Dolmetschen an einer österreichischen Universität erworben, wobei sie sich hinsichtlich ihres Schwerpunkts (Konferenzdolmetschen, Community Interpreting) unterscheiden. Nur eine Interviewpartnerin hatte über den Masterabschluss hinausgehend auch ein Doktoratsstudium (PhD) im Bereich Translationswissenschaft absolviert.

Das Interview ist inhaltlich in mehrere Frageblöcke unterteilt. Zunächst erfolgt als Einleitung eine Befragung zu persönlichen Angaben, danach werden die spezifischen Einsätze in medizinischen Einrichtungen sowie dolmetschspezifische Techniken erfragt. Daraufhin werden Fragen in Bezug auf die emotionale Belastung sowie Emotionalität, Coping-Strategien und individuelle Psychohygiene gestellt. Abschließend werden einige offene Fragen gestellt und es wird zudem Platz für Anmerkungen seitens der DolmetscherInnen gegeben. Die Fragen wurden je nach Situation individuell ein wenig adaptiert bzw. erweitert. Die Interviews spiegeln die Erfahrungen sowie Meinungen der befragten ExpertInnen wider. Aufgrund dessen wurde Raum und Zeit für ihre Ausführungen und Schilderungen gegeben, um Beispiele aus der Praxis sowie subjektive Erlebnisse veranschaulichen zu können, die in das zu untersuchende Berufsfeld eingebettet sind.

5.5 Analysemodell: Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Die Inhaltsanalyse als primär kommunikationswissenschaftliche Technik verfolgt den Zweck, ein aus jeglicher Art von Kommunikation stammendes Material zu analysieren (vgl. Mayring 2015: 11). Es wird nicht nur mit Sprache in mündlicher sowie schriftlicher Form gearbeitet, sondern auch mit Musik, Bildern sowie symbolischem Material. Die Inhaltsanalyse ist ein Verfahren zur Auswertung in der Sozialwissenschaft, dessen Anwendungsbereich sowohl aus durch Massenmedien gewonnene Dokumente und Daten umfasst als auch aus dem Projektverlauf stammende Daten, wie beispielsweise aus Interviews, Beobachtungsprotokollen oder Fokusgruppen (vgl. Kuckartz 2018: 22).

Der erste deutsche Kongress für Soziologie im Jahre 1910 gilt als Geburtsstunde der wissenschaftlichen Inhaltsanalyse, als Max Weber bei seinem Vortrag einen Vorschlag zu einer Untersuchung über das Zeitungswesen unterbreitete. Seine drei für die Inhaltsanalyse wesentlichen Aspekte beinhalteten den Bezug zur Analyse von Medien, eine themenorientierte Analyse sowie die Zentralität von quantitativer Argumentation. Ein signifikantes Merkmal der klassischen Inhaltsanalyse hinsichtlich der Entwicklung von Methoden zur Analyse von qualitativen Daten ist die vieljährige Erfahrung der systematischen Analyse von Texten. Durch die Erfindung des Radios und insbesondere dank der Analyse der Wirkung von Kriegsberichterstattungen erfuhr die Inhaltsanalyse eine Blütezeit in den 40er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Mit dem Ende dieses Jahrzehnts entstand eine zunehmende Fokussierung in Richtung der Quantifizierung von Daten (vgl. Kuckartz 2018: 13ff.). Das Pendant zur klassischen Inhaltsanalyse stellt die qualitative Inhaltsanalyse dar, deren VertreterInnen unter anderem Kracauer (1952) und Mayring sind, wobei die qualitative Inhaltsanalyse als eine Form der Erweiterung zu betrachten ist (vgl. Kuckartz 2018: 22). Für die vorliegende Masterarbeit erscheint die quantitative Inhaltsanalyse als nicht zweckmäßig bzw. adäquat, weswegen darauf im Folgenden nicht näher eingegangen wird. Im Gegensatz dazu werden die wesentlichen Eigenschaften und Funktionen der qualitativen Inhaltsanalyse hinreichend besprochen, da diese die ausgewählte Methode für die Hauptanalyse dieser Arbeit figuriert.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ist es erforderlich, das entsprechende Material in Einheiten zu unterteilen, dieses anhand des theoriegeleiteten Kategoriensystems zu bearbeiten und anschließend sukzessiv zu analysieren. Der Vorteil dabei ist die streng methodisch kontrollierte Vorgehensweise (vgl. Mayring 2002: 114). Die Abfolge verläuft ausgehend von den Forschungsfragen, über Daten, bis hin zur Datenanalyse und ist gewissermaßen für alle Formen der empirischen Forschung maßgeblich und dementsprechend in der klassischen

quantitativen als auch bei der qualitativen Inhaltsanalyse wiederzufinden. Die qualitative Inhaltsanalyse erlaubt jedoch Iterationsschritte sowie Feedback-Schritte, wodurch der sequenzielle Ablauf der Analyse weniger linear gestaltet ist, sondern zirkulär. Insofern ist die Möglichkeit gegeben, die Erhebung neuer Daten während des Analyseprozesses zuzulassen (vgl. Kuckartz 2018: 46). Zur Veranschaulichung des eben beschriebenen Arbeitsprozesses, entwarf Kuckartz (vgl. ibid.) das untenstehende Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse (siehe Abbildung 1):

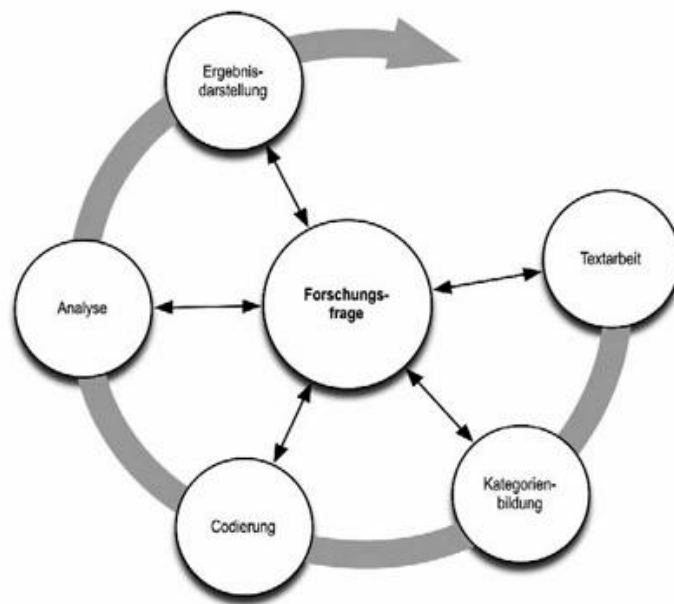


Abb. 1: Allgemeines Ablaufschema qualitativer Inhaltsanalysen nach Kuckartz (2018: 45)

Zunächst sind einige relevante Grundbegriffe der Inhaltsanalyse näher zu bestimmen. Bevor mit Kategorien gearbeitet werden kann, erscheint es sinnvoll, sich mit der *Auswahleinheit*, auch *Sampling Unit* genannt, und der *Analyseeinheit*, *Unit of Analysis*, zu befassen. Unter *Auswahleinheit* ist die Grundeinheit der Inhaltsanalyse zu verstehen, welche nach einem bestimmten Auswahlverfahren aus der Summe der potenziellen Untersuchungsobjekte ausgesucht wird. Das heißt, es wird eine Entscheidung getroffen, welche Einheiten in die Untersuchung eingeschlossen und welche davon ausgeschlossen werden. Die *Analyseeinheit* hingegen umfasst die Art des Einbezuges in die inhaltsanalytische Untersuchung. Sie stellt stets einen Teil der *Auswahleinheit* dar und beide Begriffe können sich überschneiden. Dies ist der Fall bei einem Transkript eines qualitativen Interviews, da hier in der Regel keine Untereinheiten gebildet werden (vgl. Kuckartz 2018: 30f.). Eine *Kategorie* kann als Resultat

der Klassifizierung von Einheiten gesehen werden (vgl. *ibid.*: 31). Ihre Gesamtheit stellt das *Kategoriensystem* bzw. *Codesystem* dar, welches als Hierarchie, lineare Liste oder als Netzwerk organisiert sein kann. Des Weiteren sei zu erwähnen, dass die Begriffe *Kategorie* und *Code* im wissenschaftlichen Kontext sehr häufig synonym gebraucht werden (vgl. *ibid.*: 38f.). Zentral für die Entstehung eines Kategoriensystems ist die *Kategoriendefinition*, welche die wesentlichen Elemente der Inhaltsanalyse dokumentiert (vgl. *ibid.*: 39f.). Die *Codiereinheit*, *Unit of Coding*, stellt in der klassischen quantitativen Inhaltsanalyse das einzelne Element dar, welches eine Zuordnung zu einer Kategorie auslöst. Dieser Vorgang wird auch *Codierung* genannt. Die minimale Codiereinheit definiert die kleinste Einheit, der eine Kategorie zugewiesen werden kann. In der qualitativen inhaltsanalytischen Auswertung korreliert die Codiereinheit jedoch mit einer Textstelle, die mit einem bestimmten Inhalt oder einer bestimmten Kategorie zusammenhängt (vgl. *ibid.*: 41). Die *Kontexteinheit* bezeichnet die größte zur Kategorisierung hinzugezogene Einheit, die jedoch nicht größer als eine Analyseeinheit sein darf (vgl. *ibid.*: 44). Kuckartz (2018: 104) nennt einige einfache Codierregeln, die beim Zuordnen von Textausschnitten zu den Kategorien zu berücksichtigen sind: In der Regel werden Sinneinheiten codiert, welche sich jedoch aus mindestens einem vollständigen Satz zusammensetzen. Sinneinheiten, die aus mehreren Sätzen oder Absätzen bestehen, werden codiert. Einleitende Fragen oder Zwischenfragen der interviewenden Person zum Verständnis werden ebenso codiert. Es soll ein gutes Maß gefunden werden, wie viel Text um die entsprechende Information mitcodiert wird, wobei hier als wichtigstes Kriterium gilt, dass die jeweilige alleinstehende Textpassage ausreichend verständlich ist (vgl. *ibid.*).

Drei grundlegende Verfahren, die Kuckartz (2018: 48f.) zufolge in der wissenschaftlichen Praxis häufig Anwendung finden, jedoch unterschiedliche Vorgehensweisen haben, sollen nachstehend kurz erläutert werden: Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse als eine der am meisten verwendeten Analyseformen bietet sowohl eine gänzlich *induktive* als auch eine *A-priori-Kategorienbildung* am Material an. Letztere umfasst eine unabhängig vom gewonnenen, empirischen Datenmaterial erschlossene Kategorienbildung, welche auch als *deduktive* Kategorienbildung bezeichnet wird (vgl. *ibid.*: 64). Die induktiv festgelegte Kategorienbildung hingegen beschreibt eine direkte, am Material durchgeführte Kategorienbildung, welche einen aktiven Konstruktionsprozess darstellt (vgl. *ibid.*: 72f.). In einem phasenweisen Ablauf werden zuerst Hauptkategorien aus den gewonnenen Daten codiert, anschließend herausgebildet sowie ausdifferenziert. Daraufhin wird in einem weiteren Durchgang das Material erneut codiert und ausgewertet. Resultat des Kontrastierens und Vergleichens sind Differenziertheit, Erklärungskraft als auch Komplexität. Die inhaltlich

strukturierende qualitative Inhaltsanalyse ist besonders für leitfadengestützte und problemzentrierte Interviews geeignet (vgl. Kuckartz 2018: 97f.). Die evaluative qualitative Inhaltsanalyse als zweites zu nennende Basisverfahren wird in der empirischen Forschung vor allem bei Projekten angewandt. Die Einschätzung, Klassifizierung und Bewertung von Inhalten spielen hier eine zentrale Rolle. Fallbezogen wird eine Einschätzung durch Forschenden vorgenommen und Kategorien meistens ordinaler Art werden daraufhin gebildet (vgl. Kuckartz 2018: 123f.). Nach der Kategorienbildung werden Zusammenhangsanalysen erstellt, die es erlauben, „im Anschluss an die evaluative Codierung Vermutungen über Zusammenhänge explorativ zu untersuchen“ (Kuckartz 2018:124). Sofern Hypothesen bereits vorformuliert wurden, können diese gegebenenfalls am Material überprüft werden. In dieser Hinsicht weist dieses Verfahren Ähnlichkeiten zur klassischen quantitativen Inhaltsanalyse auf (vgl. Kuckartz 2018: 124). Die letzte anzuführende Methode nach Kuckartz (vgl. *ibid.*) ist die typenbildende qualitative Inhaltsanalyse, welche sich im Vergleich zu den beiden oben beschriebenen Analysemethoden als deutlich komplexer erweist. Hierbei steht die Suche nach mehrdimensionalen Mustern zur Ermöglichung des Verständnisses von komplexen Handlungsfeldern oder Gegenstandsbereichen im Zentrum. Die typenbildende Inhaltsanalyse kommt vor allem bei qualitativen Studien und in der sozialwissenschaftlichen Methodenliteratur vor. Das Hauptcharakteristikum dieser Analyseart sind Elemente, welche zu *Typen*, d.h. Gruppen oder Clustern, zusammengefügt werden können, da sie Ähnlichkeiten in gewissen Merkmalsausprägungen aufweisen. Elemente eines Typs sollen möglichst homogen sein und folglich zur Typenbildung führen, wohingegen die jeweiligen Gruppen sich möglichst stark voneinander unterscheiden sollen. Für die Typenbildung wird die Differenzperspektive eingenommen, bei welcher der Fokus auf die Ordnung des Verschiedenartigen anstelle der Entwicklung einer allgemeinen Theorie gelegt wird (vgl. *ibid.*: 143ff.).

Für die analytische Untersuchung des durch die ExpertInneninterviews gewonnenen Materials wurde das erste beschriebene Basisverfahren, die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse als Technik ausgewählt, da diese am geeignetsten erscheint und eine schrittweise sowie phasenweise Ausarbeitung des Materials zur Kategorienbildung und Codierung ermöglicht. Die nachstehende Abbildung (siehe Abbildung 2) veranschaulicht den Ablauf der inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse in sieben Phasen nach Kuckartz (2018):



Abb. 2: Ablaufschema der inhaltlich strukturierten Inhaltsanalyse nach Kuckartz (42018: 100)

Die einzelnen Phasen der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (42018) werden im folgenden Abschnitt genauer beschrieben. Die erste Phase setzt sich aus einer initiierender Textarbeit zusammen. Hierbei werden wichtige Textstellen des gesammelten Materials markiert sowie erste Fallzusammenfassungen verfasst. In der zweiten Phase werden thematische Hauptkategorien und Subkategorien entwickelt, welche im Allgemeinen aus den Forschungsfragen abgeleitet werden können und im Zuge der Datenerhebung wesentlich waren. Die Themen und Subthemen können deduktiv aus den Forschungsfragen oder dem Interviewleitfaden der Untersuchung abgeleitet werden oder direkt am Material entwickelt werden. Sobald dieser Vorgang abgeschlossen ist, kann mit der dritten Phase begonnen werden. In diesem Schritt wird ein erster Codierprozess des gesamten Materials anhand der Hauptkategorien vorgenommen. Zunächst wird sukzessive, d.h. Zeile für Zeile, durchgearbeitet und Textabschnitte den Kategorien zugewiesen. Im jeweiligen Textabschnitt wird entschieden, welche Kategorie darin thematisiert wird und entsprechend zugeordnet. Lediglich nicht sinntragende Textstellen, die für die Forschungsfragen irrelevant sind, werden herausgefiltert und nicht codiert. Es gilt zu berücksichtigen, dass mehrere Haupt- sowie Subthemen innerhalb einer Textpassage genannt werden können, wodurch dieser Textstelle mehrere Kategorien zugeordnet werden können (vgl. Kuckartz 42018: 100ff.). Im vierten Schritt werden alle mit der gleichen Kategorie codierten Textstellen subsumiert und es kann mit der fünften Phase der Inhaltsanalyse fortgeschritten werden. Es erfolgt dabei eine Ausdifferenzierung der noch

allgemeinen Kategorien, indem neue Subkategorien induktiv am Material entwickelt werden (vgl. *ibid.*: 106). Im Anschluss daran kann mit Phase sechs begonnen werden und ein zweiter Codierprozess des gesamten Materials mit den herausgebildeten Kategorien durchgeführt werden. Dieser systematische Analyseschritt bedarf eines erneuten Durchlaufs des codierten Materials. Dabei ist es wichtig, genügend Material für das Ausdifferenzieren der Hauptkategorien einzubeziehen (vgl. *ibid.*: 110). Mit Phase sieben beginnt die eigentliche Analyse, indem eine kategorienbasierte Auswertung anhand der Hauptkategorien vorgenommen wird. Die Inhalte werden in qualitativer Weise präsentiert und erste Interpretationen bzw. Vermutungen angestellt werden. Daraufhin wird eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den jeweiligen Subkategorien einer Hauptkategorie, gefolgt von einer Analyse der Zusammenhänge zwischen den Hauptkategorien vorgenommen. Verbindungen zwischen den codierten thematischen Äußerungen und den gruppierenden Merkmalen können durch Kreuztabellen veranschaulicht werden, um Informationen bündeln zu können. Danach kann vielschichtigen Zusammenhängen zwischen den Haupt- und Subkategorien nachgegangen werden, ehe ein Fazit im Hinblick auf die Forschungsfragen gegeben wird (vgl. *ibid.*: 117ff.).

5.6 Etablierung eines Kategoriensystems für die empirische Untersuchung

Das zu untersuchende Material für die vorliegende Arbeit setzt sich aus fünf durchgeführten Interviews sowie aus zwei schriftlichen Leitfäden, die von zwei der Befragten im Vorfeld freiwillig beantwortet wurden, zusammen. Als Analysetechnik wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewählt, welche im vorherigen Abschnitt bereits erläutert wurde, wobei Kategorien sowohl induktiv als auch deduktiv gebildet wurden. Es entstanden acht deduktive Kategorien zur Auswertung des gesammelten Materials. Daraufhin wurden die Transkripte der Interviews *peu à peu* analysiert, um weitere Kategorien daraus induktiv ableiten zu können. Jedes Interview wurde zunächst punktuell gelesen und je nach Thematik den bereits davor vorgefertigten deduktiven Kategorien zugeordnet. Nachdem die in Unterkapitel 5.4 vorgestellten Parameter zur inhaltlichen Analyse (Analyseeinheiten, Codiereinheit, Kontexteinheit, Auswahlinheit, Kategoriendefinition) festgelegt wurden, erfolgte ein erster Codier-Durchlauf des Gesamtmaterials mit den Hauptkategorien, um im nächsten Schritt alle mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen zusammenfügen zu können. Nach Revidieren der Kategorien wurden anhand dessen die nachstehenden Kategorien gebildet:

- K1: Aus- und Weiterbildung
- K2: Erfahrung
- K3: Vorabinformationen
- K4: Teilnahme des Kindes am gedolmetschten medizinischen Gespräch
- K5: Dolmetschtechniken
- K6: Coping-Strategien
- K7: Unterstützungsmöglichkeiten für DolmetscherInnen
- K8: Individuelle Erfahrungsberichte

Alle genannten Analysekategorien beziehen sich auf die gesammelten Erfahrungen und die subjektive Perspektive der Befragten in Bezug auf Dolmetscheinsätze für Kinder in medizinischen Einrichtungen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Analyse der Aussagen der befragten InterviewteilnehmerInnen in Würdigung ihrer Leistung und ihres Engagements als DolmetscherInnen erfolgt.

6. Analyse und Auswertung der erhobenen Daten

In der folgenden Auswertung werden die Ergebnisse der fünf ExpertInneninterviews in Bezug auf die im Abschnitt 5.1 präsentierten Forschungsfragen dargestellt. Zwei der ProbandInnen haben auf Eigeninitiative den vorab erhaltenen Interviewleitfaden ausgefüllt und retourniert, weswegen die darin beschriebenen Inhalte zusätzlich in Betracht gezogen werden, sofern es sich um relevante Ergänzungen zum Interview handelt.

Alle InterviewteilnehmerInnen haben im Zuge der Befragung ihre Erfahrungen im Dolmetschen für Kinder in medizinischen Einrichtungen so ausführlich als möglich dargelegt. Um eine qualitative Auswertung der Aussagen der InterviewteilnehmerInnen erzielen zu können, wurden ihre Schilderungen in acht Hauptkategorien und sieben Unterkategorien differenziert und diesen jeweils zugeordnet. Diese Kategorien werden im Folgenden vorgestellt und näher erörtert. Gegebenenfalls werden die aus der empirischen Untersuchung erzielten Erkenntnisse in Beziehung zu dem derzeitigen Erkenntnisstand der dolmetschwissenschaftlichen Literatur gesetzt.

6.1 Kategorie 1: Aus- und Weiterbildung

Der Interviewleitfaden war inhaltlich in mehrere Frageblöcke unterteilt, wobei zu Anfang einige Fragen in Hinblick auf die persönlichen Angaben zur Person unter Berücksichtigung der Anonymität gestellt wurden. Wie im Abschnitt 5.2.1 bereits beschrieben wurde, wurden für die empirische Untersuchung ExpertInnen herangezogen, die als RepräsentantInnen und KennerInnen der Situation im relevanten Feld gelten (vgl. Liebold & Trinczek 2009: 35) und demzufolge eine universitäre Ausbildung im Bereich der Translationswissenschaft absolviert haben. Die beiden InterviewpartnerInnen B1 (IP B1: 08-24) und B2 (IP B2: 06-08) haben ihr Bachelorstudium (BA) in ihrem jeweiligen Heimatland (Deutschland und Italien) gemacht und in weiterer Folge das Masterstudium im Bereich Dolmetschen und Übersetzen (MA) an der Universität Wien abgeschlossen, wobei B2 vor Beginn des Masterstudiums das Bachelorstudium an der Universität Wien zusätzlich absolviert hat. Die Kandidatinnen B3 (IP B3: 07-08) und B5 (IP B5: 05-06) haben ebenfalls ihr zum damaligen Zeitpunkt noch Magisterstudium im Bereich Dolmetschen und Übersetzen an der Universität Wien, am heutigen Zentrum für Translationswissenschaft, abgeschlossen. B3 (IP B3: 09) hat überdies Kunstgeschichte und Slawistik an der Universität Wien studiert und B5 (IP B5: 06) die Journalismus-Akademie in Krems besucht. Interviewpartnerin B4 (IP B4: 07-10) hat ihren Magistertitel ebenfalls im Bereich Dolmetschen und Übersetzen am heutigen Institut für Translationwissenschaft an der Universität Graz erworben. B2 (IP B2: 11) hat darüber hinaus ein Doktoratsstudium (PhD) im Bereich Translationswissenschaft gemacht und die Interviewpartnerinnen B3, B4 und B5 sind beeidete und gerichtlich zertifizierte DolmetscherInnen in den Sprachen Polnisch (IP B3: 356-358), Italienisch (IP B4: 216) und Spanisch (IP B5: 08).

6.2 Kategorie 2: Erfahrung

Im Rahmen der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) wurde die zweite Hauptauswertungskategorie deduktiv aus dem empirischen Material gebildet. Kategorie K2 umfasst die berufliche Erfahrung, welche die Befragten im Laufe ihrer Karriere als DolmetscherInnen gesammelt haben sowie Angaben zu ihren Erfahrungen im medizinischen Bereich und im Bereich Dolmetschen für Kinder, welche als Unterkategorie gebildet wurde.

Aufgrund der Diversität hinsichtlich des Alters der befragten InterviewteilnehmerInnen weisen sie auch eine unterschiedliche Anzahl an Berufsjahren auf, in denen sie die Tätigkeit des Dolmetschers bzw. der Dolmetscherin ausüben. Alle Befragten haben jedoch angegeben,

bereits parallel zum universitären Studium bzw. recht unmittelbar vor dem Abschluss mit Dolmetschaufträgen begonnen zu haben. Die längste Arbeitserfahrung weist B5 auf, die bereits vor ihrem Dolmetschstudium gelegentlich einige Aufträge im Rahmen ihres Auslandsaufenthalts in Südamerika angenommen hatte und erst mit ihrer Rückkehr nach Österreich zu studieren begann. Während des Studiums dolmetschte sie vereinzelt zum Nebenerwerb und vollzeitig seit dem Studienabschluss im Jahre 1984 (IP B5: 10-16). Eine ähnlich lange Berufserfahrung konnten auch B3 und B4 sammeln, die jedoch keine genaue Jahreszahl nennen konnten. B3 (IP B3: 14-15) hat mit dem Schwerpunkt Konferenzdolmetschen studiert und schätzt ihre Dolmetscherfahrung auf 30 bis 35 Jahre, mit den ersten Aufträgen kurz vor dem universitären Abschluss (ibid.: 19). Ebenso grenzt B4 (IP B4: 15) ihren Berufseinstieg auf das Jahr 1985 ein, wobei der Universitätsabschluss 1984 erfolgte (ibid.: 08). Ähnlich war die Situation bei B2, die seit 2007 neben der Universität „immer wieder nur ein paar Aufträge bekommen“ hat (IP B2: 23-24) und vollzeitig seit 2009 als Dolmetscherin tätig ist, da auch in diesem Jahr ihr Gewerbeschein angemeldet wurde (ibid.: 22-27). B1 erhielt seinen ersten offiziellen Auftrag 2013 und beendete sein Studium 2016 und kommentiert diesbezüglich, dass genannter erster Einsatz lange vor regelmäßigen Aufträgen unmittelbar nach dem Universitätsabschluss erfolgte, da ein abgeschlossenes Studium häufig Voraussetzung für viele Aufträge und Einsätze im Bereich Dolmetschen ist (IP B1: 60-70). Aus den Aussagen der Befragten ist erkennbar, dass sie zwar bereits parallel zur universitären Ausbildung für einige vereinzelte Dolmetschaufträge – es wurde jedoch nicht näher darauf eingegangen, ob es sich um Aufträge im Bereich Community Interpreting oder Konferenzsetting handelt – engagiert wurden, jedoch die Tätigkeit regelmäßig seit erfolgreichem Abschluss des Studiums ausführen.

6.2.1 Unterkategorie 2: Erfahrung im medizinischen Bereich

Die erste Unterkategorie, die in Bezug zur beruflichen Erfahrung als DolmetscherIn steht, ist die Erfahrung mit dem Dolmetschen für Kinder in medizinischen Settings. Wie im Abschnitt 2.3 näher beleuchtet wurde, können Sprach- sowie KulturbARRIEREN einen erheblichen Einfluss auf die Beziehung zwischen MedizinerInnen und PatientInnen haben und sich in weiterer Folge auf Diagnose, Behandlung und Genesung auswirken (vgl. Angelelli 2004a). Eine besondere Gesprächskonstellation entwickelt sich insofern durch die Beziehung von Community Interpreters zum medizinischen Gespräch, die für die Verständigung der Gesprächsbeteiligten sorgen sollen.

Im Laufe der jeweiligen ExpertInneninterviews wurde nicht explizit nach den Dolmetscheinsätzen bei medizinischen Gesprächen gefragt, sondern nach den Erfahrungen mit Kindern in medizinischen Einrichtungen. Jedoch haben sich unterschiedliche Erfahrungsberichte und Zugänge zu Dolmetscheinsätzen in medizinischen Settings während des Gesprächs herauskristallisiert. B1 und B2 haben bereits zeitlich nahe an ihrem Universitätsabschluss erste Einsätze im medizinischen Bereich angenommen. B1 (IP B1: 77-81) äußert diesbezüglich die ersten Aufträge im gesundheitlichen Bereich, vor allem in Krankenhäusern, schon 2016 bekommen zu haben. Der erste Dolmetscheinsatz für Kinder ergab sich 2018 im St. Anna Kinderspital in Wien mit ziemlich regelmäßigen darauffolgenden Einsätzen (ibid.: 88-90). Aufgrund des momentan noch ausstehenden Gewerbescheins, welcher im Zuge einer Neustrukturierung als Voraussetzung für Dolmetscheinsätze gilt, wurde er in den letzten sechs Monaten nicht mehr ins St. Anna Kinderspital einberufen (ibid.: 90-95). B2 (IP B2: 40-43) arbeitet seit 2013 in diesem Bereich und hat sich in ihrer beruflichen Karriere unter anderem auf den Medizintourismus und die PatientInnenmobilität spezialisiert, bei welcher PatientInnen gezielt für eine medizinische Behandlung aus dem Ausland nach Österreich kommen (ibid.: 59-62). 2014 oder 2015 fand ihr erster Dolmetscheinsatz für Kinder statt und seitdem erhält sie immer wieder einige Aufträge (ibid.: 47-52). Teilnehmerin B3 konnte keine genaue Einschätzung zu ihrer Erfahrung in Bezug auf Kinder in medizinischen Einrichtungen nennen. Dennoch schilderte sie während des Interviews zahlreiche Erfahrungsberichte von Einsätzen in vielen unterschiedlichen pädiatrischen und medizinischen Institutionen, wie Krankenhäusern, dem Jugendamt, Psychiatrien oder Arztpraxen (IP B3: 23-30; 39; 133-136; 288-290). Häufige Einsätze bei Konferenzen im Bereich der Medizin kann Interviewpartnerin B4 vorweisen, die jedoch erst in den letzten drei Jahren etwas Erfahrung bei Dolmetscheinsätzen für Kinder in einem Grazer Krankenhaus sammeln konnte (IP B4: 19-27; 38-41). B5 erlangte Aufträge für Kinder in medizinischen Settings nach dem Studium, insbesondere nach Beeidigung zur Gerichtsdolmetscherin, und dolmetschte ebenfalls wie B1 mehrmals im St. Anna Kinderspital. Bedingt durch ihren Umzug nach Krems, Niederösterreich, hat sie aufgehört, Aufträge für das genannte Wiener Krankenhaus entgegenzunehmen (IP B5: 33-36; 42-43).

Alle InterviewteilnehmerInnen haben angegeben, dass Dolmetscheinsätze für Kinder „selten“ bzw. „eher selten“ stattfinden. Nach B1 (IP B1: 622-635) stehen Anfragen auf Dolmetschungen für Kinder in medizinischen Einrichtungen in Zusammenhang mit vertretenen und gefragten Sprachen sowie Therapiemöglichkeiten, die in gewissen Ländern vorhanden sind, jedoch nicht im Herkunftsland. Die Verfügbarkeit von Therapien korreliert damit, ob

PatientInnen aus dem Ausland für medizinische Behandlungen anreisen. Ähnliches äußert auch Interviewpartnerin B2, die wie oben bereits angeführt in der PatientInnenmobilität tätig ist und im Rahmen ihres Arbeitsalltages selten für Kinder dolmetscht, aber anführt, dass bei Einsätzen in medizinischen Settings Kinder häufig als Begleitpersonen zugegen sind (IP B2: 291-301). Die Einsätze für Kinder in medizinischen Einrichtungen von Probandin B3 finden ebenfalls „[e]her selten“ (IP B3: 284) statt, jedoch kommen sie, im Unterschied zu den Aussagen von B1 und B2, immer in Schüben vor, da die jeweiligen Institutionen häufig mehrere Dolmetscheinsätze mit Kindern nacheinander ansetzen und „sozusagen am laufenden Band gedolmetscht“ wird (ibid.: 291-292). B4 und B5 haben bezugnehmend auf die Frequenz von Dolmetscheinsätzen für Kinder deutliche Antworten gegeben: Für B4 (IP B4: 278-279) persönlich finden solche Einsätze nicht häufig statt und B5 (IP B5: 43) hat gänzlich damit aufgehört, in diesem Bereich zu dolmetschen; beide Kandidatinnen können keine allgemeine Beurteilung oder Aussage zur Häufigkeit von Dolmetscheinsätzen für Kinder machen (IP B4: 279; IP B5: 253).

6.3 Kategorie 3: Vorabinformationen

Eine gezielte und umfangreiche Vorbereitung von DolmetscherInnen auf einen neuen Dolmetscheinsatz steht in engem Zusammenhang mit der Qualität der Dolmetschleistung (vgl. Kalina & Ippensen 2007; Kutz 2010). Es kann davon ausgegangen werden, dass eine hochwertige Vorbereitung hinsichtlich Thematik und Fachterminologie als Grundlage für die Gewährleistung der optimalen Dolmetschqualität beim spezifischen Einsatz fungiert (vgl. Kutz 2010: 287). In vielen Fällen erhalten DolmetscherInnen im Zuge der Beauftragung von Dolmetscheinsätzen jedoch nur wenig bis gar keine zur Vorbereitung dienlichen Informationen, Briefings oder Coachings (siehe Kapitel 3). Während sowie auch nach Dolmetscheinsätzen werden DolmetscherInnen als verantwortliche Parteien betrachtet, die die Gewährleistung eines reibungslosen Kommunikationsablaufes sicherzustellen haben (vgl. Balogh & Salaets 2015: 200ff.).

Bezüglich der Informationen, die den Befragten im Vorfeld zur terminologischen und fachthematischen sowie zur emotionalen Vorbereitung zur Verfügung gestellt werden, haben B1, B3 und B5 angegeben, diese nur in einem groben Ausmaß zu erhalten. B2 (IP B2: 56-65) hingegen, deren KlientInnen im Medizintourismus auch gleichzeitig PatientInnen sind, erhält immer die notwendigen Vorbereitungsinformationen, welche ihres Erachtens nach auch zur Qualitätssicherung und Genauigkeit beim Dolmetschen führen. Laut B3 (IP B3: 36-44) werden von den medizinischen Einrichtungen, wie etwa Privatspitälern, kaum einsatzspezifische

Informationen mitgeteilt, jedoch wird von Privatpersonen durchaus mehr Auskunft gegeben, was die terminologische Vorbereitung erleichtert. Bei den Dolmetschereinsätzen für Kinder in medizinischen Einrichtungen von B4 (IP B4: 34-49) wurden stets Grundinformationen, d.h. Wo-, Was-, Wann-Informationen, übermittelt und bei „heikleren Fragen“, welche langwierige und komplizierte Einsätze umfassen, wurde vorab ein Coaching abgehalten. Die Informationen, die B5 (IP B5: 42-52) bei Dolmetschaufträgen zur Vorbereitung bekommt, sind immer „ganz verschieden“, wobei sie im ausgefüllten Leitfaden vermerkte, dass fast nie Informationen gegeben werden. Darüber hinaus sind Briefings für B5 (IP B5: 43-46) bei Einsätzen im St. Anna Kinderspital nicht mehr notwendig gewesen, da „die Kinder eigentlich ja immer dasselbe haben“ und man mit den Terminen bereits vertraut ist. Alle InterviewteilnehmerInnen fordern proaktiv Informationen bei Dolmetschanfragen von ihren Auftraggebern (medizinische Einrichtungen sowie PrivatkundInnen) an und finden diese auch sehr essentiell sowie nützlich. B1 (IP B1: 205-219) erläutert die mangelhafte Informationsweitergabe damit, dass nicht der/die behandelnde Arzt oder Ärztin die DolmetscherInnen beauftragt, sondern MitarbeiterInnen der Einrichtung, die unter Umständen nicht mit dem Fall betraut sind und mittels Aussagen, wie z. B.: „Das findet auf der Station 2A statt“ nur eine grobe Eingrenzung vorgenommen werden kann. Zusätzlich finden Einsätze manchmal kurzfristig statt (IP B3: 61; IP B5: 51-52) und lassen demnach eine intensive Vorbereitung gar nicht zu. Aus den Aussagen der Befragten kann geschlussfolgert werden, dass vor allem eine terminologische und fachspezifische Vorbereitung auf einen Dolmetschereinsatz für Kinder in medizinischen Einrichtungen äußerst wichtig ist und sie stets proaktiv danach verlangen, jedoch die Menge an zu übermittelnden Informationen sehr unterschiedlich ausfallen kann.

6.4 Kategorie 4: Teilnahme des Kindes am gedolmetschten medizinischen Gespräch

Kategorie 4 stellt eine der umfangreichsten Analysekategorien der vorliegenden Masterarbeit dar. Eine Vielzahl an Aspekten, die Kindern die Teilnahme an einem gedolmetschten Gespräch im medizinischen Setting gewährt, fällt unter diese Kategorie, welche anhand der A-priori-Kategorienbildung sowie anhand der deduktiv gebildeten Kategorien erhoben wurden (vgl. Kuckartz 2018; siehe Abschnitt 5.4). Für diese Kategorie sind Strategien der DolmetscherInnen relevant, die am Geschehen teilnehmen und das medizinische Gespräch aktiv mitgestalten, indem sie die eigenen Sprachkenntnisse und ihren sozio-kulturellen Hintergrund miteinbringen (vgl. Angelelli 2004a: 7ff.). Ihr professionelles Verhalten beim Dolmetschen verleiht ihnen die Möglichkeit, den Wünschen, Bedürfnissen und Rechten der

Kinder Ausdruck zu verleihen (vgl. Nilsen 2015) und ihnen in weiterer Folge die Teilnahme am gedolmetschten Gespräch zu gewähren.

6.4.1 Kategorie 4: Gesprächsführung – Handling einer Mehrpersonenbeziehung

Das gedolmetschte medizinische Gespräch in pädiatrischen Einrichtungen erweist sich als mehrseitiger Kommunikationsprozess, an welchem mehrere Beteiligte teilhaben und Einfluss ausüben. Zu den Beteiligten zählen neben dem medizinischen Fachpersonal, wie etwa MedizinerIn, PflegerIn, TherapeutIn etc., das fremdsprachige Kind sowie dessen Familienangehörige und Begleitpersonen, wie etwa dessen Eltern, Geschwister und Großeltern. Jede/r Beteiligte bringt gewisse Erwartungen, Perspektiven und Ansichten mit sich, die die Interaktion beeinflussen (vgl. Damm et al. 2014; siehe Abschnitt 2.5). Auf der Grundlage der Literatur kann angenommen werden, dass sich die Gesprächsführung für DolmetscherInnen in einer Mehrpersonenbeziehung als komplexer und schwieriger erweisen kann (vgl. u.a. Angelelli 2004a; Wadensjö 1998). Während des Interviews wurden die DolmetscherInnen entsprechend über die Gesprächsführung mit mehreren Anwesenden in medizinischen Einrichtungen befragt. Es wurde jedoch festgestellt, dass für die InterviewteilnehmerInnen die Gesprächsführung nicht unbedingt schwieriger ist, sondern „anders“ und stets kontext- bzw. fallabhängig ist (u.a. IP B1: 240-242; IP B2: 70-73; IP B4: 60-66). Die Phase des Gesprächs ist für B1 ausschlaggebend dafür, dass die Gesprächsführung zwischen einem fremdsprachigen Kind, dessen Eltern und medizinischem Fachpersonal so anders ist und inwiefern mit dem Kind interagiert werden kann (IP B1: 240-299). B2 konnte feststellen, dass Ärzte und Ärztinnen in Österreich stets bemüht sind, das Kind anzusprechen und in das Gespräch miteinzubeziehen, auch wenn ein schwerer Grad an Beeinträchtigung oder Behinderung vorlag (IP B2: 70-84). Des Weiteren erwähnte sie, dass man als DolmetscherIn häufiger bei Einsätzen eingreifen muss, die mehrere Personen involvieren, um die Gesprächsführung (wieder) zu übernehmen (ibid.: 175-176). Laut Interviewpartnerin B3 erweist sich die Gesprächsführung im beschriebenen Kontext mit mehreren Personen in einigen Fällen schwieriger durch die Anwesenheit der Eltern, die eingreifen (wollen), während das Kind spricht, vor allem, wenn die andere erwachsene Gesprächspartei nichts gegen das Eingreifen oder Einmischen der Erziehungsberechtigten unternimmt. In solchen Fällen weist sie die Eltern mit Rücksprache der anderen Gesprächspartei auf das Eingreifen hin (IP B3: 70-76). Im Gegensatz dazu findet B4 die Gesprächsführung mit Eltern, Kind und Fachpersonal im medizinischen Setting nicht durch die Anwesenheit der Erziehungsberechtigten, sondern durch die des Kindes schwieriger. Als Grund führt sie die Aufmerksamkeit an, welche kontinuierlich auf das Kind gerichtet wird,

weswegen sie als Dolmetscherin vermehrt darauf achten muss, gehört zu werden, die Aufmerksamkeit wieder zu erlangen oder auch warten muss, bis die Aufmerksamkeit wieder auf sie gerichtet werden kann, zum Beispiel nachdem sich das Kind wieder beruhigt hat (IP B4: 59-70).

6.4.2 Unterkategorie 4: Voraussetzungen für die Teilnahme des Kindes am gedolmetschten medizinischen Gespräch

Dolmetscheinsätze für Kinder in medizinischen Einrichtungen, wie etwa in Spitälern oder Arztpraxen, zeichnen sich durch Mehrpersonenbeziehungen aus. Im Abschnitt 2.5 der vorliegenden Masterarbeit wurde bereits näher darauf eingegangen, dass sich das medizinische Gespräch in Anwesenheit der Erziehungsberechtigten mit dem/der MedizinerIn zu einem Gespräch zwischen Erwachsenen entwickeln kann, bei welchem das Kind oftmals nicht miteinbezogen wird (vgl. Topf 2014). Die DolmetscherInnen wurden im Zuge des ExpertInneninterviews bezüglich der Teilnahme der Kinder am gedolmetschten medizinischen Gespräch befragt. Im Speziellen wurden sie zu den dafür notwendigen Voraussetzungen befragt und zu den welchen Bedingungen, unter welchen Kinder einem gedolmetschten medizinischen Gespräch folgen können.

Durch die individuelle Erfahrung und unterschiedlichen Dolmetscheinsätze in medizinischen Settings mit Kindern wurden von den DolmetscherInnen mannigfaltige Antworten präsentiert. Die InterviewpartnerInnen B1, B2 und B5 gaben das physische Befinden bzw. die Art der Krankheit des Kindes als wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme am medizinischen Gespräch an (IP B5: 60). Diesbezüglich nannte B1 (IP B1: 242-244; 292-295), dass todkranke Kinder oder durch eine Erkrankung geschwächte Kinder, die nur im halbwachen Zustand sind, die meiste Zeit schlafen oder unter Umständen nicht mehr völlig bei Bewusstsein sind und daher nicht unbedingt am Gespräch teilnehmen können und er dies auch nicht als sinnvoll erachtet. Sehr häufig wurden B1 zufolge jedoch die Kinder hinsichtlich pflegerischer Aspekte angesprochen und in das medizinische Gespräch involviert. Hierbei wurde das Kind in Bezug auf sein physisches Befinden angesprochen, zum Beispiel: „ob dem Kind heiß ist oder kalt ist, ob es meint, dass es Fieber hat, ob ihm etwas weh tut“ (ibid.: 254-255) oder um gewisse Bewegungsabläufe mit einem/r PhysiotherapeutIn zu verbalisieren. Demnach differenziert B1 in der Einbeziehung der Kinder am gedolmetschten medizinischen Gespräch zwischen pflegerischen Aspekten, die mit den Kindern besprochen werden, und behandlungsbezogenen bzw. therapiebezogenen Aspekten, welche größtenteils nur mit den Eltern besprochen werden (ibid.: 255-266), bei denen er jedoch keine Verallgemeinerung vornehmen kann, sondern

abhängig vom Fall bzw. Dolmetscheinsatz diese Gespräche unterschiedlich ausfallen können, da es eine enorme Spannbreite gibt (ibid.: 299). Bei den Aufträgen von B2 war der Grad der Behinderung die Hauptursache, warum die Kinder nicht am medizinischen Gespräch teilhaben und auch nicht folgen konnten. Jene Kinder mit einem leichteren Grad einer Behinderung konnten durchaus etwas vom Gespräch verstehen (IP B2: 95-96). Es handelte sich jedoch bei diesen Dolmetscheinsätzen immer um Gespräche, bei denen über das Kind hinweg gesprochen wurde und die demzufolge nur zwischen den erwachsenen GesprächsteilnehmerInnen stattfanden, das heißt zwischen PädiaterIn und Erziehungsberechtigten (ibid.: 113-117).

PatientInnen sind in medizinischen Einrichtungen zwangsläufig der medizinischen Fachsprache ausgesetzt, was zu einer Asymmetrie der GesprächsteilnehmerInnen führen kann. In den meisten Fällen sind PatientInnen LaiInnen im Gebiet der Medizin, weswegen die verständnisgerechte Vermittlung der medizinischen Inhalte dem medizinischen Personal obliegt, wie etwa MedizinerInnen, KrankenpflegerInnen etc. (vgl. Allaoui 2005). Die eben beschriebene Asymmetrie konnte von den Befragten B2 und B4 bestätigt werden. Ihnen zufolge stellt die medizinische Fachsprache einen Faktor dar, warum Kinder am medizinischen Gespräch nicht teilnehmen und diesem auch nicht folgen können. Zum einen sind solche Gespräche i. d. R. nicht für Kinder gedacht (IP B4: 73-79) und zum anderen spielen die Komplexität und Länge der Sätze eine Rolle, die von den erwachsenen Gesprächsparteien gewählt wird und stellt einen Grund dar, warum sich Kinder darin verlieren und nicht mehr folgen können (IP B2: 100-105).

Für mehrere der befragten DolmetscherInnen ist die direkte Ansprache der Kinder während des gedolmetschten medizinischen Gesprächs eine der Voraussetzungen für deren Teilnahme. Das direkte Ansprechen kann jedoch sowohl von den primären, erwachsenen Gesprächsparteien kommen, wie beispielsweise der behandelnden Ärztin oder einer der Erziehungsberechtigten sowie durch den oder die anwesende/n DolmetscherIn erfolgen (u.a. IP B2: 106; IP B3: 82-85; 96-99; IP B4: 90-91). B3 hat für sich eine Strategie entwickelt, wie Kinder am gedolmetschten Gespräch teilnehmen können, wenn dies etwa durch die Erziehungsberechtigten unterbunden wird, indem diese das Kind unterbrechen oder ihm widersprechen. In solchen Fällen wendet sie sich direkt an die Eltern und bittet sie, die Kinder zu Wort kommen zu lassen (IP B3: 96-99). B3 schafft als aktive GesprächsteilnehmerIn somit Raum und Zeit für „*turn-takings*“, um Kindern die Teilnahme am gedolmetschten Gespräch zu gewähren (siehe Abschnitt 3.1.1).

Einige der Befragten gaben als Voraussetzung, um am gedolmetschten medizinischen Gespräch teilnehmen zu können, das Alter der Kinder und den kognitiven Entwicklungsstand

an (u.a. IP B1: 269-274; IP B2: 108; IP B5: 60-80). Für Interviewteilnehmerin B5 gelten darüber hinaus auch die Empathie der am Gespräch beteiligten Personen, das emotionale Befinden des Kindes sowie der Bildungsgrad der Eltern als notwendige Voraussetzungen (IP B5: 60-64).

Ein Aspekt, der den Kindern ermöglicht, dem gedolmetschten medizinischen Gespräch folgen und daran teilhaben zu können, ist die tatsächliche physische Anwesenheit des Kindes beim Gespräch zwischen MedizinerInnen und Erziehungsberechtigten, die rechtlich gesehen die EntscheidungsträgerInnen für das Kind sind. Einige der TeilnehmerInnen berichteten über Dolmetscheinsätze, die ohne Beisein des Kindes stattfanden (u.a. IP B1: 274-280; IP B5: 87-89). In solchen Situationen wurden die Eltern in einem separaten Raum über die Diagnose oder den Zustand des Kindes aufgeklärt. In einigen Fällen wollten sie gar nicht, dass gewisse Inhalte oder Informationen für die Kinder gedolmetscht werden (IP B1: *ibid.*). B1 vermutet, dass das Kind die Hoffnung aufgeben könnte oder die Eltern ihre Kinder vor schlechten Nachrichten schützen wollen (IP B1: 283-288). Laut B5 finden solche Gespräche ohne Anwesenheit des Kindes auch ausgehend vom behandelnden Arzt oder von der behandelnden Ärztin statt, da gewisse Informationen explizit den Eltern mitgeteilt werden sollen und dies zum Wohle des Kindes geschieht (IP B5: 87-91).

6.4.3 Unterkategorie 4: Auffassungsvermögen des Kindes

Eine weitere am gewonnenen Datenmaterial gebildete Unterkategorie umfasst die Unterkategorie 4, das Auffassungsvermögen des Kindes in Bezug auf die Rolle und Tätigkeit des anwesenden Dolmetschers oder der anwesenden Dolmetscherin bei einem medizinischen Gespräch. Im Rahmen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) wurden die am ExpertInneninterview teilnehmenden DolmetscherInnen hinsichtlich des Begriffsvermögens der fremdsprachigen Kinder zur Rolle und Aufgabe der am Gespräch gegenwärtigen DolmetscherInnen befragt bzw. inwieweit die Kinder nachvollziehen konnten, wer der/die DolmetscherIn ist und wozu er/sie da ist. Eine mögliche physische und kognitive Beeinträchtigung des Kindes, wie zum Beispiel eine Behinderung oder lebensbedrohliche Krankheit, kristallisierte sich als wesentlicher Faktor für das Verständnisvermögen, was die Dolmetschtätigkeit anbelangt, heraus (IP B1: 326-329; IP B2: 134). Um jedoch zum genaueren Verständnis über die Aufgabe und Rolle von DolmetscherInnen beim medizinischen Gespräch beizutragen, stellen sich die Befragten B1 und B2 den GesprächsteilnehmerInnen, und somit auch dem Kind, als DolmetscherIn vor und erklären, wozu sie da sind, wie sie im Interview zur Sprache brachten (IP B1: 329-333; IP B2: 137-138). Interviewteilnehmerin B5 betonte, dass

den Kindern auch unter Umständen mehrmals mitgeteilt werden muss, was ein/e DolmetscherIn macht, da sie sich in einem emotionalen Ausnahmezustand befinden könnten und nicht verstehen, worum es gerade geht (IP B5: 110-112).

In mehreren Fällen (u.a. B1: 334-339; IP B3: 127-136) wurde davon ausgegangen, dass die Kinder verstanden haben bzw. im Laufe des Gesprächs nachvollziehen konnten, welche Tätigkeit ein/e DolmetscherIn ausführt und warum er/sie gerade anwesend ist. B1 erwähnte beispielsweise, dass während eines medizinischen Gesprächs das Kind zu vollem Bewusstsein gelangte und aus der Situation erschließen konnte, welche Aufgabe der Dolmetscher hat (IP B1: *ibid.*). Interviewkandidatin B3 beschreibt, dass Kinder mit rein physischen Erkrankungen sehr schnell verstehen können, welcher Tätigkeit sie nachgeht und was der Grund für ihre Anwesenheit ist, da sie öfters mit ÄrztInnen zu tun haben. Im Gegensatz dazu muss im psychiatrischen Bereich häufiger auf das „intralinguale Dolmetschen“ zurückgegriffen werden, womit die Wiedergabe des mündlichen Ausgangstextes in einer für das Kind verständnisorientierten Form gemeint ist. Sie führte folgendes Beispiel an: „Man sagt nur: ‚Schau, das ist die Frau Doktor, die kennst du ja schon‘ und die Ärztin fragt: ‚Na ja, also wie hast du dich in der letzten Zeit gefühlt?‘ dann sehe ich ein großes Fragezeichen und sage: ‚Schau mal: wie war das gestern und wie war das vorgestern? Hast du das Gefühl, dass du heute fröhlich bist oder gestern nicht?‘ Also es wird intralingual nachgedolmetscht bei den Kindern.“ (IP B3: 128-132) Die Dolmetscherin gibt zuerst die Frage der Ärztin wieder, ehe sie bedingt durch die Reaktion und Ausbleiben der Antwort des Kindes eine Umformulierung und Veränderung der Fragestellung zwecks der Verständniserleichterung vornimmt. Lediglich Teilnehmerin B4 (IP B4: 119-125) bezweifelt, dass die Kinder verstehen konnten, wer sie ist und warum sie zugegen ist. Sie wurde in den meisten Fällen größeren Kindern „als die, die hilft beim Verstehen“ (*ibid.*: 120) vorgestellt, jedoch kleineren Kindern nicht. Sie ist darüber hinaus überzeugt, dass kleinere Kinder auch nicht nachvollziehen konnten, ob sie zum Personal gehört oder nicht, sondern nur mitbekommen haben, dass eine weitere Person im Raum anwesend ist.

6.5 Kategorie 5: Dolmetschtechniken

Die fünfte Hauptauswertungskategorie wurde ebenfalls deduktiv aus dem empirisch erhobenen Datenmaterial gebildet. Sie enthält zahlreiche Informationen über die von den Befragten erwähnten Techniken und Hilfsmittel, derer sie sich während eines Dolmetscheinsatzes mit Kindern in medizinischen Einrichtungen bedienen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung deuteten die DolmetscherInnen auf verschiedene Techniken hin, die vereinzelt sehr divergent zueinander sind.

6.5.1 Kategorie 5: Dolmetschtechniken – Dolmetschmodus

Für Dolmetschereinsätze, die in medizinischen Settings im Feld des Community Interpretings stattfinden, bewährt sich der Konsekutivmodus als bevorzugte Dolmetschtechnik bedingt durch die geringe Personenanzahl während eines medizinischen Gesprächs (vgl. Gentile et al. 1996: 18; siehe Abschnitt 2.3). Die Verwendung des konsekutiven Modus während der Dolmetschungen für Kinder in medizinischen Institutionen kann durch die Aussagen der InterviewteilnehmerInnen bestätigt werden. Alle der befragten DolmetscherInnen bevorzugen diesen Dolmetschmodus im beschriebenen Arbeitssetting (u.a. IP B1: 307; IP B2: 122-124; IP B3: 102; IP B4: 105; IP B5: 97). Darüber hinaus wird bei Bedarf auf die Zuhilfenahme von Notizen zurückgegriffen. Es handelt sich B1 zufolge bei vielen Aussagen um relativ kurze Beiträge oder Ein-Wort-Aussagen, bei welchen das Mitnotieren nicht notwendig ist. Im Gegensatz dazu können Aussagen eines Arztes oder einer Ärztin durchaus sehr lange sein, wenn es beispielsweise um den Krankheitsverlauf, bestimmte Werte, Nebenwirkungen von Therapien oder auch die Darstellung der Gesamtsituation geht, bei welchen mitnotiert werden sollte (IP B1: 309-324). Kandidatin B3 (IP B3: 109-118) versucht, ihre Notizen so gering als möglich zu halten, um Kinder damit nicht zu verunsichern und um bei psychiatrischen Einsätzen die Aufmerksamkeit des Kindes nicht auf das Schreiben zu lenken. Sie betont aber gleichzeitig die Wichtigkeit der Notizen in Anbetracht der genauen Beschreibung einer Patientenaussage für den/die MedizinerIn. Denn „es ist sehr wichtig, ob der Schmerz jetzt stechend ist, ob er reißend ist, ob er [...] zwickt, oder juckt oder reizt“ (IP B3: 112-114).

Obwohl der konsekutive Dolmetschmodus bei Einsätzen in medizinischen Einrichtungen von den InterviewteilnehmerInnen favorisiert wird, kam auch der simultane Dolmetschmodus in einigen Settings im medizinischen Bereich innerhalb des Community Interpreting zur Anwendung. Dies erfolgte laut den Aussagen der Befragten immer mithilfe des simultanen Flüstermodus, auch *Chuchotage* (von frz. *chuchoter* für „flüstern“) genannt. Nach B5 (IP B5: 101-104) ist der simultane Modus beim Gesprächsdolmetschen zwar möglich, jedoch kann es häufiger zu Missverständnissen kommen als bei konsekutiven Dolmetschungen im beschriebenen Einsatzbereich. Im Unterschied dazu äußert B3, dass Flüsterdolmetschen im medizinischen Bereich nur bei Erwachsenen produktiv ist und Kinder frontal angesprochen werden müssen, insbesondere im psychiatrischen Kontext (IP B3: 119-122). Für Kandidatin B2 hingegen ist der simultane Modus im medizinischen Dialogsetting nur dann eine alternative Lösung, wenn es um sehr komplexe medizinische Inhalte geht und sie befürchtet, sich etwas davon nicht merken zu können und es darüber hinaus für sie kognitiv sehr anstrengend wäre, im konsekutiven Modus zu bleiben. Sie versucht jedoch, so lange wie möglich konsekutiv zu

dolmetschen, da die „zwei Spuren“ ihrer Erfahrung nach für die Anwesenden nicht so angenehm sind (IP B2: 122-132). Teilnehmerin B4 bedient sich der *Chuchotage*, wenn relevante Nebengespräche stattfinden und gewährt jener Gesprächspartei, die gerade nicht verstehen kann, so die Teilnahme. Zur Verdeutlichung dieser Gesprächssituation nennt sie etwa ein stattfindendes Nebengespräch zwischen einer Großmutter und ihrem Enkelkind, welches für die behandelnde Ärztin von Relevanz war. Deshalb dolmetschte Probandin B4 das Nebengespräch für die Ärztin im simultanen Flüstermodus. Bei der Bedolmetschung eines Kindes bleibt sie jedoch stets im Konsekutivmodus und wechselt nicht in den Flüstermodus (IP B4: 106-111).

6.5.2 Kategorie 5: Dolmetschtechniken – Verwendung der 3. Person Singular

In Anbetracht der Tatsache, dass DolmetscherInnen während der universitären Ausbildung lernen, die an den/die EmpfängerIn gerichteten Aussagen der GesprächsteilnehmerInnen in der 1. Person Singular zu dolmetschen, verlangen gewisse Situationen, dass auf die Verwendung der 3. Person Singular oder des Indefinitpronomens „man“ zurückgegriffen wird (vgl. Wadensjö 1998: 186). Dies kann insbesondere bei Dolmetschungen in Anwesenheit von Kindern von Vorteil sein, da sie Informationen anders verarbeiten und gewissen abstrakten Begriffen nur bedingt folgen können, wie in Abschnitt 3.3 der vorliegenden Masterarbeit bereits beleuchtet wurde. Die am ExpertInneninterview teilnehmenden DolmetscherInnen wurden im Zuge dessen gefragt, ob sie bei Einsätzen mit Kindern auf die oben beschriebene Dolmetschtechnik zurückgreifen oder ob sie Kinder stets direkt ansprechen. Durch die Aussagen der InterviewpartnerInnen zu dieser Fragestellung konnte festgestellt werden, dass alle fünf InterviewteilnehmerInnen von der 3. Person Singular Gebrauch machen. Der Aussage von B4 zufolge können Kinder mit der 1. Person Singular nicht viel anfangen, weswegen sie häufig auf die 3. Person Singular ausweicht, indem sie Fragen oder Anordnungen der Ärztin mit: „*Die Frau Doktor möchte wissen*“ und „*Sie möchte, dass du dies und jenes machst*“ umformt, wobei sie auch unweigerlich die Du-Form bei Kindern verwendet. Derselben Technik bedient sich auch Teilnehmerin B5, da Kinder abhängig vom jeweiligen Alter nicht zwischen den unterschiedlichen Rollen separieren können. Jugendliche sind durchaus in der Lage, diese Trennung vorzunehmen, aber sie versucht bei Kindern die Ich-Form während des Dolmetschens zu vermeiden (IP B5: 113-122). Die Befragte B3 differenziert darüber hinaus auch zwischen den fachspezifischen Einsätzen. Psychiatrisch-medizinische Dolmetscheinsätze mit Kindern erfordern auch bei Jugendlichen die Verwendung der 3. Person Singular. Es können jedoch gewisse Fragen des medizinischen Behandlungsteams direkt gestellt werden,

wie z. B.: „Wie geht es dir?“, dennoch stellt sie meistens eine einleitende Phrase: „Die Frau Doktor hat gefragt“ davor (IP B3: 139-150). Interviewteilnehmer B1 führt an, dass sowohl die direkte Ansprache des Kindes als auch die Verwendung der 3. Person Singular, vor allem zur Differenzierung von mehreren Anwesenden, während seiner Einsätze vorkamen. Er räumte diesbezüglich ein, dass die Verwendung der 3. Person Singular automatisch geschieht und nicht unbedingt bewusst. Das unbewusste und automatische Zurückgreifen auf die 3. Person Singular beim Dolmetschen für Kinder könnte auch häufiger bei Teilnehmerin B2 (IP B2: 144-153) vorgekommen sein, da sie anführt, die Kinder immer direkt anzusprechen, doch während der Beantwortung ein Beispiel nannte, das das Gegenteil vorbrachte: „Ich habe ‚du‘. ‘Ah ma sei bella! Il dottore ha detto che hai dei bellissimi capelli!’ Ja, in dem Fall habe ich das so gemacht“ (IP B2: 146-147). Es ist erkennbar, dass B2 zuerst das Kind, in diesem Fall ein italienischsprachiges Mädchen, direkt ansprach, indem sie ein Kompliment an sie richtete und darauffolgend auf die 3. Person Singular auswich, um ebenfalls ein vom Arzt stammendes Kompliment („*Der Herr Doktor hat gesagt, dass du sehr schöne Haare hast*“) an das Mädchen zu adressieren. Sie führte aus, dass sie die direkte Ansprache eines Kindes bevorzugt, jedoch zur Differenzierung der Rollen gewisse Informationen oder Aussagen, die nicht für das medizinische Gespräch relevant sind, in der 3. Person Singular dolmetscht (ibid.).

6.5.3 Kategorie 5: Dolmetschtechniken – Sprachregister

Der Entwicklungsstand eines Kindes ist ausschlaggebend, um gewisse Anforderungen an ein Kind stellen zu können. Fragen, die abstrakte Konzepte beinhalten oder für das Kind zu komplex sind, können zu Problemen in der Kommunikation bzw. der Beantwortung führen, da das Kind nicht folgen kann (vgl. Saywitz & Walker 2008). Vor allem in medizinischen Einrichtungen ist es wichtig, die Kommunikation kindgerecht anzupassen, indem das Sprachregister an die Beteiligten adaptiert wird. Dies gelingt durch eine deutliche Artikulation, das Verwenden von einfachen Begriffen anstelle von Fachtermini sowie die Reduktion auf ein Nomen und ein Verb pro Satz (vgl. Rayes 2008, siehe Abschnitt 3.3).

Die InterviewteilnehmerInnen wurden im Zuge des ExpertInneninterviews hinsichtlich der Anpassung des Sprachregisters befragt, welche bei Dolmetscheinsätzen erfolgen kann, die eine Mehrpersonenbeziehung umfassen. Die Mehrpersonenbeziehung ergibt sich durch die Anwesenheit von MedizinerInnen oder anderen medizinischen Fachkräften, dem Kind und dessen Erziehungsberechtigten sowie unter Umständen auch Begleitpersonen zusammen. Alle TeilnehmerInnen stimmten der auf das Sprachregister bezogenen Adaptierung zu. B2 betonte, dass die Dolmetschung verständnisorientiert sein muss, obgleich es sich um Kinder oder

Dolmetscheinsätze mit rein erwachsenen Gesprächsparteien handelt und die Anpassung in Abhängigkeit zum Bildungsgrad der Beteiligten steht (IP B2: 156-159). Die beiden Befragten B3 und B5 griffen auf die Strategie der Umformulierung zurück, um sich dem sprachlichen Register der anwesenden Personen bei Dolmetscheinsätzen anzunähern. Nach B5 (IP B5: 129-135) erfolgt die Umformulierung mit einfacheren Worten, sobald sie erkennen kann, dass die Beteiligten die Aussagen nicht verstehen und sie informiert alle GesprächsteilnehmerInnen über diesen Vorgang. B3 hingegen wendet diese Technik bereits zu Anfang des Dolmetscheinsatzes an. Sie verfolgt das Ziel, den Wortschatz des Kindes zu erfahren, um sich anpassen zu können: „Ich muss vorher hören, dass das Kind mir irgendetwas erzählt. Die Worte, die es verwendet. [...] Ich gehe so weit hinunter, bis ich auf dem gleichen Level bin.“ (IP B3: 163-166) Genauso wie B5 setzt sie die Gesprächsbeteiligten vor dem Setting über den sprachregisterbezogenen Anpassungsvorgang in Kenntnis und sieht dies auch als eine ihrer Aufgaben als Dolmetscherin (ibid.: 168-170).

6.5.4 Unterkategorie 5: Medizinische Fachsprache

Die Ziele und Erwartungen der am medizinischen Gespräch beteiligten Personen stellen einen wichtigen Aspekt in der Kommunikation dar, da PatientInnen medizinische Hilfe benötigen und gehört werden wollen und ÄrztInnen durch ihr Fachwissen die medizinische Hilfe gewähren können, jedoch notwendige Informationen zur Diagnosestellung benötigen (vgl. Angelelli 2004a). PatientInnen sind in den meisten Fällen keine ExpertInnen auf dem Gebiet der Medizin und drücken ihre Symptome und Beschwerden entsprechend ihrem sprachlichen Niveau aus, welches durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht unterschiedlich ausfällt. Dieses asymmetrische Gleichgewicht wird als Machtgefälle zwischen der Gesprächsparteien deutlich (vgl. Allaoui 2005). Der/die DolmetscherIn kann eine Verbindung zwischen den Gesprächsparteien herstellen, fördern sowie kontrollieren (vgl. Wadensjö 1998). Wie bereits beschrieben, kann eine der relevanten Strategien für DolmetscherInnen das Vermeiden gewisser Fachtermini sein, um dem Kind Inhalte in einer verständnisorientierten Form zu vermitteln. Während der durchgeführten ExpertInneninterviews wurde die medizinische Fachsprache von einigen InterviewteilnehmerInnen erwähnt (u.a. IP B1: 367-386; IP B4: 152-162). Dolmetscherin B4 berichtete von Einsätzen mit Kindern in medizinischen Einrichtungen, bei welchen „im Gegensatz zu vielen anderen medizinischen Einsätzen die Eltern und die gesamte Familie über ungehöriges Vorwissen verfügen“ (IP B2: 155-156). Dies ist bedingt durch die Tatsache, dass die Eltern mit dem Kind bereits bei sehr vielen ÄrztInnen waren und sich viel Wissen in diesem

spezifischen Bereich der Medizin aneigneten. Es war in diesen Fällen eine Anpassung an das Sprachniveau der Erziehungsberechtigten nicht bzw. kaum notwendig, sondern nur an das Kind. Die Dolmetscherin konnte den kognitiven Entwicklungsstand des Kindes aufgrund seiner Erkrankung nicht genau einschätzen und passte sich automatisch an dessen Sprachniveau an (ibid.). Dolmetscher B1 beschreibt, dass sich gewisse ÄrztInnen vor allem durch Fachtermini artikulieren und man als DolmetscherIn „einen Schritt zurück geht“, um die Aussagen in einer laienhaften Sprache zu vermitteln. Eine an das Kind direkt gerichtete Kommunikation wird jedoch von den ÄrztInnen und PflegerInnen bereits deutlich einfacher ausgedrückt und stellt für ihn meistens keine große kognitive Operation dar (IP B1: 376-385). Darüber hinaus erwähnt B1, dass man als DolmetscherIn aufgrund der vielen verschiedenen Disziplinen und Unterdisziplinen innerhalb der Medizin unmöglich mit jeder vorkommenden Begrifflichkeit vertraut sein kann. Deswegen besteht für ihn immer die Möglichkeit, nachzufragen, sofern Unklarheiten auftreten, um die Inhalte in einer verständnisorientierten Form wiedergeben zu können. Oft bleibt B1 zufolge nur die Möglichkeit, nachzufragen, da man als DolmetscherIn in vielen Fällen kaum bis gar keine Informationen im Vorfeld zum jeweiligen Einsatz erhält und demzufolge eine fachterminologische Vorbereitung nicht möglich ist (ibid.: 387-403).

6.5.5 Kategorie 5: Dolmetschtechniken – Prosodie

Laut Schick (2001) spielt Prosodie eine wichtige Rolle hinsichtlich des Spracherwerbs bei Kindern und umfasst Veränderungen der Lautstärke, der Tonlage, der Dauer eines Tons, Mimik sowie Wiederholungen in der gesprochenen Sprache. Durch Prosodie kann die Bedeutung einer Nachricht abgeleitet werden. Häufig treten Veränderungen in der Prosodie von Erwachsenen auf, sobald sie mit Kindern sprechen, worauf in Abschnitt 3.1.3 der vorliegenden Arbeit näher eingegangen wurde. Im Zuge des ExpertInneninterviews wurden die fünf TeilnehmerInnen hinsichtlich der Prosodie und Veränderungen in ihrem Sprachrhythmus befragt, wenn sie für Kinder in medizinischen Einrichtungen dolmetschen und darüber, ob die oben beschriebenen Veränderungen während des Dolmetschvorgangs bewusst oder unbewusst geschehen. Kandidatin B4 führte deutlich aus, dass eine Zurückhaltung ihrerseits stattfindet, wenn sie für Kinder dolmetscht. Ihre Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit verringern sich und die Prosodie verstärkt sich zur deutlicheren Artikulation des Gesagten, was für sie ein deutlicher Kontrast zum Dolmetschen für Erwachsene ist, da sich B4 als üblicherweise relativ laut, präsent und aktiv im Dolmetschen beschreibt, dies Kindern jedoch Angst machen könnte, weswegen die eingangs beschriebene Zurückhaltung stattfindet (IP B4: 174-180). Bei den interviewten Dolmetscherinnen B3 und B5 ist eine ähnliche Zurückhaltung beim Dolmetschen festzustellen.

Die Sprechgeschwindigkeit von Kandidatin B3 verringert sich merkbar und der Tonfall wird situationsbedingt angepasst. Die für sie am besten funktionierende Taktik ist, sich dem Tonfall des Arztes oder der Ärztin anzupassen, wenn das Kind angesprochen wird (IP B3: 190-194). Kandidatin B5 gibt an, dass man sich als DolmetscherIn an die Situation anpassen sollte, jedoch auf eine neutrale Sprachmelodie zu achten hat. Dies verfolgt den Zweck, das Kind nicht durch Aufregung oder Schreien zu verwirren, sondern ihm zu vermitteln, dass die Emotion bei der sprechenden Person und nicht bei dem/r DolmetscherIn liegt und um zusätzlich zu verdeutlichen, wer von den Anwesenden gerade spricht. Darüber hinaus merkte sie an, dass DolmetscherInnen nicht immer in allen Situationen komplett neutral bleiben können, was jedoch nicht das Verständnis hindert (IP B5: 161-173). Für Teilnehmer B1 ist die Veränderung von Prosodie und Sprachrhythmus durch den konkreten Einzelfall bestimmt. Als Beispiel nennt er einen Einsatz mit einem schwerkranken Kind, welches die Umwelt nicht mehr richtig wahrnehmen konnte, wodurch alle Beteiligten lauter und langsamer mit dem Kind gesprochen haben, um sichergehen zu können, dass die Aussage oder gestellte Frage auch tatsächlich angekommen ist. Er selbst konnte an sich beobachten, mit dem Kind langsamer und lauter zu sprechen, d.h. eine Veränderung an der Prosodie und am Sprachrhythmus vorgenommen zu haben (IP B1: 451-458). Im Gegenzug zu den eben angeführten Beschreibungen der befragten DolmetscherInnen, die dazu tendieren, mit den Kindern deutlich leiser und langsamer zu sprechen, legt Interviewteilnehmerin B2 eine gegenteilige Sichtweise dar, indem sie folgende Aussage macht: „Ja, irgendwann muss man schreien, damit man lauter ist als die italienische Mutter oder der italienische Vater, aber wie gesagt, sie mischen sich sowieso immer ein, egal wie groß das Kind ist oder ob das überhaupt ein Kind ist.“ (IP B2: 172-174) Veränderungen in der Lautstärke dienen B2 vordergründig für die Gesprächsgestaltung mit den Eltern oder Erziehungsberechtigten und weniger mit den Kindern, welche ihren Aussagen zufolge häufig gar nicht sprechen konnten. Dennoch versuchte sie bei den Einsätzen die Kinder so anzusprechen wie die ÄrztInnen (IP B2: 36-38; 70-84).

Die Antworten der interviewten DolmetscherInnen hinsichtlich eines bewussten oder unbewussten Anpassens bzw. Veränderns der Prosodie und des Sprachrhythmus, wenn sie für Kinder in medizinischen Einrichtungen dolmetschen, unterscheiden sich in einigen Fällen. Für die beiden TeilnehmerInnen B1 und B3 findet der Vorgang deutlich bewusst statt (IP B1: 460; IP B3: 190), wobei es für B1 auch ein automatisches Anpassen ist, da man sich im Dolmetschfluss befindet und nicht viel darüber nachdenken muss (IP B1: 461-465). Die DolmetscherInnen B2 und B5 beschreiben, dass es sich sowohl um eine bewusste als auch eine unbewusste Anpassung handeln kann, abhängig von der Situation (IP B2: 178-180) und von

der Erfahrung von DolmetscherInnen (IP B5: 175-181). Vor allem am Anfang der beruflichen Laufbahn eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin können Emotionen dazu führen, sich unbewusst an den Sprachrhythmus und die Prosodie der Gesprächsparteien anzupassen, worauf man ihrer Ansicht nach Acht geben sollte (ibid.). Ausschließlich Kandidatin B4 beschreibt die Veränderungen der Prosodie und des Sprachrhythmus als einen deutlich unbewusst stattfindenden Vorgang, der sich durch die gegebene Situation ergibt (IP B4: 182-184).

6.5.6 Kategorie 5: Dolmetschtechniken – Nachfragen zwecks Verständnisses

Eine Vielzahl von Faktoren können dazu führen, dass Verständnisschwierigkeiten bei den von den Kindern getätigten Aussagen auftreten. Vor allem im medizinischen Bereich spielen Verletzungen, Erkrankungen, Sprach- oder Entwicklungsstörungen, Müdigkeit, Schüchternheit oder aber auch die Bereitschaft, (überhaupt) sprechen zu wollen, Alter, Emotionen, Weinen, Lachen usw. eine wesentliche Rolle, wenn es darum geht, ob der/die DolmetscherIn verstehen kann, was das Kind sagt. In sehr vielen Fällen können sich die im Einsatz befindlichen DolmetscherInnen an die Eltern oder an Familienangehörigen wenden, um zwecks der nicht (vollständig) verstandenen Aussage nachzufragen, da diese das Kind i. d. R. am besten verstehen können (vgl. Rayes 2008; siehe Abschnitt 3.3).

Im Rahmen der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) wurde die Kategorie 5: Dolmetschtechniken – Nachfragen zwecks Verständnisses deduktiv entwickelt und umfasst jene Techniken, die DolmetscherInnen während eines Einsatzes für Kinder in medizinischen Institutionen anwenden, um zu einem besseren Verständnis der Aussage des Kindes zu gelangen. Hierbei können das oben beschriebene Nachfragen bei den Eltern, Erziehungsberechtigten oder anderen Begleitpersonen hilfreich sein, aber das Kind selbst zum Wiederholen des Gesagten aufgefordert werden. Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit, Utensilien, wie etwa Stift und Papier miteinzubeziehen (vgl. Rayes 2008). Bei mehreren der befragten TeilnehmerInnen wurde auf diese Technik während ihrer Dolmetscheinsätze zurückgegriffen. B1 räumte diesbezüglich ein, dass ein schwerkrankes Kind große Schwierigkeiten hatte, sich zu artikulieren und er es kaum verstehen konnte und sich an die anwesende Mutter wandte, um nachzufragen. Bei einigen Aussagen des Kindes konnte sogar diese das Kind teilweise nicht verstehen, doch bei mehreren Äußerungen eruieren, was das Kind sagte oder meinte. Das heißt, das Kind teilte zunächst der Mutter etwas mit, die dann die Äußerung an den Dolmetscher weitergab (IP B1: 471-481). Einer ähnlichen strategischen Technik bediente sich auch Befragte B2, die zunächst die Aussage direkt an das Kind richtete, doch bedingt durch die Behinderung des Kindes die Antwort kaum verstehen konnte und

danach bei der Mutter nachfragte. In einigen Fällen konnte das Kind die Antworten durch Bewegungen der Augen kommunizieren, worauf ebenfalls auf das Nachfragen bei den Erziehungsberechtigten zurückgegriffen wurde, um herauszufinden, was das Kind meint (IP B2: 185-190). Hilfreich für Teilnehmerin B4, die sich auch in mehreren Situationen mit Verständnisschwierigkeiten wiederfand, war das unaufgeforderte Helfen der Eltern. Diese haben ohne Nachfragen der Dolmetscherin erkannt, dass die Äußerung des Kindes verbal schwierig zu verstehen ist und den Inhalt der Aussage wiedergegeben. Die Zuhilfenahme von Stift und Papier für verbale Äußerungen ist ihr nicht bekannt, die Aufforderung von PädaterInnen an das Kind, etwas zu zeichnen, kommt jedoch des Öfteren vor (IP B4: 190-200). B5 erinnert sich an mehrere Situationen, in denen sie nicht nur bei den Eltern oder Familienangehörigen nachfragen musste, weil sie etwas nicht verstehen konnte, sondern das Kind direkt aufforderte, das Geäußerte zu wiederholen bzw. diesbezüglich nachfragte. Ihres Erachtens nach ist das Nachfragen vonseiten eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin erforderlich bzw. notwendig, sobald es zu Verständnisschwierigkeiten kommt, um zu vermeiden, gegebenenfalls etwas Falsches zu dolmetschen (IP B5: 187-191). Im Unterschied zu den eben genannten Situationen gab Dolmetscherin B3 an, dass bei ihren Dolmetscheinsätzen keine verbal unverständlichen Aussagen der Kinder vorkamen. Manchmal wurden nur sehr knappe Informationen geliefert, bei welchen sie den anwesenden ÄrztInnen oder PsychologInnen mitteilte: „Ich glaube, das Kind meint das und das.“ (IP B3: 200-201) Daraufhin wurde sie gebeten, beim Kind erneut nachzufragen. Dies führte jedoch dazu, dass das Kind seine Aussage lediglich wiederholte oder nicht mehr darauf antwortete und das Nachfragen B4 zufolge keine effektive Wirkung zeigte (ibid.: 201-204).

6.5.7 Kategorie 5: Dolmetschtechniken – Nonverbale Kommunikation

Bei Dolmetscheinsätzen für Kinder kommt neben der mündlichen Kommunikation der nonverbalen Kommunikation eine wesentliche Bedeutung zu; dies wurde auch bereits im Abschnitt 3.1.2 der vorliegenden Masterarbeit thematisiert. Die für das ExpertInneninterview herangezogenen DolmetscherInnen führten ihre Sichtweisen zur nonverbalen Kommunikation bei Dolmetscheinsätzen mit Kindern in medizinischen Institutionen und die Bedeutung dieser an. Bei allen Befragten spielt die nonverbale Kommunikation eine essentielle Rolle im Umgang mit Kindern bei Dolmetscheinsätzen. Das Unterstreichen und Verstärken der Aussagen mithilfe von Gesten hat für B4 und B5 eine große Wichtigkeit, sowohl beim Dolmetschen für Erwachsene als auch vor allem für Kinder (IP B4: 165-169; IP B5: 138-144), insbesondere da dadurch die jeweiligen Rollen verdeutlicht werden können und dem Kind gezeigt werden kann,

wer gerade der/die SprecherIn ist (IP B5: 150-157). Dass Kinder auf Gesichter fixiert sind, bietet einen Vorteil für B2 (IP B2: 163-167), die Bewegungen der Augen und Augenbrauen bewusst kaum steuern kann, was für Kinder interessant zu sein scheint. Sie vermutet, dass Kinder die Bedeutung einer Aussage leichter erfassen können, wenn Menschen ein bisschen „dynamischer“ (ibid.: 167) sind. Für B1 stellt die nonverbale Kommunikation insofern eine Hilfestellung dar, weil Emotionen und das körperliche Befinden des Kindes von den im Raum anwesenden Personen, d.h. auch von PflegerInnen, ÄrztInnen, TherapeutInnen, dadurch abgeleitet werden können. Im Besonderen kann durch Mimik viel ausgedrückt werden, etwa wenn die eben erwähnten Anwesenden ein schmerzverzerrtes Gesicht erkennen und darauf direkt reagieren, indem sie sich nach dem Wohlergehen des Kindes erkundigen und es ansprechen, ob und wo es Schmerzen verspürt. Inwieweit die nonverbale Kommunikation bei Kindern im Unterschied zu Erwachsenen eine bedeutendere Rolle spielt, kann er jedoch nicht beurteilen (IP B1: 434-444). Eine Differenzierung hinsichtlich der medizinischen Disziplin und in welchem Einklang dies mit der nonverbalen Kommunikation steht, wurde von B3 (IP B3: 173-185) hervorgebracht. Ihren Erfahrungen nach muss man bei Einsätzen im medizinisch-psychiatrischen Bereich mit Kindern bei der nonverbalen Kommunikation besonders aufpassen. Einige der Kinder, bei denen man sich „fast nicht rühren“ (ibid.: 184) darf, haben Angst vor Berührungen und wollen nur Distanz, zum Beispiel autistische Kinder. Genauso berichtet sie von Dolmetscheinsätzen mit Kindern, die äußerst anlehnungsbedürftig sind und nach physischem Kontakt suchen, wie beispielsweise Gewaltopfer, die sich an einen klammern. Kinder, die sich in einer medizinisch-physischen Behandlung befinden, sind laut B3 deutlich zugänglicher in Bezug auf die nonverbale Kommunikation und lassen auch Berührungen zu (ibid.).

6.6 Kategorie 6: Coping-Strategien

Die Hauptkategorie K6: Coping-Strategien wurde im Zuge der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) deduktiv aus den erhobenen Daten gebildet. Mithilfe der Interviews konnte in Erfahrung gebracht werden, ob Dolmetscheinsätze für Kinder in medizinischen Einrichtungen für die Befragten eine Belastung der eigenen psychischen Gesundheit und des eigenen Wohlbefindens darstellen. Ein Auseinandersetzen mit der eigenen seelischen Gesundheit bzw. dem eigenen Wohlbefinden, was auch als Psychohygiene zu verstehen ist, gilt als wesentliche Maßnahme zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit von DolmetscherInnen, worauf im Abschnitt 4.3 ausführlich eingegangen worden ist. Verschiedene Maßnahmen und Strategien, die die Achtsamkeit mit sich selbst auf vielerlei Ebenen umfassen,

dienen der Verbesserung und dem Schutz der psychischen Gesundheit, um in weiterer Folge einen professionellen Umgang mit emotional schwierigen Dolmetschsituationen wahren zu können (vgl. Wedam 2015: 187f.).

Zunächst wurden die InterviewteilnehmerInnen auf die emotionale und psychische Belastung angesprochen, die sie aufgrund der Erlebnisse beim Dolmetschen für Kinder in medizinischen Einrichtungen erfahren. Unter den Befragten herrschte auch hier eine gewisse Übereinstimmung über die emotionale bzw. psychische Belastung, die von konkreten Dolmetscheinsätzen ausgelöst wurde. Zur genaueren Beantwortung dieser Fragestellung deuteten die DolmetscherInnen unter anderem auch auf Gründe für ihre Belastung hin. Demzufolge beschreibt B1 (IP B1: 489-505), dass abhängig vom Einzelfall das Schicksal eines schwerkranken Kindes nicht spurlos an ihm vorbeigeht, auch wenn man mit den beteiligten Personen erst kürzlich in Kontakt getreten ist. Dennoch ist die Tatsache, als nicht-medizinisches Personal plötzlich mit dem Tod konfrontiert zu sein, eine unübliche Gegebenheit, die belastend sein kann (ibid.). B2 (IP B2: 197-205) und B5 (IP B5: 196-197) stimmen der emotionalen sowie psychischen Belastung zu, jedoch bezweifelt B2, ob es für sie einen Unterschied macht, für eine erwachsene Person oder für ein Kind zu dolmetschen, die an derselben schweren Krankheit leiden, da es für sie in jedem Fall eine Belastung darstellt, womit sie vor allem zu Berufsbeginn sehr zu kämpfen hatte (IP B2: 197-205). Eine emotionale Belastung ist in der Antwort von Teilnehmerin B3 (IP B3: 212-218) zu erkennen, die bedingt durch die Erkrankung ihres eigenen mittlerweile erwachsenen Kindes die Sorgen und Hilflosigkeit der Eltern stark nachempfinden kann. Auch Kinder als Gewaltopfer wecken in ihr ein enormes Mitgefühl, bei denen sie „das eine oder das andere Mal eine Träne weggedrückt“ (ibid.: 220-221) hat. Kinder, die sich wegen rein physischen Behandlungen in medizinischen Einrichtungen wiederfinden, sind für sie am leichtesten zu dolmetschen, da es sich hier oft um für das Kind aufbauende Gespräche handelt (ibid.: 221-223). Es ist für B4 emotional und psychisch belastend, nicht zur Heilung des Kindes beitragen zu können, sondern lediglich zur Stabilisierung oder Abschwächung der Erkrankung beizusteuern und zu wissen, dass das Kind diese Erkrankung wahrscheinlich beibehalten wird (IP B4: 205-210). Aus den Aussagen der Befragten ist zu erkennen, dass im Zuge der Dolmetscheinsätze für Kinder in medizinischen Settings intensive Gefühle aufkommen. Wedam (2015: 188) zufolge sollten sie sich der Gefühle und Emotionen bewusst sein, um die Distanz und den professionellen Umgang diesbezüglich weiterhin aufrecht erhalten zu können.

6.6.1 Unterkategorie 6: Positive Coping-Strategien

Es gibt eine Vielzahl an Coping-Strategien, auch Bewältigungsstrategien genannt (s. Abschnitt 4.3), welche von DolmetscherInnen angewandt werden können, um die psychischen und emotionalen Belastungen, die aus dem beruflichen Alltag hervorgehen, effektiv zu bewerkstelligen. Die InterviewteilnehmerInnen wurden nach ihren Coping-Strategien befragt, von denen sie vor, während oder nach einem Dolmetscheinsatz für Kinder Gebrauch machen. Ausschließlich B1 (IP B1: 521-533) ist im Laufe des ExpertInneninterviews auf Coping-Strategien, die vor oder während des Einsatzes stattfinden, spezifisch eingegangen und vermutet, gar keine bestimmten Bewältigungsstrategien dafür zu haben. Dies liegt der Tatsache zugrunde, nur wenige Informationen im Vorfeld zum jeweiligen Auftrag zu erhalten. Das Nicht-Wissen, um welche Art von medizinischem Gespräch es sich handelt, sei es der Anfang oder inmitten einer Therapiephase, ein Entlassungsgespräch etc., lässt keine emotionale Vorbereitung zu (ibid.). Währenddessen konzentriert er sich auf die Kommunikation und das Dolmetschen und befindet sich im „Flow“ (ibid.: 535), auch wenn es sich um hochemotionale Situationen handelt. B1 erachtet das Verständnis über die eigene Rolle und Aufgabe als DolmetscherIn als erforderlich und man sollte sich zunächst damit auseinandersetzen, ob man diese Tätigkeit auch in emotional belastenden Settings ausführen kann (ibid.: 541-548). Ebenso hat Kandidatin B2 keine Schwierigkeiten, während des dolmetschgestützten Gesprächs ihre Professionalität beizubehalten, obgleich es ein für sie belastender Einsatz ist, da sie dennoch in der Lage ist, den Anwesenden gleichzeitig mit Empathie und Mitgefühl entgegenzutreten (IP B2: 209-212; 226-227).

Unter den InterviewteilnehmerInnen konnten vor allem Bewältigungsstrategien erfasst werden, die nach einem für sie psychisch oder emotional belastenden Dolmetscheinsatz für Kinder in medizinischen Einrichtungen zur Anwendung kommen. Einen Spaziergang nach einem belastenden Einsatz zu unternehmen ist für B3, B4 und B5 eine häufig angewandte Strategie (IP B3: 230-234; B4: 213-2219; B5: 200). Das zusätzliche Einsetzen von bewussten Atemzügen und Affirmationen zur Beruhigung während des Spazierens wird öfters von B3 durchgeführt (ibid.). Ebenso sind für Kandidatin B5 sportliche Aktivitäten eine beliebte Coping-Strategie (IP B5: 200). B4 benötigt im Anschluss an belastende Dolmetscheinsätze etwas sozialen Abstand, indem sie etwas Zeit alleine verbringt. Ferner kann sie nicht sofort an anderen dolmetschbezogenen Situationen, wie etwa an einem weiteren Einsatz, teilnehmen oder Unterricht abhalten, da sie „immer ein bisschen Zeit zum Runterkommen, zum Verdauen“ (IP B4: 219) braucht, in welcher sie über das Erlebte reflektiert (ibid.: 213). Ferner vertrauen B4 (ibid.: 220-221; 245-246) und B5 (IP B5: 200) ihren Bekannten oder FreundInnen gewisse

Erlebnisse aus dem Arbeitsalltag an, die ihnen emotional oder psychisch nahegehen. Eine intensive Reflektion nehmen die Befragten B1 und B2 (IP B2: 208-209) vor. Vor allem B1 ist sich seiner Rolle als Dolmetscher und den damit verbundenen Aufgaben bewusst, welche eingangs bereits erläutert wurden. Er beschreibt, dass ihm meistens eine Last von den Schultern fällt, sobald der Einsatz beendet ist und er die institutionelle Einrichtung verlässt (IP B1: 558-565), was als Abgrenzung gesehen werden kann. Eine weitere Strategie zur Bewältigung der Geschehnisse, die im Zuge der Ausführung der Dolmetschtätigkeit auftreten können, wurde von B2 hervorgebracht. Sie nennt die dolmetschtechnische Ausbildung als wichtige Maßnahme zum richtigen Umgang der Situation (IP B2: 212-215). Sie hat sich intensiv mit Empathie, Professionalität und Neutralität beim Dolmetschen auseinandergesetzt, da sie sich sehr umfangreich mit den eben genannten Themen durch Lesen wissenschaftlicher Lektüre beschäftigt hat und sie dies zum Anlass ihres Doktorats genommen hat. Im Zuge dessen hat sie für sich gut funktionierende Strategien entwickeln können, um während belastender Dolmetschungen eine professionelle Distanz zu wahren sowie sich gleichzeitig von einer menschlichen Seite zu zeigen (IP B2: 221-233). Darüber hinaus nahm B2 an einer vom österreichischen Berufsverband UNIVERSITAS angebotenen Weiterbildung über Emotionen beim Dolmetschen in schwierigen Settings teil, was für sie sehr hilfreich war (ibid.: 251-257).

Die positiven Coping- bzw. Bewältigungsstrategien, welche von den InterviewteilnehmerInnen angewandt werden, zeichnen sich vor allem durch Individualität aus, da sie bei allen fünf Befragten sehr unterschiedlich ausfallen und sie unterschiedliche Herangehensweisen zur Bewältigung von emotional sowie psychisch belastenden Arbeitseinsätzen aufweisen. Anschließend an die positiven Strategien sollen negative Bewältigungsstrategien in einer weiteren Unterkategorie beschrieben werden, die durch die A-priori Kategorienbildung erschlossen wurde.

6.6.2 Unterkategorie 6: Negative Coping-Strategien

Negative Coping-Strategien sind in sehr vielen Fällen das erste Hilfsmittel, das von Individuen eingesetzt wird, um belastende oder traumatische Erlebnisse zu verarbeiten. Anders als positive Bewältigungsstrategien verhelfen sie nicht zur Aufrechterhaltung der eigenen Psychohygiene, sondern erlauben ein Fortbestehen der unverarbeiteten Belastung.

Wie anfangs beschrieben wurde, sind die InterviewteilnehmerInnen zu ihren Bewältigungsstrategien, die sie vor, während oder nach einem belastenden Dolmetscheinsatz für Kinder anwenden, befragt worden. Es ist jedoch nicht nach positiven oder negativen Coping-Strategien im Speziellen gefragt worden. Solche negativen Strategien umfassen soziale

Isolation, Verleugnung der Situation, übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum usw. Eine Bewältigungsmethode, von welcher B1 (IP B1: 551-558) nach aufwühlenden Dolmetscheinsätzen Gebrauch macht, ist in Form von Ablenkung durch emotional aufwühlende Filme, wie etwa Science-Fiction-Filme oder Horrorfilme. Diese Ablenkung beschreibt er als „[m]öglichst massiv“ (ibid.: 552), um sich gänzlich auf etwas anderes zu fokussieren und daraufhin eine Art Schlussstrich zum Erlebten ziehen zu können, wobei diese Methode selten angewandt und nicht intensiv betrieben wird. Kandidatin B3 räumte im Zuge des Interviews ein, dass „ein Gläschen Cognac und ein bisschen Meditation das ultimative Hilfsmittel (lacht)“ (IP B3: 270-271) für sie seien, sie dies aber auch nur dann macht, „wenn gar nichts anderes mehr hilft“ (ibid.: 269-270), da sie mit beruflich bedingtem Stress sehr gut umzugehen weiß.

Die beiden genannten Beispiele fallen zwar in die Unterkategorie von negativen Coping-Strategien, jedoch muss diesbezüglich angemerkt werden, dass die beiden Befragten nur in wenigen, seltenen Fällen auf diese Methoden zurückgreifen und weder von übermäßigem Alkoholkonsum noch einer extremen Ablenkungsmethode zur Vermeidung einer Auseinandersetzung mit der psychischen Belastung Gebrauch machen. Aus den Aussagen der anderen drei Interviewteilnehmerinnen konnten keine negativen Bewältigungsstrategien herausgefiltert werden. B1 etwa hatte nie das Bedürfnis verspürt, eine Supervision (siehe Kategorie 7) aufgrund der hochemotionalen und belastenden Dolmetscheinsätze für Kinder in medizinischen Einrichtungen in Anspruch nehmen zu müssen (IP B1: 564-565).

Die DolmetscherInnen sind im Rahmen von Dolmetscheinsätzen für Kinder in medizinischen Einrichtungen häufig der Emotionalität von vulnerablen Personengruppen unmittelbar ausgesetzt, was eine Belastung für sie darstellen kann (vgl. Wedam 2015: 143). Aufgrund dessen wurden die TeilnehmerInnen gefragt, ob je ein Abbruch oder eine Unterbrechung des Dolmetscheinsatzes vorkam. Weder B1, B2 noch B4 mussten je einen Einsatz unter- oder abbrechen, sondern konnten ihre Tätigkeit immer bis zum Ende ausführen (IP B1: 573; B2: 236-243; B4: 224-226). Ebenso ist bei B3 (IP B3: 249-256) noch nie das Bedürfnis nach einem Abbruch oder Unterbrechen des Dolmetscheinsatzes aufgekommen. Jedoch hatte sie dies schon einmal erlebt, als die Mutter eines Kindes einen Zusammenbruch hatte. Dieser Einsatz fand jedoch nicht in einem medizinischen Setting statt und stellt für die Beantwortung der Fragestellungen der vorliegenden Masterarbeit keine Relevanz dar, weswegen keine weitere Ausführung dessen vorgenommen wird. Für B5 (IP B5: 205-219) kamen hingegen bereits zwei Unterbrechungen bzw. Abbrüche der Dolmetscheinsätze vor. Im Zuge eines psychologischen Gesprächs im St. Anna Kinderspital musste sie ihre „Rolle ändern“

und der am Einsatz beteiligten Psychologin etwas unter vier Augen mitteilen, was letztendlich zum Abbruch des dolmetschgestützten Gesprächs führte³. Das zweite Mal fand im Zuge einer Gerichtsverhandlung statt, als sie sich weigerte, beleidigende Aussagen eines betrunkenen Richters an die Mutter eines Kindes zu dolmetschen. Da diese beiden Einsätze jedoch ohne Anwesenheit der Kinder stattfanden und nicht aufgrund der emotionalen Befindlichkeit der Dolmetscherin unter- bzw. abgebrochen wurden, werden sie im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit nicht weiter analysiert.

Bei mehreren Befragten konnte manchmal eine fehlende professionelle Distanz zu den Schicksalen der PatientInnen und ihren Angehörigen festgestellt werden, da sich bei den DolmetscherInnen gewisse Symptome und Phänomene manifestierten, die jenen auf der emotionalen Ebene der Betroffenen ähnelten, wie etwa Hilflosigkeit und Ohnmacht (u.a. B2: 208-209; 219-221; B3 218-221; B4: 205-210).

Es kann geschlussfolgert werden, dass Coping-Strategien, die von den befragten InterviewteilnehmerInnen in Rahmen von emotional aufwühlenden sowie psychisch belastenden Einsätzen für Kinder in medizinischen Einrichtungen äußerst unterschiedlich ausfallen und verschiedene Herangehensweisen zur Verarbeitung und Auseinandersetzung mit solchen Erlebnissen angewandt werden. Es ist aus dem gewonnenen Datenmaterial erkennbar, dass von den DolmetscherInnen vor allem positive Bewältigungsstrategien eingesetzt werden. Vor allem die Verankerung von positiven Coping-Strategien kann bei der Bewältigung und Reduktion von beruflichem Stress und der Reaktion auf traumatische Erlebnisse helfen (vgl. Bontempo & Malcolm 2012: 116ff.). Nur bei wenigen Ausnahmen werden in äußerst seltenen Fällen auch negative Strategien eingesetzt, die von den Befragten jedoch nicht exzessiv betrieben werden.

6.7 Kategorie 7: Unterstützungsmöglichkeiten für DolmetscherInnen

Unter K7: Unterstützungsmöglichkeiten für DolmetscherInnen fallen mehrere Aspekte, bzw. Daten, die mithilfe von deduktiv gebildeten Kategorien eruiert wurden. Für diese Kategorie sind jene Maßnahmen relevant, die DolmetscherInnen in Anspruch nehmen können, um mit psychosozial schwierigen menschlichen Situationen, unter welche das Dolmetschen für Kinder in medizinischen Einrichtungen fallen kann, entsprechend umgehen zu können. Im Rahmen des ExpertInneninterviews wurden die InterviewteilnehmerInnen einerseits hinsichtlich psychologischer Unterstützungsmöglichkeiten befragt, welche ihnen vonseiten der

³ Während des Gesprächs erkannte B5 Umstände, die auf Menschenhandel und Heiratsschwindel hindeuteten und sie erklärte daraufhin der Psychologin, warum sie nicht weiter dolmetschen konnte (IP B5: 206-217).

institutionellen Einrichtung angeboten werden können, d.h. von dem Krankenhaus, der Arztpraxis, der pädiatrischen Einrichtung etc. Andererseits wurden auch jene Unterstützungsmöglichkeiten ermittelt, die DolmetscherInnen zur Wahrung des professionellen Umgangs mit KlientInnen und der eigenen Psychohygiene im privaten Umfeld wahrnehmen.

6.7.1 Kategorie 7: institutionelle Unterstützungsmöglichkeiten

In Anbetracht eines nachhaltigen und guten Umgangs mit der eigenen Psyche sind Unterstützungsmöglichkeiten für MitarbeiterInnen und professionelle HelferInnen einer jeweiligen Institution empfehlenswert (vgl. Wedam 2015: 188). Darunter können unter anderem Intervision, Supervision, Krisenintervention oder auch Psychotherapie fallen, welche im Abschnitt 4.4 näher beschrieben wurden. Bezüglich des Spektrums an unterschiedlichen Maßnahmen, die angeboten werden können, wurde nur einem der Befragten, und zwar B1 (IP B1: 163-170; 578) eine Supervision nach den Dolmetscheinsätzen im St. Anna Kinderspital angeboten und er wurde auch bereits vor Ausführung der Dolmetschtätigkeit auf diese psychologische Entlastungsmaßnahme aufmerksam gemacht, welche er jedoch kein einziges Mal wahrgenommen hatte, da sich bei seinen Einsätzen „alles zum Positiven“ (IP B1: 589) entwickelt hat und er unter der Voraussetzung eines anderen Ausgangs diese womöglich in Anspruch genommen hätte (IP B1: 589-590). B5 hingegen, die auch Aufträge im St. Anna Kinderspital angenommen hatte, gab an, keine explizite Unterstützung angeboten bekommen zu haben. Sie befand sich damals allerdings immer wieder im Dialog mit einer Person aus dem Behandlungsteam (IP B5: 224-227; 230). B2 und B3 erhielten keinerlei Unterstützungsmöglichkeiten vonseiten der institutionellen Einrichtungen, da B2 vor allem im Medizintourismus in der PatientInnenmobilität arbeitet und entsprechend hauptsächlich Aufträge von ihren (privaten) KundInnen erhält (IP B2: 246-249). B3 fügte diesbezüglich an, dass nur im St. Anna Kinderspital Unterstützungsmaßnahmen für beauftragte DolmetscherInnen angeboten werden (IP B3: 263). B4 wurden ebenfalls keine Unterstützungsmöglichkeiten nach den Dolmetscheinsätzen offeriert, wobei sie jedoch auch nicht ausschließen kann, ob es diese in der medizinischen Einrichtung, von der sie für Aufträge herangezogen wurde, gibt oder nicht.

6.7.2 Kategorie 7: private Unterstützungsmöglichkeiten

Eine weitere Maßnahme, die von DolmetscherInnen ergriffen werden kann und die dem Schutz, dem Erhalt sowie der Verbesserung der psychischen Gesundheit dient, sind die oben genannten Unterstützungsmöglichkeiten im privaten Rahmen. Die InterviewteilnehmerInnen B1 (IP B1: 593-595) und B3 (IP B3: 269) haben aufgrund von psychischer oder emotionaler Belastung,

der sie im Zusammenhang mit der Ausführung der Dolmetschtätigkeit ausgesetzt sind, keine privaten Unterstützungsmöglichkeiten wahrgenommen. B2 (IP B2: 265-271) zufolge war eine Gruppensupervision zu Selbstkosten, die im Rahmen des Berufsverbandes UNIVERSITAS Austria organisiert wurde und welche sie einige Male besucht hatte, hilfreich. B4 (IP B4: 244) hat eine Intervision wahrgenommen und als sehr angenehm empfunden und B5 (IP B5: 238-244) nimmt in regelmäßigen Abständen an einem Arbeitsgruppentreffen von DolmetscherInnen teil, bei welcher über Belastungen gesprochen wird und vermerkte auch den Besuch einer Psychotherapie im ausgefüllten Leitfaden, ohne genauere Details zu nennen oder einen Bezug zu ihrem beruflichen Alltag herzustellen.

6.7.3 Unterkategorie 7: Vor- bzw. Nachgespräche

Vorgespräche, die zwecks der Aufklärung des Dolmetschers oder der Dolmetscherin mit Zuständigen aus dem Behandlungsteam des Patienten oder der Patientin durchgeführt werden, können nützlich sein, um sich mit möglichen situationsbedingten Herausforderungen auseinandersetzen zu können (vgl. Tribe & Lane 2015). Ebenso dienen Nachgespräche der Reflexion und Verarbeitung nach den Einsätzen, da Schwierigkeiten besprochen werden können und da sie zur psychischen Entlastung der DolmetscherInnen beitragen können (vgl. Kießl et al. 2017; siehe Abschnitt 4.4). Sowohl B2, B3 als auch B4 haben angegeben, dass keine Vor- oder Nachgespräche vom anwesenden Personal durchgeführt wurden, in welchem man sich nach dem emotionalen Befinden der Dolmetscherinnen erkundigt hatte bzw. der jeweilige medizinische Fall erneut besprochen und thematisiert wurde (IP B2: 286; IP B3: 275; IP B4: 252-263). Lediglich B4 wurde einmal vor dem medizinischen Gespräch von einer Ärztin „ganz kurz“ aufgeklärt (IP B4: 265). Nichtsdestotrotz würde B3 ein kurzes Vorgespräch als nützlich sehen, in welchem auf den/die DolmetscherIn zugegangen wird und eine Aufklärung erfolgt (IP B3: 276-280). Bei B1 wurden sowohl Vor- als auch Nachgespräche im St. Anna Kinderspital durchgeführt: Die Vorgespräche fanden als einleitende Gespräche zur allgemeinen Tätigkeit und zum Ablauf im Krankenhaus sowie zur Vorbereitung auf belastende und herausfordernde Situationen statt (IP B1: 145-163). Ein Nachgespräch in genannter medizinischer Einrichtung fand mit einer Pflegerin des Behandlungsteams statt, welches unmittelbar nach einem „doch sehr mitreißenden oder emotional belastenden Gespräch“ (IP B1: 599-600) durchgeführt wurde und in welchem das zu behandelnde Kind in Lebensgefahr schwebte. Im informellen Nachgespräch erkundigte sich die Pflegerin nach dem Wohlergehen des Dolmetschers und bat ihm die Möglichkeit einer Supervision an (IP B1: 599-615). Auch bei B5 wurden mehrmals Nachgespräche, vor allem häufig im Jugendamt und einige Male im

St. Anna Kinderspital, durchgeführt, um jedoch den Fall zu besprechen und weniger, um eine Unterstützung für den/die DolmetscherIn zu bieten (IP B5: 223-227; 247-249).

6.8 Kategorie 8: Individuelle Erfahrungsberichte

Im Zuge der ExpertInneninterviews wurde ein besonderes Hauptaugenmerk auf die individuelle sowie subjektive Erfahrung, die die InterviewteilnehmerInnen durch ihre Dolmetscheinsätze für Kinder in medizinischen Institutionen sammeln konnten, gelegt. Es wurde währenddessen Raum und Zeit für Erzählungen und Sichtweisen gegeben und die TeilnehmerInnen wurden dazu ermutigt, ihre Ausführungen darzulegen. Im letzten Teil des Interviews wurde nochmals auf Anmerkungen vonseiten der Befragten eingegangen, sofern sie welche teilen wollten. Für die analytische Untersuchung (vgl. Kuckartz 2018) der vorliegenden Arbeit wurde die letzte Hauptauswertungskategorie K8: Individuelle Erfahrungsberichte mithilfe des gewonnenen Materials deduktiv elaboriert, welche im folgenden Abschnitt behandelt wird.

Interviewteilnehmer B1 machte auf einige Aspekte aufmerksam, die vor allem für DolmetscherInnen von Wichtigkeit sind. Beispielsweise nennt er das Bewusstsein über mögliche unangenehme, belastende Situationen, mit welchen man sich konfrontiert sieht und man als DolmetscherIn im Vorfeld überlegen sollte, ob man in diesem Bereich tätig sein möchte. In medizinischen Settings kann es sowohl „um Leben und Tod“, als auch um Blutabnahmen gehen, bei denen man anwesend sein muss. Er betont, dass es sich um eine anspruchsvolle Tätigkeit handelt, die entsprechend entlohnt werden sollte. Er selbst hat einige negative Erfahrung damit gemacht, weil ungeklärt war, wer für die Bezahlung zuständig ist und er demzufolge sehr lange auf die Entlohnung warten musste (IP B1: 653-678).

Obwohl im Arbeitsalltag von Teilnehmerin B2 Dolmetscheinsätze mit Kindern nicht sehr häufig stattfinden (siehe Abschnitt 6.2.1 Unterkategorie 2), trifft sie in der länderübergreifenden PatientInnenmobilität häufig auf Kinder als Begleitpersonen. Grund dafür ist, dass die Eltern, die für eine medizinische Behandlung nach Österreich kommen, niemanden haben, dem sie das Kind anvertrauen können. Sie konnte feststellen, dass Kinder ab dem zweiten Tag oder dem zweiten Einsatz Vertrauen zu ihr finden konnten und anfangen wollen, mit ihr zu spielen. Beispielsweise wollen die Kinder dann ihren Notizblock haben oder damit spielen. Als Lösung bietet sie den Kindern vor Betreten der ärztlichen Praxis das Spiel „Il gioco del silenzio“ (zu dt. „Leise sein“) an (IP B2: 299-313).

Im Laufe des Interviews gewährte Kandidatin B3 mehrere Male Einblicke in ihre dolmetschbezogenen Einsätze mit Kindern, welche sowohl in medizinischen als auch anderen Settings stattfanden. Bei zwei ihrer Erzählungen war eine deutliche Manipulation vonseiten der

Erziehungsberechtigten oder der Großeltern erkennbar. Ein Fall fand in einem Krisenzentrum statt, bei welchem sich die Eltern in hohem Maße darüber aufgeregt haben, dass ihnen die Kinder, welche zwar zweisprachig waren, jedoch in beiden Sprachen (Deutsch und Polnisch) Defizite aufwiesen, entzogen wurden. Für B4 als einberufene Dolmetscherin war dies ein äußerst heftiger und schwieriger Fall aufgrund der Eltern (IP B3: 293-305). In der zweiten Geschichte berichtete sie über eine Strafsache im Straflandesgericht. Die Mutter beschuldigte den Vater, dem Kind Gewalt anzutun. Das Kind, ebenfalls mit einem unterentwickelten Wortschatz in Polnisch und Deutsch, wurde im Vorfeld einvernommen und das Video wurde im Gerichtssaal eingespielt, wodurch sie erkannte, dass das Kind Worte verwendet, die es zweifelsohne nicht kennen kann, sondern, wie sich herausstellte, von der Mutter und den Großeltern dazu verleitet wurde, gewisse Behauptungen gegen den Vater auszusprechen. Sie sah es in diesem Fall als ihre Aufgabe als Gerichtsdolmetscherin sowie Kulturmittlerin, dem Gericht von der „Instrumentalisierung“ des Kindes zu erzählen. Sie betonte, dass das Kind benutzt wurde und wie schwierig sie das fand (IP B3: 308-352).

B4 konnte sich bei Ende des Interviews an Einsätze mit zwei jungen Mädchen erinnern, die sie im Rahmen einer Psychotherapie über eine längere Zeit hinweg „dolmetschenderweise“ begleitet hat. Das Besondere für sie ist, dass vor allem diese Einsätze sowie alle weiteren, bei welchen sie für Kinder dolmetschte, ihr bis heute noch sehr gut in Erinnerung geblieben sind, auch wenn sie schon 15 Jahre oder länger zurückliegen. Die gesamten Situationen, die Inhalte und Details dieser Einsätze sind B4 noch sehr gut im Gedächtnis geblieben. Im Gegensatz dazu sind ihr weder Namen noch andere Details der vielen Einsätze mit erwachsenen PatientInnen so deutlich gegenwärtig. Einsätze für Kinder stellen für sie einschneidende Erlebnisse dar, die ihr persönlich näher gehen als jene mit Erwachsenen (IP B4: 282-296).

Als B5 auf die offenen Anmerkungen angesprochen wurde, betonte sie die Wichtigkeit der dolmetschtechnischen Ausbildung und, dass es insbesondere bei Einsätzen für Kinder „wirklich gute Dolmetscher“ braucht, die die Technik beherrschen, ihre Rolle sowie Aufgabe verstehen und dafür mehr Budget zur Verfügung stehen sollte. Darüber hinaus sollten bei Einsätzen mit Kindern die DolmetscherInnen immer vor Ort sein und lediglich bei dringenden Notfällen oder „harmlosen“ Fällen per Video zugeschaltet werden. Bei komplexen medizinischen Fällen ist ihres Erachtens nach die Videoschaltung eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin kein guter Ersatz (IP B5: 258-267).

7. Conclusio

Die vorliegende Arbeit befasste sich mit dem Dolmetschen für Kinder in pädiatrischen Einrichtungen. Ausgehend von den im theoretischen Teil beschriebenen Erkenntnissen bezüglich der Herausforderungen und Kompetenzanforderungen für DolmetscherInnen im Umgang mit fremdsprachigen Kindern bei dolmetschspezifischen Einsätzen sollte anhand einer empirischen Untersuchung festgestellt werden, welche Techniken sich DolmetscherInnen bedienen bzw. welche emotionale und psychische Belastung aufgrund der Erlebnisse beim Dolmetschen für Kinder in medizinischen Institutionen auftreten kann. Anhand von ExpertInneninterviews, die mit fünf im kommunalen Bereich tätigen DolmetscherInnen durchgeführt wurde, konnten relevante Informationen zum Dolmetschen für Kinder eruiert werden, welche anschließend im Zuge eines Analyseverfahrens auf Besonderheiten des beschriebenen Tätigkeitsfeldes sowie die darin auftretenden Anforderungen und Herausforderungen für DolmetscherInnen ausgewertet wurden.

Zu Anfang des theoretischen Teils der Masterarbeit erfolgt eine Erläuterung des Begriffs Community Interpreting (CI), welches mit den von Bourdieu (1999) stammenden Begriffen *Feld*, *Kapital* und *Habitus* in Beziehung gesetzt wurde. Anschließend wurde auf das Dolmetschen im österreichischen Gesundheitswesen und die darin vorkommenden Entwicklungen eingegangen. Im zweiten Kapitel wurde der Fokus auf die Kommunikation im medizinischen Bereich gelegt. Insbesondere wurden die Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation und das gedolmetschte medizinische Gespräch in Betracht gezogen sowie das Kind als PatientIn beschrieben. Zudem wurde darauf eingegangen, wie sich ein mehrseitiger Kommunikationsprozess in Anwesenheit von mehreren GesprächsteilnehmerInnen gestaltet, d.h. dem medizinischem Fachpersonal, wie beispielsweise PädiaterIn, Krankenschwestern und KrankenpflegerInnen, dem fremdsprachigen Kind und dessen Erziehungsberechtigten, wie etwa Eltern, und weiteren Familienmitgliedern. Es konnte festgestellt werden, dass sich das gedolmetschte medizinische Gespräch aufgrund mehrerer Faktoren als äußerst komplex erweist. Zu diesen zählen etwa die medizinische Fachsprache und die Erwartungshaltung der am Gespräch teilhabenden Personen. Anhand der Grundlage, dass DolmetscherInnen als aktive KommunikationsteilnehmerInnen fungieren und einen erheblichen Einfluss auf das medizinische Gespräch haben können (vgl. Angelelli 2004a), wurden im dritten Kapitel zentrale Aspekte des Dolmetschens für Kinder präsentiert und spezifische Techniken im Umgang mit Kindern diskutiert. Es konnte dabei erschlossen werden, dass Kinder in gleichen Teilen wie Erwachsene am gedolmetschten Gespräch teilnehmen können, sofern DolmetscherInnen durch professionelles Verhalten dazu beitragen, das asymmetrische

Machtgefälle der Anwesenden zu reduzieren. Ein für die vorliegende Arbeit im Mittelpunkt stehender Gesichtspunkt, die psychosozialen und psychologischen Aspekte in Bezug auf Dolmetscheinsätze mit Kindern in pädiatrischen Einrichtungen, wurde im vierten Kapitel behandelt. Relevante wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der psychischen Belastung von DolmetscherInnen wurden aus dem Bereich Asyl- und Fremdenwesen entnommen und in Verbindung zum Dolmetschen für Kinder gebracht. Es konnte konstatiert werden, dass sich Community Interpreters häufig in psychisch sowie emotional belastenden Situationen wiederfinden, die sehr oft auch psychosozial schwierige menschliche Situationen sind und in eigen Fällen zur Traumatisierung der DolmetscherInnen führen können (vgl. Topf 2013; Wedam 2015). Aufgrund dessen spielt die Aneignung von Coping-Strategien und Auseinandersetzung mit der eigenen Psychohygiene zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und Wahrung der professionellen Distanz von DolmetscherInnen eine äußerst wichtige Rolle. Intervision, Supervision oder auch die Psychotherapie stehen exemplarisch für einige der Maßnahmen, neben der Aneignung von Bewältigungsstrategien, die eine psychologische Unterstützung für die im beschriebenen Tätigkeitsfeld arbeitenden DolmetscherInnen darstellen (vgl. u.a. Rüther & Schäfer 2007; Sonneck 2000; Wedam 2015).

Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit behandelte die empirische Untersuchung. Nach Ausformulierung der Zielsetzung der Arbeit inklusive der Forschungsfragen erfolgte die Beschreibung der Methode zur Gewinnung der relevanten Daten. Anschließend wurde die Durchführung der Analyse vorgestellt, ehe im sechsten Kapitel die erhobenen Daten ausgewertet und analysiert wurden. An der Untersuchung nahmen fünf in Österreich lebende und arbeitende DolmetscherInnen teil, welche im Zuge eines ExpertInneninterviews individuell befragt wurden. Bei der Auswahl der befragten DolmetscherInnen wurde eine möglichst hohe Diversität in Bezug auf ihre Dolmetscherfahrung und Arbeitssprachen berücksichtigt, um einen höchstmöglichen Grad an Diversität hinsichtlich der Forschungsergebnisse erhalten zu können. Im Vorfeld erhielten die InterviewteilnehmerInnen einen erarbeitenden Interviewleitfaden zur Vorbereitung. Die angestellte Untersuchung sollte einen Einblick in das noch gering erforschte Tätigkeitsfeld des Dolmetschens für Kinder in pädiatrischen Einrichtungen geben sowie die dafür verwendeten Dolmetschetechniken und mögliche Belastungen für Community Interpreters aufzeigen. Dies könnte als Grundlage bzw. Ansatzpunkt für weitere Forschungsarbeiten dienen.

Im Zuge der analytischen Untersuchung wurden die gesammelten Daten in acht Hauptauswertungskategorien unterteilt und ausgewertet. Bei der Beantwortung der gestellten Fragen konnten in manchen Fällen äußerst unterschiedliche Aussagen festgestellt werden, bedingt durch die unterschiedliche gesammelte Erfahrung der Befragten im Dolmetschen.

Dennoch konnten in vielerlei Hinsicht weitreichende Erkenntnisse bezüglich der Dolmetschtechniken und des Umgangs mit psychisch sowie emotional belastenden Einsätzen erfasst werden.

Bei der Auswertung der ersten Hauptkategorie konnten einige Ähnlichkeiten der ProbandInnen hinsichtlich der Ausbildung festgestellt werden. Alle TeilnehmerInnen hatten eine universitäre Ausbildung im Bereich der Translationswissenschaft an einer österreichischen Universität absolviert. Eine Teilnehmerin entschied sich zusätzlich zu einem Doktoratsstudium (PhD) im Bereich der Translationswissenschaft und drei InterviewteilnehmerInnen sind beeidete und gerichtlich zertifizierte DolmetscherInnen. Die befragten werden erst seit Studienabschluss vollzeitig oder in einem intensiven Ausmaß für Dolmetscheinsätze engagiert, wobei sie einige erste Aufträge während ihrer Studienzeit erhielten. Im Zuge der Befragung konnte aus den gegebenen Angaben die erste Unterkategorie gebildet werden, welche die Dolmetscherfahrung für Kinder in medizinischen bzw. pädiatrischen Settings umfasst. Zwei InterviewteilnehmerInnen weisen eine Erfahrung von mehr als 30 Jahren im beschriebenen Tätigkeitsfeld auf. Bei den anderen drei ProbandInnen erfolgten die ersten Dolmetscheinsätze für Kinder in den letzten drei bis fünf Jahren. Alle InterviewteilnehmerInnen sind der Meinung, „selten“ bzw. „eher selten“ Aufträge für Kinder entgegenzunehmen, was unter anderem in der Nachfrage nach bestimmten Sprachen sowie der Verfügbarkeit von Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten in einem Land begründet ist.

In Anbetracht einer umfangreichen und gezielten Vorbereitung auf einen neuen Dolmetscheinsatz, die für die Qualität der Dolmetschleistung wesentlich ist (vgl. Kalina & Ippensen 2007; Kutz 2010), konnten einige Gemeinsamkeiten unter den Befragten festgestellt werden. Bei drei der Befragten werden nur wenige Informationen zum Dolmetscheinsatz im Vorfeld zur Verfügung gestellt, insbesondere vonseiten der institutionellen Einrichtung, was eine fachthematische bzw. terminologische Vorbereitung nur bedingt zulässt. Privatpersonen hingegen geben den DolmetscherInnen zufolge durchaus relevante Informationen preis. Nur eine Probandin erhielt bei ihren Dolmetscheinsätzen für Kinder in medizinischen Einrichtungen zusätzlich ein Coaching von den Ärzten und Ärztinnen, da es sich um komplexe und langwierige Einsätze handelte. Alle InterviewteilnehmerInnen weisen eine Gemeinsamkeit in Bezug auf das proaktive Nachfragen bzw. Anfordern von Informationen zum jeweiligen Einsatz bei ihren AuftraggeberInnen auf, welche sie als nützlich und essentiell erachten.

Die vierte Analysekategorie zielt auf die Teilnahme des Kindes am gedolmetschten medizinischen Gespräch ab. Was die Gesprächsführung und das Handling einer Mehrpersonenbeziehung anbelangt, welche sich wie in der Literatur beschrieben, häufig als

schwieriger oder komplexer erweist (vgl. Angelelli 2004a; Wadensjö 1999), konnte jedoch während der ExpertInneninterviews ermittelt werden, dass die Gesprächsführung vielmehr als „anders“ und stets kontext- bzw. fallabhängig von den Befragten beschrieben wurde. Durch Eingreifen oder Einmischen einer erwachsenen Gesprächspartei, beispielsweise der Eltern, ist es des Öfteren notwendig, die Gesprächsführung in gewissen Situationen (wieder) zu übernehmen. Im Gegenzug dazu kann jedoch auch die Gesprächsführung mit mehreren TeilnehmerInnen durch die Anwesenheit des Kindes erschwert werden. Da die Aufmerksamkeit verstärkt auf das Kind gerichtet ist, obliegt es dem/der DolmetscherIn, darauf zu achten, gehört zu werden und die Aufmerksamkeit der Beteiligten wiederzuerlangen.

Unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen Kinder am gedolmetschten medizinischen Gespräch teilnehmen können, wurde als Unterkategorie deduktiv erarbeitet. Beispielsweise wurden die physische Verfassung bzw. die Art der Erkrankung des Kindes, die medizinische Fachsprache, das Alter und der kognitive Entwicklungsstand des Kindes als grundlegende Voraussetzungen genannt. Für mehrere der Befragten zählt das direkte Ansprechen des Kindes zu einer der Voraussetzungen, welches durch die primären, erwachsenen Gesprächsparteien sowie durch den/die DolmetscherIn erfolgen kann. Sofern eine der erwachsenen GesprächspartnerInnen dem Kind die Gesprächsteilnahme durch Unterbrechen oder Widersprechen unterbinden, können DolmetscherInnen als aktive GesprächsteilnehmerInnen eingreifen und verhindern, dass über das Kind hinweg gesprochen wird. Darüber hinaus spielt die physische Anwesenheit des Kindes während des medizinischen Gesprächs eine Rolle für die Gesprächsteilnahme. Die Erziehungsberechtigten, als EntscheidungsträgerInnen für das Kind, wollen in einigen Fällen nicht, dass gewisse Inhalte an das Kind gelangen. Ebenso teilen mitunter die behandelnden PädiaterInnen den Eltern bestimmte Informationen ohne Beisein des Kindes mit.

Die nächste Unterkategorie beinhaltet das Auffassungsvermögen des Kindes in Hinblick auf die Rolle und Tätigkeit der anwesenden DolmetscherInnen bei einem medizinischen Gespräch. Eine mögliche physische und kognitive Beeinträchtigung des Kindes, wie zum Beispiel eine Behinderung oder lebensbedrohliche Krankheit sowie ein emotionaler Ausnahmezustand, in welchem sich das Kind befindet, können zu einem erschwerten Verständnisvermögen in Bezug auf die Dolmetschtätigkeit führen. Die Befragten sind daher bemüht, sich den Gesprächsparteien, d.h. auch dem Kind, als DolmetscherIn vorzustellen und zu erläutern, wozu sie da sind. Bei einigen Einsätzen wurde davon ausgegangen, dass das Kind verstanden hat bzw. im Laufe des Gesprächs erschließen konnte, welche Tätigkeit der/die DolmetscherIn ausführt. B3 erwähnte in weiterer Folge, sich der Strategie des „intralingualen

Dolmetschens“ zu bedienen, insbesondere bei Einsätzen im psychiatrischen Bereich. Hierbei überträgt sie als Dolmetscherin die Aussage einer Gesprächspartei in einer auf das Kind ausgerichteten Form. Lediglich Teilnehmerin B4 bezweifelt, dass die Kinder verstehen konnten, wer sie ist und warum sie anwesend ist. Sie ist der Überzeugung, dass kleinere Kinder auch nicht verstehen konnten, ob sie zum Personal gehört oder nicht.

Kategorie K5 umfasst die von den Befragten gewählten Techniken und Hilfsmittel, die sie während eines Dolmetscheinsatzes mit Kindern in pädiatrischen Einrichtungen anwenden. In der Regel wird der konsekutive Modus angewandt. Bei einige Dolmetschsituationen mussten die InterviewpartnerInnen den Simultanmodus bzw. den simultanen Flüstermodus verwenden, etwa bei wichtigen Nebengesprächen von Gesprächsparteien. Eine weitere Technik beim Dolmetschen für Kinder ist die Verwendung der 3. Person Singular, da Kinder abhängig vom jeweiligen Alter nicht zwischen den unterschiedlichen Rollen separieren können. Einige der Befragten räumten im Zuge des Interviews ein, die Verwendung der 3. Person Singular nicht immer bewusst vorzunehmen, sondern automatisch darauf zurückzugreifen. Ebenso können als Dolmetschtechnik Anpassungen hinsichtlich des Sprachregisters und der medizinischen Fachsprache an die anwesenden Personen vorgenommen werden. Eine deutliche Artikulation, das Vermeiden von Fachtermini und das Bilden von einfachen Sätzen können dabei helfen, die Kommunikation im medizinischen Bereich kindgerecht zu gestalten. Da DolmetscherInnen häufig kaum bis gar keine Informationen zum jeweiligen Einsatz erhalten, ist eine fachterminologische Vorbereitung nicht immer möglich. Eine mögliche Strategie für die DolmetscherInnen ist jedoch, bei Unklarheiten einer Aussage nachzufragen, um die Inhalte in einer verständnisorientierten Form wiedergeben zu können. Eine an das Kind direkt gerichtete Kommunikation wird jedoch vom medizinischen Fachpersonal meistens deutlich einfacher ausgedrückt. Darüber hinaus können Prosodie und Veränderungen im Sprachrhythmus beim Dolmetschen für Kinder eine effektive Technik sein und die Kommunikation mit Kindern erleichtern. Diesbezüglich konnten die ProbandInnen feststellen, eine der Situation gemäßen Anpassung der Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke usw. vorzunehmen, welche jedoch häufig automatisch stattfand. Durch gewisse Faktoren können Verständnisschwierigkeiten bei den von den Kindern getätigten Aussagen auftreten. Oftmals können sich die im Einsatz befindlichen DolmetscherInnen bei den Familienangehörigen oder beim Kind erneut zwecks der nicht verstandenen Aussage nachfragen (vgl. Rayes 2008). Diese Technik konnte von den befragten DolmetscherInnen bestätigt werden, da sie häufig nicht oder nur kaum in der Lage waren, das Kind zu verstehen und sich an die Familienmitglieder wandten. In einigen Fällen haben die Eltern auch ohne Nachfragen des Dolmetschers/der Dolmetscherin erkannt, dass die

Äußerungen des Kindes verbal schwierig zu verstehen sind und gaben den Inhalt der Aussage wieder. Alle Befragten sehen eine essentielle Rolle in der nonverbalen Kommunikation im Umgang mit Kindern bei Dolmetscheinsätzen, da etwa durch Gesten Rollen verdeutlicht werden können. Ebenso können die im Raum anwesenden Personen Emotionen und das körperliche Befinden des Kindes mithilfe der nonverbalen Kommunikation und Mimik ableiten.

Es herrschte unter den Befragten eine gewisse Übereinstimmung über die emotionale bzw. psychische Belastung aufgrund der Erlebnisse bei Dolmetscheinsätzen für Kinder in medizinischen und pädiatrischen Einrichtungen. Gründe für die Belastung sehen die DolmetscherInnen darin, als nicht-medizinisches Personal plötzlich mit dem Tod konfrontiert zu sein oder auch darin, nicht zur Heilung der Erkrankung des Kindes beitragen zu können. Darüber hinaus spielen für B3 die Sorgen und Hilflosigkeit der Eltern ebenfalls eine Rolle, da sie ihr aufgrund ihrer eigenen Erfahrung nahe gehen. B2 sieht jedoch keinen Unterschied im Schicksal oder in der Erkrankung eines Erwachsenen oder eines Kindes, da es für sie in jedem Fall belastend ist.

Die InterviewteilnehmerInnen wurden nach ihren Coping-Strategien befragt, die sie vor, während oder nach einem Dolmetscheinsatz für Kinder anwenden; diese wurden als jeweilige Unterkategorie in positive und negative Coping-Strategien differenziert, welche deutlich unterschiedlich ausfallen. Für mehrere DolmetscherInnen stellt die körperliche Aktivität, wie z. B.: ein Spaziergang oder Sport, nach einem belastenden Einsatz eine effektive Strategie dar. Einer der TeilnehmerInnen beschreibt, dass ihm mit Einsatzende meistens eine Last von den Schultern fällt, was eine Abgrenzung zum Erlebten darstellt. Darüber hinaus konnte das Reflektieren über den eben beendeten Dolmetscheinsatz als Bewältigungsstrategie festgestellt werden. Zwei der Befragten erwähnten im Zuge des Interviews negative Coping-Strategien, wobei sie sich dieser Strategien nur in äußerst seltenen Fällen und gemäßigtem Rahmen bedienen. Keine/r der InterviewteilnehmerInnen mussten je einen Abbruch oder ein Unterbrechen des Dolmetscheinsatzes mit Kindern aufgrund einer zu hohen Belastung anfordern, sondern alle konnten ihre Tätigkeit stets zu Ende führen. Bei einigen Befragten konnte manchmal eine fehlende professionelle Distanz zu den Schicksalen der PatientInnen und ihren Angehörigen festgestellt werden, da sich bei den DolmetscherInnen Symptome, wie u. a. Hilflosigkeit und Ohnmacht, manifestierten.

DolmetscherInnen können von unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten Gebrauch machen, um einen nachhaltigen und guten Umgang mit der eigenen Psyche vorzunehmen. Maßnahmen zur Unterstützung, die vonseiten der institutionellen Einrichtung

bereitgestellt werden können, wurden bei den fünf InterviewpartnerInnen nur einem (B1) eine Supervision angeboten. Drei der Befragten haben im privaten Rahmen Unterstützungsmöglichkeiten wahrgenommen, wie etwa eine Intervision, Psychotherapie oder eine Gruppensupervision, welche sie alle für sehr nützlich empfanden. Es konnte darüber hinaus eruiert werden, dass sowohl Vor- bzw. Nachgespräche vonseiten der Institution sehr selten mit DolmetscherInnen durchgeführt werden.

Ein besonderer Schwerpunkt wurde auf die individuelle Erfahrung und Sichtweisen der befragten DolmetscherInnen gelegt, welche in der letzten Kategorie zusammengefasst wurden. Hierbei wurden weitere Erfahrungsberichte von Dolmetscheinsätzen mit Kindern dargelegt. Die DolmetscherInnen betonten die Wichtigkeit einer dolmetschspezifischen Ausbildung, eine entsprechende Entlohnung für das Ausführen der Tätigkeit in herausfordernden Settings oder auch, dass Einsätze mit Kindern deutlich einschneidende Erlebnisse darstellen.

Herausforderungen und Schwierigkeiten ergeben sich häufig bereits durch die geringen Informationen, welche den DolmetscherInnen vorab übermittelt werden und die entsprechend keine fachthematische und terminologische Vorbereitung zulassen. Darüber hinaus müssen DolmetscherInnen in der Lage sein, mit Mehrpersonenbeziehungen umgehen zu können und die Gesprächsführung gegebenenfalls zu übernehmen, um dem Kind die Teilnahme am gedolmetschten medizinischen Gespräch zu gewähren. Besondere Techniken vonseiten der sich im Einsatz befindlichen DolmetscherInnen sind vonnöten, um die Kommunikation kindgerecht zu gestalten und Inhalte in einer verständnisorientierten Form wiederzugeben. Abschließend kann festgestellt werden, dass sich das Dolmetschen für Kinder in pädiatrischen Einrichtungen durch eine Vielzahl von Aspekten auszeichnet, welche in der dolmetschwissenschaftlichen Fachliteratur kaum erforscht sind. Durch eine tiefgreifende Auseinandersetzung und Erforschung des genannten Feldes können neue, relevante Dolmetschtechniken eruiert werden, die den Umgang mit Kindern erleichtern. Darüber hinaus wurde in der Literatur die psychische Belastung, welche durch emotional nahegehende Erlebnisse beim Dolmetschen für Kinder ausgelöst wird, bislang kaum thematisiert. Aus der Untersuchung dieser Arbeit kann konstatiert werden, dass der Wahrung und dem Erhalt einer gesunden Psychohygiene von DolmetscherInnen vonseiten der institutionellen Einrichtungen fast keine Beachtung geschenkt werden und es den DolmetscherInnen obliegt, Coping-Strategien zu entwickeln, die der Verarbeitung der aus dem beruflichen Alltag hervorgehenden Belastungen dienen.

Bibliographie

- ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter (2017) § 23 KAKuG Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz <https://www.jusline.at/gesetz/kakug/paragraf/23> (Stand 29/08/2020).
- ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter (2017) § 110 StGB Eigenmächtige Heilbehandlung. <https://www.jusline.at/gesetz/stgb/paragraf/110> (Stand 29/08/2020).
- Allaoui, Raoua. 2005. *Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Angelelli, Claudia V. 2004a. *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: University Press.
- Angelelli, Claudia V. 2004b. *Revisiting the Interpreter's Role. A study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Angelelli, Claudia V. 2014. *The Sociological Turn in Translation and Interpreting Studies*. Amsterdam: John Benjamins.
- Baker, David W. & Hayes, Risa & Fortier, Julia Puebla. 1998. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. *Medical Care* 36 (10): 1461–1470.
- Balogh, Katalin & Salaets, Heidi. 2015. *Children and justice: overcoming language barriers: cooperation in interpreter-mediated questioning of minors*. Cambridge: Intersentia.
- Bechmann, Sascha. 2014. *Medizinische Kommunikation: Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. Tübingen: A. Francke Verlag.
- Bell, Sherrill. 1997. The Challenges of Setting and Monitoring the Standards of Community Interpreting. An Australian Perspective. In: S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour & D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 93-108.
- Bontempo, Karen & Malcolm, Karen. 2012. An Ounce of Prevention Is Worth a Pound of Cure: Educating Interpreters about the Risk of Vicarious Trauma in Healthcare Settings. In: Malcolm, Karen & Swabey, Laurie (Hgg.) *In Our Hands: Educating Healthcare Interpreters*. Washington, District of Columbia: Gallaudet University Press, 105-130.
- Bourdieu, Pierre. 1999. *Die Regeln der Kunst. Genese und Struktur des literarischen Feldes*. Übersetzung aus dem Französischen von Bernd Schwibs & Achim Russer, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brown, Susan & Schick, Brenda. 2011. Interpreting for children: Some important differences. *RID VIEWS*, 28(4), 22-25.

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). 2006. Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta). https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/I/I_01268/index.shtml (Stand: 29.08.2020).
- Chesher, Terry. 1997. Rhetoric and Reality. Two Decades of Community Interpreting and Translating in Australia. In: Carr, Silvana E. et al. (Hrsg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers From the First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995)*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins, 277-284.
- Conrad, Patricia & Stegenga, Susan. 2009. *Case Studies in education. Participal application of ethics and role*. St. Albert, Canada/Calgary, Canada: John Benjamins.
- Creeze, Ineke & Roat, Cynthia. 2015. Healthcare Interpreting. In: Mikkelsen, Holly & Joudenais, Renée (Hgg.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London: Routledge, 236-253.
- Damm, Lilly & Leiss Ulrike & Habeler Wolfgang & Habeler Ulrike. 2014. *Ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen*. Wien/Berlin: Lit-Verlag.
- Eibler, Werner & Fischmeister, Gustav. 2013. Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit in der Notfallambulanz des St.-Anna-Kinderspitals in Wien. In: Kaelin, Lukas et al. (Hgg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?* Wien: Verlag Österreich, 173-186.
- Egger, Josef W. 2007. Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation. *Psychologische Medizin* 4, 2-3.
- EU. 2000. Charta der Grundrechte der Europäischen Union. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf (Stand 29/08/2020).
- Europarat. 2000. Framework integration policies. https://www.coe.int/t/dg3/migration/archives/Documentation/Series_Community_Relations/Framework_Integration_policies_2000_en.pdf (Stand 29/08/2020).
- Gentile, Adolfo & Ozolins, Uldis & Vasilakos, Mary. 1996. *Liaison Interpreting. A Handbook*. Melbourne: University Press.
- Gonzales-Nava, Sandra. 2009. Das Gespräch als Qualitätsfaktor der Behandlung. In: Andres, Dörte & Pöllabauer, Sonja. (Hg.). *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? : Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich = Is everything all topsy-turvy in your tummy? : health care interpreting*. München: Meidenbauer, 71-83.
- Günther, Carsten. 1999. *Prosodie und Sprachproduktion*. Berlin/Boston: De Gruyter.
- Heritage, John & Stivers, Tanya. 1999. Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. In: Heritage H. (Hg.). *Social science & medicine Vol 49*. Los Angeles: Department of Sociology, 1501-1517.

- Jacobs, Elizabeth & Lauderdale, Diane & Meltzer, David & Shorey, Jeanette & Levinson, Wendy & Thisted, Ronald. 2001. Impact of interpreter services on delivery of healthcare to limited-English-proficient patients. *Journal of General and Internal Medicine* 16: 468-474.
- Kaelin, Lukas & Kletečka-Pulker, Maria & Körtner, Ulrich (Hgg.). 2013. *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?* Wien: Verlag Österreich.
- Kalina, Sylvia & Ippensen, Anna. 2007. Dolmetscher unter der Lupe. Ein Bericht über neue Untersuchungen zur Dolmetschqualität. In: Schmitt, Peter A. & Jüngst, Heike E. (Hg.) *Translationsqualität*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 307-316.
- Kießl, Gundula & Meißner, Tilo & Romer, Georg & Möller Birgit. 2017. Dolmetschereinsatz in der Arbeit mit geflüchteten Kindern, Jugendlichen, ihren Familien und Bezugspersonen im psychotherapeutischen Versorgungskontext. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Vol. 66 (4), 304-312.
- Kletečka-Pulker, Maria. 2013. Patientenrecht auf muttersprachliche Aufklärung? Videodolmetschen – neue Wege der Kommunikation mit MigrantInnen im Gesundheitsbereich. In: Kaelin, Lukas et al. (Hgg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?* Wien: Verlag Österreich, 45-70.
- Kletečka-Pulker, Maria. 2014. Medizinrechtliche Aspekte der medizinischen Behandlung krebserkrankter Kinder und Jugendlicher. In: Topf, Reinhard J. (Hg.). *Das krebserkrankte Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung*. Wien: New academic press, 204-218.
- Kracauer, S. 1952. The Challenge of Qualitative Content Analysis. *Public Opinion Quarterly*, Vol. 16 (4), 631-642.
- Kuckartz, Udo & Dresing, Thorsten & Rädiker, Stefan & Steffer, Claus. 2008. *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, Udo. 2018. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kurz, Ingrid & Moisl, Angela (Hg.). 2002. *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher. Perspektiven nach dem Studium*. Wien: Facultas.
- Kutz, Wladimir. 2010. *Dolmetschkompetenz. Was muss der Dolmetscher wissen & können?* Band 1. Berlin/Bochum/London/Paris: Europäischer Universitätsverlag.
- Kühl, Wolfgang & Schäfer, Erich. 2020. *Intervision: Grundlagen und Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Leiss, Ulrike. 2014. Kommunikation mit lebensbedrohlich erkrankten oder sterbenden Kindern. In: Damm, Lilly & Leiss Ulrike & Habeler Wolfgang & Habeler Ulrike (Hgg.). *Ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen*. Wien/Berlin: Lit-Verlag. 135-140.

- Liebold, Renate & Trinczek, Rainer. 2009. Experteninterview. In: Kühl, Stefan & Strodtholz, Petra & Taffertshofer, Andreas (Hgg.) *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 32-56.
- Lohaus, Arnold & Ball, J. 1990. *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Loutan, Louis & Farinelli, Tiziana & Pampallona, Sandro. 1999. Medical interpreters have feelings too. *Sozial- und Präventivmedizin*, Vol. 44 (6), 280-282.
- Malcolm, Karen & Swabey, Laurie (Hgg.). 2012. *In Our Hands: Educating Healthcare Interpreters*. Washington, District of Columbia: Gallaudet University Press.
- Mayring, Philipp. 2002. *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim (u.a.): Beltz.
- Mayring, Philipp. 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Nilsen, Anne B. 2013. Exploring interpreting for young children. *Translation & Interpreting* Vol. 5 (2), 14-29.
- Nilsen, Anne B. 2015. Interpreted communication with children in Public-Sector Services. *Translation & Interpreting* Vol. 7 (3), 121-131.
- Parlament. Seite zuletzt geändert am: 02.04.2019. Regierungsvorlage. Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta). In: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/I/I_01268/index.shtml (Stand 29/08/2020).
- Pöchhacker, Franz. 1997. *Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen*. Teil 2 der Studie: Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. Wien: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung.
- Pöchhacker, Franz. 2000a. *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und Deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz. 2000b. *Dolmetschen – ein Kinderspiel? Eine klinische Fallstudie. TEXTconTEXT. Halbjahresschrift zur Translation. Theorie. Didaktik. Praxis*, 14 (4), 153-179.
- Pöchhacker, Franz. 2004. *Introducing Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz. 2009. KrankenhausdolmetscherInnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven. In: Rásky, Éva (Hg.) *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 117-123.
- Pöchhacker, Franz. 2010. Dolmetschen im Wiener Gesundheitswesen. In: Schnepf, Wilfried & Walter, Ilsemarie (Hgg.) *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft*. Wien/Köln: Böhlau Verlag, 205-214.

- Pöchlhammer, Franz. 2013. Dolmetschen im Krankenhaus – aus translationswissenschaftlicher Sicht. In: Kaelin, Lukas et al. (Hgg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?* Wien: Verlag Österreich, 103-117.
- Pöllabauer, Sonja. 2002a. Community Interpreting. Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren. In: I. Kurz & A. Moisl (Hg.) *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher. Perspektiven nach dem Studium.* Wien: Facultas, 196-204.
- Pöllabauer, Sonja. 2002b. Community Interpreting als Arbeitsfeld – Vom Missionarsgeist und von moralischen Dilemmata. In: J. Best & S. Kalina (Hg.) *Übersetzen und Dolmetschen. Eine Orientierungshilfe.* Tübingen/Basel: Francke, 286-298.
- Pöllabauer, Sonja. 2009. Im Wilden Westen des Dolmetschens. Ausbildung als Schritt zur Professionalisierung des Community Interpreting. In: Rasky, Éva (Hg.) *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz.* Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 97-116.
- Pöllabauer, Sonja. 2010. Qualifizierung von DolmetscherInnen für das Gesundheitswesen. In: Wintersteiner et al. (Hgg.) *Grenzverkehr | ungen : Mehrsprachigkeit, Transkulturalität und Bildung im Alpen-Adria-Raum.* Klagenfurt, Wieser Verlag. 263-276.
- Rayes, Barbara. 2008. *Spanish Bilingual Assistant. Introduction to Medical Interpreting.* Phoenix Children's Hospital.
- Roberts, Roda. 1997. Community Interpreting Today and Tomorrow. In: S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour & D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, 1-4 June 1995.* Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 7-26.
- Rüther, Eckart & Schäfer, Ulrike. 2007. *Heile Seelen: Was macht die Psyche gesund, was macht sie krank.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Saywitz, Karen J. & Walker, Anne Graffam. 2008. The Art of Interviewing Children in Custody Disputes. *Family Advocate*, Vol. 30 (4), 26-29.
- Schick, Brenda. 2001. *Interpreting for children: How it's different.* Odyssey, 2, 8-11.
- Sonneck, Gernot. 2000. *Krisenintervention und Suizidverhütung.* Wien: Facultas Universitätsverlag.
- STANDARD Verlagsgesellschaft m.b.H. 2020. 06.04.2020. Kurz präsentierte Fahrplan zur Rücknahme von Maßnahmen, Ausgangsbeschränkungen bleiben. Verfasst von: Gaigg, Vanessa & Kroisleitner, Oona. In: <https://www.derstandard.at/story/2000116583619/kurz-praesentiert-fahrplan-zur-ruecknahme-erster-massnahmen-bis-sommer> (Stand: 29/08/2020).
- Topf, Reinhard J. 2013. Das schwerkranke fremdsprachige Kind und seine Familie. In: Kaelin, Lukas et al. (Hgg.) *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?* Wien: Verlag Österreich, 155-172.

- Topf, Reinhard J. 2014. *Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung*. Wien: New academic press.
- Tribe, Rachel & Lane, Pauline. 2015. Mental Health Settings. In: Pöchhacker, Franz (Hrsg.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London/New York: Routledge, 254-256.
- Van Leeuwen, T. & Jewitt, C. 2001. *Handbook of visual analysis*. London: Sage.
- Vermeer, Hans J. 1992. *Skopos und Translationsauftrag – Aufsätze*. Frankfurt am Main, Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Wadensjö, Cecilia. 1992. *Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University.
- Wadensjö, Cecilia. 1998. *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman.
- Wadensjö, Cecilia. 2002. The Double Role of a Dialogue Interpreter. In: Pöchhacker, Franz & Schlesinger, Miriam (Hg.). *The Interpreting Studies Reader*. London: Routledge, 355-370.
- Wedam, Uta. 2015. Psychisches Erleben von DolmetscherInnen. In: *UNHCR-Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren*, S. 185-191.
https://www.bfa.gv.at/files/broschueren/Trainingsprogramm_WEB_15032016.pdf
 (Stand 29/08/20 20).
- WHO. 1946. Constitution of the World Health Organization.
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Stand 29/08/2020).

Anhang

Anhang 1: Leitfadeninterview

Einleitung:

Herzlich willkommen und vielen Dank dafür, dass Sie sich zu einem Interview bereit erklärt haben. In meiner Masterarbeit setze ich mich mit Dolmetscheinsätzen für Kinder in medizinischen Einrichtungen auseinander und möchte Ihnen diesbezüglich einige Fragen stellen.

1. Persönliche Angaben

- a. Welche (universitäre) Ausbildung haben Sie gemacht und wo?
- b. Was sind Ihre Arbeitssprachen?
- c. Wie lange arbeiten Sie schon als DolmetscherIn?
- d. Wie lange arbeiten Sie schon im Bereich Dolmetschen für Kinder in medizinischen Einrichtungen? / Wie viel Erfahrung konnten Sie bereits in diesem Bereich sammeln?

2. Einsätze in medizinischen Einrichtungen

- a. Erhalten Sie vorab Informationen, Briefings oder ein Coaching zum jeweiligen Einsatz? Falls ja, finden Sie diese nützlich? Falls nein, befänden Sie dies als nützlich bzw. notwendig?
- b. Erweist sich die Gesprächsführung zwischen den anwesenden Personen, d.h. PädiaterIn, Kind und Angehörigen, schwieriger für Sie als nur zwischen Erwachsenen? Wenn ja, warum?
- c. Finden Sie, dass Kinder den dolmetschgestützten Gesprächen genauso folgen können wie Erwachsene? Welche Voraussetzungen sind hierfür notwendig?
- d. Ist eine Teilnahme der Kinder am gedolmetschten medizinischen Gespräch in Anwesenheit der Angehörigen und des medizinischen Fachpersonals (PädiaterIn, KrankenpflegerIn, TherapeutIn etc.) möglich?

3. Dolmetschtechniken beim Dolmetschen für Kinder

- a. Welchen Dolmetschmodus verwenden Sie bei den Einsätzen mit Kindern?
- b. Hat das Kind verstanden, wer Sie sind und was Ihre Aufgabe ist?
- c. Haben Sie auf die Verwendung der 3. Person Singular beim Dolmetschen zurückgreifen müssen? Wenn ja, warum?
- d. Mussten Sie zwecks des Verständnisses Ihr sprachliches Register an die Anwesenden anpassen? D.h. an das Sprachniveau des Kindes, der Angehörigen und dem medizinischen Fachpersonal?

- e. Spielt die nonverbale Kommunikation bei Kindern, insbesondere Kleinkindern, eine Rolle während des Dolmetschens? Wenn ja, warum?
 - f. Haben Sie während des Dolmetschens Veränderungen im Sprachrhythmus und in der Prosodie bemerkt, also Veränderungen der Tonlage, Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Mimik etc.? Falls ja, geschah dies bewusst oder unbewusst?
 - g. Kam es vor, dass Sie bei den Angehörigen oder anderen Anwesenden nachfragen mussten oder auf andere Methoden zwecks des Verständnisses zurückgegriffen haben, da das Kind unverständlich gesprochen hat (etwa wegen seines Alters, physischer oder kognitiver Beeinträchtigungen, Sprach- und Entwicklungsstörungen etc.)?
4. Belastung beim Dolmetschen und Maßnahmen
- a. Fühlen Sie sich manchmal emotional bzw. psychisch belastet auf Grund der Erlebnisse beim Dolmetschen für Kinder in medizinischen Einrichtungen? Wenn ja, warum?
 - b. Bedienen Sie sich unterschiedlicher Coping-Strategien* bzw. Bewältigungsstrategien, die sie vor, während und nach einem Dolmetscheinsatz anwenden? Falls ja, welche?
 - c. Kam es je dazu, dass Sie einen Einsatz unterbrechen oder abbrechen mussten? Falls ja, warum?
 - d. Werden von den jeweiligen medizinischen Institutionen oder Einrichtungen psychologische Unterstützungsmöglichkeiten für DolmetscherInnen angeboten, wie beispielsweise eine Supervision? Finden Sie das hilfreich?
 - e. Haben Sie andere Unterstützungsmöglichkeiten wahrgenommen, entweder in privatem Rahmen oder von der Einrichtung angeboten, wie beispielsweise eine Intervention, Krisenintervention oder Psychotherapie? Falls ja, welche und waren diese hilfreich?
 - f. Gab es Vor- bzw. Nachgespräche mit beispielsweise TherapeutInnen oder dem Behandlungsteam der medizinischen Einrichtung? Falls ja, waren diese nützlich? Falls nein, fänden Sie diese nützlich?
5. Offene Fragen und weitere Anmerkungen
- a. Finden Dolmetscheinsätze für Kinder in medizinischen Einrichtungen häufig statt?
 - b. Gibt es sonst noch etwas, das Sie anfügen oder erzählen möchten?

***Anmerkung ad Coping-Strategien:** hierzu zählen Hobbys, Aktivitäten, Interessen und ein Leben außerhalb der Dolmetschtätigkeit, Entspannungsmethoden, Meditation, Therapie, Sport, eine optimistische Einstellung zu wahren, eine kognitive Umstrukturierung vorzunehmen, ein ausgeglichenes Arbeitspensum zu verfolgen, Selbstfürsorge, soziale Isolation und Rückzug, Verharmlosung und Verleugnung der Situation, unangemessene Fremd- oder Selbstverschuldung, übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum etc.

Anhang 2: Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Arbeit widmet sich dem Thema des Dolmetschens für Kinder in medizinischen Einrichtungen. Im theoretischen Teil wird zunächst eine Erläuterung des Begriffs „Community Interpreting“ vorgenommen und in Verbindung zum aktuellen Forschungs- und Wissensstand zum Thema Dolmetschen im Gesundheitswesen in Österreich gesetzt. Danach werden die Spezifika des gedolmetschten medizinischen Gesprächs mit fremdsprachigen PatientInnen betont sowie im Hinblick auf das Dolmetschen für Kinder diskutiert. Anschließend werden psychosoziale und psychologische Aspekte für Community Interpreters in Betracht gezogen und im Speziellen Überlegungen für Maßnahmen zur psychologischen Unterstützung von DolmetscherInnen angestellt. Im empirischen Teil der Arbeit wird untersucht, durch welche Besonderheiten sich das Dolmetschen für Kinder in medizinischen Settings auszeichnet und welche Kompetenzen und Anforderungen DolmetscherInnen sich bedingt durch die in diesem Tätigkeitsfeld auftretenden Herausforderungen und Schwierigkeiten aneignen müssen. Zur Datengewinnung wurde das ExpertInneninterview als Forschungsmethode gewählt. Anhand der Ergebnisse geht hervor, dass die angewandten Dolmetschetechniken und der Umgang mit Dolmetscheinsätzen mit Kindern in medizinischen Einrichtungen äußerst unterschiedlich ausfallen. Darüber hinaus wird eine Vielzahl an Anforderungen an die DolmetscherInnen gestellt, wobei der psychischen sowie emotionalen Belastung von DolmetscherInnen vonseiten der medizinischen Einrichtungen kaum Beachtung geschenkt wird.

Anhang 3: Abstract (English)

This master's thesis addresses the topic of interpreting for children in medical institutions. In the theoretical part, the term "community interpreting" is first explained and linked to the current state of research on interpreting in the health care sector in Austria. Chapter 2 discusses the specifics of interpreted medical encounters. In the following chapter, particular attention is given on interpreting for children. Chapter 4 outlines psychosocial and psychological challenges for community interpreters; main emphasis is placed on means of providing psychological support for interpreters. Based on expert interviews with five interpreters, the empirical part of the master's thesis examines the special characteristics of interpreting for children in medical settings and the skills and requirements interpreters need to acquire due to the challenges and difficulties that arise in this field of activity. The results show that the interpreting techniques used and the way in which interpreting assignments with children in medical settings are handled differ considerably. In addition, the demands placed on the interpreters are numerous and the psychological and emotional strain on interpreters is hardly taken into account by the medical institutions.