



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Dolmetschen am Lebensende im Bereich Onkologie und Palliativmedizin: Herangehensweise und Strategien von Masterstudierenden bei der Wiedergabe einer simulierten medizinischen Dolmetschsituation

verfasst von | submitted by
Dott. Elisa Rossi

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

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree programme code as it appears on the student record sheet:

UA 070 348 331

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree programme as it appears on the student record sheet:

Masterstudium Translation Italienisch Deutsch

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

Mitbetreut von | Co-Supervisor:

Dr. Katia Iacono

Danksagung / Ringraziamenti

Ich möchte mich in erster Linie bei meiner Betreuerin Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer und meiner Mitbetreuerin Dr. Katia Iacono für die zahlreichen Ratschläge und das sorgfältige Feedback bedanken. Ihre Unterstützung während des Entstehungsprozesses der vorliegenden Masterarbeit sowie Ihre Begeisterung für dieses für mich äußerst wichtige Projekt bedeuten mir sehr viel.

Frau Doktor Iacono möchte ich besonders für ihre große Hilfe bei der Realisierung einer authentischen Simulation danken. Weiters bedanke ich mich auch bei meinen Freundinnen und Kolleginnen Alisa und Beatrice, die mit Begeisterung und Professionalität an den Simulationen teilgenommen haben. Darüber hinaus möchte ich mich bei Univ. Prof. Dr. Renate Heinz bedanken, deren Vorlesung *Sterbekultur: Vorbereitung auf den Umgang mit dem Tod und Kommunikation mit Sterbenden* an der Medizinischen Universität Wien ich im Rahmen meiner individuellen Fachvertiefung absolvieren durfte. Ihre Fachkenntnisse haben in großem Maße zur Realisierung der Simulationen beigetragen.

Danke an die, die mich durch die Semester am Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien (seelisch) unterstützt haben: Danke Marta, Alisa, Beatrice, Christina, Karin, Sara, Judith, Roxana und Daniela.

Danke an meine zweite (wiener) Familie. Danke für all die (manchmal schon etwas grantigen) „Kopf hoch, Elisa! Du hast es *bald* geschafft!“

Un grazie immenso alla mia famiglia (italiana) per tutto. Grazie soprattutto per aver creduto nei miei sogni insieme a me.

Grazie a Giorgia e Tatiana per la vostra amicizia preziosa.

Ringrazio anche chi non è più *fisicamente* qui con me ma è stato una parte essenziale di questa tesi.

Medical interpreters have feelings too

(Loutan et al. 1999)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	11
1. Dolmetschen in medizinischen Settings	14
1.1 <i>Primum non nocere</i> : Hauptmerkmale des Dolmetschens in medizinisch-onkologischen Aufklärungsgesprächen	15
1.2 ÄrztIn – PatientIn – DolmetscherIn: Die Dyade wird zur Triade	18
2. Erkenntnisse der Forschung zum Dolmetschen im medizinisch-onkologischen Bereich	20
3. Tod als universelles Phänomen	27
3.1 Tabuthemen: Tod, Sterben und Krankheiten	30
4. Palliativmedizin: Patientenorientierte Kommunikation	33
4.1 <i>Bad News Delivery</i> : Tödliche Diagnosen	34
4.2 Symbolsprache am Lebensende	37
4.3 Nonverbale Kommunikation am Lebensende	41
4.3.1 Verbale, nonverbale und existenzielle Schmerzen	45
5. Psychisches Erleben beim Dolmetschen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin	48
5.1 Professionelle Empathie, Kultursensibilität und Zuhören	50
5.2 Psychohygiene für DolmetscherInnen	54
6. Untersuchung	63
6.1 Zielsetzung und Forschungsfragen	63
6.2 Methodisches Vorgehen	64
6.2.1 Situierung und Gestaltung der simulierten medizinisch-onkologischen Gespräche ...	64
6.2.2 Probandinnen	66
6.2.3 Datenmaterial: Videoaufnahmen und Authentizität	67
6.2.4 Transkriptionskonventionen der Simulationen	68

6.2.5 Analyse anhand der <i>Renditions</i> nach Wadensjö	72
6.3 Leitfadengestützte problemzentrierte Interviews	74
6.3.1 Transkriptionskonventionen der leitfadengestützten Interviews	74
7. Analyse	77
7.1. Datenauswertung der Simulationen anhand von 8 <i>rich points</i>	77
1) <i>Rich point</i> : Die terminale Diagnose.....	78
2) <i>Rich point</i> : Todesqualen	82
3) <i>Rich point</i> : Krebs als Lebensräuber und hässliches Biest	86
4) <i>Rich point</i> : Krebs als Serienmörder.....	89
5) <i>Rich point</i> : Das Leid tragen	92
6) <i>Rich point</i> : Krebs als Gefängnis, Quälerei und ewiger Schwebezustand.....	94
7) <i>Rich point</i> : Letzte Phase des Lebens	97
8) <i>Rich point</i> : Kampf gegen Krebs	100
7.1.2. Fazit der Simulationen	103
7.2. Datenauswertung der Interviews	105
a) Das Setting: Komplexität, Authentizität und persönliches Empfinden der Probandinnen.....	105
b) Umgang mit der Phraseologie des Todes und des Leidens	110
c) Bedeutung der nonverbalen Kommunikation	117
d) Bedeutung der professionellen Empathie und des Zuhörens als Dolmetschkompetenzen	124
7.2.1 Fazit der Interviews.....	126
8. Conclusio.....	129
Bibliografie	134
Anhang.....	145
1. Skript: Dolmetschsimulation im Bereich Onkologie und Palliativmedizin	145
2. EXMARaLDA Transkript Simulation P1	148
3. Word Transkript Simulation P1.....	183
4. EXMARaLDA Transkript Simulation P2	194

5. Word Transkript Simulation P2.....	232
6. Interviewleitfaden	244
7. Transkript Interview P1 nach dem Dolmetscheinsatz	248
8. Transkript Interview P2 nach dem Dolmetscheinsatz	263
Abstract (Deutsch)	284
Abstract (English)	286

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.....	80
Abbildung 2.....	82
Abbildung 3.....	84
Abbildung 4.....	84
Abbildung 5.....	86
Abbildung 6.....	119
Abbildung 7.....	121
Abbildung 8.....	122
Abbildung 9.....	123
Abbildung 10.....	123
Abbildung 11.....	125
Abbildung 12.....	126

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.....	72
Tabelle 2.....	73
Tabelle 3.....	76
Tabelle 4.....	77
Tabelle 5.....	105

Transkriptauszugsverzeichnis

Transkriptauszug 1.....	79
Transkriptauszug 2.....	80
Transkriptauszug 3.....	82
Transkriptauszug 4.....	82
Transkriptauszug 5.....	83
Transkriptauszug 6.....	84
Transkriptauszug 7.....	86

Transkriptauszug 8.....	86
Transkriptauszug 9.....	87
Transkriptauszug 10.....	88
Transkriptauszug 11.....	88
Transkriptauszug 12.....	89
Transkriptauszug 13.....	90
Transkriptauszug 14.....	90
Transkriptauszug 15.....	91
Transkriptauszug 16.....	92
Transkriptauszug 17.....	93
Transkriptauszug 18.....	93
Transkriptauszug 19.....	94
Transkriptauszug 20.....	94
Transkriptauszug 21.....	95
Transkriptauszug 22.....	96
Transkriptauszug 23.....	97
Transkriptauszug 24.....	98
Transkriptauszug 25.....	99
Transkriptauszug 26.....	99
Transkriptauszug 27.....	100
Transkriptauszug 28.....	100
Transkriptauszug 29.....	102
Transkriptauszug 30.....	103
Transkriptauszug 31.....	104
Transkriptauszug 32.....	104
Transkriptauszug 33.....	117
Transkriptauszug 34.....	120
Transkriptauszug 35.....	122
Transkriptauszug 36.....	124

Transkriptauszug 37.....	124
--------------------------	-----

Einleitung

Es gibt so viele verschiedene Arten des Leids auf dieser Welt. Wenn ich als Dolmetscherin arbeitete, wünschte ich mir oft, jemand würde diesen Menschen eine Chance geben.

(Hirsi 2006: 329)

Obwohl der Tod zum Leben gehört und dieser omnipräsente *Tòpos* im Zentrum vieler Debatten steht, fällt es trotzdem schwer, die Endlichkeit des Lebens zu akzeptieren und vor allem zu verbalisieren. Der gesellschaftlich verbreiteten Tabuisierung des Todes wurde in der Dolmetschwissenschaft im deutsch- und italienischsprachigen Raum bisher nicht viel Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei kann die Komplexität dieser Thematik für die Tätigkeit von DolmetscherInnen von großer Bedeutung sein. Im Rahmen dieser Masterarbeit werden zwei Masterstudierende des Zentrums für Translationswissenschaft der Universität Wien mit dem Schwerpunkt Dialogdolmetschen und den Arbeitssprachen Italienisch und Deutsch in einem simulierten medizinisch-onkologischen Setting mit dieser Thematik konfrontiert. Die primäre Zielsetzung dieser Arbeit ist es, die Wiedergabe der Studierenden beziehungsweise die verwendete Terminologie und die daraus ableitbaren Dolmetschstrategien zu analysieren.

Auch das Dolmetschen in medizinisch-onkologischen Settings ebenso wie in palliativen Settings erhielt bislang wenig Aufmerksamkeit. „Dies ist bemerkenswert, weil die Palliativmedizin einen im Hinblick auf eine Vielzahl von Einzelaspekten sehr sprachsensiblen Bereich mit erheblicher gesellschaftlicher Relevanz und Aktualität darstellt“ (Peters 2021: 23) und die Terminologie „in mehrsprachigen Kommunikationssituationen“ eine Schlüsselrolle spielt (Lušicky 2019: 67). Diese spezifischen Settings weisen daher bestimmte Eigenschaften, Besonderheiten und Herausforderungen für alle beteiligten GesprächspartnerInnen auf. Ein Grund dafür ist auch, dass trotz bestimmter gemeinsamer Merkmale deutliche Unterschiede „hinsichtlich Alter, Lebenslauf, Charakter, physischem Krankheitsverlauf und psychischem Umgang mit der neuen Lebenssituation“ bestehen und die jeweiligen Konversationen daher sehr individuell ablaufen (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015: 245). Folglich kann diese Arbeit auch als Versuch gesehen werden, das Medizindolmetschen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin und seine Merkmale im Detail zu betrachten.

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in acht Kapitel. Die ersten theoretischen Kapitel widmen sich den Hauptmerkmalen medizinischer Settings und im Besonderen dem Stand der Forschung zum Dolmetschen im medizinisch-onkologischen Bereich. In Kapitel 3 wird die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben als universelles Phänomen und die gesellschaftlich verbreitete Tabuisierung des Todes, auch in Verbindung mit Krankheiten, dargestellt. In Kapitel 4 liegt der Fokus auf der Palliativmedizin, dem Ansatz der patientenorientierten Kommunikation, dem Spezifikum *Bad News Delivery*, den Merkmalen der Symbolsprache am Lebensende und der nonverbalen Kommunikation. Die wesentliche Bedeutung dieser besonderen symbolischen Sprache steht im Mittelpunkt, denn „das Gespräch ist nicht nur die zentrale Einheit sozialer Interaktion, sondern überhaupt ein zentrales Element jeglichen palliativen Handelns“ (Peters 2021: 23). Außerdem fungieren in diesem spezifischen Setting die DolmetscherInnen nicht nur als „professionelle Kommunikationsbrücke“ (Bahadir 2000), sondern sie schaffen auch eine symbolische Brücke zwischen Leben und Tod. Die psychischen Aspekte der PatientInnen spielen in diesen Settings, wenn auch teils unbewusst, eine Rolle für die DolmetscherInnen und deren Arbeit und stellen diese vor eine anspruchsvolle Aufgabe. Aus diesen Gründen werden in Kapitel 5 die psychologischen und emotionalen Aspekte beim Dolmetschen und deren mögliche Auswirkungen auf die DolmetscherInnen und das Setting kurz dargestellt. Die Bedeutung der Kultursensibilität, der professionellen Empathie und des Zuhörens in medizinisch-onkologischen Settings wird ebenso in diesem Kapitel behandelt. In diesem Sinne wird auch kurz auf die Psychohygiene für DolmetscherInnen eingegangen.

In Kapitel 6 werden die Forschungsziele und das methodische Vorgehen präsentiert. Das Hauptaugenmerk des qualitativ-methodischen Teils dieser Arbeit liegt auf einem simulierten Aufklärungsgespräch. Dieses findet zwischen einer österreichischen Onkologin und einer fiktiven italienischen Patientin mit Brustkrebs im Endstadium über die Organisation der gewünschten Palliativdienste statt. Zur Beantwortung der vier Forschungsfragen wird eine Triangulation verschiedener Methoden angewendet. Diese umfasst Videoaufnahmen und Audioaufzeichnungen unter besonderer Berücksichtigung des Datenmaterials und der Transkriptionskonventionen nach HIAT, teilnehmende Beobachtung an den Simulationen, Analyse der Wiedergabe der Probandinnen unter Anwendung der Typologie der *renditions* nach Wadensjö (1998) sowie der *rich points* (Gumul & Herring 2022). Nach den Dolmetschein-

sätzen werden leitfadengestützte problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) mit den Probandinnen durchgeführt.

In Kapitel 7 erfolgt die Analyse und der Vergleich des Datenmaterials. Abschließend werden in Kapitel 8 die Ergebnisse präsentiert und die mögliche weiterführende Forschung erörtert.

1. Dolmetschen in medizinischen Settings

In der heutigen globalisierten Gesellschaft sind aus unterschiedlichen Gründen immer häufiger verschiedene Migrationsphänomene zu beobachten. In diesem Kontext spielen DolmetscherInnen eine wichtige Rolle. Daher besteht in allen Bereichen des öffentlichen Lebens Bedarf an Dolmetschdiensten. Eine erhebliche Anzahl von Menschen benötigt täglich Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen, bei Ämtern, Gerichten, Behörden oder im Bildungswesen (Kadrić 2021: 103). Mehrsprachige und interkulturelle Kontexte sind im Gesundheitsbereich keine Seltenheit und können für die GesprächsteilnehmerInnen anspruchsvoll sein (Bührig & Meyer 2015: 300). Pöllabauer (2002) nennt einige prototypische Settings des Community Interpreting (CI)¹: Ämter, Behörden und Institutionen des Gastlandes, medizinische Einrichtungen, psychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen, soziale Einrichtungen, Bildungseinrichtungen, wirtschaftliche und rechtliche Settings (Pöllabauer 2002: 198).

Together with legal services, healthcare is one of the traditional areas in which the need for interpreting services is more than obvious. [...] The challenge has acquired new urgency as migration flows, along with massive cross-border movements of people travelling abroad for business or tourism, have heavily changed the patients' panorama in most of the world. (Gavioli & Merlini 2023: 192)

In medizinischen Settings ermöglichen DolmetscherInnen die Kommunikation zwischen PatientInnen und dem medizinischen Personal aus verschiedenen kulturellen und sprachlichen Kontexten und reduzieren Risiken, die aufgrund von Missverständnissen entstehen könnten (Iacono 2021: 9). Laut Albl-Mikasa (2017) erfolgt die gedolmetschte ÄrztIn–PatientIn–Kommunikation in Situationen, in denen die Kommunikation von entscheidender Bedeutung ist (Albl-Mikasa & Hohenstein 2017: 131). Doch das Dolmetschen in medizinischen Settings stellt die DolmetscherInnen vor große Herausforderungen: Einerseits ist „die Nähe zum Ausgangstext entscheidend. Die Dolmetscher:innen sollten den Expert:innen möglichst alle Anliegen der Patient:innen ohne Auslassungen oder Hinzufügungen übermitteln“ (Hofer-Falk 2023: 85), andererseits sind DolmetscherInnen in medizinischen Settings mit außergewöhnlichen Gegebenheiten wie sozialen und psychischen Notsituationen konfrontiert, die, unter anderem, zu terminologischen und psychischen Herausforderungen führen können. Daher kön-

¹ Community Interpreting wird im Deutschen auch als Kommunal Dolmetschen bezeichnet und wurde in dieser Form von Pöchlhammer (2000) eingeführt.

nen viele Situationen im Bereich des Community Interpreting, also auch in medizinischen Settings, extreme psychische Belastungen für DolmetscherInnen bedeuten, denn KlientInnen müssen häufig traumatische Erlebnisse verarbeiten. Dabei sind DolmetscherInnen mit sozialer Isolation konfrontiert und erleben teilweise Kulturschock, beispielsweise dolmetschen sie in Situationen, in denen etwa lebensbedrohliche Diagnosen verkündet werden (Pöllabauer 2002: 202). Auf das Thema „tödliche Diagnosen“ wird in Kapitel 4.1 näher eingegangen.

1.1 *Primum non nocere*: Hauptmerkmale des Dolmetschens in medizinisch-onkologischen Aufklärungsgesprächen

Bei Aufklärungsgesprächen haben PatientInnen – im Gegensatz zum Erstgespräch – bereits eine Diagnose und einen Therapieplan erhalten und das Krankheitsbild ist geklärt. Außerdem haben die PatientInnen bereits vielen unterschiedlichen medizinischen Untersuchungen und Gesprächen hinter sich gebracht (Klüber 2015: 209–210). Lindtner-Rudolph & Bardenheuer (2015) erklären, dass sich ÄrztInnen im Fall eines palliativmedizinischen Gespräches an den Bedürfnissen, dem Bewusstseinsstand und der Orientierung der PatientInnen richten. Der Fokus liegt auf den PatientInnen. Dies ermöglicht nicht nur ein besseres Verständnis für komplexe und sensible Themen, sondern bietet auch mehr Zeit und Raum für die Bedürfnisse der PatientInnen. Interessant ist auch der Hinweis, dass sich palliative PatientInnen durch die Diagnose von den meisten anderen Patientengruppen unterscheiden. Tatsächlich verfügen sie über breites Wissen, da die Diagnose ihrer Krankheit oft Jahre zurückliegt. Daher lässt sich sagen, dass palliative PatientInnen über ein breites „Halb-Experten-Wissen“ hinsichtlich ihrer Krankheit verfügen. Somit wird die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in palliativen Behandlungssituationen zur „Experten-Laien-Interaktion“ (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015: 245–246): „Durch den palliativmedizinischen ganzheitlichen Ansatz weichen Verhaltensformen des Arztes stark von klassischen schulmedizinischen Interaktionsformen ab“ (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015: 247).

Wie bereits angemerkt, besteht eine der größten Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen darin, dass möglicherweise sehr komplizierte medizinische Angelegenheiten so gehandhabt werden müssen, dass sie auch für die PatientInnen selbst verständlich und begreiflich werden (Gavioli & Merlini 2023: 195):

A feature that has been consistently observed in the literature on medical interpreting is that patients tend not to talk easily and smoothly: they may hesitate because they are worried or ashamed, may find it difficult to describe their symptoms, or may tell lengthy stories filled with data that may not be clinically relevant. (Gavioli & Merlini 2023: 197)

Insbesondere Kommunikation über negative Prognosen am Lebensende (*End-Of-Life*, EOL) stellt ein typisches Beispiel für ein hochkomplexes medizinisches Gespräch dar (Kapitel 4.1). In diesem Fall werden bei MedizindolmetscherInnen zusätzlich zum Informationsaustausch viele zwischenmenschliche Strategien vorausgesetzt, wodurch das bereits hochsensible Setting schwer steuerbar ist (Klimidis & Minas 2010: 364–365). Eine Krebserkrankung im Endstadium belastet PatientInnen, unter anderem durch Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung. Sie sehen sich mit vielen medizinischen Informationen konfrontiert und setzen sich sowohl existenziell als auch spirituell mit dem Thema Sterben auseinander. Dies geschieht vor dem Hintergrund unterschiedlicher Kulturkreise sowie individueller Unterstützung durch das persönliche Umfeld. Die therapeutische Beziehung von ÄrztInnen zu PatientInnen mit unheilbaren Erkrankungen setzt also gegenseitiges Vertrauen voraus. Darüber hinaus leben PatientInnen mit terminalen Krebserkrankungen heute aufgrund wissenschaftlicher Errungenschaften länger, dies stellt ÄrztInnen vor komplexeren kommunikativen Herausforderungen (Back et al. 2008: 1897). Unter den verschiedenen Tumortherapien fällt die Chemotherapie. Diese „gilt aufgrund ihrer vielseitigen und teils erheblichen kurz- und langfristigen Nebenwirkungen als „invasive“ Therapie und ist daher aufklärungspflichtig“ (Heinrich & Strauß 2023: 1233–1234). Nicht nur deshalb können Aufklärungsgespräche sehr komplex sein. Von DolmetscherInnen wird hier erwartet, komplexe Zusammenhänge zu dolmetschen, ohne sich von persönlichen und emotionalen Faktoren beeinflussen zu lassen (Pöllabauer 2002: 203).

Der berühmte hippokratische Eid „*Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*“, also „erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen“ (Van Oorschot 2018: 22), stellt ein zentrales Axiom in der Ausbildung von MedizinstudentInnen dar. Für TranslatorInnen wiederum kann Chesterman (2001) als Orientierung dienen, welcher sich eingehend mit ethischen Fragen im Bereich der Translationswissenschaft beschäftigte. Sein Vorschlag für einen „*Hieronymic Oath for translators*“ (Chesterman 2001: 139) zielt darauf ab, ethische Richtlinien für die Praxis der DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen zu schaffen

und das „communicative suffering“² zu lindern (Chesterman 201: 151). Der Autor betont, dass es sich um einen ersten Entwurf handelt, der möglicherweise weiterentwickelt, erweitert oder verworfen werden kann (Chesterman 2001: 152). Der folgende *Hieronymic Oath* von Chesterman beschreibt neun Werte (Chesterman 2001: 153):

1. I swear to keep this Oath to the best of my ability and judgement. [**Commitment**]
2. I swear to be a loyal member of the translators' profession, respecting its history. I am willing to share my expertise with colleagues and to pass it on to trainee translators. I will not work for unreasonable fees. I will always translate to the best of my ability. [**Loyalty to the profession**]
3. I will use my expertise to maximize communication and minimize misunderstanding across language barriers. [**Understanding**]
4. I swear that my translations will not represent their source texts in unfair ways. [**Truth**]
5. I will respect my readers by trying to make my translations as accessible as possible, according to the conditions of each translation task. [**Clarity**]
6. I undertake to respect the professional secrets of my clients and not to exploit clients' information for personal gain. I promise to respect deadlines and to follow clients' instructions. [**Trustworthiness**]
7. I will be honest about my own qualifications and limitations; I will not accept work that is outside my competence. [**Truthfulness**]
8. I will inform clients of unresolved problems, and agree to arbitration in cases of dispute. [**Justice**]
9. I will do all I can to maintain and improve my competence, including all relevant linguistic, technical and other knowledge and skills [**Striving for excellence**].

Chesterman (2001) betont, dass ein solcher Eid dazu beitragen könnte, ethisches Berufsverhalten unter TranslatorInnen begünstigen, Professionalisierung sowie die internationale Anerkennung zu fördern und Ausbildungsprogramme positiv zu beeinflussen (Chesterman 2001: 153). Camayd-Freixas (2013) bekräftigt die Kardinalregel, die dem Ethikkodex und dem Eid der TranslatorInnen in Bezug auf Genauigkeit und Unparteilichkeit zugrunde liegt: „*the interpreter must not influence the outcome of the case*“ (Camayd-Freixas 2013: 19, Hervorhebung im Original). Camayd-Freixas (2013) weist aber auch darauf hin, dass genau diese Regel überall implizit, aber an keiner Stelle ausdrücklich in den Ethikkodizes der TranslatorInnen formuliert ist (Camayd-Freixas 2013: 19). Außerdem argumentiert der Autor, dass Berufsverbände eine

² „Communicative suffering arises from not understanding something that you want to understand, from misunderstanding or inadequate understanding, and from not being able to get your own message across.“ (Chesterman 2001: 151)

wichtige Rolle bei der Unterstützung von DolmetscherInnen spielen, um eine qualitativ hochwertige und ethisch verantwortliche Dolmetschpraxis zu fördern:

In addition to the values of meaningful access, constitutional rights, due process, and equal protection, which are specific to the legal field, organizations should adopt timely universal resolutions: for the individual's duty to advocate for human rights; against the use of children as interpreters; against facilitation of brainwashing and interrogation by torture; and for the national duty to protect interpreters and their families serving our country in theatres of war. Ultimately, no code of ethics shall hinder the exercise of our highest professional virtues: the respect for human dignity and the pursuit of justice. (Camayd-Freixas 2013: 28)

1.2 ÄrztIn – PatientIn – DolmetscherIn: Die Dyade wird zur Triade

Eine effektive und gelungene Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche medizinische Versorgung. Diese Interaktion ist der Startpunkt für eine korrekte Diagnose, eine individuell angepasste Versorgung und einen wirksamen Verlauf der Therapie (Spranz-Fogasy & Becker 2015: 93).

In den meisten Fällen stehen sich in der Kommunikation im medizinischen Bereich die Lebensrealität von PatientInnen und die beruflich-wissenschaftliche medizinische Realität kontroversiell gegenüber (Bechmann 2014: 22). In der ÄrztIn–PatientIn–DolmetscherIn-Kommunikation wird diese monolinguale Dyade (ÄrztIn–PatientIn) aber zu einer kooperativen Triade (ÄrztIn–PatientIn–DolmetscherIn), zu der „*voice of medicine*“³ (ÄrztInnen) und der „*voice of the lifeworld*“ (PatientInnen) kommt die Stimme der DolmetscherInnen hinzu. Die Komplexität der Triade im medizinischen Setting verdient auf jeden Fall Beachtung, vor allem, weil DolmetscherInnen einen wichtigen Beitrag zum gegenseitigen Vertrauen zwischen PatientInnen, Familien, DienstleisterInnen im medizinischen Bereich sowie in Gesundheitsprogrammen leisten können (Kaufert & Putsch 1997: 4). Außerdem findet in Gesprächssituationen die Interaktion „*face-to-face*“ statt. Das bedeutet, dass DolmetscherInnen wahrnehmbar und somit aktive TeilnehmerInnen des Gespräches sind (Pöllabauer 2002: 199). Von großer Bedeutung ist es, als ÄrztIn die Vielschichtigkeit der Dynamik in der ÄrztInnen–PatientInnen-Kommunikation vollständig zu verstehen, insbesondere wenn diese zwischen unterschiedlichen Sprachen erfolgt und DolmetscherInnen erforderlich sind (Klimidis &

³ Mishler (1984: 63) unterscheidet zwischen „*voice of medicine*“ und „*the voice of the lifeworld*“.

Minas 2010: 370). Die Wichtigkeit und Komplexität der triadischen medizinischen Kommunikation darf nicht unterschätzt werden. Typisch bei Dolmetschsituationen im Gesundheitsbereich ist die Asymmetrie der Gesprächssituation: ÄrztInnen und PatientInnen befinden sich auf einem unterschiedlichen Wissensniveau, was Fachwissen, Terminologie oder institutionelle Abläufe betrifft. Die besondere Herausforderung für DolmetscherInnen in diesen kulturell und institutionell komplexen Settings besteht darin, auf das Wissensgefälle und die zwischenmenschlichen Aspekte zwischen den ÄrztInnen als VertreterInnen der medizinischen Institution und den PatientInnen als ihren KlientInnen einzugehen (Albl-Mikasa & Hohenstein 2017: 131).

Neben den unterschiedlichen Hintergründen der TeilnehmerInnen sind in diesem spezifischen medizinisch-onkologischen Setting verschiedene Tabuthemen (Kapitel 3) sehr präsent. Befinden sich PatientInnen in einer palliativen Behandlungssituation, so stehen sie vor zwei großen Herausforderungen: Einerseits müssen sie die Tatsache akzeptieren, dass sie sich am Ende ihres Lebens befinden. Dies führt PatientInnen in eine existenziell schwierige Phase, in der sie sich unsicher fühlen und in der sie sich neu orientieren müssen. Andererseits empfinden PatientInnen Ängste in Bezug auf ihren Tod, Abhängigkeit oder die Sorge, anderen eine Last zu sein. Hinzu kommt die Angst vor Isolation, körperlichen und psychischen Leiden, Schmerzen und vor einem unwürdigen Tod (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015: 247). In derartigen medizinisch-onkologischen Settings haben DolmetscherInnen eine besondere Funktion: Sie schaffen eine symbolische und essenzielle Brücke zwischen Leben und Tod der KrebspatientInnen. Unter anderem aus diesem Grund ist es besonders anspruchsvoll, ein Gleichgewicht zwischen allen TeilnehmerInnen des Settings herzustellen. Daher betont Peters (2001: 23), dass das Gespräch als besonders „zentrales Element“ in der Palliativmedizin gilt, da die existenzielle Phase am Lebensende unter anderem große kommunikative, empathische und ethische Anforderungen an alle GesprächsteilnehmerInnen stellt (Peters 2001: 23).

2. Erkenntnisse der Forschung zum Dolmetschen im medizinisch-onkologischen Bereich

In diesem Kapitel wird auf das Medizindolmetschen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin eingegangen. Die Onkologie kann als jener Bereich der Medizin definiert werden, welcher sich mit verschiedenen Krebsarten beschäftigt. Die dafür ausgebildeten ÄrztInnen werden als OnkologInnen bezeichnet. Der Terminus Krebs ist mit vielen negativen Assoziationen verbunden, da viele Menschen Krebs mit dem Tod assoziieren. Dies kann das Dolmetschen in diesem Bereich erheblich erschweren. Es gibt eine breite Palette von Krebsarten, ebenso wie es verschiedene Arten der Behandlung gibt, und auch die Perspektiven können sehr unterschiedlich sein. Deshalb ist es wichtig, sich diese Unterschiede und unterschiedlichen Sichtweisen zu vergegenwärtigen (Crezee 2013: 155).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert die Palliativmedizin als einen ganzheitlichen Ansatz, der die physische, psychische, soziale und spirituelle Gesundheit und das Wohlbefinden von PatientInnen mit einer lebensbedrohlichen Krankheit umfasst:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual. (World Health Organization 2020)

Palliativmedizin ist nicht nur ein sehr aktuelles, sondern auch ein sehr sprachsensibles Forschungsgebiet mit „erheblicher gesellschaftlicher Relevanz“ (Peters 2021: 23). Diese Überlegung ist für diesen speziellen Bereich der Medizin beachtenswert: „Gleichzeitig ist die Palliativmedizin eine in hohem Maße sprach- und kommunikationsbezogene medizinische Disziplin, deren Vertreter auch selbst an den Implikationen sprachlichen Handelns interessiert sind“ (Peters 2021: 23). Wie bereits erwähnt, weisen Bereiche und Settings dieser Art, wie etwa im Bereich der Onkologie, bestimmte Eigenschaften, Besonderheiten und Herausforderungen auf. Diese Voraussetzungen können zu einem tieferen Verständnis des Themas beitragen.

Dem Thema Tod und Sterben in medizinisch-onkologischen Settings wurde bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ebenfalls erhielt der Sprachkombination Italienisch und Deutsch in Verbindung mit dieser Thematik wenig Beachtung. Lediglich die Studien von Norris et al. (2005), Suurmon & Seeleman (2006), Butow et al. (2012), Brisset et al. (2013)

und Milagros et al. (2016) haben sich bisher mit den Themen Palliativmedizin und Onkologie translationswissenschaftlich auseinandergesetzt. Daher sollen diese im Folgenden näher beschrieben werden.

Norris et al. (2005) führten eine qualitative Studie durch, in welcher auf die Sichtweisen von professionellen DolmetscherInnen im medizinischen Bereich zurückgegriffen wurde. Dadurch sollte aufgezeigt werden, wie ÄrztInnen unterstützt werden können, um in verdolmetschten Settings am Lebensende gute medizinische Versorgung sicherzustellen. Außerdem sollten die Schwierigkeiten der MedizindolmetscherInnen nachvollziehbar gemacht werden. Es wurde eine qualitative Studie mit 4 Fokusgruppen mit 43 *ad-hoc* MedizindolmetscherInnen durchgeführt. Die meisten TeilnehmerInnen stammten aus Nordamerika und Asien. Sie lebten im Durchschnitt seit 20 Jahren in den Vereinigten Staaten und dolmetschten im Durchschnitt seit sieben Jahren. Zwei Drittel der TeilnehmerInnen dolmetschten eine Sprache, 21 % zwei Sprachen und 12 % drei Sprachen. Die DolmetscherInnen gaben selbst an, welche Sprachen sie dolmetschten. Es waren 26 verschiedene Sprachen vertreten. Die Sprachen, die von drei oder mehr DolmetscherInnen gedolmetscht wurden, waren Spanisch, Vietnamesisch, Kantonesisch, Kambodschanisch, Mandarin und Russisch. Die Sprachen, die von zwei DolmetscherInnen gedolmetscht wurden, waren Chinesisch/Chou Jo, Französisch, Ilocano, Indonesisch, Hindi, Malaiisch, Punjabi, Tagalong und Urdu. Es wurden offene Fragen zur Kommunikation zwischen ÄrztInnen und DolmetscherInnen in Bezug auf die Versorgung am Lebensende gestellt. Die TeilnehmerInnen wurden in Seattle von einer lokalen Niederlassung eines nationalen Verbandes für MedizindolmetscherInnen rekrutiert. Dabei wurden gezielt Personen ausgewählt, die ihre Erfahrungen mit dem Dolmetschen von Gesprächen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen am Lebensende mitteilen wollten. In diesem Fall ist die Kommunikation nicht nur aufgrund sprachlicher, sondern auch aufgrund kultureller Besonderheiten komplex. ÄrztInnen, die über Zugang zu professionellen DolmetscherInnen verfügten, berichteten über bessere Qualität der Kommunikation mit PatientInnen als ÄrztInnen, die ihre eigenen Sprachkenntnisse anwenden oder Familienangehörige oder MitarbeiterInnen als LaiendolmetscherInnen einsetzen. Das Forschungsteam schlussfolgerte daraus, dass bei klinischen Begegnungen, bei denen Sprache und Kultur nicht übereinstimmen, ein erhöhtes Risiko für Fehlkommunikation besteht. Diese Probleme können sich direkt auf die Qualität der Pflege auswirken. Die in dieser Studie (2005) idealtypischen Rahmenbedingungen, welche die Perspektive von medizinischen DolmetscherInnen berücksichtigten, ermöglichten ein allgemei-

nes Verständnis und konkrete Vorschläge, die nach Ansicht der DolmetscherInnen die Qualität der Kommunikation über die Versorgung am Lebensende in diesen klinischen Begegnungen verbessern würden. Darüber hinaus kann das Verständnis für die besonderen Herausforderungen, mit denen medizinische DolmetscherInnen bei Gesprächen über das Lebensende konfrontiert sind, die Fähigkeit von ÄrztInnen und DolmetscherInnen verbessern, PatientInnen und ihren Familien eine qualitativ hochwertigere Versorgung zu bieten. Norris et al. (2005) betonten, dass mit künftigen Studien auf Grundlage der Vorschläge von DolmetscherInnen Richtlinien entwickelt werden sowie bewertet werden sollte, ob diese die Qualität der Kommunikation am Lebensende sowie die Qualität der Versorgung bei klinischen Begegnungen mit Sprach- und Kulturunterschieden verbessern könnten.

Die Ergebnisse der explorativen und deskriptiven Studie von Suurmon & Seeleman (2006) über gemeinsame Entscheidungsfindung in einem interkulturellen Kontext geben einen Hinweis auf jene Schwierigkeiten, die in einem solchen Kontext auftreten. In dieser Studie wurden halbstrukturierte Interviews mit ÄrztInnen in den Niederlanden geführt, davon 18 ÄrztInnen und 13 PatientInnen mit Migrationshintergrund: Die ÄrztInnen unterschieden sich nach medizinischer Fachrichtung (HausärztInnen, BetriebsärztInnen, ein:e GynäkologIn, ein:e Kardiolog:in und ein:e AssistenzärztIn), und die PatientInnen hatten unterschiedliche ethnische und Migrationshintergründe (Türkei, Marokko, Suriname, Afghanistan, Bosnien, Ghana, Somalia, Antillen und Iran). Die Altersspanne reichte von 20 bis 78 Jahren. In den Niederlanden befanden sie sich seit 3 bis zu 18 Jahren. Aus dieser Studie (2006) geht hervor, dass es kaum spezifische Forschungsarbeiten über die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen mit Migrationshintergrund gibt, aber die allgemeine Literatur über interkulturelle Kontakte deutet auf das Vorhandensein sprachlicher und kultureller Barrieren verschiedener Natur hin. Aus der Literatur und den Interviews wurden vier Barrieren abgeleitet: ÄrztInnen und PatientInnen haben möglicherweise nicht den gleichen sprachlichen Hintergrund; ÄrztInnen und PatientInnen haben möglicherweise nicht die gleichen Wertvorstellungen über Gesundheit und Krankheit; ÄrztInnen und PatientInnen haben möglicherweise nicht die gleichen Rollenerwartungen; ÄrztInnen und PatientInnen hegen möglicherweise Vorurteile und sprechen nicht unvoreingenommen miteinander. Da Kultur jedoch kein statisches Konzept ist, das einfache Vorhersagen über die Vorstellungen, Sorgen und Erwartungen von Individuen erlaubt, schlagen Suurmon & Seeleman (2006) vor, dass ÄrztInnen im interkulturellen gemeinsamen Entscheidungsprozess eine zusätzliche Aufgabe haben. ÄrztIn-

nen müssen herausfinden, inwieweit PatientInnen an kulturelle Werte und Vorstellungen gebunden sind und wie diese kulturellen Aspekte die Wirksamkeit der angebotenen Hilfe beeinflussen können. In dieser Studie wird betont, dass der Kontakt zwischen ÄrztInnen und PatientInnen mit Migrationshintergrund nicht zwangsläufig Probleme hervorruft oder erfolglos ist. ÄrztInnen mit Erfahrung im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund haben ihre eigenen Wege gefunden, um mit Barrieren umzugehen, zum Beispiel die Einbeziehung von MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens mit Migrationshintergrund oder DolmetscherInnen oder sie haben selbst Kenntnissen über kulturelle Vorstellungen erworben.

An der Studie von Butow et al. (2012) nahmen 30 DolmetscherInnen teil, davon sieben für die Sprache Griechisch, elf für Chinesisch und zwölf für Arabisch. Es gab vier Fokusgruppen. Hauptziele der Studie waren: Die Wahrnehmung der eigenen Rolle der DolmetscherInnen; die Herausforderungen der Arbeit in der onkologische Aufklärungsgespräche für erwachsene PatientInnen und den Bedarf an Ausbildung und Unterstützung. Die DolmetscherInnen wurden von Dolmetscherdiensten an Gesundheitseinrichtungen in Victoria und New South Wales (Australien) rekrutiert und stellten eine Reihe von Dilemmata und Herausforderungen in Zusammenhang mit ihrer Rolle fest, die sich in der emotional aufgeladenen Atmosphäre eines Aufklärungsgesprächs mit KrebspatientInnen noch verschärften. Interessanterweise schien es, dass die Herausforderungen für DolmetscherInnen größer waren, wenn schlechte Nachrichten überbracht wurden und das englische Wort *cancer* (Krebs) fiel. Butow et al. (2012) berichteten, dass zu den größten Herausforderungen, die die DolmetscherInnen in ihrer Rolle wahrnahmen, die fehlende Kontinuität des Kontakts mit den PatientInnen, der Umgang mit den eigenen Emotionen, insbesondere nach schlechten Nachrichten, und der Umgang mit den unterschiedlichen Erwartungen von PatientInnen und Angehörigen gehörten. Darüber hinaus legt die Studie von Butow et al. (2012) nahe, dass eine weitergehende Ausbildung und Unterstützung erforderlich sind, um die Kompetenz von DolmetscherInnen im Umgang mit heiklen Situationen aus professioneller, kultureller und psychologischer Sicht zu verbessern und ÄrztInnen zu helfen, mit DolmetscherInnen zusammenzuarbeiten, sodass eine kulturell kompetente Kommunikation sichergestellt werden kann. Letztendlich wirkt sich eine gelungene Kommunikation positiv auf das Wohlbefinden der DolmetscherInnen und die Patientenversorgung aus. Darüber hinaus äußerten die DolmetscherInnen den Wunsch nach ständiger Fortbildung in medizinischer Terminologie, um sicherzustellen, auf dem neuesten Stand zu sein und diese Begriffe korrekt dolmetschen zu können. Einige wünschten sich ebenso eine

Schulung über grundlegende Beratungsfähigkeiten, sogenanntes *Counseling*, damit sie gegebenenfalls unterstützend auf die PatientInnen einwirken können. Die DolmetscherInnen schlugen vor, dass es für diejenigen, die sich in Ausbildung befinden, wertvoll wäre, von MentorInnen betreut zu werden oder qualifizierte DolmetscherInnen in der Praxis zu begleiten zu können. Zudem sollte es die Möglichkeit geben, nach emotional herausfordernden Arztterminen eine Nachbesprechung durchzuführen und andere Strategien zur Bewältigung der eigenen emotionalen Reaktionen zu erlernen. Butow et al. (2012) sind der Ansicht, dass DolmetscherInnen durch Rollendefinition und Schulung besser in der Lage sind, Fähigkeiten und Ressourcen in die Krebsberatung einzubringen, die es ihnen ermöglichen, einen positiveren Beitrag zu leisten und ihre eigene Stressbelastung verringern. Dazu gehören zum Beispiel Schulungen zur Übermittlung schlechter Nachrichten, zur Unterstützung von PatientInnen und Familien, zur Selbstfürsorge und zum Umgang mit Emotionen sowie Schulungen zur Onkologie und Krebsterminologie. Infolgedessen ist es erforderlich, Ausbildungsmöglichkeiten sowohl innerhalb allgemeiner Dolmetschausbildungen als auch in spezialisierten Bereichen wie der Onkologie zu entwickeln. Ein Modell, bei dem die DolmetscherInnen in das multidisziplinäre Team integriert sind, könnte hilfreich sein, auch wenn derartige Vorhaben im derzeitigen Gesundheitssystem schwer umsetzbar sind.

Weitere wichtige Erkenntnisse im Bereich Medizin und Gesundheitswesen liefert die Studie von Brisset et al. (2013). Zielsetzung der Studie war es, eine Literaturübersicht und Meta-Ethnographie von qualitativen Studien in Französisch und Englisch über das Dolmetschen im Gesundheitswesen zu liefern, um ein besseres Verständnis der zwischenmenschlichen Herausforderungen zu erlangen, die bei gedolmetschten Gesprächen auftreten und Empfehlungen für die zukünftige Forschung zu geben. Aus der Meta-Ethnographie ergeben sich die folgenden drei Hauptthemen: Die Rolle der DolmetscherInnen, die mit der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen verbundenen Schwierigkeiten und die kommunikativen Merkmale der gedolmetschten Gespräche. Brisset et al. (2013) betonen, dass DolmetscherInnen vor allem ZeugInnen dafür sind, wie Institutionen mit soziokulturellen und sprachlichen Unterschieden umgehen. Das Ausmaß, in dem DolmetscherInnen von diesen Institutionen anerkannt und ihre Stimmen gehört werden, ist ein Zeichen dafür, wie die Gesellschaft und ihre Mitglieder, insbesondere im Gesundheitswesen, mit Unterschieden umgehen. Die Beiträge von DolmetscherInnen zum Ablauf von Prozessen im Gesundheitswesen zu ignorieren oder

abzuwerten, ist folglich gleichbedeutend mit der Nichtbeachtung oder Abwertung der Vielfalt unserer Gesellschaft.

Von Milagros et al. (2016) wurde eine Literaturübersicht von Artikeln in allen in sechs verschiedenen Datenbanken von 1960 bis 2014 vorhandenen Sprachen durchgeführt, um den Einfluss von DolmetscherInnen auf die Kommunikation in der Palliativversorgung über Sprachbarrieren hinweg zu verstehen. In diese Übersicht flossen unterschiedliche Situationen in diese Übersicht ein: Gespräche über die Ziele der Behandlung, Versorgung am Lebensende und Behandlung der Symptome. Krebs und Pflege am Lebensende, medizinische Interpretation, sowie der Status der EinwanderInnen beziehungsweise Minderheiten wurden als die drei wichtigsten Punkte der Strategie für die Literatursuche angeführt. Ziel der Studie von Milagros et al. (2016) war es, die vorhandene Literatur deskriptiv zusammenzufassen, die Qualität der Studien zu bewerten, Lücken in der bisherigen Forschung aufzuzeigen und Empfehlungen für die weitere Forschung zu geben, um Ungleichheiten in der Versorgung von PatientInnen mit Sprachbarrieren am Lebensende zu verringern. Insgesamt ergaben die Studien, dass professionelle DolmetscherInnen die Qualität der Pflege für PatientInnen, die Palliativdienste erhalten, verbessern. Eine Studie zeigte, dass Sprachbarrieren für spanischsprachige PatientInnen deren Zugang zu Hospizdiensten, insbesondere zur Trauerbegleitung für ihre Angehörigen, beeinflussen. Andere Studien ergaben, dass LEP-PatientInnen (*Patients With Limited English Proficiency*) bei Nichtvorhandensein professioneller DolmetscherInnen über eine schlechtere Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen berichteten. Weiters zeigten die Studien, dass Familienmitglieder die klinischen Informationen der PatientInnen, einschließlich der Prognose oder der Diagnose, nicht verstehen konnten und ein erhöhtes Stresslevel in Bezug auf die klinische Situation der PatientInnen erlebten. Milagros et al. (2016) betonen in der Conclusio, dass PalliativmedizinerInnen sich der wachsenden LEP-Bevölkerung in den USA stärker bewusst sein müssen, da Sprachunterschiede das Verständnis der PatientInnen und Familien für die Prognose, die medizinische Entscheidungsfindung und die Versorgungsziele während der Familiengespräche beeinflussen können. Die Studie von Milagros et al. (2016) unterstreicht die Bedeutung einer angemessenen, mitfühlenden und unterstützenden Kommunikation mit LEP-PatientInnen, die durch professionelle DolmetscherInnen erleichtert wird, wenn ÄrztInnen die Sprache der PatientInnen nicht beherrschen. PalliativmedizinerInnen sollten außerdem lernen, mit professionellen DolmetscherInnen zusammenzuarbeiten. Zu den bewährten Praktiken von PalliativmedizinerInnen gehören der Aus-

tausch mit DolmetscherInnen vor dem Gespräch mit den PatientInnen zur Klärung der Tagesordnung, die Festlegung der Rolle der Beteiligten sowie eine Nachbesprechung mit den DolmetscherInnen. Dies dient nicht nur der Unterstützung, sondern zielt auch darauf ab, die Zufriedenheit von DolmetscherInnen und ÄrztInnen zu verbessern sowie das Bewusstsein dafür, wie Sprache und Kultur die Entscheidungsfindung der PatientInnen beeinflussen, zu steigern (Milagros et al. 2016: 578).

Aus dieser Literaturübersicht ist ersichtlich, dass in den bisherigen Studien im Bereich der Onkologie und Palliativmedizin die Sprachen Italienisch und Deutsch nicht berücksichtigt wurden.

3. Tod als universelles Phänomen

But despite the staunchest, most venerable defenses, we can never completely subdue death anxiety: it is always there, lurking in some hidden ravine of the mind. Perhaps, as Plato says, we cannot lie to the deepest part of ourselves.

(Yalom 2008: 5–6)

Trotz der allgegenwärtigen Präsenz des Todes im Leben entzieht sich dieser beharrlich jedem Versuch einer eindeutigen Definition. Deshalb kann man die Erfahrung des Todes als ein universelles Thema oder vielmehr als ein universelles und existentielles *Tòpos* bezeichnen, das von verschiedenen Disziplinen mit unterschiedlichen Ansätzen behandelt wird.

In seinem Werk *Staring at the sun: Overcoming the terror of death* (2008) erklärt der amerikanische Psychiater und Psychotherapeut Irvin D. Yalom, dass die Sterblichkeit ein konstantes Element ist, das das menschliche Leben seit Anbeginn der Geschichte begleitet (Yalom 2008: 1). Yalom (2008) berichtet, dass Todesängste sehr anschauliche Formen und Vorstellungen annehmen können, wie zum Beispiel das Bild einer Person, die in einem Sarg eingeschlossen ist und weiß, dass sie dort für immer liegen wird. Oder andere haben Angst, Familie und FreundInnen nie wiederzusehen und wie sie ihr Leben ohne sie weiterführen werden. Yalom (2008) erklärt, dass jeder Mensch den eigenen Tod eigentlich schon erlebt hat, und nennt zwei Beispiele, und zwar beim Einschlafen oder beim Verlust des Bewusstseins nach einer Narkose: „Death and sleep, Thanatos and Hypnos in the Greek vocabulary, were twins“ (Yalom 2008: 12):

Each person fears death in his or her own way. For some people, death anxiety is the background music of life, and any activity evokes the thought that a particular moment will never come again. Even an old movie feels poignant to those who cannot stop thinking that all the actors are now only dust. For other people, the anxiety is louder, unruly, tending to erupt at three in the morning, leaving them gasping at the specter of death. They are besieged by the thought that they, too, will soon be dead—as will everyone around them. (Yalom 2008: 11)

Zudem ist nicht zu übersehen, dass der Sterbeprozess und der Zeitpunkt des Todes genauso wie die Bedeutung des Sterbens nicht nur durch medizinisch-biologische Modelle, sondern auch durch soziale, kulturelle, ethische und religiöse und historische Konstruktionen bestimmt wird (Groß et al. 2010: 17). Religionen, ebenso sowie die Anthropologie beschäftigen sich

seit jeher mit den Themen Tod und Leiden und der Mensch reflektiert seit Jahrzehnten über seine eigene Sterblichkeit. Laut Morin (2002) wird in jeder archaischen Kultur vor der Verabschiedung für die Toten ein Ritual durchgeführt. Die Toten waren überall Gegenstand von Praktiken, die dem Glauben an ihr Überleben oder ihre Wiedergeburt entsprachen. Praktiken im Umgang mit Leichen und der Glaube an ein Leben der Toten haben sich im Laufe der Geschichte als typisch menschliche Phänomene erwiesen, die den Menschen vom Tier unterscheiden, genauso wie zum Beispiel die Herstellung von Werkzeugen. Man spricht vom Tod als einem Bild, einer Metapher für das Leben, einem Mythos. Morin (2002) erklärt, dass der Tod in den archaischen Wortschätzen noch nicht als Konzept existiert. Stattdessen werden Personifikationen verwendet wie Schlaf, Reise, Geburt, Krankheit, Unfall, Fluch oder der Eintritt in das Haus der Ahnen (Morin 2002: 31–32). Die Angst vor dem Tod wird von Yalom (2008) als primärer Antrieb für die Entstehung aller Religionen betrachtet. Religionen sollen darauf abzielen, die existenziellen Ängste und Unsicherheiten im Angesicht der menschlichen Endlichkeit zu mildern. Die transkulturelle Konzeption von Gott bietet neben der Möglichkeit, den Schmerz der menschlichen Sterblichkeit durch die Aussicht auf ein ewiges Leben zu lindern, die Vermittlung einer zeitlosen Präsenz und eines klaren Leitfadens für ein sinnerfülltes Leben (Yalom 2008: 5).

Morin (2002) betont außerdem die komplexe Natur des menschlichen Bewusstseins angesichts des Todes. Dabei kann einerseits das Bewusstsein das Konzept des Todes selbst verleugnen, indem es die Vorstellung eines endgültigen Endes ablehnt. Andererseits ist sich das Bewusstsein der Realität des Todes als eines unvermeidlichen Ereignisses im Leben jedes Menschen bewusst. Diese Dualität erzeugt einen inneren Konflikt in Menschen: Einerseits wird versucht, den Tod als Erfahrung totaler Vernichtung zu negieren, andererseits wird der Tod als natürlicher Bestandteil des Lebenszyklus anerkannt. Dieser Konflikt schafft innere Unruhe und Schrecken im menschlichen Bewusstsein. Tatsächlich ist der Mensch gezwungen, der unausweichlichen Realität des Todes die Hoffnung oder den Glauben an etwas Ewiges oder Unsterbliches entgegenzusetzen (Morin 2002: 33). Ausgehend von diesen Prämissen lassen sich grundlegende spezifische Störungen im Zusammenhang mit dem Tod und der daraus resultierenden langanhaltenden Trauer ausmachen. Diese Störungen werden durch das Entsetzen über die Verwesung des Leichnams diktiert. Aus diesem Schrecken leiten sich alle Praktiken ab, die der Mensch seit prähistorischen Zeiten angewandt hat, um die Verwesung zu beschleunigen, Einäscherung und andere Bestattungsriten wie der Endokannibalismus, sie

zu vermeiden, Einbalsamierung oder sie zu verdrängen, Überführung des Leichnams an einen anderen Ort oder Eile beim Verlassen des Bestattungsortes (Morin: 2002: 35). Morin (2002) definiert Tod als eine Idee ohne Inhalt oder eine Idee, deren Inhalt unendlich leer ist, da ihr Inhalt undenkbar und unerforscht ist. Diese Idee ist die ultimative traumatische Vorstellung (Morin 2002: 41).

Allan & Burrige (2006) betonen, dass die Geschichte der Medizin eine enge Verbindung zwischen Ängsten und Aberglaube hinsichtlich Krankheiten zeigt. Im Kontext der damaligen Zeit hatten ÄrztInnen nur wenig Wissen über die Physiologie und keine modernen hochentwickelten Instrumente. Das fehlende Wissen über die Organe des Körpers, deren Vorgänge und pathologischen Veränderungen führte zu medizinischen Lehren, die auf Phantasie und Aberglauben beruhten. In vielen Fällen reichte der einfache Glaube an ein Ritual aus, um eine Heilung zu erreichen. Krankheiten galten als etwas Mysteriöses und Übernatürliches. Generell führten die Erklärungen für Krankheiten auf das Wirken böser Geister oder göttlicher Strafen für begangene Sünden zurück. Epidemien galten als Strafe für die Verfehlungen ganzer Gemeinschaften. Häufig wurden höhere Mächte gerufen, die für die Heilung verantwortlich gemacht wurden; es wurde gebetet, beschworen, geopfert und Hexerei betrieben. Auch nach der Renaissance gab es in Europa noch eine Mischung aus christlicher Theologie und Aberglaube aus dem heidnischen Altertum (Allan & Burrige 2006: 204–205).

Luño (1992: 55) betont, dass auf rein medizinischer Ebene zwischen der Schwächung und der fehlenden Koordination der verschiedenen Funktionen, das heißt der Komazustand, dem Ausfall dieser Funktionen, insbesondere der kardiorespiratorischen Funktionen, klinischer Tod, und der Veränderung und Zerstörung von Zellen und Geweben, biologischer Tod, zu unterscheiden sind. Luño (1992) weist darauf hin, dass der klinische Tod als das dauerhafte Erlöschen der Körperfunktionen, vor allem der Herz- und Atemfunktion definiert wird. Der biologische Tod hingegen ist die vollständige Einstellung der Aktivität aller Zellen in den Geweben und Organen des Körpers. Diese Einstellung erfolgt allmählich und wird durch Zersetzung oder Fäulnis begleitet. Der Begriff des biologischen Todes kann auch ausschließlich im Zusammenhang mit den Organen verwendet werden, die für eine Transplantation bestimmt sind (Luño 1992: 55). Speziell bei der Palliativversorgung lassen sich von Groß et al. (2010: 21) drei verschiedene klinische Phasen unterscheiden:

- a) Rehabilitationsphase: PatientInnen können noch ein normales Leben führen;
- b) Terminalphase: PatientInnen sind in ihren Aktivitäten eingeschränkt;
- c) Finalphase: Diese Phase umfasst normalerweise die letzten 72 Stunden im Leben der PatientInnen.

Heutzutage hat nicht nur die Palliativmedizin, sondern auch die Hospizarbeit dem Tod eine neue positive Bedeutung verliehen. Ermöglicht wird dies durch eine offene Kommunikation mit PatientInnen und dessen Familien über Diagnose und Lebenserwartung, Gedanken und Gefühle (Stiel & Radbruch 2010: 231–232). Jedoch können in PatientInnen die Erkrankung im Endstadium, die massiven Schmerzen, die unbekannte Behandlungsmethoden und ungewissen Zukunftsaussichten viele Ängste und Assoziationen mit dem Tod (Stiel & Radbruch 2010: 235).

3.1 Tabuthemen: Tod, Sterben und Krankheiten

Die Handhabung von Tabuthemen wie Tod, Sterben, Leiden und tödlichen Krankheiten innerhalb verschiedener gesellschaftlicher Kontexte ist für DolmetscherInnen von besonderer Bedeutung. Eine bewusste und auf die kulturellen, sozialen und emotionalen Nuancen der Tabuthemen sensible Kommunikation ist in diesen Situationen besonders wichtig, wobei gerade DolmetscherInnen bei der Bewältigung von Tabuthemen wichtige AkteurInnen Kommunikation sind.

Ein Tabu ist laut Allan & Burrigde (2006) ein Verhaltensverbot, das das tägliche Leben beeinflusst (Allan & Burrigde 2006: 1). Trotz des Zeitwandels und der Vielfalt von Tabuthemen bleibt der Tod eines der größten Tabus. Der Tod ist ein zeitloses und komplexes Tabu, in dem verschiedene Verbote nebeneinander bestehen. Einerseits ist der Tod von Ängsten geprägt, ein Phänomen, das Menschen nicht kontrollieren oder direkt erleben können. Andererseits ist der Tod ein gesellschaftliches Tabu, das Menschen normalerweise respektieren. Der Tod hat im Laufe der Zeit seine tabuisierte Wirkung nicht verloren, was etwa an damit verbundenen Ängsten oder Aberglaube liegen könnte (Crespo-Fernández 2023: 1). Man kann sagen, dass der Tod ein „fear-based taboo“ ist (Allan & Burrigde 2006: 222).

Metaphern und bildhafte Sprache (Kapitel 4.2) werden eingesetzt, um die Thematik des Todes anzusprechen und seine negativen, tabuisierten Konnotationen abzuwehren (Ga-

thigia 2018: 360). Allan & Burrige (2006) heben hervor, dass die Tabus im Zusammenhang mit Krebs beträchtlich sind. Sie nennen verschiedene Beispiele dafür: In Todesanzeigen sind die Euphemismen wie zum Beispiel „*died after a prolonged illness*“ (nach langer Krankheit verstorben) oder „*a long battle against illness*“ (nach langem Kampf gegen eine Krankheit verstorben) für jemanden, der an Krebs gestorben ist, immer noch recht üblich. Obwohl „*died suddenly*“ (plötzlich verstorben) oft als „*died from a heart attack*“ (an einem Herzinfarkt gestorben) interpretiert werden sollte, sind die Tabus bezüglich der Erwähnung von Herzkrankheiten nicht so ausgeprägt wie diejenigen im Zusammenhang mit Krebs (Allan & Burrige 2006: 219–220, Hervorhebung im Original). Allan & Burrige (2006: 219–220) betonen, dass die unterschiedliche linguistische Behandlung von Krebs und Herzkrankheiten sich nicht durch die Sterblichkeitsrate erklären lässt. Dies ist besonders bemerkenswert, da Herzkrankheiten die häufigste Todesursache vor Krebs sind. Es wird unterschieden zwischen sogenannten „*preventable cancers*“, also solchen, die mit Lebensgewohnheiten wie Rauchen, ungeschütztem Sonnenbaden und ungesunder Ernährung zusammenhängen und solchen, bei denen diese Faktoren keine Rolle spielen, wie Brustkrebs und Mesotheliom. Die Vorstellung von Krebs als bösartigem Tumor bleibt dominant. Jedoch zeigen einige Krebsarten deutliche Symptome wie zum Beispiel Klumpenbildung oder Gewebeschwund, während andere Krebsarten die normalen Ausscheidungsfunktionen beeinträchtigen und die Therapie negative äußerliche körperliche Auswirkungen haben kann. Die möglichen Nebenwirkungen einer Chemotherapie umfassen zum Beispiel Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Haarausfall und Blutungen. All diese schwerwiegenden Symptome und mögliche negative Auswirkungen tragen dazu bei, dass viele Menschen Krebs als eine Form der Körperkontamination betrachten und sogar als Strafe für Sünden ansehen. Obwohl der Glaube an einen tödlichen Dämon als Krebsursache nicht mehr besteht, prägt trotzdem noch immer das Gefühl von Furcht und Aberglauben wie im Mittelalter in der Haltung des Menschen gegenüber Krebserkrankungen (Allan & Burrige 2006: 219–220, Hervorhebung im Original).

Die Furcht vor dem Tod führt dazu, dass Menschen oft eine direkte Auseinandersetzung mit der menschlichen Sterblichkeit vermeiden. Diese Angst kann dazu führen, dass in der Sprache psychologische, soziale und religiöse Verbote entstehen. Dies wiederum bewirkt, dass Menschen auf Metaphern (Kapitel 4.2) zurückzugreifen, um die direkte Konfrontation mit dem Tod zu vermeiden (Gathigia et al. 2018: 359).

Crezee (2013) hebt hervor, dass die unterschiedlichen Einstellungen von Menschen zu Gesundheitsfragen maßgeblich von kulturellen Überzeugungen geprägt sein können. Aus diesem Grund sollten DolmetscherInnen sowohl mit den traditionellen Vorstellungen ihrer KlientInnen über Gesundheit und Krankheit vertraut sein als auch die Ansätze des jeweiligen Gesundheitssystems, in welchem sie tätig sind, kennen. Durch dieses tiefgehende Verständnis kultureller Hintergrundinformationen können DolmetscherInnen aktiv dazu beitragen, mögliche Kommunikationshindernisse zu beseitigen (Crezee 2013: 26–27). Denn Tabuthemen können Einfluss auf die ÄrztInnen–PatientInnen–Kommunikation haben (Iacono 2021: 16). Daher ist es für DolmetscherInnen wichtig, Kulturkompetenzen zu besitzen und in der Lage sein, kulturspezifische Tabus zu erkennen. Auf diese Weise können DolmetscherInnen die behandelnden ÄrztInnen auf diese hinweisen und eventuelle Schwierigkeiten bei der Artikulation der Problematik beheben (Iacono 2021: 63).

4. Palliativmedizin: Patientenorientierte Kommunikation

Die medizinische Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung. Diese Art von Kommunikation kann nachweislich auch medizinischen Nutzen haben (Bechmann 2014: 2). Laut Sleptsova et al. (2017) geht die patientenorientierte Kommunikation jedoch weiter über eine reine Informationsübermittlung hinaus, indem sie auch die verschiedenen emotionalen Bedürfnisse der PatientInnen berücksichtigt und ihrer Ansichten und Bedürfnisse erfasst. Infolgedessen spielt die emotionale und empathische Unterstützung seitens des medizinischen Fachpersonals von entscheidender Bedeutung für die Qualität der zwischenmenschlichen Interaktion (Sleptsova et al. 2017: 1670). Von diesem Hintergrund ausgehend wird in diesem Kapitel die patientenorientierte Kommunikation in den Blick genommen, wobei spezifisch auf das Fachspezifikum *Bad News Delivery* (Kapitel 4.1) und auf die Symbolsprache am Lebensende (Kapitel 4.2) eingegangen wird.

In der patientenorientierten Kommunikation sind PatientInnen „nicht nur Objekt der medizinischen Handlung, sondern auch in erster Linie daran aktiv beteiligt (und zudem emotional betroffen)“ (Bechmann 2014: 61). Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass der personenzentrierte Ansatz (*person-centred approach*, PCA) in der Pflege am Ende des Lebens (*End-of-life care*, EOLC) nicht nur zur Verbesserung der Pflegeergebnisse, sondern auch zur Entlastung der öffentlichen Gesundheitssysteme beiträgt (Fang & Tanaka 2022: 1). Fang & Tanaka (2022: 2) erklären, dass seit den 1990er Jahren das Konzept der Personenzentriertheit in der Gesundheits- und Sozialfürsorge zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht das Autonomieprinzip der PatientInnen. Die Patientenautonomie geht davon aus, dass die Pflegebedürftigen selbständig sind und dass PatientInnen in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen. Die Implementierung der PCA hat den Fokus weithin durchgesetzt, wobei sich verschiedene gleichwertige Begriffe, wie „individual-, patient-, client-centered“, etabliert haben. Die Termini betonen die Werte und Bedürfnisse von PatientInnen als unabhängigen Personen in verschiedenen Pflege- und Dienstleistungskontexten (Fang & Tanaka 2022: 2).

Back et al. (2008) nennt unter Verweis auf das *National Cancer Institute Monograph on Patient-Centered Communication in Cancer Care* sechs Funktionen der ÄrztIn–PatientIn–Kommunikation: Informationsaustausch, Entscheidungsfindung, Förderung heilender Bezie-

hungen, Ermöglichung des Selbstmanagements der PatientInnen, Umgang mit Unsicherheit und Reaktion auf Emotionen (Back et al. 2008: 1897).

Die untersuchte Literatur zur patientenorientierten Kommunikation mit Fokus auf individuellen Hoffnungen und Wünschen der KrebspatientInnen, insbesondere am Lebensende, betont die Notwendigkeit von einem breiten Spektrum am Fachwissen. Ein fundiertes Verständnis des Themas ist nicht nur für OnkologInnen wesentlich, sondern ist auch für MedizindolmetscherInnen, die im Bereich der Onkologie und Palliativmedizin tätig sind, unerlässlich. Ein solches Verständnis könnte zu einer deutlichen Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen.

4.1 *Bad News Delivery*: Tödliche Diagnosen

Cancer communication near the end of life has a growing evidence base and requires clinicians to draw on a distinct set of communication skills.

(Back et al. 2008: 1897)

Die Übermittlung schlechter Nachrichten ist von großer Komplexität geprägt (Spranz-Fogasy & Becker 2015: 109). Diese spezielle Kommunikation erfordert unterschiedliche Fachkompetenzen, sowohl seitens des medizinischen Personals als auch seitens der DolmetscherInnen. Durch eine Berücksichtigung der unterschiedlichen kulturellen, sozialen und individuellen Hintergründe der KrebspatientInnen und ihrer Angehörigen könnte die Komplexität solcher Situationen noch steigen. Außerdem haben all diese Hintergründe einen möglichen signifikanten Einfluss auf die Wahrnehmung und Reaktion auf die übermittelten Nachrichten. In folgenden Kapiteln soll auf dieses Thema Bezug genommen werden.

Michael Bury (1982) vom *Department of Sociology Bedford College of London* definiert eine chronische Krankheit als „a disruptive event“ (Bury 1982: 167). Bury (1982) betont, dass chronischen Krankheiten die Strukturen des Alltagslebens und die ihnen zugrunde liegenden Wissensparadigmen beeinflussen. Chronische Krankheiten implizieren die Anerkennung des Schmerzes, Leidens, möglicherweise sogar des Todes, die normalerweise nur als ferne Möglichkeit oder als Notlage anderer betrachtet werden. Darüber hinaus konfrontiert sie die einzelne Person, ihre Familie und ihr soziales Netz mit den Dynamiken ihrer Beziehun-

gen, was die normalen Regeln der Gegenseitigkeit und der gegenseitigen Unterstützung stört (Bury 1982: 169).

Die Qualität einer Krebsbehandlung ist stark abhängig von effektiver Kommunikation. OnkologInnen sind häufig mit herausfordernden Aufgaben konfrontiert, wie zum Beispiel, PatientInnen schlechte Nachrichten zu vermitteln und sie bei Entscheidungen in Bezug auf lebensbedrohlichen Krankheiten zu unterstützen. Die Berücksichtigung der emotionalen Bedürfnisse der PatientInnen bei solchen medizinischen Gesprächen seitens der OnkologInnen hat Auswirkungen auf deren spätere Ängste, Depressionen und die Fähigkeit, mit ihrer Krankheit fertig zu werden (Koropchak et al. 2006: 813). Die Übermittlung schlechter Nachrichten ist eine grundlegende ärztliche Fähigkeit in der Palliativversorgung (Lee et al. 2002: 468). Eine derartige Kommunikation ist besonders anspruchsvoll und erfordert, dass ÄrztInnen die Individualität ihrer PatientInnen berücksichtigen. In der Regel wiederholen ÄrztInnen bestimmte Aspekte vorangegangener Untersuchungen, um PatientInnen die Zusammenhänge der folgenden Diagnose zu verdeutlichen und eine bessere Einordnung zu erlauben (Spranz-Fogasy & Becker 2015: 109). Jutel (2016: 92) unterstreicht die Bedeutung des Zeitpunkts, in dem PatientInnen eine schwerwiegende Diagnose bekommen, und beschreibt ihn als einen bedeutenden sozialen Moment. Solche Diagnosen beeinflussen nicht nur den klinischen Verlauf und die Lebensgeschichte der PatientInnen, sondern sie prognostizieren mögliche Folgen und betonen die Endlichkeit des Lebens. Darüber hinaus können sie in PatientInnen diverse Emotionen und Gefühle auslösen, darunter sowohl Erleichterung als auch Verzweiflung. In verschiedenen kulturellen Kontexten entstanden viele unterschiedliche Ansätze, mit dem Ziel mögliche Auswirkungen der Mitteilung über die Diagnose auf die PatientInnen zu lindern (Jutel 2016: 92). In Bezug auf die Offenlegung wird nicht jede Diagnose in gleichem Maße betrachtet. Die Entscheidung, ob eine Diagnose offengelegt wird oder nicht, hängt nicht unbedingt von ihrer Schwere ab, sondern vielmehr von der symbolischen Stellung der jeweiligen Diagnose in einer bestimmten Kultur ab (Jutel 2016: 94).

Crezee (2013: 164) hebt hervor, dass DolmetscherInnen bewusst sein sollte, wie unterschiedlich PatientInnen auf schlechte Nachrichten reagieren können. Diese Reaktionen können von Wut bis hin zu depressiven Episoden reichen. Es kann vorkommen, dass das medizinische Personal DolmetscherInnen dazu auffordert, PatientInnen zum Reden zu ermutigen oder sie zu trösten. Diese Situationen können entstehen, da die medizinische Fachkraft mit den ethischen Grundsätzen der DolmetscherInnen nicht vertraut ist. In manchen Kulturen

wird es nicht akzeptiert, dass PatientInnen ihre tatsächliche Diagnose mitgeteilt bekommen. Das kann dazu führen, dass Familien DolmetscherInnen unter Druck setzen, nicht zu genau zu dolmetschen. In solchen Situationen sollen DolmetscherInnen die Familien der PatientInnen darauf hinweisen, dass sie sich an den Ethikkodex der DolmetscherInnen halten müssen (Crezee 2013: 164).

Klimidis & Minas (2010: 364–365) erläutern, wie DolmetscherInnen in Gesprächen am Lebensende an einem komplexen Prozess beteiligt sind, bei dem vor allem zwischenmenschliche Strategien von großer Bedeutung sind. DolmetscherInnen sollen in der Lage sein, mit GesprächsteilnehmerInnen und deren Reaktionen umzugehen und diese zu verarbeiten. Sie sollten sich an die Methodik der klinischen Aufgaben halten, die auch von den ÄrztInnen verfolgt wird. Außerdem benötigen DolmetscherInnen Fähigkeiten und Erfahrung, um mit den „connotative, nuanced, euphemistic aspects of the language“ umzugehen (Kapitel 4.2), die alle GesprächsteilnehmerInnen, das heißt ÄrztInnen, PatientInnen und Familienmitglieder, anwenden. Dies ist von Bedeutung, weil diese Art der Kommunikation üblicherweise die emotionalen Auswirkungen von Tod und Sterben minimiert (Klimidis & Minas 2010: 364–365).

Aus der Literatur geht daher hervor, dass die Übermittlung schlechter Nachrichten einen äußerst anspruchsvollen und hochsensiblen Aspekt der medizinischen Kommunikation darstellt und dass DolmetscherInnen eine wesentliche Bedeutung bei der Weitergabe von Informationen über schwerwiegende Diagnosen und Therapieoptionen in multilingualen Kontexten spielen. Eine präzise Übermittlung schlechter Nachrichten durch OnkologInnen und DolmetscherInnen ist von entscheidender Bedeutung, damit PatientInnen und ihre Angehörigen die Ereignisse angemessen verstehen und verarbeiten können. Zusätzlich neben den translatorischen Kompetenzen ist es von großer Bedeutung, dass DolmetscherInnen in solchen Situationen unter anderem emotional bereit sind, mit der hochemotionalen Belastung umgehen zu können, die mit der Übermittlung schlechter Nachrichten einhergeht. Diese Themen werden in folgenden Kapiteln 6, 6.1, 6.2 näher beleuchtet. Eine weitere Herausforderung in diesen Settings ergibt sich durch die dabei häufig verwendeten Metaphern und bildhaften Ausdrücke, worauf im Folgenden eingegangen wird.

4.2 Symbolsprache am Lebensende

When the body is seriously out of kilter, particularly if the condition is [likely] to endure, your sensitivity to the nuances of words used to describe it is inevitably heightened. You become critically aware of the subtle ways in which lexical choices define you as a person.

(Fleischman 1988: 7)

Klimidis & Minas (2010: 361–362) erklären, dass Kommunikation grundsätzlich komplex ist, da jede:r KommunikatorIn unterschiedliche Perspektiven, Kommunikationsstile und Verhaltensweisen sowie Unterschiede bei der Darstellung von Bedeutung in Worten und Handlungen hat. Verschiedene Faktoren können die Kommunikation beeinflussen, darunter fallen kulturelle und situative Faktoren, und Unterschiede in Bezug auf Themen wie Intimität, Vertrauen sowie Machtunterschiede in Beziehungen. Das Verständnis und die Produktion von Worten, Gesten, Texten und anderen Kommunikationsmitteln bilden die grundlegenden Aspekte der Kommunikation. Die Verarbeitung von akustischen, phonologischen und morphematischen Informationen, sowie syntaktischen Formen und Wortbeziehungen sind auf psychologischer Ebene Teil dieser Aspekte (Klimidis & Minas 2010: 361–362).

Einige Erfahrungen sind von derartiger Intimität und Verletzlichkeit geprägt, dass eine erhöhte sprachliche Sensibilität erforderlich ist. Dazu gehört unbestreitbar der Tod, welcher – wie bereits diskutiert – ein zeitloses Tabu darstellt, in welchem psychologische, religiöse und soziale Verbote nebeneinander bestehen (Crespo-Fernández 2006: 101). Allan & Burridge (2006) erklären, wie die Tabuisierung (Kapitel 3.1) und die darauffolgende Zensur der Sprache den Sprachwandel motivieren, indem sie die Entstehung einfallsreicher und oft spielerischer neuer Ausdrücke oder neuer Bedeutungen für alte Ausdrücke fördern. Dies hat zur Folge, dass der bestehende Wortschatz aufgegeben wird. Neue Ausdrücke entstehen entweder durch eine veränderte Form des tabuisierten Ausdrucks oder durch eine figurative Sprache, etwa Phänomene wie zum Beispiel Fäkalien, Menstruationsblutungen, Genitalien oder den Tod betreffend (Allan & Burridge 2006: 2). Das Konzept der „symbolischen Kommunikation“ im pragmatischen Kontext des Todes und seiner Begleiterscheinungen kann nach Peng-Keller (2017) auf zweierlei Weise verstanden werden: Einerseits beschreibt die symbolische Kommunikation das häufig beobachtete Phänomen, dass Menschen kurz vor dem Tod oft auf unkonventionelle Formen der Kommunikation zurückgreifen, die sich von den üblichen all-

tagssprachlichen Mustern unterscheiden und von Begleitpersonen als fremd oder befremdlich empfunden werden können. Diese Sprachformen entstehen nicht vorab, sondern entwickeln sich situativ durch den Rückgriff auf kulturell geprägte und lebensgeschichtlich vermittelte Erfahrungen. Dies führt zu äußerst kreativen Prozessen am Ende des Lebens. Für Begleitpersonen bedeutet dies, sich auf ebenso kreative Weise auf diese Bild- und Sprachfindungen einzulassen. Andererseits entsprechen die von den Begleitenden als „symbolische Kommunikation“ interpretierten Facetten aus der Perspektive der PatientInnen der Einsicht, dass das Erleben der „Todesnähe“ eine Veränderung der Wahrnehmung und des sprachlichen Ausdrucks bewirkt sowie Bedeutungen neu ausrichtet. Dies kann als Transfiguration des Alltäglichen betrachtet werden, ein Prozess, durch den der normalerweise verborgene Bedeutungsgehalt wahrgenommener Objekte offenbart wird (Peng-Keller 2017: 3).

Wie Maniowska (2018: 128) andeutet, ist die medizinische Sprache durch eine enorme Anzahl von Metaphern gekennzeichnet. In der Tat dienen Metaphern dazu, mögliche komplizierte Prozesse zugänglich und vorstellbar zu machen (Maniowska 2018: 128). Gerade die Palliativmedizin hat ihren Ursprung in einer bedeutungsvollen Metapher. Der Begriff „*Palliativ*“ leitet sich vom lateinischen Wort „*pallium*“ ab, was „Mantel, Überwurf, Decke, Bedeckung“ bedeutet (Peters 2021: 13, Hervorhebung im Original):

Assoziativ ist die Palliativmetapher eine „sanfte“, mit einem hohen emotionalen Gehalt verknüpfte Metapher, mit der Aspekte des *Schützens*, *Bewahrens*, *Einhüllens* und *Umschließens* in den Vordergrund gerückt werden. Gleichzeitig evoziert die Situation der Umhüllung mit dem Mantel eine umsorgende, aber gewissermaßen doch unidirektionale Situation zwischen dem Arzt als Geber und dem Patienten als Rezipienten. (Peters 2021: 13, Hervorhebung im Original)

Laut Koller (2013: 13) dienen Metaphern oft dazu, „subjektive, komplexe und sensible Erfahrungen“ zu veranschaulichen, insbesondere wenn es um Emotionen im Zusammenhang mit dem Tod geht. Die ausgewählten Metaphern spiegeln nicht nur die individuelle Sichtweise der SprecherInnen wider, sondern beeinflussen sie gleichzeitig. Sie dienen als kraftvolle sprachliche Werkzeuge, um die Tiefe und Vielfalt des Themas Tod zu verdeutlichen. Zum Beispiel suggerieren Kampfmetaphern, dass Krankheiten Stärke, Ausdauer, Ertragen und sogar heroische Eigenschaften erfordern können. Solche Metaphern betrachten die Wiedererlangung der Gesundheit als Triumph und andauernde Krankheit oder Tod als Niederlage. Jedoch schließen sie eine andere Perspektive auf Krankheit aus, nämlich die Möglichkeit, eine

Krankheit anzunehmen und dennoch ein erfülltes Leben zu führen, weil Erkrankte ihren Körper als Schlachtfeld sehen (Koller 2013: 13). Diese Ansicht wird auch von Moreno (2022: 400) vertreten. Er erklärt, dass Metaphern sprachliche Mittel sind, die eine große kommunikative Kraft haben und den Menschen helfen, eine Realität durch eine Analogie auszudrücken, mit der die Realität eine gewisse Ähnlichkeit hat. Menschen verwenden Metaphern, wenn es schwierig ist, ein abstraktes oder subjektives Konzept zu definieren, wie im Fall von Krankheit oder Trauma. Sie sind in der Tat kompliziert zu erklären und werden von jedem Menschen anders erlebt. In diesem Fall kommen Metaphern zur Anwendung, um dabei zu helfen, die potenziell schmerzhafteste Erfahrung des oder der PatientIn mit seiner oder ihrer Krankheit auszudrücken (Moreno 2022: 400).

Sterbende greifen auf verschiedene Ausdrucksformen zurück, um jeden sprachlichen Hinweis zu verbergen, der auf ihr bevorstehendes Ende hinweisen könnte. Die Verwendung von einer stark euphemistischen Sprache erfolgt aus unterschiedlichen Gründen. Diese resultiert aus der Tatsache, dass die Bereiche, in denen sich die Furcht und Ängste vor bestimmten Wörtern auftreten, unterschiedlich sind. In jedem Fall werden diese Ausdrucksformen eingesetzt, um die unaussprechlichen Aspekte einer gegebenen Realität zu verbergen (Maniowska 2020: 90). Skelton et al. (2002) weisen darauf hin, dass PatientInnen eine breite Palette von teils emotionalen Metaphern verwenden, um ihre Probleme zu beschreiben. Dies deutet möglicherweise darauf hin, dass PatientInnen ihre Anwesenheit in der Praxis legitimieren möchten, indem sie ihre Probleme anschaulicher darstellen. Zugleich könnte dies als Versuch interpretiert werden, schwierige oder vage Gedanken und Empfindungen zu artikulieren (Skelton et al. 2002: 117).

Das Metaphorisieren von Krankheit dient in erster Linie dazu, das zu zensieren, was PatientInnen erschreckt. Wenn Krankheit in der allgemeinen Vorstellung als ein entstellendes Element der Existenz wahrgenommen wird, wird die Sprache so gestaltet, dass das Phänomen weniger böseartig erscheint (Maniowska 2020: 90). Allan & Burridge (2006) erläutern, dass PatientInnen anstelle von „*cancer*“ (Krebs) eher Termini wie „*tumour*“ (Tumor) oder „*growth*“ (Wucherung) verwenden. Dies resultiert daraus, dass sie negative Assoziationen von Verfall und Verderben vermeiden wollen. Die Assoziation von Krebs mit dem Tod scheint unmittelbar zu sein, während Tumore und Wucherungen eher ein wenig bedrohliches Bild. Selbst technisch klingende Ausdrücke wie „*melanoma, lymphoma, neoplasm and carcinoma*“ wirken weniger beängstigend als Krebs (Allan & Burridge 2006: 221, Hervorhebung

im Original). Ludovica Maconi (2019), Forscherin für italienische Linguistik und Philologie, hebt hervor, wie das italienische Verb „*morire*“, sterben, und das Substantiv „*morte*“, Tod, zu den Grundwörtern der italienischen Sprache gehören und wie diese sehr häufig in alten italienischen Sprichwörtern und Redewendungen vorkommen (Maconi 2019: 70–71). Interessanterweise sagt Maconi (2019), dass eine Möglichkeit, das Verbot des Todes zu überwinden, darin besteht, den neutralen und technischen Stil zu verwenden, z. B. in der medizinischen Sprache, denkt man etwa an die verschiedenen Todesarten, zum Beispiel Hirntod, Herztod, Euthanasie (Maconi: 72). Rosa Revellino (2019), Linguistin und Wissenschaftlerin auf dem Gebiet der medizinischen und klinischen Linguistik, erörtert in der Zeitschrift *Torino Medica* (2019: 48) die Sprache des Krebses und warum es wichtig ist, diese Art von Sprache zu untersuchen. Sie argumentiert, dass Krebs den Menschen weiterhin Angst macht, weil er eine endgültige Verurteilung hervorruft, die Stereotypen und Vorurteile widerspiegelt, die in der italienischen Kultur, der Kommunikation und dem kollektiven Unterbewusstsein stark verankert sind. Revellino (2019) erklärt, dass Krebs eine Form ist, die auf ein allgegenwärtiges und verzweigtes Bild anspielt, und obwohl die Medizin Fortschritte gemacht hat, ist die große Überzeugungskraft dieses Terminus unverändert geblieben, als ob in diesem Begriff die Möglichkeit einer psychischen und emotionalen Ansteckung enthalten wäre (Revellino 2019: 48).

Das Verständnis von Metaphern, die auf eine präzise Verkörperung von Erfahrungen hinweisen, ist für ÄrztInnen ebenso wichtig wie das Verständnis der Gesundheitsvorstellungen von PatientInnen (Skelton et al. 2002: 115). Hui et al. (2018) betonen ebenfalls, dass ein gezielter Einsatz von Metaphern dazu beitragen kann, komplexe Gespräche zu personalisieren und das Verständnis der PatientInnen sowie ihrer Familien zu fördern. Die Kunst der Kommunikation besteht darin, das geeignete Kommunikationsmittel zum passenden Zeitpunkt für die jeweilige Person einzusetzen (Hui et al. 2018: 730).

Wie aus diesem Kapitel ersichtlich wurde, können Tabuthemen in Zusammenhang mit Krebserkrankungen und damit auch mit dem Tod DolmetscherInnen, die im Bereich Onkologie und Palliativmedizin tätig sind, Schwierigkeiten bereiten.

4.3 Nonverbale Kommunikation am Lebensende

There is no such thing as nonbehavior or, to put it even more simply:
one cannot not behave.

(Watzlawick 1967: 48)

Die nonverbale Kommunikation dient als Mittel zur möglichen Erweiterung der Symbolsprache am Lebensende. Dies sollte wiederum zu einem umfassenderen Verständnis individueller Erfahrungen, Emotionen und zwischenmenschlicher Interaktionen führen und dementsprechend zu einer korrekten und präziseren Dolmetschung beitragen. Anschließend sollte das die Qualität zwischenmenschlicher Interaktionen in der ÄrztInnen–PatientInnen–Kommunikation verbessern.

Wissenschaftliche medizinische Literatur beleuchtet, wie Rollenzuweisungen in institutionellen Settings verbal und nonverbal ausgehandelt werden (Rudvin 2006: 183). Dabei wird deutlich, dass Kommunikationsschwierigkeiten infolge nonverbaler Kommunikationselemente entstehen können (Ehlich & Rehbein 1981: 180). Aus diesem Grund ist es notwendig, sich auch im Rahmen medizinischer Dolmetschsettings mit diesem Thema zu befassen.

Das erste metakommunikative Kommunikationsaxiom der Kommunikationspragmatik nach Watzlawick (1967) besagt, dass der Mensch nicht *nicht* kommunizieren kann:

[...] No matter how one may try, one cannot not communicate. Activity or inactivity, words or silence all have message value: they influence other and these other, in turn, cannot *not* respond to these communications and are thus themselves communicating. (Watzlawick 1967: 49)

Wie bereits in Kapitel 1.2 erklärt, gibt es in diesem Setting die medizinische Triade, also drei Akteurinnen: ÄrztIn, PatientIn und DolmetscherIn. Felgner (2009) betont, dass für eine gelungene triadische Kommunikation sowohl die sprachliche Vermittlung als auch die Anwendung der Stimme und der Gestik und Mimik berücksichtigt werden muss (Felgner 2009: 66):

Ein mimischer Ausdruck oder eine Handbewegung, die im Widerspruch zum Gesagten stehen, ein ausweichender Blickkontakt, ein Schweigen, ein leises Seufzen, ein hörbares Ausatmen, das ein Zögern ausdrückt und die Belastung des Patienten in Anbetracht des Gesprächsthemas zum Ausdruck bringt, all dies sind Signale, die in entscheidenden Momenten des Gesprächs die verbale Botschaft begleiten oder an ihre Stelle treten können. (Felgner 2009: 55)

Poyatos (1997) betont die Komplexität und die Interdisziplinarität der gesamten Palette der nonverbalen Kommunikation und bezeichnet sie als „the reality of speech as at least a triple audiovisual reality“ (Poyatos 1997: 249). Die nonverbale Kommunikation besteht aus verbaler Sprache, Parasprache und Kinesik. Poyatos (1997) weist auch darauf hin, dass die spezifische Tätigkeit von DolmetscherInnen diese vielfältigen Komplexitäten und Probleme beinhaltet umfasst Poyatos (1997: 249). Außerdem betont Poyatos (1997), dass sich das Dolmetschen zwar per definitionem mit Wörtern beschäftigt, dass aber anerkannt werden muss, dass „*orality*“ auch auditiv und visuell sowohl durch „internal (phonetic) articulations“ als auch “and external articulations“, die von der Gesichts- und Körperanatomie abhängen, vergeschlechtlicht wird (Poyatos 1997: 259, Hervorhebung im Original). Bahadir (2010) betont, dass auch die Stimme Teil der nonverbalen Kommunikationsfaktoren ist, nämlich durch Sprechrhythmus, Sprechgeschwindigkeit, Tonhöhe, Betonung, Aussprache und Paralinguistik (Bahadir 2010: 190). In der ÄrztIn–PatientIn–Kommunikation und insbesondere im Bereich Onkologie und Palliativmedizin verdient die nonverbale Komponente besondere Beachtung. Denn die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen genauso wie die Dolmetschung können dadurch erheblich beeinflusst werden. In der Tat umfasst die ÄrztInnen–PatientInnen–Kommunikation die verbalen und nonverbalen Interaktionen, die die Grundlage für die Interaktion bilden (Lee et al. 2002: 464).

Im Fall von schlechten Nachrichten (Kapitel 4.1) erfolgt die Kommunikation seitens der ÄrztInnen im Gegensatz zur Übermittlung unproblematischer Diagnosen in einer komplexeren und semantisch neutraleren Weise. Schlechte Nachrichten können eher durch vorsichtige Sprache, vage Formulierungen oder Pausen übermitteln werden. Auch in der Körpersprache zeigen sich Unterschiede in der Art und Weise, wie gute und schlechte Nachrichten kommuniziert werden. Bei guten Nachrichten ist oft Konvergenz, Harmonie und Zustimmung zwischen den GesprächspartnerInnen zu beobachten. Hingegen wird bei schlechten Nachrichten der Blickkontakt vermieden und Mimik sowie Gestik können stark variieren (Spranz-Fogasy & Becker 2015: 109).

Roter et al. (2006: 28) weisen darauf hin, dass auch der emotionale Kontext (Kapitel 6) in besonderem Maße mit nonverbaler Kommunikation verbunden ist. Sie betonen auch, dass emotionsbezogene Kommunikationsfähigkeiten, einschließlich Senden und Empfangen nonverbaler Botschaften und der emotionalen Selbstwahrnehmung, entscheidende Elemente einer qualitativ hochwertigen Pflege sind:

Relationship-centered care reflects both knowing and feeling: the knowledge that physician and patient bring from their respective domains of expertise, and the physician's and patient's experience, expression, and perception of emotions during the medical encounter. These processes are conveyed and reciprocated in the care process through verbal and nonverbal communication. We suggest that the emotional context of care is especially related to nonverbal communication and that emotion-related communication skills, including sending and receiving nonverbal messages and emotional self-awareness, are critical elements of high quality care. (Roter et al. 2006: 28)

So weisen Hillen et al. (2015) in ihrer Studie darauf hin, dass das Vertrauen in die OnkologInnen für BrustkrebspatientInnen entscheidend ist. Die Studie zeigt, dass eine gute nonverbale Kommunikation der OnkologInnen, insbesondere ständiger Blickkontakt, das Vertrauen der BrustkrebspatientInnen beeinflusst. Dies ist darauf zurückzuführen, dass dadurch Sorgen verringert werden, die Entscheidungsfindung verbessert und die Therapietreue gefördert wird (Hillen et al. 2015: 161).

Felgner (2009) versucht, einen ersten Rahmen für metakommunikative, kommunikative und transkulturelle Dolmetschkompetenzen in Bezug auf nonverbale Kommunikation in gedolmetschten medizinischen Gesprächen zu formulieren. Nachfolgend sind jene von Felgner (2009: 52–53) formulierte Punkte aufgeführt, die für die Forschungsziele dieser Masterarbeit relevant sind:

- Die Kompetenz, Unterschiede zwischen der verbalen und der nonverbalen Ebene in der Kommunikation zu erfassen. Diese Unterschiede sind beim Dolmetschen zu berücksichtigen, da nonverbale Informationen von großer Bedeutung sind;
- Die Kompetenz, nonverbale und paraverbale Signale zu erkennen und ihre Funktion im Kontext richtig einzusortieren;
- Die Kompetenz, Wechselbeziehungen zwischen den verbalen und nonverbalen Teilen der Botschaft zu erkennen, die Schlussfolgerungen über den emotionalen Zustand der PatientInnen geben können;
- Nicht nur die Kompetenz, den kulturellen Zusammenhang der eigenen Wahrnehmung zu erfassen, sondern auch die Fähigkeit, mögliches kulturell bedingtes nonverbales Verhalten der GesprächspartnerInnen richtig zu bewerten. Ein wesentlicher Aspekt der

interkulturellen Kompetenz von DolmetscherInnen ist auch ihre die Fähigkeit, Kommunikationsstörungen zu vermeiden. Diese könnten z. B. aus interkulturellen Missverständnissen resultieren. DolmetscherInnen sollten in diesem Fall versuchen, die GesprächspartnerInnen auf dieses Problem hinzuweisen;

- Die Kompetenz, sich auf nonverbaler Ebene in beiden Kulturen verständlich und angemessen zu äußern;
- Die Kompetenz, nonverbale Zeichen, die zu einer möglichen Störung in der Triade führen könnten, zu erkennen und darauf einzugehen;
- Die Kompetenz, durch das eigene nonverbale Verhalten einen positiven Einfluss auf die Triade einzuüben (zum Beispiel: Blickkontakt, Positionierung);
- Die Kompetenz, die Kommunikation durch nonverbale und paraverbale Mittel zu steuern;
- Die Kompetenz, nonverbale Zeichen der PatientInnen, welche womöglich durch eine maßgebliche Veränderung des Gesundheitszustands der PatientInnen ausgelöst sind, von nonverbalen Zeichen zu unterscheiden, die eine emotionale Reaktion mit Körpersprache auf die Nachricht beziehungsweise sind;
- Die Kompetenz, nonverbale Hinweise von den GesprächspartnerInnen zu erkennen, die darauf hinweisen, dass sie nicht verstehen, was gesagt wird.

Die vorliegende Masterarbeit zielt unter anderem darauf ab, zu verstehen, ob die nonverbale Kommunikation von den zwei Masterstudierenden, während einer Simulation im Bereich Onkologie und Palliativmedizin in Bezug auf Dolmetschstrategien berücksichtigt und integriert wurde und – falls ja – ja, auf welche Art und Weise. Dadurch soll herausgefunden werden, wie die komplexe Aushandlung der zwischenmenschlichen Rolle durch verbale und nonverbale Strategien abläuft.

4.3.1 Verbale, nonverbale und existenzielle Schmerzen

In palliativ-medizinischen Settings ist die Beziehung zwischen Dolmetschen und der Thematik Schmerzen, insbesondere bei chronischen Schmerzen, sowohl verbal als auch nonverbal eine entscheidende Rolle. Wenn DolmetscherInnen mit intensiven Schmerzerlebnissen von KrebspatientInnen konfrontiert sind, haben sie eine bedeutende Funktion: Sie fungieren als symbolische Brücken zwischen Leben und Tod, da sie unterschiedliche und komplizierte Informationen über Symptomen und das Schmerzmanagement zwischen PatientInnen und dem medizinischen Fachpersonal vermitteln. Die Dolmetschung von Schmerzen am Lebensende verlangt ein profundes Verständnis der medizinischen Fachsprache. DolmetscherInnen sollten chronische Schmerzen auch in verschiedenen kulturellen Kontexten präzise vermitteln können. Darüber hinaus ist die professionelle Empathie von großer Bedeutung, da chronische Schmerzen oft mit existenziellem Leid verbunden sind.

Die Behandlung von Schmerzen ist einer der bedeutenden Eckpfeiler der palliativen onkologischen Versorgung (Webb & LeBlanc 2018: 215). Akute und chronische Schmerzen dürfen daher nicht unterschätzt werden. Diese treten häufig in Zusammenhang mit Krebs auf und können sich während der Diagnose oder der Behandlung, oder im fortgeschrittenen Krankheitsstadium manifestieren (Paice et al. 1998: 1). Die International Association for the Study of Pain (IASP 2020) definiert Schmerz als “unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage”. Schmerz als bewusste Wahrnehmung lässt sich anhand seiner „qualia properties“ betrachten, das heißt: „the transformation of mechanical, thermal, and chemical sensory inputs into a subjective awareness of being in pain“ (Vachon-Pressseau et al. 2016: 605). Da es keine universelle Lösung für Krebsschmerzen gibt, erfordert jede PatientIn und jede Situation eine individuell angepasste Pflege (Webb & LeBlanc 2018: 224). Schmerzen, die durch eine Krebserkrankung verursacht werden, stellen eine erhebliche Belastung für die PatientInnen dar (Spichiger & Valenta 2018: 71). Aus diesem Grund gibt es Palliativstationen. Dabei handelt es sich um klinische Einrichtungen, die der professionellen, interdisziplinären medizinischen Behandlung von PatientInnen dienen, die sich in einer herausfordernden Lebensphase befinden. In diesen Kliniken können Symptome wie Schmerzen, Kurzatmigkeit, Schwindel, Erbrechen und Verwirrung kontrolliert werden. Das Ziel ist also nicht nur die Verbesserung der Symptome, sondern auch die Steigerung der Lebensqualität (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015: 244).

Im palliativmedizinischen Bereich gibt es aber auch Fälle, in denen PatientInnen nicht mehr kommunizieren können. Tapp et al. (2019) heben vor, dass die Befragung von PatientInnen anhand einer numerischen Skala die zuverlässigste Methode zur Beurteilung von Schmerzen ist. Diese Skala sollte PatientInnen helfen, die Schwere ihrer Schmerzen zu bewerten. Allerdings wird diese Bewertung erheblich erschwert, wenn PatientInnen aufgrund von Sedierung, Delirium oder dem nahenden Tod nicht mehr in der Lage sind, zu kommunizieren. Schmerzursachen werden genau am Lebensende vielfältiger und intensiver. Selbst wenn die PatientInnen nicht mehr in der Lage sind, sich verbal zu äußern, sind die Schmerzquellen noch vorhanden. Daher werden Schmerzindikatoren berücksichtigt, die gemeinhin als Verhaltensanzeichen für Schmerzen bekannt sind. Beispiele dafür sind etwa ein angespanntes Gesicht, Muskelbewegungen und Geräusche. Diese Verhaltensweisen dienen als wesentliche Hinweise für die Schmerzbeurteilung, wenn PatientInnen nicht mehr selbst sagen können, wo sie Schmerzen haben (Tapp et al. 2019: 255).

Die Emotionen der PatientInnen und deren Äußerung sind bei Gesprächen über Schmerzen und bei der Beschreibung von Symptomen demnach von großer Bedeutung (Spranz-Fogasy & Becker 2015: 97). Eines der wichtigsten Ziele der Palliativmedizin ist die Linderung von psycho-existentialen oder spirituellem Leid (Murata & Morita 2006: 279). Streeck (2020) bezieht sich auf das Konzept von *total pain*, das Cicely Saunders in den 1960er Jahren einführte. Dieses betont die holistische Multidimensionalität von krebserkrankten Schmerzen. Das bedeutet, dass der Schmerz sowohl die körperliche als auch die psychophysische und soziale Sphäre der KrebspatientInnen betrifft (Streeck 2020: 343). Diese Art von Schmerzen ist eine Konstante, die die PatientInnen nicht nur körperlich, sondern auch emotional belastet. In diesem Zusammenhang unterstreichen Boston et al. (2011: 605) die kontinuierliche Konfrontation von an unheilbaren Krankheiten leidenden PatientInnen mit schweren existenziellen Symptomen und spirituellem Leid. Diese Prämissen stellen für die Palliativpflege eine Herausforderung dar. Das existenzielle und spirituelle Leiden stellt große Herausforderungen für PatientInnen am Lebensende dar. Jedoch werden diese Aspekte in der Palliativpflege vernachlässigt, da es keine klare Definition und wenige dokumentierte medizinische Interventionen gibt. Die Erfahrung von existentiellen Leiden hängt mit vielen verschiedenen Faktoren zusammen und das Verständnis dieser Phänomene in der Betreuung von PatientInnen am Lebensende kann besonders herausfordern sein (Boston et al. 2011: 605). Hauptsächlich deshalb, weil die verschiedenen existenziellen Themen im Allgemeinen auf

komplexe Themen ausgerichtet sind, für die sich ohnehin eine Matrix finden lässt, zum Beispiel der Verlust des Lebenssinns oder das Bedürfnis, eine Antwort auf große existenzielle Fragen zu finden, zum Beispiel, was nach dem Tod geschehen wird. Weitere häufige Themen sind ein Gefühl der Verbundenheit, Hoffnung oder Verzweiflung, Gefühle der Einsamkeit, die Angst, anderen zur Last zu fallen, ein Gefühl der Isolation und Angst vor dem Sterben (Boston et al. 2011: 606).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass „[...] die medizinische Schmerzkommunikation nach wie vor zu den kompliziertesten Feldern medizinischer Kommunikation“ und dass interessanterweise dieser Aspekt von der Linguistik und spezifisch der Diskursforschung kaum untersucht wurde, obwohl der Schmerz ein wichtiger verbalen und non-verbalen Diagnoseinstrument ist (Menz et al. 2010: 7). Nichtsdestotrotz ist der Schmerz ein effektives Diagnoseinstrument. Jedoch ist er auch eine sehr private und subjektive Erfahrung eines oder einer PatientIn. Das erschwert die ÄrztInnen–PatientInnen–Kommunikation maßgeblich (Courtney 2015: 304). „Whatever pain achieves, it achieves in part through its unsharability, and it ensures this unsharability through its resistance to language“ betont Scarry (1985: 4).

Angesichts der komplexen und multidimensionalen Dimension des Schmerzerlebens bei KrebspatientInnen am Lebensende und der essenziellen Funktion, die DolmetscherInnen in diesen Settings einnehmen, ist es unabdingbar, die emotionalen und psychologischen Herausforderungen für die DolmetscherInnen während des Kommunikationsprozesses in solch hochsensiblen Settings Onkologie und Palliativmedizin zu berücksichtigen. Das psychische Erleben beim Dolmetschen im Bereich der Onkologie und Palliativmedizin wird im folgenden Kapitel behandelt.

5. Psychisches Erleben beim Dolmetschen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin

Die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist ein wesentliches Instrument zu einer gelungenen Kommunikation und ist auch für die Diagnose und die Behandlung ein „**fundamentales psychologisches Mittel**“ (Bechmann 2014: 178, Hervorhebung im Original). Im palliativ-medizinischen Bereich besteht eine der größten Herausforderungen darin, mit todkranken PatientInnen zu sprechen. ÄrztInnen müssen sich der tiefgreifenden existenziellen Komponente bewusst sein, die diese Gespräche mit sich bringen (Weber et al. 2005: 391).

Um die Emotionen der GesprächsteilnehmerInnen der Triade bestmöglich zu vermitteln, sollten DolmetscherInnen zunächst in der Lage sein, die tiefe und eigentliche Bedeutung der Aussagen der KrebspatientInnen zu verstehen. Wie in den vorangegangenen Kapiteln erörtert, ist die Arbeit von DolmetscherInnen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin unter verschiedenen Gesichtspunkten anspruchsvoll und herausfordernd. Die mögliche Veränderung der psychischen Aspekte bei onkologischen PatientInnen sollen nicht unterschätzt werden und das medizinische Personal soll diese mit ihnen besprechen (Dunphy et al. 2020: 49). Menschen mit terminalen Erkrankungen sind mit anspruchsvollen Herausforderungen und Gefühlen wie „Schmerz, Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Verlust und Einsamkeit“ konfrontiert. Diese Gefühle treten am Lebensende bei nahezu allen PatientInnen auf (Steinmetz 2016: 81). Die Kommunikation über eine lebensbedrohliche Krankheit kann bei ÄrztInnen und PatientInnen starke Emotionen auslösen. Ansätze, die sich mit der Bewältigung von Kommunikationsschwierigkeiten zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beschäftigen und diese als Problem anerkennen, könnte die Fähigkeiten und Kompetenzen der ÄrztInnen stärken, mit der emotionalen Notlage der PatientInnen umzugehen (Lee et al. 2002: 473). In ihrer Studie präsentieren Lee et al. (2002) mehrere wichtige Aspekte von emotionalen Reaktionen von PatientInnen sowie des Umgangs von ÄrztInnen damit. Die folgenden Punkte werden aufgeführt (Lee et al. 2002: 473):

- Das Verständnis verschiedener Reaktionen auf eine schwerwiegende Krankheit kann ÄrztInnen dabei helfen, die PatientInnen psychisch zu unterstützen;

- Starke emotionale Reaktionen sind in Anbetracht einer lebensbedrohlichen Krankheit üblich;
- Wenn die Kommunikation schwierig oder problematisch ist, sollten ÄrztInnen über ihren möglichen Beitrag zu den Schwierigkeiten nachdenken;
- Das Gespräch über Ängste, Sorgen und die Auswirkungen der Krankheit auf das Leben der PatientInnen ist fast immer ein therapeutisches Gespräch;
- Ängste oder Depression können auf eine psychiatrische Erkrankung hinweisen. PatientInnen, die depressive oder ängstliche Symptome aufweisen, sollten klinisch-psychologische Unterstützung bekommen. Außerdem sollte eine medikamentöse Behandlung in Betracht gezogen werden;
- PatientInnen, die Wut verspüren, benötigen in der Regel aktives Zuhören, das Empathie und Verständnis vermittelt;
- Verleugnung kann eine extreme Reaktion auf Angst sein und sollte als Risikofaktor für Depressionen betrachtet werden;

Nicht nur bei ÄrztInnen und PatientInnen, sondern auch bei DolmetscherInnen können *End-Of-Life*-Gespräche starke Emotionen hervorrufen. Gavioli & Merlini (2023: 201–202) betonen die Tatsache, dass das Erreichen eines effektiven Gleichgewichts zwischen medizinischer Behandlung und menschlicher Fürsorge komplexe kommunikative Fähigkeiten erfordert. In der dolmetschervermittelten Interaktion wird diese Komplexität noch deutlicher, da DolmetscherInnen die Aufgabe haben, sich um genau dieser Kommunikation zu kümmern. Darüber hinaus weisen Gavioli & Merlini (2023) darauf hin, dass DolmetscherInnen aktiv die Gesprächsbeiträge, die kognitiven Annahmen und die verbalen und nonverbalen emotionalen Perspektiven der TeilnehmerInnen beobachten und schnelle strategische Entscheidungen darüber treffen (Gavioli & Merlini 2023: 201–202). Albl-Mikasa (2023: 35) weist darauf hin, dass Dolmetschen eine komplexe Handlung ist, bei der die pragmatische und kognitive Verarbeitung von Gesprächen eine wesentliche Rolle spielt. Die Verstehens- und Produktions-

prozesse von DolmetscherInnen sind in hohem Maße sowohl von verschiedenen Arten von linguistischem Wissen als auch von nicht-linguistischem Wissen abhängig. Insbesondere in Kontexten wie dem Medizindolmetschen beeinflusst eine breite Palette von Wissenstypen die Verarbeitung und Leistung von DolmetscherInnen, zum Beispiel umfassendes Wissen über institutionelle Prozesse, externe und interne Strukturen des diskursiven Geschehens (zum Beispiel die ÄrztInnen–PatientInnen–Kommunikation), spezifische, damit verbundene Handlungsmuster und sprachliche Mittel. Analysen auf Grundlage der Funktionalen Pragmatik (*Functional Pragmatics*, FP) verdeutlichen sowohl die Bedeutung der Weitergabe solcher Wissensstrukturen als auch wie die Anwendung dieses Wissens in sprachliches und nicht-sprachliches diskursives Handeln umgesetzt wird. Konzepte der FP wie Prozeduren und Handlungsmuster ermöglichen, wenn sie von DolmetscherInnen geteilt werden, die Durchführung institutioneller Handlungsprozesse. Medizindolmetschen geht also weit über die Koordination von Verschiebungen und die Übertragung von Gesprächsfragmenten hinaus. In dem Maße, in dem DolmetscherInnen diese Wissensstrukturen bis auf die Ebene von Ausdrücken und lexikalischen Konstruktionen teilen, setzen sie institutionelle Prozesse in Gang. Die volle Tragweite des Handelns der DolmetscherInnen wird erst durch eine ganzheitliche Betrachtung der interaktiven, sozialen und kognitiven Dimensionen deutlich (Abbl-Mikasa 2023: 35).

5.1 Professionelle Empathie, Kultursensibilität und Zuhören

We translate in empathy to access a deep understanding.

(Terando 2023: 25)

Die Kompetenz der ÄrztInnen beim Überbringen schlechter Nachrichten (Kapitel 4.1) kann Angst, Depression, Hoffnungen, Entscheidungsfindung und Anpassung an die Krankheit beeinflussen (Lee et al. 2002: 467). PalliativmedizinerInnen benötigen neben umfangreichen Kenntnissen zur Symptompathogenese, zur Schmerztherapie und zur professionellen Beurteilung des Therapieerfolgs auch ein breites Spektrum an kommunikativen Fähigkeiten in emotional belastenden Situationen. Nicht nur körperliche Beschwerden, sondern auch die erhebli-

chen psychischen Belastungen der PatientInnen können sich schlagartig verändern, daher sollten diese PatientInnen ständig überwacht werden. Darüber hinaus sind Sensibilität und Empathie gefragt, um PatientInnen und Angehörige bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015: 259–260).

Die Koordination von Kommunikationsstrategien in einem triadischen, von DolmetscherInnen vermittelten kulturübergreifenden Austausch (Kapitel 1.2) stellt eine noch weitaus größere Herausforderung dar (Rudvin 2006: 174). Vor allem professionelle Empathie, Kultursensibilität und empathisches Zuhören sind für onkologische und palliative Settings vonnöten. Aus diesem Grund widmet sich dieses Kapitel den genannten Themen, mit besonderem Augenmerk auf Empathie.

Nach Hojat et al. (2003) impliziert Empathie die Fähigkeit „[to] stand in the patient’s shoes“, ohne den eigenen persönlichen Raum zu verlassen, also ohne dabei die eigene Rolle und Verantwortung aus den Augen zu verlieren (Hojat et al. 2003: 27). Jedoch gibt es kein klares, eindeutiges und universelles Konstrukt von Empathie. Vielmehr gibt es in der wissenschaftlichen Literatur eine breite Palette von Definitionen (Hojat et al. 2003; Lelorain et al. 2012; Decety & Jackson 2006). Trotz dieser zahlreichen Definitionen besteht laut Decety & Jackson (2006) eine breite Einigkeit über drei Hauptkomponenten:

- (a) an affective response to another person, which often, but not always, entails sharing that person’s emotional state;
- (b) a cognitive capacity to take the perspective of the other person;
- (c) emotion regulation. Some scholars favor a particular aspect over the others in their definitions. (Decety & Jackson 2006: 54)

Die Komplexität sozialer und emotionaler Situationen, die Empathie hervorrufen, kann erheblich variieren. Diese Situationen werden nicht nur durch die Emotionen der beobachteten Person und ihrer Beziehung zur BeobachterIn beeinflusst, sondern auch durch den sozialen Kontext, in dem sie interagieren (Decety & Jackson 2006: 54). Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln erwähnt, ist häufig der Stress, den eine Krebserkrankung und ihre Behandlung mit sich bringt, mit Emotionen wie Traurigkeit, Angst und Wut verbunden. Selbst wenn OnkologInnen die Ursachen dieser Emotionen oft nicht beheben können, deuten empirische Studien darauf hin, dass die Bereitstellung von emotionaler Unterstützung den Leidensdruck mildert (Back et al. 2008: 1899). Außerdem weisen Evans et al. (2006) darauf hin, dass sich PatientInnen während schwieriger Phasen im Verlauf ihrer Behandlung wünschen, dass die Onko-

logInnen ihnen vor allem zeigen, dass sie sich um sie kümmern und ihnen Verständnis als Individuen entgegenbringen. So können PatientInnen mit ihren Emotionen umgehen. Außerdem können OnkologInnen dabei helfen, die Hoffnung der PatientInnen aufrechtzuerhalten, indem sie sensibel damit umgehen, was die PatientInnen wann zu hören bereit sind, und indem sie ihnen helfen, realistische Hoffnungen zu erkennen und zu identifizieren (Evans et al. 2006: 417). Professionelle Empathie stellt in der Krebsbehandlung einen komplexen Prozess und eine Multikomponenten-Kompetenz dar (Robieux et al. 2018: 59) und dass im medizinischen Bereich „besonders die Empathie eine unabdingbare Sozial- und Individualkompetenz ist“ sowie „Empathie keinem der ethischen Grundprinzipien wie der Allparteilichkeit widerspricht und insbesondere in sensiblen Interaktionen von großer Relevanz ist“ (Iacono 2021: 115).

Lindtner-Rudolph & Bardenheuer (2015) unterstreichen ebenfalls die Bedeutung von hoher Sensibilität und vollständiger Aufmerksamkeit sowohl für die Form als auch für den Inhalt der Patientenäußerungen in Bezug auf belastende Themen, Sorgen oder Ängste vor dem Sterben. Diese können oft nur angedeutet werden und sind mit konventionellen Fragetechniken kaum zu erkennen (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015: 249). Zusätzlich betonen Lindtner-Rudolph & Bardenheuer (2015) die Notwendigkeit, den Redestil entsprechend dem Verstehensvermögen und dem Wachheitsgrad der PatientInnen anzupassen. Dies kann auf verschiedenste Weise erreicht werden: Durch die Verwendung zusätzlicher Rückmeldesignale, durch langsames und ruhiges Sprechen, repetitive Ausdrucksweise, längere Pausen sowie deutliche Betonung nonverbaler Ausdrucksmittel. Die Anwendung von Ausdrücken oder Sprechweisen der PatientInnen fördert nicht nur das Verständnis, sondern baut auch eine vertrauensvolle Beziehung auf (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015: 249). Auch Merlini & Gatti (2015) betonen die maßgebliche Bedeutung der professionellen Empathie in der professionellen therapeutischen Beziehung. Empathie wird nämlich als vorteilhaft für die Beziehungen zwischen Fachleuten im Gesundheitswesen angesehen. Sie dient dazu, das oberste Ziel zu erreichen: Das Wohl der PatientInnen (Merlini & Gatti 2015: 154–155). Ein weiterer relevanter Aspekt ist, dass Empathie sowohl in verbalen als auch in nonverbalen Formen auftreten kann. Das Ziel von verbaler und nonverbaler Empathie besteht darin, den PatientInnen das Gefühl zu vermitteln, dass ihre OnkologInnen verstehen und fühlen, was sie durchgemacht haben und dass sie ihnen zur Seite stehen (Evans et al. 2006: 420).

Gutierrez et al. (2019) definieren MedizindolmetscherInnen als „agents of empathy“, die die soziokulturelle Lücke überbrücken (Gutierrez et al. 2019: 895). DolmetscherInnen sollten jedoch in der Lage sein, ein Gleichgewicht zwischen Empathie und Distanz zu wahren. Andernfalls kann dies negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der DolmetscherInnen haben, wie Burnout, *Compassion Fatigue*, sekundäre Traumatisierung. Decety & Jackson (2006) betonen, dass sowohl für die Selbstwahrnehmung als auch für die Wahrnehmung anderer im Bereich der Emotionsverarbeitung und des empathischen Verstehens dieselben neuronalen Schaltkreise genutzt werden. Diese Schaltkreise fungieren als Verbindung zwischen Informationen der ersten und der dritten Person und legen somit den Grundstein für intersubjektive Transaktionen zwischen einem selbst und anderen. Bei der Einnahme der Perspektive anderer können diese Schaltkreise aktiviert werden. Eine absolute Verbindung zwischen dem Selbst und dem Anderen könnte jedoch dazu führen, das Erleben der Notlage anderer als eigene Erfahrung empfunden wird. Das könnte zu einer Überlastung der Empathie führen und den Fokus von den Bedürfnissen der anderen Person auf die eigenen Stressgefühle lenken. Selbstverantwortung und emotionsregulierende Mechanismen spielen also eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung der Grenze zwischen dem Selbst und dem Anderem (Decety & Jackson 2006: 57).

Migrationsphänomene sind mit einer großen kulturellen Vielfalt verbunden. In der vorliegenden Masterarbeit wurde die Komplexität der medizinisch-onkologischen Konfliktfelder am Lebensende mehrfach veranschaulicht und hervorgehoben: „Aufgrund der demographischen Veränderungen werden medizin-ethische, das heißt kulturell-religiös geprägte Wertkonflikte am Lebensende im medizinischen Alltag immer häufiger auftreten“ (Ilklic 2008: 863). Gerade weil die Bereiche Onkologie und Palliativmedizin eine enorme psychologische und ethische Komponente enthalten, ist es richtig, die Bedeutung der Kultursensibilität zu betonen. Ilklic (2008) definiert interkulturelle Kompetenzen in medizin-ethischen Konfliktfällen als die Fähigkeit, die betroffenen Werte und Normen in interkulturellen Konflikten zu erkennen und zu analysieren sowie sie in den Prozess der medizinethischen Entscheidungsfindung zu integrieren (Ilklic 2008: 860). Gerade die Kultursensibilität ist eines der wichtigsten Themen bei der ÄrztInnen–PatientInnen–Kommunikation. Die scheinbar unkomplizierte Fragestellung von ÄrztInnen kann erhebliche Schwierigkeiten für PatientInnen, DolmetscherInnen und dementsprechend für die klinische Beziehung verursachen. Wenn soziale, kulturelle und situationsbedingte Faktoren zusammen mit der grundlegenden Informationsverarbei-

tung in den Kommunikationsprozess einfließen, gibt es viele Möglichkeiten für ein Scheitern der Kommunikation. Dies macht es schwierig, die beabsichtigte Bedeutung zwischen KommunikatorInnen zu vermitteln, insbesondere wenn sie unterschiedlichen Sprachen sprechen (Klimidis & Minas 2010: 362).

Ein weiterer Aspekt neben der professionellen Empathie und Kultursensibilität ist das Zuhören. In der triadischen Kommunikation vor Ort sind die DolmetscherInnen mit ihrem ganzen Dasein präsent: „eine Präsenz mit allen Sinnen und mit dem ganzen Wesen“ (Viljanmaa 2020: 496). Das Zuhören ist ein zwischenmenschlicher, komplexer Prozess:

Listening is a complex process. [...] Listening is not only the process of perceiving (sensing) and understanding informative signals, but also the response stage: the reaction of the listener to the signals perceived and processed. (Viljanmaa 2020: 7)

Dieser komplexe Prozess kann durch Elemente des aktiven Zuhörens, zum Beispiel durch ein Nicken, auch als „externer Prozess“ kategorisiert werden. Dies spielt eine wichtige Rolle, wenn die DolmetscherInnen mit den Gesprächsparteien vor Ort anwesend sind (Viljanmaa 2020: 2). In dieser besonderen medizinisch-onkologischen Dynamik wird das Zuhören zu einer grundlegenden Komponente. Laut Viljanmaa (2020) erfolgt die Reaktion der DolmetscherInnen als ZuhörerInnen in zwei verschiedene Phasen. Zu Beginn reagieren die DolmetscherInnen direkt auf den Empfang der ausgangssprachlichen Botschaft der SprecherInnen. Diese Reaktion kann sich beispielsweise in Form eines Kopfnickens oder eines Feedbacksignals manifestieren. Zu dieser ersten Reaktion gehört auch das Notieren. Dies ist wesentlich, da DolmetscherInnen Informationen wahrnehmen und verarbeiten. Die zweite Phase beinhaltet die Dolmetschung: DolmetscherInnen erfassen die Botschaft und dolmetschen diese in die Zielsprache. Daher stellt das Dolmetschen eine klare Reaktion der DolmetscherInnen auf das Gehörte dar (Viljanmaa 2020: 15–16).

5.2 Psychohygiene für DolmetscherInnen

In diesem Kapitel sollen unter anderem Studien analysiert werden, die sich mit den vielfältigen emotionalen und psychologischen Aspekten von DolmetscherInnen und der Bedeutung der Psychohygiene befassen. Darüber hinaus soll ein Überblick über die Strategien gegeben

werden, die zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der DolmetscherInnen und folglich der Qualität ihrer Leistungen eingesetzt werden können.

In onkologisch-medizinischen Settings kann die psychische und emotionale Dimension der DolmetscherInnen eine entscheidende Rolle nicht nur für die Qualität ihrer Arbeit, sondern auch für ihr individuelles Wohlbefinden spielen. Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln erörtert, ist das Medizindolmetschen am Lebensende eine komplexe Tätigkeit, die unter anderem ein tiefes Bewusstsein für eigenen mentalen Zustände erfordert. DolmetscherInnen können mit einer Vielzahl von emotionalen Herausforderungen wie Stress, Angst und sogar sekundäre Traumatisierung konfrontiert werden.

„A language transmitter and terminological databank, cultural bridge, psychological support provider and hand-holder, information-provider, fellow-citizen?“ (Rudvin 2006: 182). Die Forschung über das emotionale Feedback von DolmetscherInnen in Bereich Palliativmedizin ist eindeutig begrenzt. Die emotionalen Auswirkungen, die sich aus diesen traumatischen Gesprächen ergeben können, könnten einen erheblichen Einfluss auf das persönliche und berufliche Leben der Dolmetscher haben. Darüber hinaus könnte die Bewertung der emotionalen Auswirkungen von Dolmetschern zu gezielten Interventionen führen, um das Wohlbefinden und die Effektivität der Leistung von Dolmetschern zu verbessern (Hancox et al. 2023: 293). Auch Valero-Garcés (2023) und Hetherington (2012) betonen, dass DolmetscherInnen im öffentlichen Dienst häufig mit Situationen konfrontiert sind, die schwerwiegende Auswirkungen auf deren Psyche haben können. Dieses Thema wird aber nach wie vor innerhalb der Gesellschaft nicht ernst genommen, zudem liegen auch wenige Studien in diesem Forschungsfeld vor (Valero-Garcés 2023: 153). Die bisherige Forschung zeigt, dass DolmetscherInnen in vielen Bereichen, wie dem öffentlichen Dienst, rechtlichen Settings, in der Arbeit mit geflüchteten Menschen oder mit Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders gefordert sind: „exposed to clients’ traumatic material can experience vicarious trauma and other negative psychological consequences“ (Hancox et al. 2023: 932).

Wie bereits betont ist die Funktion von DolmetscherInnen in medizinischen Settings und vor allem im Bereich Onkologie und Palliativmedizin vielfältig und hat mehrere verschiedene Facetten. Aus diesem Grund können sich komplexe Situationen im Arbeitsfeld belastend auf die psychische und auch körperliche Gesundheit auswirken:

Interpreters working in health care situations often must manage the transfer of information under difficult circumstances. The content of the message may be highly emotional or primarily negative, or one or more of the parties in the interpreted encounter may be extremely vulnerable or in a debilitated psychological or physical state. Such circumstances particularly ring true in the healthcare context (Bontempo & Malcolm 2012: 105)

Bontempo & Malcolm (2012) betonen die möglichen berufsbedingten Belastungen für DolmetscherInnen, insbesondere wenn sie regelmäßig mit traumatischen Erfahrungen anderer Personen konfrontiert werden. Es ist unerlässlich, dass Fachkräfte auf diesem Gebiet ein Verständnis für das Risiko einer potenziellen sekundäre Traumatisierung von MedizindolmetscherInnen entwickeln, um ihr Wohlbefinden zu verbessern (Bontempo & Malcolm 2012: 105).

Hancox et al. (2023) betonen auch, dass die Steuerung von Gesprächen in der Palliativmedizin für viele professionelle DolmetscherInnen „difficult, stressful and distressing“ sein kann. Diese Moderation kann auch Gefühle wie „being overwhelmed, sad, lonely and guilty“ auslösen (Hancox et al. 2023: 939–940). Kirby et al. (2017) betonen zusätzlich, dass medizinische Untersuchungen, insbesondere beim Übergang zur Palliativversorgung, nicht nur Herausforderungen auf zwischenmenschlicher Ebene darstellen, sondern auch ein hohes Maß an kommunikativen und empathischen Kompetenzen erfordern (Kirby et al. 2017: 497). Dabei handelt es sich um „vicarious traumatization“, ein verbreitetes Phänomen im Gesundheitswesen. Auch DolmetscherInnen, die in diesen Settings arbeiten, sind nicht vor sekundärer Traumatisierung geschützt (Bontempo & Malcolm 2012: 106). In der Literatur wird die vicarious traumatization häufig mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD), Burnout, Compassion Fatigue und Gegenübertragung in Verbindung gebracht (Ndongo Keller 2015: 338).

Die untersuchte Literatur hat gezeigt, dass DolmetscherInnen einer breiten Palette von Emotionen ausgesetzt sind, insbesondere im Bereich Onkologie und Palliativmedizin. Häufig sind jedoch Ausbildung und die Formen der Unterstützung begrenzt. Um die Erfahrung zwischen ÄrztInnen, DolmetscherInnen und PatientInnen zu verbessern, betonen Hancox et al. (2023: 943), dass die Rolle von DolmetscherInnen für alle Beteiligten klarer sein sollte. Dadurch können nicht nur Gesundheitsfachkräfte, sondern auch die DolmetscherInnen selbst besser zusammenarbeiten. Dafür ist es laut Hancox et al. (2023) notwendig, formale Leitlinien zu definieren (Hancox et al. 2023: 943).

Nach Wedam (2021) sollten DolmetscherInnen sowohl in der Lage sein, mit psychisch belastenden Situationen als auch mit potenziellen Konflikten respektvoll umzugehen. Dies ist

wichtig, damit sie ihre Arbeitsfähigkeit erhalten und ihre psychische Gesundheit schützen können: „Die Beschäftigung mit der eigenen Psychohygiene dient hier einem **sachgerechten Umgang** mit der psychisch anspruchsvollen Aufgabe der Dolmetschtätigkeit“ (Wedam 2021: 206, Hervorhebung im Original). Psychohygiene wird daher als Teil der Gesundheitsvorsorge betrachtet. Diese umfasst alle Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung und zur Steigerung der mentalen Gesundheit. Dazu gehört die Selbstwahrnehmung auf körperlicher, geistiger und sozialer Ebene. Dieser Ansatz ermöglicht einen effektiven und nachhaltigen Umgang mit Stress und belastenden Situationen (Wedam 2021: 206). Wedam (2021) empfiehlt außerdem einige individuelle Strategien, die DolmetscherInnen für ihre Psychohygiene anwenden können, wie zum Beispiel sich Unterstützung zu suchen, zwischenmenschliche Bindungen zu pflegen, Hilfestellung zu erhalten, sich durch Meditation und Spaziergänge zu entspannen, körperliche Aktivitäten auszuüben, kreativ zu sein oder sich weiterzubilden; Das Üben von Selbstakzeptanz, Emotionen freien Lauf zu lassen, oder sich in Gedanken an einen Wohlfühlort zu begeben (Wedam 2021: 206).

Darüber hinaus schlägt Wedam (2021) vor, dass die Qualitätssicherung der Dolmetschleistung durch Supervision und Intervention sichergestellt werden soll. In einer Supervision steht primär die Erweiterung der Kompetenzen im Sinne einer Verbesserung der beruflichen Aufgaben im Mittelpunkt, wobei SupervisorInnen Reflexionsprozesse begleiten. Das Ziel besteht darin, die berufliche Praxis zu evaluieren und zu verbessern sowie die eigene professionelle Rolle weiterzuentwickeln. Der Supervisionsprozess zielt darauf ab, durch gemeinsame Reflexion die SupervisandInnen dabei zu unterstützen, ihre Fähigkeiten und Qualitäten wiederzuentdecken und einzusetzen sowie zu erweitern. Intervention bezeichnet den kollegialen Austausch unter Fachkräften mit ähnlichem beruflichem Hintergrund. Dabei werden berufliche Situationen oder Fallbeispiele auf Basis von Erfahrungen diskutiert (Wedam 2021: 206).

In den letzten Jahren hat das Interesse an der Untersuchung der Bedeutung der emotionalen Komponenten des Dolmetschens und der von DolmetscherInnen angewandten Strategien zu deren Bewältigung zugenommen. Damit befassen sich insbesondere Mehus & Becher (2016), Park et al. (2017), Korpál & Jasielska (2019) sowie Korpál & Mellinger (2022). Auf diese Studie wird im Folgenden näher eingegangen.

Das Hauptziel der Studie von Mehus & Becher (2016) war es, ein tieferes Verständnis des Ausmaßes an sekundärem traumatischem Stress, Burnout und Mitgefühlzufriedenheit bei

DolmetscherInnen zu gewinnen. Es wurde eine Online-Querschnittsumfrage unter DolmetscherInnen in Minnesota durchgeführt. Alle TeilnehmerInnen gaben an, derzeit im Mittleren Westen zu leben, sie wurden in 33 verschiedenen Ländern geboren. Einige gaben an, für mehrere Sprachen zu dolmetschen, insgesamt waren 30 Sprachen vertreten. Die am häufigsten gedolmetschten Sprachen waren Spanisch (25%), Französisch (6%), Somali (6%) und Hmong (5%). Die Antworten der 119 Befragten zeigten ein hohes Maß an sekundärem traumatischem Stress, aber auch ein hohes Maß an Mitgefühlszufriedenheit im Vergleich zur Bevölkerungsnorm. Die Hauptergebnisse der Studie von Mehus & Becher (2016) zeigen, dass klinische Einrichtungen überlegen sollten, wie DolmetscherInnen in der traumabezogenen Arbeit unterstützt werden könnten. Die Ergebnisse dieser Studie weisen eindeutig darauf hin, dass viele DolmetscherInnen Symptome von sekundärem traumatischem Stress entwickeln können. Kliniken mit einem hohen Aufkommen an traumatisierten KlientInnen verfügen häufig über Supervisions- und Unterstützungssysteme, die in ihr berufliches System integriert sind, aber nur selten werden DolmetscherInnen in diese Unterstützungssysteme miteinbezogen. Darüber hinaus erhalten DolmetscherInnen oft nur eine geringe oder gar keine Ausbildung in der Selbstfürsorge. Mehus & Becher (2016) weisen darauf hin, dass zukünftige Forschungsphasen die Durchführung von Fokusgruppen und halbstrukturierten Interviews mit den DolmetscherInnen, die an dieser Studie teilgenommen haben, beinhalten. Ziel ist es, herauszufinden, welche Form der Unterstützung sich die DolmetscherInnen wünschen. Mehus & Becher (2016) betonen die Notwendigkeit, die Unterstützung von DolmetscherInnen bei traumabezogener Arbeit umfassender zu betrachten, und dass künftige Untersuchungen versuchen sollten, die psychologischen Auswirkungen des Dolmetschens besser zu verstehen. Außerdem sollte untersucht werden, wie Symptome die therapeutische Beziehung und/oder die Qualität des Dolmetschens beeinflussen und somit das Wohlbefinden der DolmetscherInnen besser unterstützen.

Mit MedizindolmetscherInnen im Speziellen beschäftigt sich die Pilotstudie von Park et al. (2017). Die Studie (2017) legt den Fokus auf medizinische DolmetscherInnen, die mit onkologischen PatientInnen arbeiten. Park et al. (2017) weisen darauf hin, dass die Nachfrage nach MedizindolmetscherInnen in der Onkologie steigt und dass MedizindolmetscherInnen, die für die Qualität der Versorgung von LEP-PatientInnen sorgen, bei ihrer Arbeit vielen psychosozialen Stressfaktoren ausgesetzt sind. In der Pilotstudie wurden die Stresserfahrungen von MedizindolmetscherInnen aus drei Bostoner Krankenhäusern bewertet und ein Resilienz-

programm (*resiliency enhancement program*, CARE) getestet, das DolmetscherInnen bei der Bewältigung von Stressoren helfen soll. Park et al. (2017) fanden heraus, dass MedizindolmetscherInnen unter Stress leiden und über geringe Bewältigungsfähigkeiten verfügen. Dieses Programm führte zu einer Verbesserung der Arbeitsfaktoren und der Stressreaktivität. Zukünftige Forschung in diesem Bereich sollte die weitere Umsetzung und Prüfung in einer größeren, randomisierten Studie umfassen. In Phase 1 wurden fünf Fokusgruppen durchgeführt, um die psychosozialen Bedürfnisse von DolmetscherInnen zu ermitteln. Die Ergebnisse der ersten Phase zeigten, dass die Stressfaktoren mit den PatientInnen zusammenhingen, der Unsicherheit der Rolle der DolmetscherInnen und den Systemen, zum Beispiel der Unvorhersehbarkeit der Termine. In der zweiten Phase wurde ein vierstündiges Gruppenprogramm entwickelt und anschließend mit 29 DolmetscherInnen getestet. In dieser Phase berichteten die Ausführenden über schlechte Stressbewältigungsfähigkeiten, eine 4-wöchige Nachuntersuchung zeigte Verbesserungen bei der Arbeitszufriedenheit. Die Stressreaktivität verbesserte sich; insbesondere berichteten die TeilnehmerInnen, dass sie sich durchsetzungsfähiger fühlten, wenn es um ihre Bedürfnisse ging, und dass sie besser in der Lage waren, sich nach Belieben zu entspannen, was wichtige Mechanismen zur Verringerung des Stresses sind. Zusammengefasst zeigt die Studie von Park et al. (2017), dass das Resilienzprogramm CARE für DolmetscherInnen nicht nur ihre Wahrnehmung über ihre Arbeit, sondern auch über ihre Fähigkeit zur Stressbewältigung verbessert. Die Studie zeigt, dass DolmetscherInnen trotz hoher beruflicher Anforderungen ihre Arbeit als sinnvoll empfinden, ihnen aber die Fähigkeiten zur Bewältigung von Mehrfachstressoren fehlen. Laut Park et al. (2017) könnte das Resilienzprogramm CARE eine sinnvolle Maßnahme sein und auf die Bedürfnisse von DolmetscherInnen ausgerichtet ist, die Entwicklung der erforderlichen Fähigkeiten fördern. Außerdem könnte dieses Programm zum Beispiel als Fortbildung für zertifizierte DolmetscherInnen angeboten werden.

Korpál & Jasielska (2019) führten eine experimentelle Studie durch, um empirisch zu erheben, ob SimultandolmetscherInnen von den Emotionen der SprecherInnen beeinflusst werden. Dabei wurde die mögliche Subjektivität dieser Erfahrung berücksichtigt. Für diese Studie wurden zwei Emotionsmessungen verwendet: die galvanische Hautreaktion (GSR) als Marker für emotionale Erregung und SUPIN - die polnische Version des PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*). Korpál & Jasielska (2019) weisen darauf hin, dass die Studie half, die Forschungslücke zur Emotionsverarbeitung beim Simultandolmetschen zu schließen,

indem sie in der Studie auf der Grundlage triangulierter physiologischer und psychometrischer Messungen psychologische Aspekte der Dolmetschpraxis, d. h. die Emotionsverarbeitung, untersuchten, die in der Dolmetschforschung bisher noch wenig erforscht sind. Eine Gruppe von 20 DolmetscherInnen zwischen 26 und 43 Jahren mit A-Sprache Polnisch und B-Sprache Englisch sowie mindestens zwei Jahren Berufserfahrung im Simultandolmetschen nahm an dem Experiment teil. Die DolmetscherInnen wurden gebeten, zwei Reden simultan vom Polnischen ins Englische zu dolmetschen. Es handelte sich um zwei authentische polnische Aufnahmen, die von einem Video begleitet wurden. Eine Rede war neutral und eine Rede sehr emotional. Anhand der Antworten der DolmetscherInnen wurden drei emotionale Themen, zum Beispiel Krieg, Krankheit und Tod, und drei neutrale Themen, zum Beispiel Wirtschaft, Kommunikation und Finanzen, ausgewählt. Die Ergebnisse zeigen, dass die DolmetscherInnen im Vergleich zu neutralen Reden tatsächlich von den Emotionen der SprecherInnen beeinflusst werden: Die DolmetscherInnen neigten dazu, sich dem oder der SprecherIn emotional anzunähern, was sich sowohl in körperlichen Reaktionen als auch in selbstberichteten Emotionen zeigt. Laut Korpál & Jasielka (2019) könnte dies DolmetscherInnen helfen, die Intentionen und Emotionen der Ausgangssprache zu verstehen. Abschließend wurde hervorgehoben, dass weitere Forschung erforderlich ist, um ein umfassenderes Verständnis über die Rolle der Empathie beim Dolmetschen und den Auswirkungen der emotionalen Übertragung von Emotionen auf die Qualität des Dolmetschens zu prüfen (Korpál & Jasielka 2019: 16). Außerdem wurde hervorgehoben, dass weitere Untersuchungen erforderlich sind, um ein umfassenderes Verständnis darüber zu erlangen, wie Emotionen verarbeitet werden und wie DolmetscherInnen sich in die SprecherInnen einfühlen können.

Während die Studie von Korpál & Jasielka (2019) untersuchte, ob SimultandolmetscherInnen von den Emotionen der SprecherInnen beeinflusst werden, untersuchte die Studie von Korpál & Mellinger (2022) die Selbstfürsorgepraktiken (*self-care strategies*), die von professionellen Kommunal DolmetscherInnen angewendet werden, um Stress zu bewältigen und ihr Wohlbefinden zu erhalten. Korpál & Mellinger (2022) führten semistrukturierte Interviews mit 20 professionellen Kommunal DolmetscherInnen durch, die meisten davon mit Sitz in den USA. Die Interviews wurden transkribiert und thematisch kodiert, um Inhalte zu identifizieren, die sich auf Selbstfürsorge und Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit Stress, der bei Kommunal DolmetscherInnen auftreten kann, beziehen. Ziel der Studie war es, die Selbstfürsorgestrategien Achtsamkeit, Gleichgewichtsflexibilität, Flexibilität, körperliche

Gesundheit, soziale Unterstützung und Spiritualität zu ermitteln, die bei KommunaldolmetscherInnen eingesetzt werden. Nach Korpál & Mellinger (2022) trägt die Studie zur Diskussion über die Bedeutung der Selbstfürsorge bei KommunaldolmetscherInnen bei, die in der Literatur zum Thema Dolmetschen bisher nur wenig Beachtung gefunden hat. Korpál & Mellinger (2022) zufolge können emotional komplexe und stressige Gespräche im Kommunalbereich zu einer Traumatisierung der DolmetscherInnen führen, was auch auf die Bedeutung von Selbstfürsorge in ihrer Praxis und die Rolle jener bei der Stärkung der psychischen Widerstandsfähigkeit hinweisen könnte. Basierend auf den Interviewdaten und den Studienergebnissen sehen Korpál & Mellinger (2022), dass Selbstfürsorge im professionellen Kommunaldolmetschen als ein “multi-faceted construct” gesehen werden kann, was sich mit bestehenden Studien zur Selbstfürsorge in professionellen Settings decken würde (Korpál & Mellinger 2022: 292). Ein weiterer Punkt, den Korpál & Mellinger (2022) anmerken, ist, dass sich die verschiedenen Dimensionen in vielerlei Hinsicht überschneiden: DolmetscherInnen verbinden oft unterschiedliche Elemente der Selbstfürsorge miteinander oder konzeptualisieren ihre Praktiken als ganzheitlichen Ansatz, der nicht den verschiedenen bisher in der Literatur identifizierten Unterdimensionen folgt. Korpál & Mellinger (2022) stellten anhand der Studiendaten fest, dass es im Kontext des Kommunaldolmetschens an Schulungen zur Selbstfürsorge mangelt. Es wurde deutlich, dass KommunaldolmetscherInnen versuchten, selbst herauszufinden, welche Selbstfürsorgestrategie am effektivsten zur Stressbewältigung ist. Darüber hinaus würden sich KommunaldolmetscherInnen eher auf ihre Dolmetschausbildung konzentrieren und weniger auf Selbstfürsorgestrategien, um potenziellen Stress zu mindern. Dies wirft die Frage auf, wie die Selbstfürsorge in künftige Ausbildungsprogramme integriert werden kann und inwieweit dies in verschiedenen Ausbildungs- und Schulungskontexten möglich ist. Nach Korpál & Mellinger (2022) könnte die Anwendung von Selbstfürsorgestrategien KommunaldolmetscherInnen helfen, potenziell herausfordernde Aspekte ihres Berufs zu bewältigen, die sich aus emotional aufgeladenen Gesprächen oder sensiblen Inhalten ergeben können. Schließlich schlagen Korpál & Mellinger (2022) vor, dass WissenschaftlerInnen im Bereich des Kommunaldolmetschens in Zukunft diese spezifischen Dimensionen in Bezug auf Stressoren oder emotionale Auslöser konkreter untersuchen sollten, um verschiedene Aspekte der Selbstfürsorge zu unterscheiden. Auf diese Weise könnten ForscherInnen wirksame Wege empfehlen, um Stress bei KommunaldolmetscherInnen zu mindern und KommunaldolmetscherInnen bei ihrer Arbeit zu unterstützen, während politische EntscheidungsträgerIn-

nen und ArbeitgeberInnen Strategien zur Förderung der Selbstfürsorge von KommunaldolmetscherInnen umsetzen könnten.

Die behandelte Literatur zeigt, dass DolmetscherInnen mit hoch emotionalen Inhalten und vielfältigen Herausforderungen konfrontiert sind, die sich auf ihre psychische Gesundheit auswirken können. Die Studien von Mehus & Becher (2016), Park et al. (2017), Korpál & Jasielska (2019) und Korpál & Mellinger (2022) bieten wertvolle Einblicke in die möglichen emotionalen Belastungen und Bewältigungsstrategien von DolmetscherInnen und verdeutlichen die Komplexität des Dolmetschens. Sie unterstreichen die Bedeutung von Psychohygiene und Selbstfürsorge für das Wohlbefinden der DolmetscherInnen, insbesondere für die Sicherung der Arbeitsqualität. Es bleibt trotzdem anzumerken, dass weitere Untersuchungen erforderlich wären, insbesondere im Kontext von Medizindolmetschen im Bereich Onkologie, Palliativmedizin und mit besonderem Fokus auf *End-of-Life*-Settings mit der Sprachkombination Italienisch und Deutsch. Die bestehende Forschungslücke eröffnet die Möglichkeit für eine Überleitung zu den Forschungsfragen und der angewandten Methodik, die in den nachfolgenden Kapiteln behandelt werden. Eine vertiefte Analyse dieser Themenbereiche könnte dazu beitragen, ein tieferes besseres Verständnis für die spezifischen, terminologischen Herausforderungen und die Herangehensweisen und Strategien von DolmetscherInnen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin zu gewinnen.

6. Untersuchung

Im folgenden Kapitel wird in erster Linie auf die Zielsetzung und die Forschungsfragen der vorliegenden Masterarbeit eingegangen. Es folgt die Erläuterung der einzelnen Schritte der Untersuchung, wobei der Fokus dabei zunächst auf der Datenaufbereitung und der Datenerhebungsmethode liegt.

6.1 Zielsetzung und Forschungsfragen

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es, Herangehensweise und Strategien von zwei Masterstudierenden des Zentrums für Translationswissenschaft der Universität Wien mit Schwerpunkt Dialogdolmetschen und der Sprachkombination Italienisch und Deutsch bei der Wiedergabe einer simulierten onkologisch-medizinischen Dolmetschsituation in der Praxis einer Onkologin in Wien zu analysieren. Im Rahmen der qualitativen Untersuchung werden die folgenden Forschungsfragen beantwortet:

- 1) Wie wurden spezifische Termini und Ausdrücke, die mit dem Thema Tod verbunden sind, von den zwei Probandinnen gedolmetscht?
- 2) Welche Dolmetschstrategien werden von den zwei Probandinnen in diesem spezifischen medizinisch-onkologischen Setting angewandt?
- 3) Wie gehen die zwei Probandinnen mit der Phraseologie des Todes und des Leidens um?
- 4) Spielen Tabuthemen, nonverbale Kommunikation und professionelle Empathie in diesem medizinisch-onkologischen Setting eine Rolle?

Die vier Forschungsfragen zielen darauf ab, die wichtigsten Aspekte der medizinischen Bereiche Onkologie und Palliativmedizin so umfassend wie möglich zu berücksichtigen. Außerdem berücksichtigen die Forschungsfragen unter anderem die terminologischen und emotionalen Herausforderungen im Dolmetschprozess, die aufgrund der starken Tabuisierung von Tod, Leid und Krebserkrankung entstehen.

6.2 Methodisches Vorgehen

Das Augenmerk des qualitativ-methodischen Teils dieser Arbeit wird auf ein simuliertes medizinisch-onkologisches Aufklärungsgespräch gelegt. Unter sorgfältiger Berücksichtigung der Komplexität und der starken subjektiven Komponente der Auswertung wurde für die Beantwortung der Forschungsfragen eine Triangulation (Grbić & Pöllabauer 2008; Gavioli & Baraldi 2011) verschiedener Methoden gewählt. Denn Pöchhacker (2011) betont, dass ForscherInnen im empirisch-interpretativen Feld viele verschiedene Forschungsdesigns und Methoden, wie „multiple and mixed-methods approaches“, verwenden können, um die Vielschichtigkeit der Forschungsthemen zu erforschen (Pöchhacker 2011: 22). In der vorliegenden Masterarbeit wurden dementsprechend folgende Datenerhebungs- bzw. Auswertungsmethoden verwendet und miteinander kombiniert: Videoaufnahmen und Audioaufzeichnungen zweier Simulationen unter Berücksichtigung des Datenmaterials und der Transkriptionskonventionen nach HIAT, teilnehmende Beobachtung der Simulationen, Analyse der Wiedergabe der Probandinnen unter Anwendung der Typologie der *renditions* nach Wadensjö (1998) und der *rich points* nach Gumul & Herring 2022 sowie leitfadengestützte problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) mit den Probandinnen nach den jeweiligen Dolmetscheinsätzen. In den folgenden Kapiteln werden die theoriebasierte Gestaltung und Anwendung dieser Methoden präsentiert.

6.2.1 Situierung und Gestaltung der simulierten medizinisch-onkologischen Gespräche

Wie bereits dargelegt, sind Subjektivität, Vielfältigkeit und Komplexität im vorliegenden Forschungsgegenstand sehr präsent. Dies ist unter anderem dadurch bedingt, dass Menschen Hoffnung, Trauer und Verlust individuell ausdrücken (Broom et. al 2013: 1044). Aus diesem Grund wurde versucht, die Simulationen so realistisch und authentisch wie möglich zu gestalten, weshalb diese in der Praxis einer Onkologin in Wien durchgeführt wurden. Auf diese Weise konnte „eine möglichst natürliche Atmosphäre“ geschaffen werden (siehe Kapitel 6.2.3) (Lalouschek & Menz 2002: 49).

Ein anderer wichtiger Aspekt der vorliegenden Studie war der Zugang zum medizinischen Bereich. Wie Wadensjö (2001: 190) betont: „One such practical issue is often how to

get access to the settings where encounters of the needed kind take place”. In diesem Fall war durch den Besuch der im Rahmen der individuellen Fachvertiefung während des Wintersemesters 2022 besuchten Lehrveranstaltung *Sterbekultur und Vorbereitung auf den Umgang mit dem Tod und Kommunikation mit Sterbenden* an der Medizinischen Universität Wien der Zugang zum Forschungsbereich der Onkologie und Palliativmedizin sichergestellt.

Die am Gespräch beteiligten Personen waren eine österreichische Onkologin (O) mit Spezialisierung in psychosomatischer Medizin bzw. Psychoonkologie und eine fiktive italienische Patientin (P). Da es sich um ein sehr komplexes, sensibles Thema und Setting handelte, wurde eine fiktive Patientin ausgewählt. Sie wurde einen Monat vor der Simulation instruiert, um sich vorbereiten zu können. Es soll außerdem betont werden, dass es sich dabei um eine Person handelte, mit der die Verfasserin bereits vertraut war. Die Entscheidung, diese Person auszuwählen, war auch darauf zurückzuführen, dass sie mit ihrer Fachkenntnis in diesem Gebiet zu einem umfassenden Forschungsrahmen beitragen konnte. Die fiktive Patientin war sich der Rolle, die sie in der Simulation spielen sollte, bewusst und hatte der Teilnahme zugestimmt: Fiktiv befand sie sich in der Terminalphase einer Brustkrebserkrankung mit Metastasenbildung. Für die Dolmetschung wurden zwei fortgeschrittene Studentinnen des Masterstudiums Translationswissenschaft an der Universität Wien, (P1) und (P2), gewählt. Während des ungefähr 20-minütigen Aufklärungsgesprächs klagte die Patientin über massive körperliche Schmerzen und psychische Belastung. In der ersten Gesprächsphase erklärte die Patientin, dass sie bereits viele Untersuchungen, medikamentöse Behandlungen, Schmerztherapien und mehrere Chemotherapiezyklen hinter sich hatte. Dennoch konnte kein Behandlungserfolg erzielt werden. Es handelte sich um sensible, emotionale und heikle Interaktionsphasen, auch weil die Patientin ihr Krankheitsverständnis durch eine metaphorische und symbolische Sprache ausdrückte. In der zweiten Gesprächsphase bat die Onkologin um Informationen zur persönlichen Lebensgeschichte und zum sozialen Umfeld der Patientin in Wien. Schließlich empfahl sie dieser eine palliative Therapie, die auch den Wunsch der Patientin nach Ruhe und nach keinen weiteren Behandlungen berücksichtigte.

Für die Onkologin und die fiktive Patientin wurden zwei verschiedene Skripten, eins auf Deutsch und eins auf Italienisch, verfasst. Hale & Napier (2013) schlagen vor, dass ein Skript für die Untersuchung beziehungsweise für die Simulation verwendet werden kann:

you can construct a script that contains the features you want to test and force the interpreter (or even a number of different interpreters) to deal with those features. The interpreter will not have access to the script, so the interpretation will be the same as if the interaction were a real one. (Hale & Napier 2013: 138)

Die Skripten sind als Anhang in der vorliegenden Masterarbeit einsehbar. Es ist außerdem wichtig zu betonen, dass keine der Probandinnen vorab Zugang zu den Skripten beziehungsweise Inhalten des Gesprächs hatte (Hale & Napier 2013: 138).

6.2.2 Probandinnen

The interpreter takes part in this social interaction, in which s/he potentially has a unique opportunity to understand everything said and, therefore, a unique opportunity to monitor and coordinate interaction.

(Arumi Ribas & Vargas-Urpi 2017: 121)

Die zwei Probandinnen (P1 und P2) waren Masterstudentinnen am Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien und studierten im 5. und 6. Semester. Ihr Schwerpunkt war Dialogdolmetschen mit den Sprachkombinationen Italienisch –Deutsch–Russisch bzw. Deutsch–Italienisch–Englisch. Sie wurden nicht nur aufgrund der wichtigsten Voraussetzung – ihrer Sprachkombination – ausgewählt, sondern auch wegen ihres Schwerpunktes, da es sich um ein sehr spezifisches dialogisches Setting handelte. Ein weiteres Kriterium für die Auswahl der Probandinnen war, dass sie sich am Ende des Masterstudiums befanden. Daher hatten sie bereits die Möglichkeit, im Rahmen des Masterstudiums verschiedene, unter anderem auch medizinische Settings, kennenzulernen und sprachliche sowie translatorische Kompetenzen zu erwerben, die für die Simulation erforderlich waren. Außerdem erfolgte die Auswahl der Probandinnen durch zusätzliche sorgfältige Überlegungen. Beide Probandinnen hatten bereits Erfahrung im medizinischen Bereich. Probandin 2 verfügte über Dolmetscherfahrung in Settings mit hochsensiblen Themen wie Tod, Sterben, Leid und Krieg. Probandin 1 arbeitete als Content Managerin für eine Online-Plattform mit medizinischem Schwerpunkt. Die Probandin bearbeitete in ihrem Arbeitsalltag verschiedene Inhalte zum Thema Krebs sowie chronische und seltene Erkrankungen. All die berücksichtigten Überlegungen und Kriterien in Bezug auf die Auswahl der Probandinnen sollten einen geeigneten Rahmen bieten, um

das Dolmetschen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin zu untersuchen und die Forschungsfragen der vorliegenden Masterarbeit beantworten zu können.

Die zwei Probandinnen wurden rechtzeitig und detailliert über die Gestaltung der geplanten Simulation informiert, damit sie sich so gut wie möglich terminologisch und psychisch darauf vorbereiten konnten. Ihnen wurde erklärt, dass die Simulation in einer onkologischen Praxis in Wien mit einer praktizierenden österreichischen Onkologin stattfinden würde. Außerdem wurden die Probandinnen über die Diagnose und den Gesundheitszustand der fiktiven italienischen Patientin informiert, um eine angemessene Vorbereitung auf den simulierten dialogischen Dolmetscheinsatz zu ermöglichen. Des Weiteren wurden sie vorab darüber unterrichtet, dass sie sich mit einem potentiell sehr belastenden Setting auseinandersetzen würden, was mögliche seelische Last verursachen könnte.

6.2.3 Datenmaterial: Videoaufnahmen und Authentizität

Die gesamte Videoaufnahme der zwei Dolmetschungen hat eine Dauer von 47 Minuten. Um eine tiefgehende und vollständige Analyse zu ermöglichen, wurden in der onkologischen Praxis vor Eintreten der Dolmetscherinnen zwei Kameras mit einem Abstand von ein paar Metern positioniert. Wichtigstes Ziel war es, die Kommunikation möglichst nicht zu stören (Felgner 2017: 259). Die Kamera, die näher bei der Patientin positioniert war, war kleiner und versteckt, um die Interaktion möglichst wenig zu beeinträchtigen. Für eine möglichst gute Tonqualität bei der Audioaufnahme wurde ein Handy auf dem Schreibtisch der Onkologin platziert (siehe hierzu auch Felgner 2017: 259). Da es in der Praxis der Onkologin sehr ruhig war, war die Tonqualität der Aufnahme sehr gut und die Transkription konnte anschließend problemlos erfolgen.

Die Forschungsmethode wurde durch eine teilnehmende Beobachtung ergänzt, um das Forschungsobjekt beziehungsweise die Simulationen *in vivo* zu studieren, wobei die Forscherin „in direkter persönlicher Beziehung zu den Forschungspersonen steht“ (Hug & Poscheschnik 2015: 108). „Die Nähe [zu den Akteurinnen der triadischen Kommunikation half] dabei, gehaltvolle und tiefgründige Daten zu erhalten“ (Hug & Poscheschnik 2015: 109). Da die Simulation im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung erfolgte, stellte sich „die berechnete Frage, wie authentisch dieser in Szene gesetzte gedolmetschte Diskurs überhaupt ist“ (Felgner 2017: 256). Für die Simulationen waren das Videomaterial, die Aufnahme und die

teilnehmende Beobachtung die *conditio sine qua non* für eine ausreichend detaillierte Analyse der Wiedergabe. Das sogenannte „Beobachterparadoxon“ besteht darin, dass „DiskursanalytikerInnen alltagssprachliche, *unbeobachtete* Kommunikation beobachten und aufzeichnen möchten, was in sich ein Widerspruch ist“ (Lalouschek & Menz 2002: 49, Hervorhebung im Original). Wie bereits in Kapitel 6.2.1 angedeutet, war die einzige Möglichkeit, diese Probleme einzudämmen, „eine möglichst natürliche Atmosphäre“ für die Simulation zu schaffen (Lalouschek & Menz 2002: 49). Wie zuvor erläutert, bestanden die Maßnahmen, die für die vorliegende Fallstudie gewählt wurden, in der sorgfältigen Positionierung der Kameras sowie der Rekrutierung einer österreichischen Onkologin, in deren Praxis in Wien die Simulationen in durchgeführt wurden.

Lalouschek & Menz (2002) betonen: „Die Frage des Datenschutzes und der Bewahrung der Privatsphäre spielt gerade in so sensiblen Bereichen wie der Arzt–Patient–Kommunikation eine wichtige Rolle“ (Lalouschek & Menz 2002: 50). Aus diesem Grund wurde vor Beginn der geplanten Simulation am 21.03.2023 um 11 Uhr eine Einverständniserklärung von allen TeilnehmerInnen unterschrieben. Auf diese Weise gaben alle Beteiligten ihre Erlaubnis, dass die aufgezeichnete Simulation beziehungsweise die daraus gesammelten Daten für die vorliegende Masterarbeit verwendet werden dürfen.

6.2.4 Transkriptionskonventionen der Simulationen

Allgemein werden Transkriptionen vorgenommen, weil die gesprochene Sprache ein „fleeting phenomenon“ ist (Meyer 1998: 68). Dabei müssen die auf Tonband aufgenommenen Kommunikationsereignisse detailliert „*transkribiert*“ werden, um sie untersuchen zu können (Lalouschek & Menz 2002: 55, Hervorhebung im Original). Ein transparentes System von Transkriptionskonventionen ist ein wichtiges Merkmal der Datenkuration. Daher muss die Verwendung von Transkriptionskonventionen dokumentiert werden. Die Transkription ist als integraler Bestandteil des Forschungsprozesses zu betrachten, da das Ergebnis die Analyse beeinflusst (Meyer 2023: 82).

Für eine präzise und nachvollziehbare Analyse wurde, im Gegensatz zu den Interviews (Kapitel 6.3.1), für die Simulationen der Partitur-Editor des Transkriptionsprogramms EXMARaLDA verwendet, damit die Analyse präzise und nachvollziehbar erfolgen kann. Aufgrund der Vielschichtigkeit der Fallstudie sowie der Tatsache, dass „in der Kommunikation

oft mehrere Handlungen geschehen“ (Rehbein et al. 2004: 6), wurden die Simulationen nach dem HIAT-Transkriptionssystem⁴ transkribiert. Dieses Transkriptionssystem veranschaulicht nonverbale Phänomene in Verbindung mit dem verbalen Text, sodass diese parallel analysiert werden können (Ehlich & Rehbein 1981: 174). Die Transkriptionen beider Simulationen mit EXMARaLDA sind genauso wie die Interview-Transkriptionen im Anhang der vorliegenden Masterarbeit einsehbar. Eine möglichst kritische und reflektierte Analyse der relevanten und zentralen *rich points* (Gumul & Herring 2022) und der Dolmetschstrategien erfolgt in den nachstehenden Kapiteln. Die folgenden Transkriptionskonventionen nach HIAT wurden verwendet (Rehbein et al. 2004: 14–78):

- Die Namen (weiblicher Vor- oder Nachname, Name der Spitäler etc.) werden innerhalb der Analyse beider Simulationen und Interviews immer anonymisiert. Diese sind in der Transkription an den runden Klammern zu erkennen, wie zum Beispiel (Nachname der Patientin), (Name der Patientin), (Nachname der Ärztin), (Nachname der Onkologin), (Krankenhaus in Wien) etc.
- Die Dauer der Pausen wird wie folgt angegeben:
 - (•) Pause bis zu einer Sekunde;
 - (• • •) Pause bis zu drei Sekunden;
 - ((4s)), ((5s)) etc. längere Pausen.
- Durch einen Schrägstrich werden linguistische Reparaturen gekennzeichnet, wie zum Beispiel: „Ähm nehmen/ Patientin sitzt hier, Sie sitzen da“.
- Alle Wörter, die durch die Emphase der Stimme besonders hervorgehoben werden, werden unterstrichen (im EXMARaLDA hier zu finden: Format > Underline).
- In der v-Spur (Tabelle 1) werden in doppelten Klammern Phänomene vermerkt, wie zum Beispiel: ((weint)), ((seufzt)), ((holt Luft)).

⁴ „Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen, Heuristic Interpretative Auditory Transcription“ (Meyer 1998: 68, Hervorhebung im Original).

- Normale Punkte werden am Ende von deklarativen Sätzen und Fragezeichen am Ende von Fragen gesetzt. Äußerungen ohne Modus (Höreräußerungen/Gliederungssignale) werden mit einem hochgestellten Punkt als Äußerungsendzeichen notiert, wie zum Beispiel „Hm“
- Interjektionen, wie zum Beispiel „äh“, „ähm“, werden ausgeschrieben.
- Numerische Angaben werden immer ausgeschrieben, wie zum Beispiel: *ventiquattro ore su ventiquattro* und *vierundzwanzig Stunden am Tag*.
- Sprechhandlungsargumente, wie zum Beispiel „ja“, „nein“ etc., werden durch ein Komma isoliert. Sie können sich am Anfang, innerhalb oder am Ende von Äußerungen befinden. Interjektionen, wie zum Beispiel „ach“, „aha“, „oh“ etc., und Planungsindikatoren, wie zum Beispiel „äh“, „ähm“ etc., erfordern davor und danach keine Kommata.

Jede Gesprächspartei spielt in simulierten triadischen Dolmetschsituationen, die sogenannte „communicative *pas de trois*“ (Wadensjö 1998: 10, Hervorhebung im Original), eine bestimmte Funktion. Die SprecherInnen müssen in der *speakertable*, einer Tabelle für die SprecherInnen, definiert werden (Rehbein et al. 2004: 10, Hervorhebung im Original). Die folgenden Abkürzungen werden für die Gesprächsparteien verwendet:

- O: Onkologin
- P: fiktive Patientin
- P1: Probandin 1
- P2: Probandin 2

Der obengenannte Partitur-Editor des Transkriptionsprogramms EXMARaLDA ermöglicht die Unterteilung der Transkription in mehrere Spuren, die sogenannten *tiers* (Rehbein et al. 2004: 10, Hervorhebung im Original). Diese Funktion ist wesentlich, da es sich um eine elementreiche triadische Dolmetschsimulation handelt. Im Transkript werden nonverbale, verbale und Übersetzungsspuren folgendermaßen angeführt (Rehbein et al. 2004: 8):

Nonverbale Kommunikationsspuren	nv Beispiele: Nonverbale Spur der Onkologin O [nv] Nonverbale Spur der Patientin P [P] Nonverbale Spur der ersten Probandin P [P1] Nonverbale Spur der zweiten Probandin P [P2]
Verbale Spuren	v Beispiele: Verbale Spur der Onkologin O [v] Verbale Spur der Patientin P [P] Verbale Spur der ersten Probandin P [P1] Verbale Spur der zweiten Probandin P [P2]
Übersetzungsspuren (Übersetzung der italienischen Äußerungen)	[de]

Tabelle 1: Spuren EXMARaLDA nach Rehbein et al. (2004: 8)

Für die vorliegende Fallstudie waren noch zusätzliche Transkriptionskonventionen gemäß den Vorgaben von Felgner (2017: 275) notwendig:

- In der nonverbalen Spur [nv] wird die Blickrichtung transkribiert und wie folgt gekennzeichnet:

Beispiel: Blick > O. In diesem Fall ist der Blick in Richtung Onkologin gerichtet.

- Wenn der Blick, beispielweise der Patientin P zwischen Probandin 2 und Onkologin, hin und her wechselt, wird dies in der nonverbalen Spur der Patientin P [nv] mit Blick abgekürzt: P2< >O

Die nonverbale Kommunikation kann als „*Beschreibungssprache*“ (Ehlich & Rehbein 1981: 180, Hervorhebung im Original) betrachtet werden, bei den Körperteilen involviert sind. Damit das Transkript „leicht lesbar“ ist, werden die Körperpartien abgekürzt (Ehlich & Rehbein 1981: 181). Wie in der Tabelle 2 zu sehen ist, bestehen die Kurzbezeichnungen aus zwei Großbuchstaben. Beispiele dafür sind: Hände, Augen, Arme (Ehlich & Rehbein 1981: 183):

Kopf	KO
Körper	KÖ
Hand	HA
Hände	HÄ
Auge(n)	AU
Arm(e)	AR

Tabelle 2: Tabelle Abkürzungen der Körperpartien und Extremitäten nach Ehlich & Rehbein (1981: 183).

6.2.5 Analyse anhand der *Renditions* nach Wadensjö

Hale & Napier (2013) weisen darauf hin, dass die Diskursanalyse eine beliebte Forschungsmethode für DolmetschforscherInnen ist, insbesondere für den Bereich des Kommunaldolmetschens und Dialogdolmetschens (Hale & Napier 2013: 128). Hofer-Falk konzipiert die linguistische Gesprächsanalyse als „Interaktion als Ganzes“ (Hofer-Falk 2023: 83). Die Diskursanalyse eignet sich sehr gut für die Untersuchung triadisch gedolmetschter Interaktionen, da die von DolmetscherInnen vermittelten Ereignisse mündlicher Natur sind und von Kontext und TeilnehmerInnen beeinflusst werden (Hale & Napier 2013: 128):

[Discourse analysis] DA lends itself very well to the study of triadic interpreted interactions because interpreter-mediated events are oral in nature and are influenced by context and participants. Interpreting cannot be conducted or analysed out of context, and dialogue interpreting is conducted in a participatory framework, where each turn affects the other (Hale & Napier 2013: 128).

Da beide Dolmetschinszenierungen absichtlich ähnlich strukturiert wurden, ist es möglich, sie mithilfe bestimmter *rich points* und anhand der Interviewaussagen zu vergleichen (Kapitel 7.1). Gumul & Herring (2022) definieren *rich points* als eine Reihe von Merkmalen (*points*), die von besonderem Interesse im Hinblick auf die Forschungsfragen sind. Interessant sind sie vor allem aufgrund ihres herausfordernden Potenzials in Bezug auf die Entscheidungsfindung der DolmetscherInnen, die terminologische oder konzeptuelle Komplexität sowie die mögliche Einbeziehung emotionaler Reaktionen (Gumul & Herring 2022: 243).

Für die Analyse der Simulationen beziehungsweise der Wiedergaben wurde unter Anwendung der Typologie der *renditions* nach Wadensjö (1998) durchgeführt. „A ‘rendition‘ is a stretch of text corresponding to an utterance voiced by an interpreter“ und diese bezieht sich auf das Original (die originale Aussage) (Wadensjö 1998: 106). „Originals“ bezeichnen Aussagen, die von primären InteraktionspartnerInnen stammen. Außerdem können *Renditions* sich auf unterschiedliche Weise auf das Original beziehen. Das bildet die Grundlage für die Einteilung von diesen in Unterkategorien (Wadensjö 1998: 106). Die für die vorliegende Masterarbeit notwendige *Renditions* werden wie folgt kategorisiert (Wadensjö 1998: 107f.):

- *Close renditions*: Die Wiedergabe des/der DolmetscherIn stimmt sowohl inhaltlich als auch stilistisch mit dem Original überein.
- *Expanded renditions*: Die Wiedergabe des/der DolmetscherIn enthält mehr explizit ausgedrückte Informationen als das Original.
- *Reduced renditions*: Die Wiedergabe des/der DolmetscherIn enthält weniger explizit ausgedrückte Informationen als das Original.
- *Substituted renditions*: Die Wiedergabe des/der DolmetscherIn setzt sich aus einer Kombination von *expanded renditions* und *reduced renditions* zusammen.
- *Non-renditions*: Die Wiedergabe kann als persönliche Initiative oder als Antwort des/der DolmetscherIn analysiert werden. Dieser Teil ist nicht im Original zu finden.

- *Zero renditions*: Die Wiedergabe des/der DolmetscherIn fehlt. Das bedeutet, dass das Original nicht gedolmetscht wurde.

6.3 Leitfadengestützte problemzentrierte Interviews

Um die Forschungsfragen Nummer 3 und 4 umfassend beantworten zu können, wurden Interviews durchgeführt. Die Kombination aus „teilnehmender Beobachtung“ (Hug & Poscheschnik 2015) und leitfadengestützten problemzentrierten Interviews (problem-centered interview PZI) (Witzel 2000: 1) macht es möglich, die Wiedergabe ausführlich zu analysieren. Retrospektive Interviews spielen eine wichtige Rolle, da sie es ermöglichen, die verschiedenen Reaktionen, Handlungen und das strategische Verhalten beim Dolmetschen beider Probandinnen zu verstehen und analysieren. Diese Art der Interviews kann außerdem relevant sein, um Strategien zu untersuchen, die im Umgang mit *rich points* verwendet werden (Arumi Ribas & Vargas-Urpi 2017: 134). Die problemzentrierten Interviews mit den zwei Probandinnen wurden erst nach der Simulation und separat durchgeführt. Sie sollten die mündliche retrospektive Selbstreflexion der Probandinnen fördern:

Actors must now much rather take responsibility for their own actions. Once such a view is assumed and they increasingly consider themselves as the agent planning their own life course, then a certain amount of self-reflection will necessarily follow. (Witzel 2000: 1)

Die Probandinnen hatten die Möglichkeit, ihre eigene Wahrnehmung und Dolmetschung genau und bewusst zu betrachten. Außerdem waren die Interviews unumgänglich für eine umfassende Analyse der Wiedergabe und der Dolmetschstrategien. Die Interviewleitfaden sind im Anhang zu finden.

6.3.1 Transkriptionskonventionen der leitfadengestützten Interviews

Für die Transkription der Interviews wurde das Word-Programm (Diktieren) mit Spracherkennung verwendet. Die Transkriptionen wurden dann von der Autorin der vorliegenden Arbeit orthografisch verbessert und im Gegensatz zu ausführlichen Transkriptionskonventionen

für die Simulation (Kapitel 6.2.4) gab es in diesem Fall keinen Bedarf, komplexe Transkriptionskonventionen zu verwenden. Die Transkriptionskonventionen für die Interviews wurden in Anlehnung an die Literatur von Dresing & Pehl (2015: 21–25) ausgewählt. Tabelle 3 veranschaulicht die Transkriptionskonventionen:

<i>Kursiv</i>	Termini oder Teile der Dolmetschung, die von den Probandinnen zitiert wurden
/	Halbsätze
Versalien bzw. Großbuchstaben	betonte Wörter
„hm“ „ja“ „aha“ „ähm“	Rezeptionssignale
(.)	<u>ca. 1 Sekunde Pause</u>
(..)	ca. 2 Sekunden Pause
(...)	ca. 3 Sekunden Pause
Klammer	Emotionale nonverbale Äußerungen, zum Beispiel (lacht), (seufzt) etc.

Tabelle 3: Transkriptionskonventionen für die Interviews nach Dresing & Pehl (2015: 21–25)

Darüber hinaus wurden zwei weitere Transkriptionskonventionen hinzugefügt, weil diese für eine genauere Transkription der Interviews im Rahmen der Fallstudie notwendig waren:

***	Schimpfwörter
Fußnote	Übersetzung ins Deutsche
((Nachname der Patientin))	Anonymisierung von Personen, Namen, Arbeitsorten, Spitäler

Tabelle 4: Weitere Transkriptionskonventionen für die Interviews

Für eine bessere Nachvollziehbarkeit wurden die Zeilen der Interviews nummeriert, sodass konkret auf diese verwiesen werden konnte. Ein Verweis kann dabei beispielsweise wie folgt aussehen: (P1 10–12), wobei P1 für die Probandin 1 und 10–12 für die Zeilennummerierung

steht. Für die interviewende Person und die Probandinnen wurden die folgenden Abkürzungen verwendet:

- I: interviewende Person;
- P1: erste Probandin bzw. erste befragte Person;
- P2: zweite Probandin bzw. zweite befragte Person.

7. Analyse

Im vorliegenden Kapitel werden die Simulationen und die Interviews von Probandin 1 (P1) und Probandin 2 (P2) analysiert. Es ist von Bedeutung zu betonen, dass die Masterarbeit sich auf die Wiedergabe, die individuell angewandten Dolmetschstrategien und die persönlichen Reflexionen der Probandinnen P1 und P2 konzentriert. Auf diese Weise soll ein umfassender Einblick in den Untersuchungsgegenstand gewonnen werden.

7.1. Datenauswertung der Simulationen anhand von 8 *rich points*

Im Zuge der Analyse wurden acht *rich points* (Gumul & Herring 2022) identifiziert, die in den Simulationen mehrfach vorkommen und die sich auf symbolische Schlüsselbegriffe mit Tabu-Themen wie Krebs, Leiden, Schmerzen, Tod und Sterben konzentrieren. Die acht ausgewählten *rich points* sind in nachfolgender Auflistung ersichtlich. Die Wiedergaben und die angewandten Strategien der beiden Probandinnen werden mithilfe dieser *rich points* unter Anwendung der Typologie der *renditions* nach Wadensjö (1998) analysiert und verglichen:

- 1) Die terminale Diagnose
- 2) Todesqualen
- 3) Krebs als Lebensräuber und hässliches Biest
- 4) Krebs als Serienmörder
- 5) Das Leid tragen
- 6) Krebs als Gefängnis, Quälerei und ewiger Schwebezustand
- 7) Letzte Phase des Lebens
- 8) Kampf gegen Krebs

Die gewählten *rich points* zeigen auch die verschiedenen Phasen des medizinisch-onkologischen Gespräches chronologisch auf. Zuerst wird die terminale Diagnose erwähnt, dann werden die Symptomatik und die sprachliche Wahrnehmung der Multidimensionalität des Krebses präsentiert. Abschließend wird die scheinbare Dichotomie zwischen der Onkologie und der Palliativmedizin kurz behandelt. Die Onkologie betrifft in erster Linie die Patien-

tInnen, die gegen die Krankheit kämpfen, während die Palliativmedizin Erkrankte in der letzten Lebensphase begleitet. Die Analyse der *rich points* erfolgt in Folge anhand von Beispielen aus den Simulationen von P1 und P2. Um die spezifischen Passagen in der Simulation zu markieren, werden Abkürzungen gewählt, zum Beispiel: TS1: 13, wobei „T“ für Transkriptauszug, „S“ für Simulation, „1“ für die Transkriptauszugsnummer und „13“ für die EXMA-RaLDA-Tabelle steht.

1) Rich point: Die terminale Diagnose

[13]

31 [01:35.0]	
P2 [v]	ascoltare un po' la sua situazione.
P [v]	Grazie • • ((holt Luft)) Bè, sì äh • • come le ho
P2 [nv]	
P2 [de]	Situation anzuhören.
P [de]	Danke • • ((holt Luft)) also, ja • • wie ich Ihnen per E-Mail
P [nv]	KO nach unten, dann B>O, dann schaut in die Leere

[14]

32 [01:43.8*]	
P [v]	scritto per Email sono due anni che • • sì • • sono due anni che è arrivato l'intruso
	-
P [de]	geschrieben habe, ist es zwei Jahre her, dass • • ja • • es ist zwei Jahre her, dass der Eindringling
P [nv]	AU nach unten

[15]

33 [01:44.5*]	34 [01:49.4*]
P [v]	e la diagnosi, se non mi sbaglio, gliel'ho mandata anche per email, è un carcinoma
	-
P [de]	gekommen ist und die Diagnose • • wenn ich mich nicht irre, habe ich sie Ihnen auch per E-Mail
P [nv]	schaut in die

[16]

35 [01:50.9*]	
P [v]	con metastasi • • eee ho fatto di tutto: sono stata in cura all' (Krankenhaus in Wien),
P [de]	geschickt • • ist metastasierendes Karzinom • • und ich habe alles Mögliche gemacht: Ich bin im
P [nv]	Leere

Transkriptauszug 1: Patientin



Abb. 1: Patientin schaut in die Leere und berichtet über ihre Diagnose. P2 hält trotzdem Blickkontakt mit der Patientin

[22]

	39 [02:25.6*]
P2 [v]	Ihnen per E-Mail schon erzählt habe, seit zwei Jahren habe ich mit dieser Krankheit
P2 [nv]	- AU nach unten

[23]

	40 [02:26.2]
P2 [v]	zu tun gehabt. Die Diagnose oder genau worum es genau geht, aber ich Ihnen auch

[24]

	41 [02:34.0*]	42 [02:35.6*]
P2 [v]	schon erwähnt. Das heißt einem Karzinom mit Metastasen, ja. Und ich hab alles	
	-	

Transkriptauszug 2: Wiedergabe P2

Im Transkriptauszug 1 erklärt die Patientin den Grund für ihren Besuch bei der Onkologin, das heißt, ihre terminale Diagnose: metastasierendes Karzinom. Sowohl die Transkriptauszüge 1 und 2 als auch das Aufzeichnungsmaterial (Abbildung 1) machen deutlich, dass dies eine äußerst sensible und heikle Phase des medizinischen Gesprächs ist. Der Krebs wird von der Patientin nicht direkt benannt, sondern anhand einer Personifikation ausgedrückt: „sono due

*anni che è arrivato l'intruso*⁵ (TS1: 14). Die Patientin signalisiert durch die Auswahl des Terminus, dass es für sie ein Tabu ist, in direkter Weise über ihre Krebserkrankung zu sprechen. Diese Tabuisierung wird nicht nur durch die Sprechpausen ersichtlich, sondern geht auch aus dem Transkriptauszug 1 hervor: Der italienische Terminus „*intruso*“⁶ wird dabei von der Patientin durch die stimmliche Betonung besonders hervorgehoben. Nach Zögern präzisiert die Patientin, dass es sich um ein „*carcinoma con metastasi*“⁷ (TS1: 15–16) handelt und sie verwendet dabei einen medizinischen Fachterminus. Auf Basis des Aufzeichnungsmaterials (Abbildung 1) lassen sich interessante Einblicke gewinnen: Es ist erkennbar, dass die Patientin in die Leere schaut, während sie von ihrer Krankheit erzählt. Interessanterweise hält P2 jedoch den Blickkontakt mit der Patientin aufrecht. Dies signalisiert, dass die Aufmerksamkeit von P2 explizit auf die Patientin gerichtet ist. P2 hört der Patientin aufmerksam zu, bevor sie dolmetscht. Die beschriebene Haltung von P2 könnte auch für die Patientin bedeutsam sein, da P2 der Patientin so möglicherweise signalisiert, dass sie gehört und verstanden wird. Infolgedessen könnte Vertrauen zwischen Patientin und Probandin aufgebaut werden.

In ihrer Wiedergabe verwendet Probandin 2 den deutschen Terminus „*Krankheit*“ (TS2: 22), ohne auf die wörtliche deutsche Entsprechung von „*intruso*“⁸ zurückzugreifen. Diese Strategie kann als *substituted rendition* kategorisiert werden, da der Terminus „*Krankheit*“ zwar mehr explizite Informationen als „*intruso*“ liefert, aber nicht die negative Konnotation von Krebs enthält. Hingegen ist „*Karzinom mit Metastasen*“ (TS2: 24) in diesem Zusammenhang als *close rendition* zu identifizieren, weil Probandin 2 den entsprechenden medizinischen Fachterminus verwendet. Außerdem lässt sich in dieser Passage beobachten, dass Probandin 2 dieselben Termini betont, die die Patientin während des Gesprächs hervorgehoben hat: „*carcinoma*“ (TS1: 15) und „*Karzinom*“ (TS2: 24).

⁵ „Es ist zwei Jahre her, dass der Eindringling gekommen ist“ (Übers. E.R.). Die Äußerungen auf Italienisch werden im Sinne der besseren Nachvollziehbarkeit von der Verfasserin der vorliegenden Masterarbeit ins Deutsche übersetzt.

⁶ „Eindringling“ (Übers. E.R.).

⁷ „Metastasierendes Karzinom“ (Übers. E.R.).

⁸ „Eindringling“ (Übers. E.R.).

[11]

P [v] allora io sono venuta qui, come ha letto sicuramente nella mia mail, la mia diagnosi
P [nv] nach unten dann legt die Hand auf die Brust
P [de] ich bin hierhergekommen, wie Sie sicherlich in meiner E-Mail gelesen haben, kennen Sie bereits

[12]

28 [01:46.8*]29 [01:47.2*] 30 [01:47.8*]31 [01:48.2*]
P [v] la conosce e • sì mh ho un tumore al seno, cancro al seno con metastasi e sono qui
P [nv] AU zu und schüttelt den Kopf
P [de] meine Diagnose und ja mh ich habe Brustkrebs, Metastasierter Brustkrebs und ich bin hier, weil ich

Transkriptauszug 3: Patientin



Abb. 2: Mimik der Patientin mit nach unten gerichteten Augen, dann legt sie die Hand auf die Brust.
P1 hält trotzdem Blickkontakt mit der Patientin

[18]

35 [02:23.3*]
P1 [v] gelesen, auch von meiner Diagnose. Ich habe Brustkrebs, metastasierenden
P1 [nv]

[19]

36 [02:25.1*]
P1 [v] Brustkrebs und ich bin hier für eine zweite Meinung. Ich wurde betreut im

Transkriptauszug 4: Wiedergabe P1

Im Transkriptauszug 4 handelt es sich um den Gesprächsbeginn der Simulation mit P1. Die Patientin berichtet der Onkologin von ihrer Diagnose: „*ho un tumore al seno, cancro al seno con metastasi*“⁹ (TS3: 12). Es lässt sich feststellen, dass in der Wiedergabe von P1 die entsprechenden medizinischen Fachtermini verwendet werden: „*Ich habe Brustkrebs, metastasierenden Brustkrebs*“ (TS4: 18–19). Diese Strategie kann als *close rendition* klassifiziert werden. Anhand dieser Passage können auch andere Erkenntnisse gewonnen werden. Abbildung 2 veranschaulicht die Mimik der Patientin: Die Augen sind nach unten gerichtet und sie legt eine Hand auf die Brust. Obwohl die Patientin, während sie spricht, nicht zu P1 schaut, hält P1 den Blickkontakt mit der Patientin aufrecht. Auch dieses Datenmaterial zeigt, wie P1 der Patientin aufmerksam zuhört, bevor sie dolmetscht.

2) Rich point: Todesqualen

[96]

	102 [09:09.1]	103 [09:10.9*]	104 [09:11.7*]
P2 [v]	Zeit verbringen.		
P [v]	Ho praticamente un male boia , non ne posso più, ventiquattro		
	-		
P2 [nv]			
P [de]	Ich erleide praktisch Todesqualen, ich halte es nicht mehr aus, rund um die Uhr ist		
P [nv]	AU nach oben, dann schüttelt den Kopf		

Transkriptauszug 5: Patientin

⁹ „Ich habe Brustkrebs, metastasierter Brustkrebs“ (Übers. E.R.).

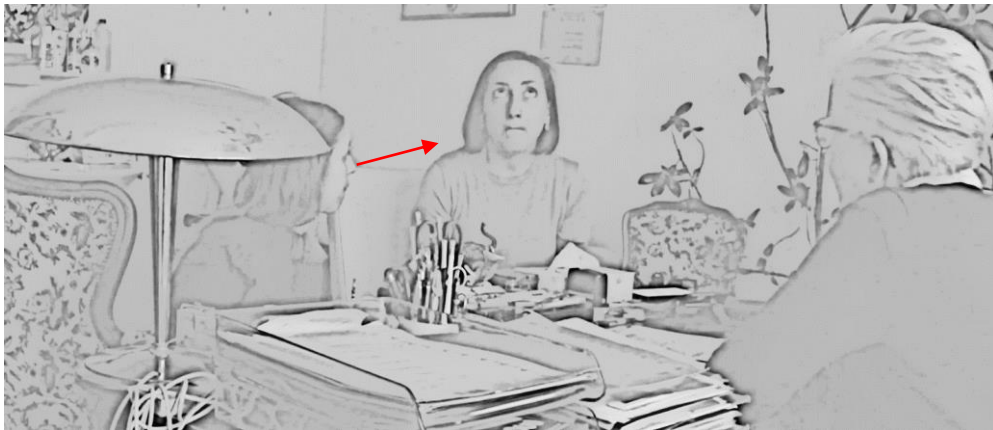


Abb. 3: Mimik der Patientin, Augen nach oben und schüttelt den Kopf. P2 hält trotzdem Blickkontakt mit der Patientin

[97]

	105 [09:16.2]	106 [09:17.2*]	107 [09:17.6*]
P2 [v]	Es ist für eine Quälerei , es ist wirklich ständig		
P [v]	ore su ventiquattro è una tortura.		
P2 [nv]	B>O	AU nach oben, dannschüttelt den Kopf	
P [de]	es eine Quälerei.		
P [nv]			

Transkriptauszug 6: Wiedergabe P2



Abb. 4: Probandin 2 schüttelt während der Dolmetschung den Kopf und hält Blickkontakt mit der Onkologin

In dieser Phase des Aufklärungsgesprächs sammelt die Onkologin relevante Informationen über die Symptome der Patientin. Die Patientin berichtet von dauerhaften massiven Schmerzen und beschreibt diese durch die Metapher „*ho praticamente un male boia*“¹⁰ (TS5: 96). Wie Peters (2021) beschreibt: „Metaphern spielen im Diskurs um Gesundheit, Krankheit und Medizin eine wichtige Rolle“ (Peters 2021: 47). Durch dieses rhetorische Mittel wird die Schwere der chronischen Symptome betont, die die Patientin empfindet. Der in der Metapher vorkommende Henker, „*il boia*“¹¹, ist eine historische Figur, die mit der Vollstreckung von Todesurteilen in Verbindung gebracht wird. Außerdem betont die Patientin den italienischen Terminus nachdrücklich. Allerdings lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob die Patientin sich der historischen Bedeutung des Terminus bewusst ist oder ob „*male boia*“ eine standardisierte Redewendung im Italienischen ist, die verwendet wird, um etwas Schmerzhaftes zu bezeichnen. Die Probandin 2 verwendet im Deutschen dafür den Terminus „*Quälerei*“ (TS6: 97). Auch P2 (Transkriptauszug 6) legt während ihrer Dolmetschung Wert auf die Betonung des Terminus. Diese Wiedergabe von P2 lässt sich als *close rendition* kategorisieren, da sie dem symbolischen Inhalt der Originalaussage der Patientin entspricht.

Die Beschreibung der Symptomatik und der Schmerzen ist ein wesentlicher Teil des medizinisch-onkologischen Gesprächs, die sensibel und heikel sein kann. Abbildung 3 zeigt die Patientin in der Gesprächssituation. Aus der Mimik der Patientin ist Nervosität herauszulesen: Ihre Augen sind nach oben gerichtet und sie schüttelt den Kopf, während sie von ihren ständigen Schmerzen erzählt. Besonders interessant ist, dass P2 bei der Dolmetschung auch die Mimik der Patientin imitiert (Abbildung 4). Dieses Verhalten zeigt die Empathie von P2, die auch die von der Patientin ausgedrückten Gefühle wiedergibt. Die nonverbalen Äußerungen können zur effektiven Übermittlung der Botschaft an die Onkologin beitragen und ermöglichen ein tieferes Verständnis der Symptomatik der Patientin.

¹⁰ „Ich erleide praktisch Todesqualen“ (Übers. E.R.).

¹¹ „Der Henker“ (Übers. E.R.).

[51]

72 [05:23.0*] 73 [05:23.7*]	
P [v]	miei problemi. Cioè ho un male boiaventiquattro ore su ventiquattro e mi fa male di
P [nv]	B>P1 und schüttelt den Kopf
P [de]	nicht! Ich meine, ich erleide vier-und-zwanzig Stunden am Tag Todesqualen und alles tut weh, mir ist

Transkriptauszug 7: Patientin



Abb. 5: Die Patientin schüttelt den Kopf und richtet die Augen nach oben. P1 hält Blickkontakt mit der Patientin.

[56]

76 [05:49.4]	
P [v]	malissimo/ cioè no basta.
P1 [v]	Ähm ich weiß gar nicht, wo ich anfangen soll. Ich habe fast
P [nv]	
P [de]	
P1 [nv]	B>O und schüttelt den Kopf

[57]

P1 [v]	alles, mir ist sehr oft übel. Früher habe ich gerne vergessen, aber jetzt, wenn ich nur
P1 [nv]	

Transkriptauszug 8: Wiedergabe P1

Im Transkriptauszug 8 enthält die Wiedergabe von Probandin 1 weniger Informationen als die Originalaussage der Patientin „*cioè ho un male boia ventiquattro ore su ventiquattro*“¹² (TS7: 51). „*Ich habe fast alles, mir ist sehr oft übel*“ (TS8: 56–57) kann daher als *reduced rendition* betrachtet werden. Weder die Art noch die zeitliche Angabe der Schmerzen werden in der Wiedergabe von P1 präzisiert. Der Grund für diese Strategie könnte sein, dass P1 eine klare und direkte Kommunikation bevorzugt, um mögliche Missverständnisse zu vermeiden, die durch eine stark symbolische Sprache entstehen könnten.

Auch in Abbildung 5 sieht man, wie P1 den Blickkontakt mit der Patientin hält, obwohl die Patientin nach oben schaut und den Kopf schüttelt. Auch in diesem Fall zeigt sich die empathische Haltung von P1 gegenüber der Patientin.

3) **Rich point: Krebs als Lebensräuber und hässliches Biest**

[114]

	114 [10:51.2]	115 [10:53.4*]
P2 [v]	einschlafen wegen Schmerzen in den Gelenken.	
P [v]		Il problema è questo ladro
P2 [nv]		-
P [de]		Das Problem ist, dass der (Krebs) mein
P [nv]		startet in die Leere

[115]

	116 [10:54.0*]
P [v]	di vite è davvero una brutta bestia e • • non/
P [de]	Leben raubt. Das Problem ist, dieser Lebensräuber ist wirklich ein hässliches Biest • • wirklich nicht/
P [nv]	schüttelt den Kopf

Transkriptauszug 9: Patientin

¹² „Ich meine, ich erleide vierundzwanzig Stunden am Tag Todesqualen“ (Übers. E.R.).

[116]

	117 [10:59.9]	118 [11:02.3*]	119 [11:03.0*]
P2 [v]	Das Problem ist eben, dass diese Krankheit so in meinem Leben steht. Ich kann		
P [v]	basta.	-	
P2 [nv]	B>O		schüttelt den Kopf
P [de]	Stop.		
P [nv]			

Transkriptauszug 10: Wiedergabe P2

Im Transkriptauszug 9 fügt die Patientin direkt nach der Dolmetschung von Probandin 2 ein weiteres relevantes Detail zu ihrem Krankheitszustand hinzu. Sie beschreibt den Krebs durch zwei Metaphern: „*questo ladro di vite*“¹³ und „*è davvero una brutta bestia*“¹⁴ (TS9: 114–115). Diese beschreiben die Wahrnehmung ihrer Krebserkrankung im Endstadium und unterstreichen Gefühle, wie Bedrohung und Abneigung, welche durch den Krebs ausgelöst werden. Die Wiedergabe von P2 „*diese Krankheit steht in meinem Leben*“ (TS10: 116) impliziert, dass die terminale Erkrankung der Patientin Teil ihres Alltags geworden ist. P2 verzichtet darauf, die symbolischen Termini „*ladro*“¹⁵ und „*bestia*“¹⁶ in ihre Dolmetschung einzubeziehen, sie transportiert jedoch deren Bedeutung durch den Terminus „*Krankheit*“, was einer *substituted rendition* entspricht.

[96]

	125 [10:31.6*]	126 [10:31.9*]	127 [10:33.4*]
P [v]	• •	il ladro di vite	• • lo stesso male mio • • l'anno scorso • •
P [nv]	schüttelt den Kopf	AU zu	AU nach oben
P [de]	Lebensräuber • • dem gleichen Bösen wie ich • •	letztes Jahr entführt • •	und ja das war's. Wir (mein

Transkriptauszug 11: Patientin

¹³ „Dieser Lebensräuber“ (Übers. E.R.).

¹⁴ „[Der Krebs] ist wirklich ein hässliches Biest“ (Übers. E.R.).

¹⁵ „Lebensräuber“ (Übers. E.R.).

¹⁶ „Biest“ (Übers. E.R.).

[99]

	129 [10:52.1*]	130 [10:52.8*]
P1 [v]	Jahren bei einem Autounfall verstorben	und meine Mutter ähm war auch betroffen
P1 [nv]	-	AU nach unten

[100]

	131 [10:56.6*]	132 [10:57.3*]	133 [10:59.4]
O [v]			Das hat sie miterlebt, den Tod der
P1 [v]	ähm von Brustkrebs	und ist daran verstorben.	
O [nv]	-		B>P1, dann B>P

Transkriptauszug 12: Wiedergabe P1

Die Onkologin hat die Patientin kurz zuvor um genauere Informationen zu ihrem sozialen Umfeld gebeten, da diese nicht in den Befunden enthalten sind. Laut Peters (2021: 265) soll die Rekonstruktion der Lebenswelt der PatientInnen unter anderem darauf abzielen, ein vollständiges Verständnis ihrer Lebenssituation zu erlangen (Peters 2021: 256). Die Patientin erzählt, dass ihre Mutter erst ein Jahr zuvor an Krebs verstorben sei (TS11: 95–96). Es handelt sich daher um ein hoch emotionalisiertes Thema. Das zeigt sich nicht nur an den vielen Sprechpausen, sondern auch an der Verwendung zweier Metaphern, um den Krebs zu bezeichnen: „*il ladro di vite*“¹⁷ und „*lo stesso male mio*“¹⁸ (TS11: 96). P1 entscheidet sich für eine sehr direkte Wiedergabe: „*Meine Mutter war von Brustkrebs betroffen und ist daran verstorben*“ (TS12: 99–100). Hierbei handelt es sich um eine *substituted rendition*. Die Wiedergabe von P1 ist sachlicher und verzichtet auf rhetorische Mittel, die die Konzepte des „*Lebensräubers*“ oder des bösartigen Krebses transportieren würden. Die Wiedergabe von P1 enthält jedoch mehr explizit ausgedrückte Informationen als die originale Aussage der Patientin. Außerdem betont P1 den Terminus „*Brustkrebs*“ (TS12: 99–100).

¹⁷ „Der Lebensräuber“ (Übers. E.R.).

¹⁸ „Das gleiche Böse“ (Übers. E.R.).

4) Rich point: Krebs als Serienmörder

[171]

P [v]	mia madre è scomparsaaa l'anno scorso sempre per ähm per ähm per questo male,
P [de]	tödlichen Unfall gestorben ist • meine Mutter ist letztes Jahr an ähm an ähm auch dieser Krankheit
P [nv]	

[172]

	195 [16:16.7*]	196 [16:17.6*]
P [v]	per ähm insomma il serial killer	che colpisce, insomma il
P [de]	erlegen, an ähm wegen des Serienkillers, der zuschlägt, kurz gesagt an Brustkrebs auch/ auch an	
P [nv]		

Transkriptauszug 13: Patientin

[180]

P2 [v]	dem gleichen Serial Killer betroffen, sozusagen. Ich habe vorhin in einem
P2 [nv]	

Transkriptauszug 14: Wiedergabe P2

Die Patientin berichtet über ihre Familiengeschichte und verwendet dabei eine euphemistische Sprache: „*mia madre è scomparsaaa l'anno scorso*“¹⁹ (TS13: 171). In diesem Fall vermeidet die Patientin, sich direkt über den Tod ihrer Mutter zu äußern und verwendet das italienische Verb „*scomparire*“²⁰. Die häufigste Bedeutung des italienischen Verbs „*scomparire*“ ist „aus dem Blickfeld verschwinden“ (Enciclopedia Treccani n.d.). Das Verb kann jedoch auch eine euphemistische Bedeutung für das Versterben einer Person annehmen (Enciclopedia Treccani n.d.). Es im Italienischen jedoch keinesfalls zweideutig. In diesem spezifischen Kontext ist offensichtlich, dass es sich nicht um ein Verschwinden, sondern um einen Todesfall handelt.

Außerdem personifiziert die Patientin den Brustkrebs ihrer Mutter: „*insomma il serial killer*“²¹ (TS13: 172) und betont den Terminus durch den Satzakkzent. Peters (2021) weist darauf hin, dass Personifikationen des Todes „zum rhetorischen Standardinventar der Palliativ-

¹⁹ „Meine Mutter ist letztes Jahr eingeschlafen“ (Übers. E.R.).

²⁰ „Schwinden“ (Übers. E.R.).

²¹ „Wegen des Serienkillers“ (Übers. E.R.).

medizin“ gehören und dem Tod eine greifbare Bedeutung verleihen (Peters 2021: 235). Ein weiterer Aspekt ist im Transkriptauszug 13 zu berücksichtigen. Das von der Patientin verwendete Prädikat zum Subjekt „*serial killer*“ ist „*colpire*“²² (TS13: 172), statt zum Beispiel „*uccidere*“²³ oder „*assassinare*“²⁴. Auch in diesem Fall zeigt sich, dass die Patientin die Verwendung symbolischer Sprache vorzieht, um über traumatische Ereignisse zu berichten. Im Transkriptauszug 14 wird ersichtlich, dass Probandin 2 die negativ konnotierte Personifikation übernimmt: „*von dem gleichen Serial Killer betroffen*“ (TS14: 180). Diese Strategie lässt sich daher als *close rendition* kategorisieren.

[94]

	..
P [v]	• vivo qui con mio marito che anche lui è italiano. E si, basta. Mio padre è
P [nv]	
P [de]	lebe hier mit meinem Mann, der auch Italiener ist. Und ja, das war's. Mein Vater ist vor drei Jahren bei

[95]

		122 [10:26.4*]	123 [10:28.0*]	124 [10:30.4*]
P [v]	scomparso tre anni fa in un incidente mortale. Mia madre se l'è portata il serial killer			
P [nv]		-	-	-
P [de]	einem Autounfall tödlich verunglückt. Meine Mutter wurde von dem Serienkiller • • dem	AU nach unten		AU zu und

[96]

		125 [10:31.6*]	126 [10:31.9*]	127 [10:33.4*]
P [v]	• •	il ladro di vite	• •	lo stesso male mio • • l'anno scorso • •
P [nv]	schüttelt den Kopf	-		
P [de]	Lebensräuber • • dem gleichen Bösen wie ich • • letztes Jahr entführt • • und ja das war's. Wir (mein	AU zu	AU nach oben	

Transkriptauszug 15: Patientin

²² „Zuschlagen“ (Übers. E.R.).

²³ „Töten“ (Übers. E.R.).

²⁴ „Ermorden“ (Übers. E.R.).

[98]

	..
P1 [v]	ähm mit meinem Mann, der ebenfalls aus Italien kommt. Mein Vater ist vor drei
P1 [nv]	

[99]

	129 [10:52.1*]	130 [10:52.8*]
P1 [v]	Jahren bei einem Autounfall verstorben	und meine Mutter ähm war auch betroffen
P1 [nv]	-	AU nach unten

[100]

	131 [10:56.6*]	132 [10:57.3*]	133 [10:59.4]
O [v]			Das hat sie miterlebt, den Tod der
P1 [v]	ähm von Brustkrebs und ist daran verstorben.		
O [nv]			B>P1, dann B>P

Transkriptauszug 16: Wiedergabe P1

Die Patientin berichtet, dass ihr Vater drei Jahre zuvor bei einem Autounfall ums Leben gekommen und ihre Mutter an Krebs verstorben sei (TS15: 94–95–96). Die Patientin verwendet weiterhin eine symbolische Sprache. Erstens wird das italienische Verb „*scomparire*“ (TS15: 95) herangezogen, um das Schicksal des Vaters zu beschreiben. Zweitens verwendet sie drei verschiedene negativ konnotierte Personifikationen, um den Brustkrebs ihrer Mutter zu benennen: „*mia madre se l'è portata via il serial killer, il ladro di vite, lo stesso male mio*“²⁵ (TS15: 95–96). Die emotionale Belastung der Patientin, über die schmerzhaftes Familiengeschichte zu berichten, wird auch durch Sprechpausen und das häufige Zögern deutlich (TS15: 96). Die Wiedergabe von P1 enthält keine Metapher: „[...] *Bei einem Autounfall verstorben und meine Mutter war auch von Brustkrebs betroffen und ist daran verstorben*“ (TS16: 99–100). Die Wiedergabe von P1 kann dementsprechend als *substituted rendition* klassifiziert werden. Selbst wenn die drei Personifikationen von P1 in der Dolmetschung nicht übernommen wurden, enthält die Wiedergabe mehr explizit ausgedrückte Informationen als die Aussage der Patientin.

²⁵ „Meine Mutter wurde von dem Serienmörder, Lebensräuber, das gleiche Böse“ (Übers. E.R.).

5) Rich point: Das Leid tragen

[197]

217 [18:33.4]	
O [v]	ganz wichtig, dass man das Leid nicht alleine trägt.
P2 [v]	Ehm non si tratta di curiosità, eh.
P2 [nv]	B>P
P2 [de]	Das ist keine Neugier, ja. In diesem

Transkriptauszug 17: Onkologin

[198]

218 [18:36.4]	
P2 [v]	È importante in questa fase della vita che lei non si occupi di questo fardello da sola,
P [v]	No, certo.
P2 [nv]	
P2 [de]	Lebensabschnitt ist es wichtig, dass Sie diese Last nicht nicht allein tragen.
P [de]	Ja, klar.
P [nv]	nickt, AU nach unten

Transkriptauszug 18: Wiedergabe P2

In diesen Passagen liegt der Fokus des Gesprächs auf dem sozialen Umfeld der Patientin. Die Onkologin betont, wie wichtig es in der Terminalphase der Krankheit ist, vertraute Personen um sich zu haben, auf die man sich verlassen kann: „*Es ist ganz wichtig, dass man das Leid nicht alleine trägt*“ (TS17: 197). Die Metapher „*das Leid tragen*“ wird auch in der Wiedergabe von P2 übernommen: „*che lei non si occupi di questo fardello da sola*“²⁶ (TS18: 198). Daher kann die Strategie von P2 als *close rendition* kategorisiert werden.

P2 übernimmt die metaphorische Sprache der Patientin, die von dieser oft verwendet wird, um über Krebs, Schmerzen und die Schicksale in ihrer Familie zu sprechen. Möglicherweise wird durch das Erzählen über die Krankheit und die subjektiven Empfindungen eine Vertrauensbasis zwischen Patientin und Dolmetscherin etabliert, da die Worte der Patientin durch die Dolmetscherin wiedergegeben werden. Die Bindung kann dadurch gestärkt werden, dass sich die Patientin höchstwahrscheinlich sicherer und gut gedolmetscht fühlt, wenn ihre metaphorische Sprachverwendung Anklang findet. Auf diese Weise kann die Patientin leicht-

²⁶ „Es ist wichtig, dass Sie diese Last nicht nicht alleine tragen“ (Übers. E.R.).

ter über ihre eigene, innere Gefühlswelt sprechen und diese für alle Gesprächsteilnehmenden explizit machen.

[139]

	169 [15:09.3*]170 [15:09.7*]	171 [15:11.6]
O [v]	dass sie das Leid nicht	alleine tragen muss.
P1 [v]		Ehm sì, è importante andare ehm per
P1 [de]		Äh ja, es ist wichtig, ähm als erstes zu einer
O [nv]		
P1 [nv]		B>P, nickt

Transkriptauszug 19: Onkologin

[143]

	172 [15:27.5]
P [v]	Hm' hm'
P1 [v]	importantissimo che ehm non sia sola in questo periodo, c'è una ehm c'è un lavoro
P [nv]	nickt
P1 [de]	ähm es gibt eine professionelle Arbeit, die ähm Sie in dieser Zeit unterstützen kann. Ähm/
P1 [nv]	

[144]

	173 [15:28.1]174 [15:33.4]	175 [15:34.4]176 [15:41.0]	177 [15:42.0]178 [16:00.0]
O [v]			Wenn es dir recht ist, ich
P [v]	Hm' hm'	Hm' hm'	
P1 [v]	professionale che la può ehm supportare in questo periodo.		
P [nv]	nickt	schaute in die Leere und nickt	
O [nv]			B>P1, dann B>P, abwechselnd

Transkriptauszug 20: Wiedergabe P1

In den Transkriptauszügen 19 und 20 ist eine ähnliche Situation zu beobachten. Die Onkologin betont, dass die Patientin ihr Leid nicht allein tragen soll (TS19: 139). Im Vergleich zu P2 verwendet P1 eine andere Strategie. In der Wiedergabe kann man eine empathische Haltung von P1 gegenüber der Patientin annehmen. P1 versucht dabei, die Patientin zu beruhigen und sagt in diesem Zusammenhang, dass es professionelle Hilfestellung in dieser Zeit gibt, die die Patientin als Unterstützung nutzen kann (TS20: 143–144). Diese Stelle kann man als *non-*

rendition kategorisieren: Die Onkologin spricht in diesem Fall nicht von professioneller Arbeit, sondern von Hilfe und Unterstützung durch das familiäre Umfeld und FreundInnen der Patientin.

6) Rich point: Krebs als Gefängnis, Quälerei und ewiger Schwebezustand

[229]

	240 [21:53.1]
P2 [v]	desideri.
P [v]	Che cosa mi spaventa • mi spaventa provare quello che ho provato finora.
P2 [nv]	
P2 [de]	
P [de]	Ähm was mir Angst macht • es macht mir Angst, das zu fühlen, was ich bis jetzt gefühlt
P [nv]	AU zu, schüttelt den Kopf, AU nach oben, dann schaut in die Leere

[230]

	241 [22:00.4*]242 [22:01.0*]	243 [22:02.3*]244 [22:02.9*]245 [22:03.6*]
P [v]	Questi dolori, questa prigionia di paura, questa tortura , questo limbo eterno	
P [de]	habe. Diese Schmerzen, dieses Gefängnis der Angst, diese Quälerei, diese ewige Schwebe. Und was	
P [nv]		

[231]

	246 [22:04.5*]
P [v]	. E cosa vorrei? Non lo so. Pace. Che mi addormentino come ho fatto
P [de]	ich mir wünsche? Ich weiß es nicht. Frieden. Sollen sie mich einschläfern, so wie ich meine Katze

Transkriptauszug 21: Patientin

[233]

	248 [22:21.9*]249 [22:22.4*]
P2 [v]	erlebt habe alles ist Schmerzen, diese Art von Käfig , dass diese Krankheiten hier
P2 [nv]	

[234]

	250 [22:29.8*]251 [22:30.6*]
P2 [v]	um mich herum aufgebaut hat und • diese Quälerei von Schmerzen. Ähm was ich

Transkriptauszug 22: Wiedergabe P2

Im letzten Teil der Simulation mit P2 wird auf zwei weitere wichtige Aspekte eingegangen. Einerseits auf die Ängste, Sorgen und Unsicherheiten der Patientin und andererseits auf ihre letzten Wünsche. Die Patientin macht ihre Angst gegenüber dem bisher Gefühlten und Erlebten deutlich und beschreibt ihr Leben durch drei verschiedene Metaphern: „*questa prigiona di paura, questa tortura, questo limbo eterno*“²⁷ (TS21: 230). In diesem Fall lassen sich drei verschiedene Strategien bei der Wiedergabe von P2 beobachten:

- „*Prigiona*“²⁸ wird von P2 als „*Käfig*“ (TS22: 233) gedolmetscht und betont. Sowohl der ‚Käfig‘ als auch das ‚Gefängnis‘ sind starke visuelle Darstellungen, die eine Einschränkung der Freiheit symbolisieren. Die Patientin fühlt sich nämlich durch den Krebs gefangen. In diesem Fall kann folglich von einer *close rendition* gesprochen werden.
- „*Tortura*“²⁹ wird als „*Quälerei von Schmerzen*“ (TS22: 234) wiedergegeben. Vermutlich fügt P2 „*von Schmerzen*“ hinzu, weil die Patientin kurz zuvor von ihren unerträglichen körperlichen Schmerzen gesprochen hat, weswegen diese Strategie als *expanded rendition* zu kategorisieren ist. Auch in diesem Fall legt P2 die Betonung auf „*Quälerei*“.
- Die Patientin definiert diese existenzielle Phase ihres Lebens als „*limbo eterno*“³⁰ (TS21: 230). Der Terminus bezieht sich auf einen Zustand ständiger Ungewissheit, ohne Fort- oder Rückschritt. Die Patientin fühlt sich dieser Aussage nach wie in der Schwebe. Interessant ist auch, dass der italienische Terminus ‚limbo‘³¹ in der italienischen Literatur häufig mit Dante Alighieris *Göttlicher Komödie* in Verbindung gebracht wird. In diesem Zusammenhang wird die Vorhölle als ein symbolischer Ort zwischen Paradies und Hölle dargestellt, an dem sich die Seelen befinden. Aus den Transkriptauszügen geht hervor, dass der Terminus von P2 ausgelassen wird. Die Auslassung kann als *zero rendition* kategorisiert werden.

²⁷ „Dieses Gefängnis der Angst, diese Quälerei, diese ewige Schwebe“ (Übers. E.R.).

²⁸ „Gefängnis“ (Übers. E.R.).

²⁹ „Quälerei“ (Übers. E.R.).

³⁰ „Ewige Schwebe/Vorhölle“ (Übers. E.R.).

³¹ „Vorhölle“ (Übers. E.R.).

[40]

..		60 [04:36.9]
P [v]	un'altra volta chemio, radio ho detto no: basta. Io non ne posso più. È una prigioniera	
P [nv]	-	
P [de]	wieder Chemotherapie und Radiotherapie gehört habe, habe ich nein, genug, gesagt. Ich kann das nicht	

[41]

..		61 [04:37.7*]	62 [04:38.4*]	63 [04:39.0*]
P [v]	eterna, sono in un limbo eterno			. Io voglio la
P [nv]	-			
P [de]	mehr ertragen. Es ist ein ewiges Gefängnis, ich befinde mich in einem ewigen Schwebezustand. Ich			

Transkriptauszug 23: Patientin

[46]

..	
P1 [v]	weitere Behandlungen möchte. Es ist im (Krankenhaus in Wien) wie in einem
P1 [nv]	-

[47]

..		66 [05:00.1*]
P1 [v]	Gefängnis. Ich brauche meinen Frieden. Ich weiß schon grundsätzlich, was die	

[48]

..	
P1 [v]	Palliativmedizin ist, aber deswegen bin ich auch hier bei Ihnen, weil mir bisher nicht

Transkriptauszug 24: Wiedergabe P1

Die Patientin ist mit der aktuellen Situation unzufrieden. Dennoch lehnt sie mögliche weitere Behandlungen im Krankenhaus sowie Vorschläge und Empfehlungen seitens des medizinischen Personals für weitere Chemo- und Strahlentherapien ab: „è una prigione eterna, sono in un limbo eterno“³² (TS23: 40–41). Im Transkriptauszug 23 wird ersichtlich, dass die zwei unterstrichenen Termini besonders betont werden. „*Prigione eterna*“ wird als „*Gefängnis*“

³² „Es ist ein ewiges Gefängnis, ich befinde mich in einem ewigen Schwebezustand“ (Übers. E.R.).

(TS24: 46) wiedergegeben. In diesem Fall kann von einer *reduced rendition* gesprochen werden. Der Terminus „Gefängnis“ wird beibehalten, jedoch wird das Adjektiv „eterna“³³ ausgelassen, welches dem Gefängnis eine wichtige zeitliche Präzisierung verleiht. Die italienischen Termini „*limbo eterno*“ und „*tortura eterna*“ wurden nicht gedolmetscht und sind daher als *zero rendition* zu klassifizieren.

7) **Rich point: Letzte Phase des Lebens**

Wie Peters (2021) andeutet, wird in der Literatur häufig auf die „Fundamentaldichotomie der medizinlinguistischen Metaphernforschung“ verwiesen: die Militär- und Kampfmetaphern auf der einen und die Weg- und Reisemetapher auf der anderen Seite. Erstere werden vor allem in der kurativen Medizin verwendet. Ihnen gegenüber stehen die in der Palliativmedizin verwendeten Metaphern, wie die Weg- und Reisemetaphern (Peters 2021: 25). Auf diese Aspekte soll in diesem Unterkapitel anhand der *rich points* 7 und 8 Bezug genommen werden.

[208]

224 [19:30.2]	
P2 [v]	Situation nicht hier und nicht dort ist, es gefällt mir einfach nicht.
P [v]	Quanto mi resta?
P2 [nv]	
P [de]	Wie viel Zeit bleibt
P [nv]	schaut in die Leere

Transkriptauszug 25: Patientin

³³ „Ewig“ (Übers. E.R.).

[209]

225 [19:31.7]	
P2 [v]	Ähm wie lange glauben Sie, dass diese Krankheit noch weiter/ mir die Chance
P [v]	
P2 [nv]	B>O
P [de]	mir?
P [nv]	

[210]

226 [19:38.9] 227 [19:53.5]	
O [v]	Achh ((lächelt)) das ist das Einzige, was ich nicht sicher
O [nv]	B>P2, dann B>P, abwechselnd, nickt
P2 [v]	gibt, ein bisschen zu • •?
P2 [nv]	
P [nv]	wischt sich die Tränen ab, atmet tief aus

Transkriptauszug 26: Wiedergabe P2

Im letzten Teil des Aufklärungsgesprächs (Transkriptauszüge 25–26) betont die Patientin, dass sie sich trotz der Unterstützung durch Familie und FreundInnen weiterhin einsam fühlt, weil ihr Umfeld nicht genau verstehen kann, was sie durchmacht. Unmittelbar nach der Dolmetschung von P2 fragt die Patientin: „*Quanto mi resta?*“³⁴ (TS25: 208). In diesem Fall lässt sich in der Wiedergabe von P2 eine *expanded rendition* identifizieren. P2 verdeutlicht den Frageinhalt der Patientin, indem sie in der Wiedergabe Informationen über die Krankheit und die möglichen Lebenschancen hinzufügt (TS26: 209–210).

[200]

O [v]	Sie sollten das übersetzen, ja. Und sie kann sich auch mit dem Mann überlegen, wie
O [nv]	

[201]

O [v]	sie diese letzte Phase des Lebens, egal wie lang die sein soll, ja? Das wissen wir alle
O [nv]	

Transkriptauszug 27: Onkologin

³⁴ „Wie viel Zeit bleibt mir?“ (Übers. E.R.).

[213]

P1 [v]	anche con il suo marito di pensare di queste cose. Non sappiamo quantooo durerà
P1 [de]	Ihrem Mann, um über diese Dinge nachzudenken. Wir wissen nicht, wie lange diese Phase dauern
P1 [nv]	

[214]

P1 [v]	questa fase perché visto che ci sono dei pazienti ähm che dopo ähm la, il trattamento
P1 [de]	wird, weil es Patienten gibt ähm, die nach ähm der, der Schmerzbehandlung so mit mehr/ nicht so viel
P1 [nv]	

Transkriptauszug 28: Wiedergabe P1

Gegen Ende des Gesprächs klärt die Onkologin über die Errichtung einer Patientenverfügung auf und unterstreicht die Notwendigkeit, dieses Dokument ins Italienische zu übersetzen. Die Onkologin betont, dass die Patientenverfügung wichtig sei und sorgfältige Reflexionen erfordere. Außerdem wird erwähnt, dass die Dauer der letzten Lebensphase der Patientin nicht genau vorhergesagt werden kann. In diesem Zusammenhang soll der Ausdruck „*letzte Phase des Lebens*“ (TS27: 201) näher betrachtet werden. Wie Peters (2021) betont, gibt es im Bereich Palliativmedizin zahlreiche Begriffe, die die Phase vor dem Tod beschreiben. Einige der gebräuchlichsten sind: „*Lebensende, Sterbephase, Sterbeprozess, letzte Lebensphase, Terminalphase, Finalphase* oder schlicht *das Sterben*“ (Peters 2021: 307, Hervorhebung im Original). P1 verwendet den Ausdruck „*questa fase*“³⁵ (TS28: 214), bei dem Demonstrativartikel „*questa*“ signalisiert, in welcher Phase sich die Patientin befindet. Es werden jedoch weder die Angabe der Onkologin „*letzte*“ noch der Genitiv „*des Lebens*“ (TS27: 201) explizit ausgedrückt. Es handelt sich somit um eine *reduced rendition*.

³⁵ „Diese Phase“ (Übers. E.R.).

8) Rich point: Kampf gegen Krebs

[130]

	153 [12:17.8]	154 [12:20.4]
O [v]		ähm sagen Sie, bitte, das ist da im (Krankenhaus
O [nv]		B>P2
P2 [v]	Ja und das ist genau was ich möchte.	
P2 [nv]	B>O, nickt	
P [de]	Natürlich und genau das will ich.	

[131]

		155 [12:32.8*]
O [v]	in Wien) gar nicht weit hat, ja, es gibt im (Krankenhaus in Wien), ja, die Kämpfer	
O [nv]		betont mit den

[132]

	156 [12:33.5*]	
O [v]	, dort war sie, und es gibt die Palliativstation mit der Frau Professor (Name der	
O [nv]	Händen	

[133]

O [v]	Professorin), ja: Das ist das Kontrastprogramm, ja, das ist/ da ist es nicht hektisch.	
-------	--	--

[134]

	157 [12:52.3*]	158 [12:53.5*]	159 [12:54.1*]	160 [12:54.7*]
O [v]	Die Menschen sind einfühlsamer, ja, keine Krieger sondern Menschen, die			

Transkriptauszug 29: Onkologin

[135]

..		161 [12:58.6*]	162 [12:59.5*]	163 [13:00.6]
O [v]	wirklich kompetent begleiten.			
O [nv]	-			
P2 [v]				anche all' (Krankenhaus in Wien), all'ospedale c'è un
P2 [nv]				B>P, nickt
P2 [de]				Auch im (Krankenhaus in Wien), im Krankenhaus gibt es einen

[136]

..				
P2 [v]	un un ambito che si occupa di questo, no? E si chiama appunto programma Kontrast,			
P2 [nv]				
P2 [de]	einen einen Bereich, der sich damit beschäftigt, oder? Und das ist das Kontrastprogramm. Wie die			

[137]

..				
P2 [v]	come diceva la dottoressa e lì non non si tratta di guerrieri che vogliono lottare			
P2 [nv]				
P2 [de]	Ärztin gesagt hat, da geht es nicht um Krieger, die kämpfen wollen/ die Ruhe wollen, da sind			

Transkriptauszug 30: Wiedergabe P2

Die Verwendung von Kampfmetaphern in der Onkologie, der Intensivmedizin und der Notfallmedizin ist laut Peters (2021: 231) nicht überraschend, schließlich gehe es in diesen medizinischen Bereichen darum, eine Krankheit zu besiegen (Peters 2021: 231). Es ist jedoch zu betonen, dass Kampfmetaphern psychologischen Druck verursachen können (Peters 2021: 239). Im Transkriptauszug 29 verdeutlicht die Onkologin durch eine eindrucksvolle Metapher den Unterschied zwischen der Onkologie und der Palliativmedizin: Auf der onkologischen Station, wo die Patientin bereits behandelt wurde, arbeiten „*die Kämpfer*“ (TS29: 131), während es in der Palliativmedizin ruhiger ist. Die Onkologin schlägt der Patientin vor, die Palliativstation in Wien in Betracht zu ziehen, die von einer vertrauenswürdigen Kollegin geleitet wird (TS29: 132). Denn auf einer Palliativstation sei es weniger hektisch (TS29: 133) als auf einer Onkologiestation. Das Fachpersonal sei dort einfühlsamer (TS29: 134) und werde die Patientin sehr kompetent begleiten (TS30: 135). Außerdem ist im Transkriptauszug 29 ersichtlich, wie die Onkologin die Schlüsseltermini ihrer Rede hervorhebt: Die Betonung liegt auf „*Kämpfer*“ (TS29: 131) und „*einfühlsamer*“ (TS29: 134). P2 behält diese Metapher in der

Wiedergabe bei: „*lì non non si tratta di guerrieri che vogliono lottare*“³⁶ (TS30: 137). Das Substantiv ‚Kämpfer‘ wird von P2 mit dem aktiven Verb ‚kämpfen‘ in eine Verbalphrase umgewandelt. Das lässt sich als *close rendition* kategorisieren, da die Wiedergabe sowohl inhaltlich als auch stilistisch mit der Aussage der Patientin übereinstimmt.

[128]

P [v]	situazione. Sì, mi capiscono ma • non mi capiscono. E anche mio marito alla fine,
P [nv]	
P [de]	mich, aber • sie verstehen mich (gleichzeitig) nicht. Und auch mein Mann, ich meine, er will, dass ich

[129]

P [v]	cioè, lui vuole che io continui a lottare ma non ce la faccio più. Basta. Mi sono
P [nv]	
P [de]	weiter kämpfe, aber das halte ich nicht mehr aus. Genug. Ich habe es satt, es fühlt sich an wie eine

Transkriptauszug 31: Patientin

[132]

P1 [v]	können das ja doch nicht wirklich zu 100% verstehen. Auch mein Mann möchte, dass
P1 [nv]	

[133]

	160 [14:29.4*]	161 [14:30.1*]
P1 [v]	ich weiterkämpfe, aber ich muss sagen, ich kann einfach nicht mehr. Es scheint wie	
P1 [nv]	-	

Transkriptauszug 32: Wiedergabe P1

³⁶ „Dort [auf der Palliativstation], geht es nicht um Krieger, die kämpfen wollen“ (Übers. E.R.).

In den Transkriptauszügen 31 und 32 ist die Thematik des Kampfes gegen den Krebs ebenfalls präsent. Der Ehemann der Patientin will, dass sie weiter gegen die Krankheit ankämpft: „*e anche mio marito alla fine, cioè, lui vuole che io continui a lottare*“³⁷ (TS31: 129). Die Wiedergabe von P1 „*Auch mein Mann möchte, dass ich weiterkämpfe*“ (TS32: 132–133) entspricht einer *close rendition*.

7.1.2. Fazit der Simulationen

<i>Rich points</i>	P1	P2
1) Die terminale Diagnose	<i>close rendition</i>	<i>substituted rendition</i> <i>close rendition</i>
2) Todesqualen	<i>reduced rendition</i>	<i>close rendition</i>
3) Krebs als Lebensräuber und hässliches Biest	<i>substituted rendition</i>	<i>substituted rendition</i>
4) Krebs als Serienmörder	<i>substituted rendition</i>	<i>close rendition</i>
5) Das Leid tragen	<i>non-rendition</i>	<i>close rendition</i>
6) Krebs als Gefängnis, Quälerei und ewiger Schwebezustand	<i>reduced rendition</i> <i>zero rendition</i>	<i>close rendition</i> <i>expanded rendition</i> <i>zero rendition</i>
7) Letzte Phase des Lebens	<i>reduced rendition</i>	<i>expanded rendition</i>
8) Kampf gegen Krebs	<i>close rendition</i>	<i>close rendition</i>

Tabelle 5: Überblick über die von P1 und P2 eingesetzten Dolmetschstrategien gemäß den acht *rich points* (Gumul & Herring 2022) unter Anwendung der Typologie der *renditions* nach Wadensjö (1998)

³⁷ „Und auch mein Mann, ich meine, er will, dass ich weiterkämpfe“ (Übers. E.R.).

Aus der Analyse der Simulationen können folgende Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Wahl der Dolmetschstrategien von P1 und P2 festgestellt werden:

- Folgende Unterschiede können in Bezug auf die angewandten Dolmetschstrategien zusammengefasst werden. P1 setzt häufig *reduced renditions* ein, während P2 eher auf *close renditions* zurückgreift (Tabelle 5). Insgesamt ist festzustellen, dass die am häufigsten verwendeten Strategien bei den durchgeführten Simulationen *close* und *substituted renditions* umfassen. Daraus kann man schließen, dass bei der Wiedergabe von komplexen und tabuisierten Themen wie Krebs im Endstadium, Leiden, Tod und Sterben eine Strategie gewählt wird, die sich durch Genauigkeit auszeichnet: *close renditions*. Eine präzise Beschreibung ermöglicht es der Onkologin, das subjektive Krankheitsverständnis der Patientin besser zu verstehen, um ihr effektiv helfen zu können. Andererseits wird sichtbar, wie die Probandinnen manchmal den Inhalt der Symbolsprache der Patientin in ihrer Wiedergabe explizit machen (*substituted renditions*). Diese Strategie trägt zu einer effektiven und direkteren Kommunikation zwischen der Onkologin und der Patientin bei.
- Die Dolmetschungen von P1 und P2 weisen aber auch Ähnlichkeiten auf. Das Aufnahmемaterial erlaubt es, die Ebene der Multimodalität der Dolmetschung anhand von zwei wesentlichen *rich points*, der terminalen Diagnose (*rich point 1*) und den Todesqualen (*rich point 2*), zu untersuchen und in die Analyse der Wiedergaben einzubeziehen. Diese *rich points* sind besonders wichtig, da sie zwei heikle Passagen der Simulationen darstellen, nämlich die Einführung des Themas der terminalen Diagnose und die genaue Beschreibung der Symptomatik durch die Patientin. Aus dem Aufnahmемaterial (Abbildungen 1–2–3–5) ist ersichtlich, dass beide Probandinnen, P1 und P2, Blickkontakt mit der Patientin halten, auch wenn diese beim Sprechen wegschaut. Dies kann auf ein hohes Maß an professioneller Empathie und Zuhören seitens der Probandinnen hindeuten und dazu beitragen, ein Vertrauen zwischen Dolmetscherin und Patientin aufzubauen.

7.2. Datenauswertung der Interviews

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Analyse der zwei leitfadengestützten problemzentrierten Interviews (Witzel 2000), die mit den beiden Probandinnen, P1 und P2, durchgeführt wurden. Ziel ist es, ein möglichst umfassendes und tiefgehendes Verständnis der Simulationen zu erlangen, welches zusätzliche Einblicke in die Dolmetscheinsätze und die daraus resultierenden Reflexionen und Wahrnehmungen der Probandinnen erlaubt. Die vier nachstehenden Aspekte werden in den folgenden Unterkapiteln behandelt:

- a) Das Setting: Komplexität, Authentizität und persönliches Empfinden der Probandinnen;
- b) Umgang mit der Phraseologie des Todes und des Leidens;
- c) Bedeutung der nonverbalen Kommunikation;
- d) Bedeutung der professionellen Empathie und des Zuhörens als Dolmetschkompetenzen.

Klammerausdrücke mit der Zeilenangabe verweisen auf die entsprechenden Interviewsegmente der Probandinnen, auf die Bezug genommen wird. Ein Verweis könnte wie folgt aussehen: (P1: 203), wobei „P1“ die Probandin 1 bezeichnet und die Zahl die Zeile des angesprochenen Interviewabschnitts darstellt.

a) Das Setting: Komplexität, Authentizität und persönliches Empfinden der Probandinnen

Im Folgenden wird auf die Komplexität und Authentizität des Settings aus Sicht der Probandinnen eingegangen. Hierfür wurden P1 und P2 im Zuge der Interviews unter anderem nach ihrem persönlichen Empfinden vor, während und nach der Dolmetschsituation befragt. P1 hebt hervor, dass die Komplexität des Settings insbesondere aus der Terminologie in Bezug auf die Krebsdiagnose und das Thema Tod resultierte. Unter anderem aus diesem Grund war für P1 eine gründliche Vorbereitung in beiden Sprachen erforderlich. Darüber hinaus stellte das Thema Tod und Sterben auch eine große Herausforderung für P1 dar. Dies beruhte haupt-

sächlich auf zwei Gründen, nämlich auf den möglichen psychischen Auswirkungen auf die Probandin selbst während und nach der Dolmetschung sowie auf der korrekten Verwendung und Wiedergabe von Phraseologie beziehungsweise Redewendungen über den Tod:

JA, ich fand es [das Setting] anspruchsvoll UND komplex [...] Es war einerseits ähm komplex, weil (.) das Thema, das übergeordnete Thema Brustkrebs und metastasierter Brustkrebs für mich terminologisch anspruchsvoll war. Ich musste mich einlesen, was das genau für eine Art von Krebs ist, und ich musste mich in beiden Sprachen, auch in meiner Muttersprache Deutsch, vorbereiten, weil ich nicht wusste, wie sehr die Krankheit einfließen wird oder eben einfließen könnte in das Gespräch. Und auch komplex, weil (.) ich wusste schon im vorab, dass das Thema Tod ein Thema sein wird, und da war mir auch nicht genau klar, wie sehr mich das persönlich mitnehmen wird, IM Gespräch, oder SPÄTER nach dem Gespräch und auch wie Redewendungen zum Beispiel unterschiedlich sein könnten, in den Sprachen. (P1: 25–39)

P1 betont, dass es auch Momente in der Vorbereitungsphase gab, in denen sie sich überfordert fühlte. Grund dafür war erneut die terminologische Komplexität der Thematik und die mangelnde praktische Dolmetscherfahrung im Bereich Onkologie und Palliativmedizin (P1: 231–233). In Bezug darauf fügt P2 hinzu, dass jedes Setting potenziell komplex und anspruchsvoll sein kann. Das liegt für P2 daran, dass DolmetscherInnen die richtigen Fachtermini und Ausdrücke verwenden sollten. P2 betont außerdem, dass ihr bestimmte Ausdrücke und Passagen während der Simulation Schwierigkeiten bereiteten und dass sie nicht sicher war, wie sie diese korrekt dolmetschen sollte, um den Sinn und die gedankliche Vorstellung der Termini angemessen zu vermitteln:

Ich würde nicht sagen komplex oder also anspruchsvoll ist jede Simulation oder jedes Gespräch, weil man muss aufpassen, alles richtig merken, die richtige Worte finden. Hm natürlich gab es Ausdrücke, die mir Schwierigkeiten bereitet haben. Ich wusste nicht richtig, wie soll ich das jetzt dolmetschen? Das heißt: Kann ich eins-zu-eins übernehmen oder muss ich eine andere Figur oder eine andere/ ein anderes Bild übermitteln, oder passt so? Darf ich überhaupt das Wort sagen? Wie wird dann das Wort wahrgenommen von der anderen Person? Das waren meine Gedanken, als dem ich alles notiert habe, in der Simulation. (P2: 38–48)

Beide Probandinnen berichten, dass das Setting der Simulation sehr realistisch war (P1: 42–44; P2: 50). Ein Grund dafür sei, den Aussagen zufolge, dass die Simulation nicht an der Universität, sondern in der Praxis einer echten Onkologin in Wien stattgefunden hat. Darüber

hinaus hebt P2 weitere wichtige Komponenten hervor, die zur Authentizität der Simulation beigetragen haben, etwa die Kenntnisse der Patientin über ihre Krebserkrankung und ihre chronischen Symptome sowie die präzise Fragestellung der Onkologin zum sozialen Umfeld der Patientin, die darauf abzielte, wichtige Informationen zu liefern:

JA. Also ich glaube ähm wenn man sich schon mit der Krankheit ähm auseinander-gesetzt hat, wie die Frau (Name der Patientin), sie meinte, sie hat schon mehrere Be-handlungen gemacht ähm man hat schon eine Idee von Schmerzen, von was man will und was man nicht will, wie man müde ist. Und die ähm Onkologin hat natürlich/ hat auch genauere Fragen gestellt, die meiner Meinung nach auch ähm in ihrem norma-len, alltäglichen Arbeitsleben stellt. Das heißt: Persönliche Fragen zu Freundeskreis oder persönliche Fragen zu was ihre Arbeit, weil alle diese Fragen können Details liefern, die für sie als Ärztin wichtig sind. (P2: 52–61)

P1 stellt fest, dass das Thema Tod in verschiedenen Settings vorkommen kann. Dazu gehören nicht nur Tötungsdelikte, sondern auch andere Bereiche wie die Planung der Beerdigung eines verstorbenen Familienmitglieds. Für eine Dolmetschung sind solche Situationen insbe-sondere von Bedeutung, wenn die jeweilige Landessprache nicht beherrscht wird:

[...] Einerseits im medizinischen Bereich, aber auch vor Gericht, wenn es um Todes-fälle geht, bei Unfällen oder auch durch Fremdverschulden und (.) natürlich auch bei Ämtern oder wenn es darum geht, ein Begräbnis zu planen, weil ein Familienmit-glied verstorben ist, und man lebt in einem Land, dessen Sprache man nicht spricht. (P1: 473–479)

P2 unterstreicht, dass das Thema Tod zum Leben gehöre und möglicherweise auch während Gesprächen mit älteren Menschen eine zentrale Rolle spielen könnte. Auch in Settings, die nicht direkt mit dem Tod in Verbindung stehen, wie zum Beispiel bei ärztlichen Routineun-tersuchungen, kann das Thema trotzdem unerwartet zum Vorschein kommen, wenn auch nur peripher:

JA. Also es [Tod] ist eh Teil des Lebens, und wenn man auch mit älteren Menschen zu tun hat, es ist fast einer ihrer (lacht) Prioritäten oder ihre Hauptgedanken. Das heißt auch wenn man im Krankenhaus mit einer Patientin ist, die, keine Ahnung, eine ärztliche Untersuchung machen muss allgemeine, sie kann trotzdem auf den Tod ähm anweisen, oder JA, oder das Thema trotzdem besprechen und Kommentare machen:

Jajaja ich habe noch so viele Jahre, bis ich sterbe. Ja, sowas (.) weil entweder Menschen sich mehr damit beschäftigen, befassen. Es kann auch vorkommen bei einer ähm Zahnarztuntersuchung. Wer weiß, ja. Auf jeden Fall (.) und auch wie ich wahrscheinlich schon erwähnt hatte, auch bei der (Arbeitsort) gab es diese Situation, dass man nicht erwartet, weil die Leute sind dort um finanzielle Unterstützung zu bekommen, aber das Leben ist VIELFÄLTIG und es kann immer sein, dass man sich mit dem Tod befassen muss, jederzeit. (P2: 646–661)

Die Reflexionen von P1 in Bezug auf den Inhalt des medizinischen Gesprächs weisen deutlich auf die Identifizierung von Tabuthemen hin, darunter vor allem der Tod als Tabu, das sowohl in Italien als auch in deutschsprachigen Ländern sehr präsent sein kann, wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise:

JA, definitiv. Einerseits, wie schon angesprochen, der TOD. Ich würde sagen, dass der Tod in beiden Kulturen, also in der deutschsprachigen Kultur, als auch in Italien, ein gewisses Tabuthema ist, vielleicht auf unterschiedliche Art und Weise. (P1: 109–113)

In diesem Zusammenhang fügt P1 hinzu, dass die beiden Tabuthemen Tod und Krebserkrankung miteinander verbunden sind. P1 hebt hervor, dass Krebserkrankungen trotz der Fortschritte in der medizinischen Forschung immer noch stark mit dem Tod assoziiert werden. Dies könnte dazu führen, dass Menschen unbewusst annehmen, dass eine Krebsdiagnose immer zum Sterben führt. P1 vermutet, dass diese Annahme sowohl in Italien als auch in deutschsprachigen Ländern verankert ist:

Ja, ich würde sagen der Tod war das größte Tabuthema, aber ich würde auch sagen, auch die Krebserkrankungen an sich ist in beiden Kulturen ein Tabuthema, weil man heute, obwohl die Forschung sehr fortgeschritten ist, Krebs auch im deutschsprachigen Raum sofort mit Tod verbindet. Wenn jemand sagt: Ich bin an Krebs erkrankt, denkt man: Ja, okay. Die Person wird jetzt sterben, obwohl das heute eigentlich nicht mehr so ist. Also das wären für mich die zwei größten Tabuthemen. (P1: 120–128)

Weiters setzt sich P1 mit anderen möglichen Tabuthemen in der Simulation auseinander und hebt hervor, dass der Zustand der Patientin auch als Tabuthema betrachtet werden kann. In

der Simulation erklärt die Patientin, dass sie nicht mehr leben möchte. P1 nimmt dies als eine heikle und sensible Situation wahr:

[...] Tod und Krebs und (..) ja, sensibel und heikel, vielleicht auch einfach wie (..) vielleicht ja der (..) Fakt, dass sich die Patientin ausgedrückt hat und über ihren Zustand gesprochen hat. Ich würde sagen auch das ist ein bisschen ein Tabuthema. Natürlich war es ein ärztliches Setting, wo über dieses Thema gesprochen werden muss, aber grundsätzlich, dass man jemanden so direkt sprechen hört über (..) bestimmte Missstände, Probleme, Beschwerden und auch dieses: Ich habe die Lust am Leben verloren. Ich möchte eigentlich nur sterben. Das ist SEHR sensibel und heikel, finde ich. (P1: 132–142)

P2 betont, dass das Setting verschiedene Tabuthemen enthält, wie zum Beispiel den Tod, die Schmerzen, die soziale Isolation, die mangelnde Unterstützung und die Aussichtslosigkeit des Lebens. Eine interessante Sichtweise von P2 ist, dass diese Tabuthemen keinen Einfluss auf sie hatten, weil die Onkologin das Gespräch immer auf eine beruhigende Weise führte:

Also natürlich den TOD aber auch Schmerzen, das Alleinsein ähm sich nicht unterstützt fühlen hm oder das Gefühl, dass man keine HOFFNUNG mehr hat oder dass man keine MITTEL mehr hat, weiterzuleben. Und es ist egal, mit oder ohne Dolmetschung, eine Situation, die allen Leid tut, wenn man sowas hört. Aber ähm ICH, als Dolmetscherin, habe ich trotzdem nicht so hm geleidet (lacht) ich weiß nicht, wie ich das sagen soll. Das war für mich trotzdem angenehm, weil ich habe gesehen, dass die Ärztin trotzdem das Gespräch RUHIG weitergeleitet also weitergeführt hat. (P2: 200–210)

Einerseits schildert P2, dass sie keine großen Schwierigkeiten mit dem Thema Tod hatte. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass P2 bereits oft mit solchen Situationen am Arbeitsplatz, selbst mit einer anderen Sprachkombination, nämlich Deutsch und Russisch (P2: 31), konfrontiert wurde:

[...] es ging genau (..) um eine Situation, wo wir einen Platz für eine Person, die schwer erkrankt ist, finden mussten, und wir wussten nicht für wie lange, also wieviel Zeit diese Person noch gelebt hätte [...]. (P2: 24–27)

[...] Auf jeden Fall (..) und auch wie ich wahrscheinlich schon erwähnt hatte auch bei der (Arbeitsort) gab es diese Situation, dass man nicht erwartet, weil die Leute sind dort, um finanzielle Unterstützung zu bekommen, aber das Leben ist VIELFÄLTIG und es kann immer sein, dass man sich mit dem Tod befassen muss, jederzeit. (P2: 656–661)

Andererseits zeigen weitere Reflexionen von P1 bezüglich der möglichen emotionalen Belastung innerhalb dieses Settings, dass die Schwierigkeiten sehr stark von der individuellen und persönlichen Situation der DolmetscherInnen abhängen können. Durch die Krebserkrankung ihrer Mutter machte P1 bereits vor der Simulation persönliche Erfahrungen mit dem Thema. Durch ihre Tätigkeit als Content Managerin für eine Gesundheitsplattform, die ebenfalls Krebs behandelt, kam sie zudem häufiger in Kontakt mit dem Thema Krebs:

[...] Meine Mutter hatte Krebs und es wurde behandelt und es geht ihr jetzt gut, aber da habe ich gemerkt, dass ich sehr viel darüber nachgedacht habe und dass es mich viel mehr wieder beschäftigt hat. AUßERDEM arbeite ich geringfügig neben dem Studium als Content Managerin für eine Gesundheitsplattform, die sich auch sehr viel mit dem Thema Krebs beschäftigt. Und dann hatte ich in DIESER Woche der Vorbereitung das Gefühl, dass ich umgeben bin von diesem Thema, weil es in der Arbeit war, die persönliche Betroffenheit durch meine Mutter vor einigen Jahren UND in der Arbeit, das fand ich schon BELASTEND [...] (P1: 244–255)

b) Umgang mit der Phraseologie des Todes und des Leidens

Die Interviewabschnitte, die sich spezifisch auf terminologische Aspekte und die von den beiden Probandinnen angewandten Strategien konzentrieren, liefern relevante Erkenntnisse, auch in Verbindung mit der Analyse der Simulationen. Diese sollen im Folgenden dargelegt werden.

P1 gibt an, hauptsächlich die Strategie des Zusammenfassens angewandt zu haben, da sie sich terminologisch nicht ausreichend vorbereitet fühlte und die Patientin zu Wiederholungen tendierte. P1 habe überdies eher den allgemeinen Sinn der Rede vermittelt, anstatt jedes einzelne Wort zu dolmetschen. Diese Strategie lässt sich als *reduced rendition* kategorisieren:

[...] (..) vor allem das zusammenfassende Dolmetschen war eine Strategie, die ich einsetzen musste, weil ich terminologisch nicht auf alles vorbereitet war (..) und die Patientin hat sich auch immer wieder wiederholt und da habe ich auch versucht, eher wirklich den Sinn wiederzugeben und nicht jedes einzelne Wort. (P1: 273–278)

P2 betont, dass sie die Strategie verwendete, Ausdrücke oder Metaphern umzuformulieren, um Missverständnisse zu vermeiden. Dabei versuchte sie die gleiche Vorstellung und Symbolik wiederzugeben. Die Strategie kann als *close rendition* betrachtet werden:

[...] Umformulierungen auch, ja von diesen Ausdrücken oder (..) ABBILDUNGEN ja, Metaphern, die eben wahrscheinlich eins-zu-eins zu direkt werden oder zu/ missverstanden werden hätten können. (P2: 413–417)

P1 weist darauf hin, dass sie nicht darauf vorbereitet war, italienische Termini in Bezug auf den Tod zu dolmetschen, wie „male boia“³⁸, „serial killer“³⁹ und „limbo eterno“⁴⁰. Außerdem berichtet P1, dass sie die Bedeutung einiger Termini frei interpretierte und eher versuchte, sie zusammenzufassen. Diese Strategie kann als *substituted rendition* kategorisiert werden:

[...] ich war (.) auch terminologisch unvorbereitet für Redewendungen in Bezug auf den TOD und da habe ich gemerkt, dass mir im Italienischen viele Begriffe nicht bekannt waren. Das waren zum Beispiel ähm male boia. Ich (.) ähm genau (..) ähm dann war es serial killer und auch dieser limbo eterno. Da hatte ich zwar das Gefühl als Dolmetscherin, dass ich den Sinn verstehe, also ich konnte die Sinneinheit dolmetschen, aber man könnte sagen, dass ich eine gewisse Freiheit genommen habe und eher zusammenfassend gedolmetscht habe. (P1: 55–64)

Passend zu diesen Reflexionen erwähnt P2 einen weiteren wichtigen Einflussfaktor: Die Komplexität der Thematik wurde auch dadurch beeinflusst, dass jede Person mit dem Thema Tod und Sterben sprachlich unterschiedlich umgeht und sich individuell ausdrückt. P2 gibt vier Beispiele an, die ihr in ihrer Dolmetschung am meisten Schwierigkeiten bereiteten: „serial killer“, „ladro di vite“, „limbo“ und „intruso“⁴¹. P2 betont, dass ihr diese Termini fremd sind:

³⁸ „Todesqualen“ (Übers. E.R.).

³⁹ „Serienmörder“ (Übers. E.R.).

⁴⁰ „ewiger Schwebezustand“ (Übers. E.R.).

⁴¹ „Serienmörder“, „Lebensräuber“, „Schwebezustand“ und „Eindringling“ (Übers. E.R.).

[...] (..) es ist natürlich von der Person abhängig, aber jeder spricht über den Tod anders. Die Frau (Name der Patientin) hat ähm VIELE Ausdrücke verwendet (lacht), die wahrscheinlich ich im Leben nie verwendet habe zu diesem Thema. Ich habe mich nie so ausgedrückt, aber das ist MEINE Erfahrung, wie zum Beispiel serial killer (lacht) oder ladro di vite [...]. (P2: 80–86)

In der nächsten Passage reflektiert P2 über den Terminus „limbo“. P2 ist der Ansicht, dass der Begriff häufig in Situationen mit verwendet wird, wenn KrebspatientInnen nicht wissen, wie viel Zeit sie noch zu leben haben. Der Terminus „intruso“ bereitete auch P2 Schwierigkeiten während der Dolmetschung. P2 entschied sich dazu, neutralere Termini wie „Krankheit“ zu verwenden, damit die Onkologin den Sinn reibungslos nachvollziehen konnte. Die Strategie könnte als *substituted rendition* bezeichnet werden:

[...] limbo wahrscheinlich ist ein Wort, das man eh verwendet, weil man ist EH in einer Situation, von nicht klar ist, wo du bist, ja (.) wie weit du mit der Krankheit schon gelebt hast. Diese drei wahrscheinlich, die am meisten mehr Schwierigkeiten bereiten haben. Ja, ACH JA: intruso gab es auch. Ich wollte nicht als Eindringling oder sowas dolmetschen, weil ich dachte: Okay, es ist wahrscheinlich nicht klar, was ich meine oder wahrscheinlich doch, und ich hab dann gesagt Krankheit, das heißt ich hab eh der Ärztin das gesagt, was sie auch meinte, also eine Krankheit. (P2: 94–103)

P2 erklärt, dass sie zu Termini wie „Krankheit“ weitere zusätzliche Informationen hinzugefügt hat, um ein vollständiges Bild der Krebserkrankung zu vermitteln und um nicht zu sehr von der Standardsprache abzuweichen. Diese Strategien können als *expanded rendition* kategorisiert werden:

[...] Ich habe bemerkt zwei Mal habe ich der Ärztin direkt Krankheit gesagt, als die Patienten ein anderes Wort verwendet hat; und ich habe dann Krankheit im Zusammenhang MIT einer Art von ABBILDUNG beschrieben. Also nicht allein krank, sondern Krankheit, die viele Leben mitnimmt, also ja (..) weil ich wollte, ich wollte nicht den Ausdruck weglassen, weil ich glaube, wenn man sich so ausdrückt ist warum oder darum, weil man die, die Krankheit SO WAHRNIMMT, als so als ein serial killer oder intruso. Und wenn man diese hm Meinung oder diese hm Sichtung nicht übermittelt, dann wahrscheinlich ist auch für die ÄrztInnen schwieriger zu verstehen: Okay, wie nimmt diese Person die Krankheit wahr? Aber ich wollte auch nur sagen: Serial killer, weil es klang mir zu (lacht) nicht formell oder nicht passen und deswegen habe ich etwas hinzugefügt. (P2: 105–119)

Im untenstehenden Interviewauszug reflektiert P1 über ihre Vorgehensweise beim Dolmetschen von besonders symbolischen Termini, wie zum Beispiel „*serial killer*“. P1 entschied sich dafür, etwas konkreter und formeller zu dolmetschen und umgangssprachliche Ausdrücke zu vermeiden. Diese Strategie lässt sich als *reduced rendition* kategorisieren. P1 äußert sich auch zu möglichen kulturellen Unterschieden in der Art und Weise, wie über den Tod gesprochen wird. Zudem weist sie darauf hin, dass es in Italien aufgrund der großen Tabuisierung des Todes möglicherweise mehr Metaphern und Ausdrücke im Zusammenhang damit geben könnte. Gleichzeitig merkt P1 an, dass es auch im Wiener Dialekt viele Redewendungen mit schwarzem Humor gibt:

[...] ich habe gemerkt, dass ich (.) einerseits, weil ich manche Termini nicht genau verstanden habe (.) und andererseits, weil es im Deutschen seltsam gewesen wäre, so etwas wie serial killer zu verwenden (lacht), habe ich das etwas abstrakter gedolmetscht und hochsprachlicher, ein bisschen formaler, vielleicht dann auch ein bisschen weniger persönlich, weil wenn ich mich auf dieses Sprachniveau begeben hätte, von der Patientin, wäre es vielleicht ein bisschen umgangssprachlicher gewesen. Aber ich könnte/ ich weiß nicht, ob man im Italienischen generell so über den Tod spricht oder ob das die eine Patientin war, die sich so ausgedrückt hat (..) aber vielleicht / ich könnte mir vorstellen, dass vielleicht im italienischen SEHR VIELE Metaphern rund um den Tod verwendet werden, weil er doch in der italienischen Kultur ein großes Tabu ist. Vielleicht gibt es deshalb mehr (.) mehr Redewendungen als im Deutschen. Andererseits wenn ich zum Beispiel (.) an das Wienerische denke, da gibt es auch sehr viele Redewendungen, die verwendet werden könnten mit diesem schwarzen Humor. (P1: 72–90)

Im folgenden Interviewauszug reflektiert P1 weiter über mögliche Unterschiede und Ähnlichkeiten von Termini im Zusammenhang mit Tod und Sterben im Italienischen und Deutschen. P1 führt das deutsche Verb „*sterben*“ und das italienische Verb „*morire*“⁴² als Beispiele an und weist darauf hin, dass beide Termini explizit während der Simulation verwendet wurden, was P1 überraschte. P1 identifiziert zwischen den zwei Sprachen mehr Unterschiede als Ähnlichkeiten. Als Beispiel dafür führt sie die indirekteren Formulierungen der Patientin in Bezug auf die Familiengeschichte und spezifisch den Tod des Vaters an:

⁴² „Sterben“ (Übers. E.R.).

Ich/ das einzige Beispiel, das mir einfallen würde, ist das Wort sterben und morire. Das war eigentlich/ ist in beiden Sprachen vorgekommen, was mich auch etwas überrascht hat, weil ich mir nicht sicher war, ob im Italienischen wirklich morire so direkt vorkommen wird. Aber ansonsten habe ich eher mehr Unterschiede festgestellt; auch als über die Familie gesprochen wurde, war das sehr indirekt und (.) als über den Vater gesprochen wurde, wurde auch nicht gesagt ähm è morto, sondern ein anderer Ausdruck gewählt. Das heißt (.), ich würde eher sagen, ich habe mehr Unterschiede festgestellt als Ähnlichkeiten. (P1: 96–106)

P2 stellt fest, dass für die von der Onkologin formulierte Metapher „*Leid tragen*“ im Italienischen eine ähnliche Entsprechung, und zwar „*fardello*“, existiert. Die zwei Metaphern vermitteln dieselbe Vorstellung, nämlich jene der Bewältigung einer schweren Situation. Diese Strategie kann als *close rendition* eingeordnet werden:

einen Leiden tragen, wie wir auch sagen also fardello oder peso, also sopportare⁴³. Also es gibt schon die gleiche/ das gleiche BILD von etwas Schweres von etwas ähm das zu tragen ist (.) oder dass man einschläft und damit die Welt verlässt sozusagen. (P2: 149–153)

Außerdem stellt P2 fest, dass die Patientin auf ein breiteres Spektrum an Synonymen zurückgreift, um die Krebserkrankung und ihre Erfahrungen zu beschreiben, während die Onkologin eher direkte Termini wie „*Krebs*“ und „*Krankheit*“ nutzt:

[...] wahrscheinlich hatte die Frau (Name der Patientin), also die Patientin mehr SYNONYME für Krankheit verwendet und die Ärztin nur entweder KREBS oder KRANKHEIT, also nicht andere UMBENENNUNGEN oder oder ja Synonyme, Formulierungen, ja. (P2: 155–160)

P1 reflektiert über die italienische Metapher „*prigione di dolore*“⁴⁴, die die Patientin mehrmals verwendet, um ihren körperlichen und psychischen Zustand zu bezeichnen. P1 berichtet, dass es schwierig ist, Schmerzen zu verbalisieren und zu beschreiben und dass eine solche Metapher dazu beitragen kann, den Gefühlszustand der Patientin eindeutiger zu vermitteln. Darüber hinaus weist P1 auf ein interessantes Detail hin. Die Onkologin greift auf dieselbe

⁴³ „Das Leid tragen“; wörtlich: „das Bündel tragen“ (Übers. E.R.).

⁴⁴ „Gefängnis des Schmerzes“ (Übers. E.R.).

Metapher zurück, die die Patientin in ihrer Rede verwendet. P1 so deutet dies so, dass die Onkologin die Patientin aus dem zuvor erwähnten „Gefängnis des Schmerzes“ befreien möchte:

[...] die Patientin, ich kann mich erinnern, sie hat immer wieder dieses ähm diesen Ausdruck verwendet Gefängnis des Schmerzes ähm und eigentlich finde ich das SEHR GUT, weil ich glaube, es ist oft schwierig, Schmerzen sprachlich zu beschreiben, und ich denke mir, da können Metaphern hilfreich sein, um die Person und die Ärztin verstehen zu lassen, wie es einem geht und das Interessante war, dass die Ärztin dann auch diese Metapher aufgenommen hat, in ihrer Antwort gesagt hat: Wenn wir Sie aus diesem Gefängnis der Schmerzen befreien wollen [...] (P1: 147–157)

[166]

O [v]	Schmerzen und wenn wir das Gefängnis die Tür aufmachen wollen, müssen wir
O [nv]	

[167]

O [v]	zunächst einmal schauen, dass sie/ die Schmerzen gebessert werden. Das ist
O [nv]	

(...)

[172]

199 [18:59.0*]200 [19:06.1]	
P [v]	Hm' hm'
P1 [v]	di dolore e io voglio aiutarla di uscire da questa prigione di dolore, quindi vedere
P [nv]	B>P1, dann B>O und nickt
P1 [de]	helfen, aus diesem Gefängnis des Schmerzes herauszukommen, also zu sehen, was wir für Sie machen
P1 [nv]	

Transkriptauszug 33: Onkologin und Wiedergabe P1

Im Transkriptauszug 33 wird die kommunikative Kraft der Metapher deutlich. Die von P1 präsentierte Analogie des „Gefängnis des Schmerzes“ trägt dazu bei, die von der Patientin erlebte Realität zu veranschaulichen. Laut (Moreno 2022: 400) wird auf rhetorische Stilmittel

zurückgegriffen, wenn Begriffe schwer definierbar sind, weil sie abstrakt und subjektiv sind. In dieser Passage wird dies deutlich, als P1 die Metapher der Onkologin „Tür aufmachen“ (TS33: 166) übernimmt: Die Onkologin möchte der Patientin helfen, aus dem Gefängnis herauszukommen und damit die Türen des Gefängnisses zu öffnen. Diese Strategie kann als *close rendition* klassifiziert werden.

Im folgenden Abschnitt hebt P2 die Bedeutung von Metaphern hervor, die die Patientin in Bezug auf ihre Krebserkrankung und den Tod verwendet. Diese lieferten der Onkologin präzise Informationen darüber, wie die Patientin ihre Krankheit wahrnimmt. P2 betont, dass sie bewusst versuchte, dasselbe Konzept und dieselbe Idee zu kommunizieren. Diese Strategie lässt sich als *close rendition* kategorisieren:

Ich glaube alle die Metaphern und alle die BESCHREIBUNGEN, die die Patientin über den TOD oder über die Krankheit hm gesagt haben SICHERLICH für die Ärztin eine wichtige Rolle gespielt, weil sie konnten, weil sie dann/ die WAHRNEHMUNG, die IDEE (..) was für ein Wort kann ich noch verwenden hm die DARSTELLUNG von der Patientin über die Krankheit hat. Und weil/ ich glaube, jeder hat seinen eigenen Ansatz oder seine eigene IDEE von der Krankheit oder wie man in welchen Umgang man zu der Krankheit steht und genau die Wörter, die man verwendet, beschreiben genau, wie man damit umgeht, was man (..) dazu denkt oder wie man das lebt. Also sicherlich, obwohl sie wahrscheinlich anders im Deutschen sind, oder ob ich wahrscheinlich nicht genau das Wort eins zu eins übernommen habe. Ich habe immer versucht, trotzdem eine GLEICHE IDEE wiederzugeben. (P2: 229–243)

P2 betont auch, dass die Verwendung von Metaphern in diesem Gesprächssetting das tiefe Verständnis der Onkologin für den Zustand der Patientin deutlich gemacht hat:

[...] aber wahrscheinlich DAS VERSTÄNDNIS der Ärztin, ähm darüber wie die Patienten sich fühlt, wäre schlecht (..) also nicht die Kommunikation SELBST, sondern wahrscheinlich wirklich, was man VERSTEHT, von der anderen Person. (P2: 249–253)

c) **Bedeutung der nonverbalen Kommunikation**

Der folgende Abschnitt untersucht die nonverbale Komponente der Dolmetschsituation aus der Sicht der ProbandInnen. Dabei wird auf Mimik, Gestik, Blickkontakt, Pausen, nonverbale Äußerungen und den eigenen Umgang mit nonverbalen Kommunikationselementen beim Dolmetschen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin, insbesondere in dem untersuchten Setting, eingegangen.

P1 betont die große Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im Bereich Onkologie und Palliativmedizin und argumentiert, dass nonverbale Signale Vieles vermitteln, das nicht verbalisiert werden kann, weil die geeigneten Begriffe fehlen oder psychologische Hürden den Weg versperren. P1 betont, es sei entscheidend, dass gerade DolmetscherInnen der nonverbalen Kommunikation besondere Aufmerksamkeit schenken und sie so präzise wie möglich dolmetschen:

Ja, habe ich [die nonverbale Kommunikation] geachtet. Ich glaube, es ist SEHR wichtig in diesem Bereich Onkologie und Palliativmedizin, weil ja mit der nonverbalen Kommunikation viel ausgedrückt wird, das sprachlich nicht ausgedrückt wird oder nicht sprachlich ausgedrückt werden kann, einerseits vielleicht wenn man es PSYCHISCH nicht schafft, diese Dinge in Worte zu fassen oder weil man keine Worte hat, dafür wie es einem geht. Das heißt, ich denke gerade als Dolmetscherin im medizinischen Bereich muss ich (.) auf die (..) nonverbale Kommunikation achten und versuchen, die so GETREU wie möglich wiederzugeben. (P1: 194–204)

In Abbildung 6 wird durch den Blickkontakt von P1 zur Patientin ersichtlich, wie sie der Patientin und ihrer nonverbalen Sprache besondere Aufmerksamkeit schenkt. Außerdem schüttelt P1 während der Wiedergabe in Richtung Onkologin den Kopf, wobei sie das nonverbale Verhalten der Patientin nachahmt. Das ist im Transkriptauszug 34 zu sehen.



Abb. 6: Mimik der Patientin, Augen sind geschlossen und sie schüttelt den Kopf. Blickkontakt P1 zur Patientin gerichtet

[30]

	46 [03:25.3]47 [03:31.8]	48 [03:32.7]49 [03:38.4]
P [v]	È la vita.	((holt hörbar Luft)) A volte va, a volte non va,
P [nv]	AU zu und schüttelt den Kopf	schüttelt den Kopf
P [de]	So ist das Leben.	Manchmal geht es, manchmal nicht, so ist das Leben.

[31]

	50 [03:41.9]	51 [03:44.5]
O [v]		Was
P [v]	così è la vita.	
P1 [v]	Ja, manchmal funktioniert das manchmal nicht. So ist das Leben.	
P [nv]		
P [de]		
O [nv]		B>P1,
P1 [nv]	B>O, schüttelt den Kopf	

Transkriptauszug 34: Vergleich nonverbale Kommunikation Patientin – P1

P1 präsentiert ein Beispiel (siehe hierzu auch Transkriptauszug 35), das die Bedeutung der nonverbalen Signale unterstreicht. In dem Teil des Gesprächs war die Stimme der Patientin leise. Durch ihre Körpersprache signalisierte die Patientin Niedergeschlagenheit: Sie hatte nach vorne hängenden Schultern und eine zusammengesunkene Haltung (Abbildung 7). P1 betont, dass DolmetscherInnen für eine möglichst treue Dolmetschung auch die nonverbale Kommunikation der PatientInnen reflektieren und diese möglicherweise in die Wiedergabe übernehmen sollten:

[...] Die Patientin hat einerseits relativ leise gesprochen. Sie war relativ niedergeschlagen, in sich gekehrt, auch die Körpersprache, die Schultern waren nach innen gerichtet, sie ist nicht aufrecht gesessen und (..) ich würde sagen (..), das ist dann auch für mich wichtig, weil ich als Dolmetscherin reflektieren muss, ob ich diese NONVERBALE Kommunikation übernehmen KANN oder zumindest zu einem Teil (..) in meiner Dolmetschung integrieren kann, um wirklich DAS GETREU wiederzugeben, was gesagt wurde, auch nonverbal. (P1: 169–178)



Abb. 7: Mimik der Patientin in sich gekehrt, Augen schauen nach unten, Schultern nach vorne gerichtet und keine aufrechte Sitzhaltung

P2 liefert ebenfalls ein aussagekräftiges Beispiel für die Bedeutung der nonverbalen Kommunikationselemente. Sie bezieht sich hierbei auf den Gesichtsausdruck der Patientin insbesondere als sie den Terminus „Chemo“ von der Onkologin hört. Die Patientin sei sichtlich alarmiert gewesen, was sich auch in ihrer nonverbalen Sprache und Körpersprache widerspiegelte:

*[...] Die Frau (Name der Patientin) hat immer auch Ausdrücke gehabt im Gesicht, als sie zum Beispiel hat sie gehört: Chemo und sie war schon besorgt und dann war sie auch erleichtert, also auch, wie sie das gespielt hat. Ich glaube könnte auch so sein, wenn man das Wort Chemo hört, man sagt: Oh *** nein und (..) ja. (P2: 277–282)*

Die Analyse des Transkriptauszugs 35 bestätigt zusammen mit dem entsprechenden Videomaterial (Abbildungen 8–9–10) die Eindrücke von P2 in Bezug auf den beschriebenen Ge-

sichts Ausdruck der Patientin. Die Patientin zeigt verschiedene emotionale Reaktionen, etwa blickt sie zunächst ängstlich und verwirrt zu P2 (Abbildung 8). Ihren überraschten Blick richtet sie dann auf die Onkologin (Abbildung 9). P2 klärt jedoch, in Absprache mit der Onkologin, sofort auf, dass die erneuten Chemotherapiezyklen nicht mehr notwendig sind, und die Patientin zeigt sofort Erleichterung, wobei sie die Augen schließt und die rechte Hand auf die Brust legt (Abbildung 9):

[117]

	120 [11:07.1]	121 [11:11.3*] 122 [11:11.8*]
O [v]	Ich stimme mit dir überein, dass wir jetzt keine Chemotherapie	
O [nv]	B>P2	
P2 [v]	nicht mehr so/ ja.	
P2 [nv]		

[118]

	123 [11:16.3]
O [v]	oder Chemoimmuntherapie machen.
P [v]	Vuole che faccia la chemio??
P [de]	Will sie, dass ich wieder eine Chemotherapie mache??
P [nv]	panisch B>P2 dann B>O, abwechselnd

[119]

	124 [11:17.5]	125 [11:18.3] 126 [11:18.6*]	127 [11:20.7] 128 [11:20.7]
O [v]	Nein, Nein, ja, ja		
O [nv]	schüttelt den KO		
P2 [v]	Nein , nein, nicht, nein, richtig		
P [v]	Aah okay ((aufatmet)).		
P2 [nv]	schüttelt den KO		
P [nv]	nickt, AU zu und legt die HA auf die		

Transkriptauszug 35: Onkologin, Patientin und Probandin P2



Abb. 8: Die Mimik der Patientin zeigt Verwirrung und Angst. Blick auf Probandin 2 gerichtet

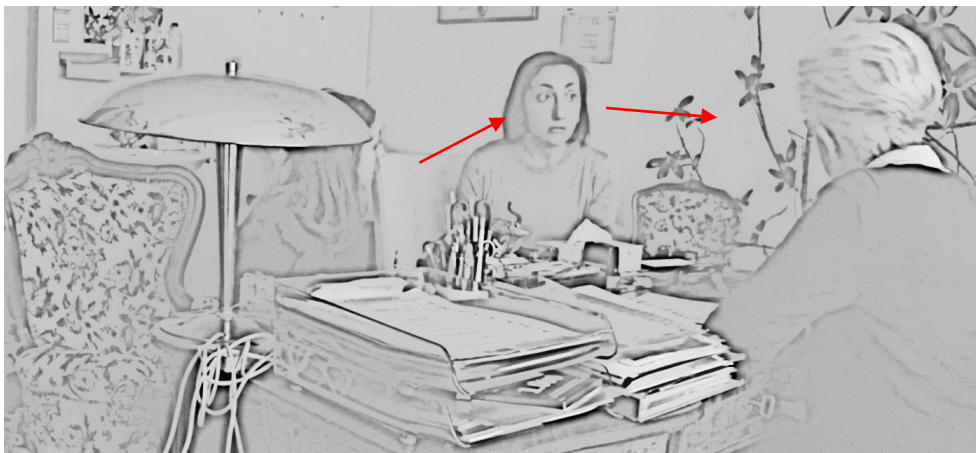


Abb. 9: Die Mimik der Patientin zeigt Überraschung und Angst. Blick der Patientin auf die Onkologin gerichtet. Blickkontakt von P2 in Richtung der Patientin



Abb. 10: Die Mimik der Patientin zeigt Erleichterung. Die Augen sind geschlossen und die rechte Hand ist an der Brust

P2 betont ihre Absicht, nicht nur die verbalen Äußerungen der Patientin wiederzugeben, sondern auch ihre Pausen oder Seufzen in die Wiedergabe zu integrieren. Außerdem berichtet P2, dass sie Blickkontakt mit der Patientin gehalten hat. Ein solches Verhalten soll laut P2 eine bessere und authentischere Dolmetschung ermöglichen. Diese von P2 erwähnten Strategien sind ebenfalls in den Transkriptauszügen 36 und 37 zu erkennen:

[...] Ich habe versucht, alle Elemente mitzunehmen und auch Pausen zu machen, wo sie Pausen gemacht hat, weil ich glaube, dass liefert die (.) den Ausdruck besser oder wie die Meinung besser. Das heißt ja, ich habe wahrscheinlich auch geseufzt, ich habe auch Pause gemacht hm Blickkontakt habe ich immer mit beiden Gesprächspartnern gehabt [...]. (P2: 289–297)

[64]

		81 [06:19.9]
P2 [v]	E mi dispiace molto che non abbia visto i risultati che magari sperava.	
P [v]		È andata così
P2 [nv]		
P2 [de]	vielleicht erhofft hatten.	
P [de]		So ist es
P [nv]		Starrt in die Leere

[65]

		82 [06:21.8]	83 [06:23.0]
O [v]			Ja ((lächelt)) mich würde noch
O [nv]			B>P2
P2 [v]		Es ist leider so ((seufzt)).	
P [v]	((seufzt)).		
P2 [nv]		B>O, schüttelt den Kopf	
P [de]	((seufzt)).		
P [nv]	dann schüttelt den Kopf, dann B>O		

Transkriptauszug 36: Vergleich nonverbale Kommunikation Patientin - P2

[95]

	122 [10:26.4*]	123 [10:28.0*]	124 [10:30.4*]
P [v]	scomparso tre anni fa in un incidente mortale. Mia madre se l'è portata il serial killer	-	-
P [nv]	AU nach unten		AU zu und
P [de]	einem Autounfall tödlich verunglückt. Meine Mutter wurde von dem Serienkiller • • dem		

(...)

[99]

	129 [10:52.1*]	130 [10:52.8*]
P1 [v]	Jahren bei einem Autounfall verstorben	und meine Mutter ähm war auch betroffen
P1 [nv]	AU nach unten	

Transkriptauszug 37: Vergleich nonverbale Kommunikation Patientin – P1

Das analysierte Setting ist, wie bereits erwähnt, von hoher Emotionalität geprägt, was zur Komplexität des Kommunikationsprozesses beiträgt. In den nächsten Interviewauszügen unterstreicht P1 die Bedeutung von Emotionen in dem simulierten Setting. Die Emotionen der Patientin seien laut P1 auf die körperlichen Schmerzen und den Sterbewunsch zurückzuführen. Allerdings betont P1, dass die verschiedenen Funktionen der Emotionen in diesem Setting nicht immer leicht zu definieren sind:

JA, DEFINITIV, weil (.) ich würde sagen, die, vor allem die Patientin, war natürlich sehr emotional, weil sie Schmerzen hatte, ihr ging es nicht gut und eigentlich wollte sie sterben. Das heißt, Emotionen haben eine GROßE Rolle gespielt. Welche Rolle (lacht) kann ich eigentlich nicht genau beantworten. (P1: 161–166)

Die Intensität und die Schwere des Leidens der Patientin habe P2 an den häufigen Seufzern und den Körperbewegungen festgestellt:

SICHER. Also, die Patientin hat (...) [...] ihr Leiden ähm so gut wie möglich auszudrücken, weil (.) ich kann mir vorstellen, wenn man schon länger mit der Krankheit kämpft, man hat keine Lust mehr, das zu verbergen, man will das einfach nur rauslassen. Deswegen ist immer wieder geseufzt, oder sie war sehr körperlich, hat sich in einer Weise bewegt, dass man eben diese (..) ja in diesem Sch/ PESO, SCHWERE gezeigt und (..) ja, also ja. (P2: 257–267)



Abb. 11: Die Patientin wischt sich die Tränen ab

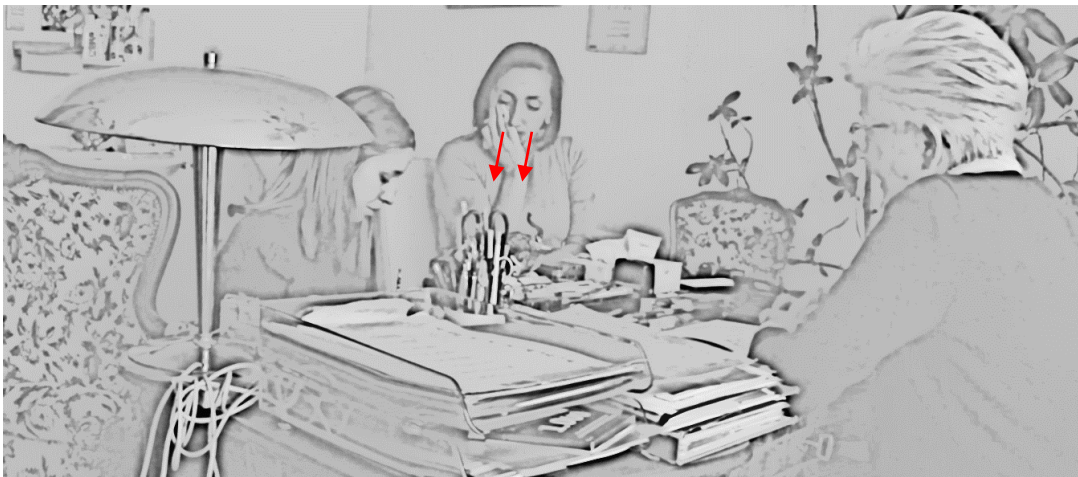


Abb. 12: Augen der Patientin schauen nach unten

d) **Bedeutung der professionellen Empathie und des Zuhörens als Dolmetschkompetenzen**

Beide Probandinnen stellen fest, dass es sich um eine patientenorientierte Kommunikation handelt, bei der der Fokus auf der Patientin und ihren Bedürfnissen liegt (P1: 369; P2: 511). P1 reflektiert über die Bedeutung von Kultursensibilität, Empathie und Zuhören als grundlegende Kompetenzen für das medizinisch-onkologische Setting. Um zu verstehen, wie in einer

bestimmten Kultur mit dem Tod umgegangen und dieser wahrgenommen wird, bedarf es auch Kultursensibilität. P1 betont, dass die professionelle Empathie für DolmetscherInnen entscheidend sei, um die Situation zu verstehen. Sie beeinflusst aber auch die Qualität der Dolmetschung. Ebenso ist die Zuhörfähigkeit von Bedeutung. Nur wer genau zuhört, kann das Gesagte in all seinen Feinheiten erfassen und folglich wiedergeben, ohne dabei wichtige Details zu verlieren:

DEFINITIV. Ich glaube, ohne diese Kompetenzen würde das Setting nicht funktionieren, weil man einerseits sensibel sein muss und wissen muss, dass der Tod in diesen Kulturen und Sprachen vielleicht eben anders behaftet ist, anders ausgedrückt wird. Und (..) die Empathie und die professionelle Empathie, man braucht das auch, weil wenn ich als Dolmetscherin nicht verstehe, wie schwierig die Situation für die Patientin ist, kann ich, glaube ich, nicht richtig dolmetschen, weil ich den Sinn nicht wirklich wiedergeben werde. Und Zuhörerkompetenz DEFINITIV auch da geht es genau um diese Feinheiten wie Redewendungen, wenn ich nicht genau zuhöre, könnte mir ein Detail entgehen, das vielleicht ein GANZ wichtiger inhaltlicher Punkt ist. (P1: 340–352)

P2 geht ebenfalls auf die Bedeutung der professionellen Empathie ein. Darüber hinaus weist sie darauf hin, dass die empathische, offene und angenehme Art der Onkologin die Kommunikation und die Dolmetschung erleichtert hat. P2 thematisiert auch, dass ein möglicher Mangel an Empathie die Kommunikation erschwert und folglich den Dolmetschprozess womöglich weniger empathisch gestaltet hätte:

AUF JEDEN FALL. Ich glaube, Empathie muss man haben, obwohl wenn die Ärztin empathisch ist, ist meine Rolle als Dolmetscherin erleichtert, weil es ist schon von jemandem anderen Empathie dabei, ja. Wenn die Ärztin sehr kalt gewesen wären, dann hätte ich MEHR EMPATHIE in IHREN Wörtern wahrscheinlich hinzufügen, weil es wäre sich zu kalt angefühlt, auch für die Patientin, die man so eine kältere (lacht) Diagnose oder keine Ahnung, Beratung bekommt. Das wäre wahrscheinlich nicht passend gewesen, meiner Meinung nach. Aber da die Ärztin sehr WILLKOMMEN, sehr freundlich, sehr MENSCHLICH war, die Empathie war schon dabei und ich musste sie nur mit mitbringen und mitgeben. Aber wenn ich dann NICHT empathisch bin, spüre ich wahrscheinlich das NICHT und ich kann sie NICHT dolmetschen. (P2: 482–495)

P2 erwähnt einen weiteren Aspekt, in dem sich ihre Empathie zeigt. Obwohl die Onkologin die Patientin immer in der dritten Person ansprach, dolmetschte P2 immer in der ersten Person. Dadurch sollte die Patientin sich angesprochen fühlen. Außerdem versuchte P2, wie die

Onkologin, in einer ruhigen Stimme zu sprechen und diese beizubehalten, obwohl sie normalerweise sehr schnell redet:

[...] Ich habe immer wieder in die erste Person gedolmetscht, obwohl eben die Ärztin eigentlich immer gesagt hat: Sagen Sie IHR und da habe ich trotzdem alles in die erste Person wieder gedolmetscht, weil es war für mich schöner und angenehmer für die Patientin, wenn man sich angesprochen fühlt, und nicht ähm: Die Ärztin hat gefragt. [...] Und ich glaube, ich habe meine Stimme/ war LEISE, also es war NICHT hektisch, aber/ weil auch die Ärztin ganz langsam gesprochen hat und deswegen konnte ich auch diese Stimme auch übernehmen und weiterverwenden. Ich spreche normalerweise ganz schnell und deswegen/ da das Setting ganz ruhig war, konnte ich auch trotzdem meine Stimme ruhig, ja, halten [...]. (P2: 398–413)

7.2.1 Fazit der Interviews

Die mit P1 und P2 geführten Interviews verdeutlichen, zusammen mit der Analyse der Simulationen, die individuell verwendeten Dolmetschstrategien. Durch die Interviews kann ein tieferer Einblick in die Beweggründe hinter den bewussten und unbewussten Dolmetschstrategien gewonnen werden. Die nachfolgenden Erkenntnisse sind festzustellen:

- a) **Das Setting: Komplexität, Authentizität und persönliches Empfinden der Probandinnen:** In den Reflexionen von P1 und P2 lassen sich sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede feststellen. Beide Probandinnen sind sich einig über die Authentizität und die Komplexität des medizinisch-onkologischen Settings. Die Simulation wurde sowohl von P1 als auch von P2 als anspruchsvoll, komplex und heikel wahrgenommen. Die Komplexität ergibt sich aus der Tragweite der Tabuthemen Tod, Sterben, Krebserkrankung, Schmerzen, Isolation, Aussichtslosigkeit des Lebens und mangelnde Unterstützung sowie den daraus resultierenden Schwierigkeiten, die richtige Terminologie zu verwenden. Es gibt jedoch auch Unterschiede zwischen den Wahrnehmungen und Aussagen der beiden Probandinnen. Im Fall von P1 ergeben sich die Schwierigkeit und das Gefühl der Überforderung einerseits aus der mangelnden praktischen Dolmetscherfahrung im Bereich Onkologie und Palliativmedizin. Andererseits spielen auch die möglichen emotionalen Auswirkungen der Simulation auf die Pro-

bandin eine bedeutende Rolle. P1 hat nämlich bereits in der Vergangenheit persönliche Erfahrungen mit dem Thema Krebs gemacht, die sie geprägt haben. In diesem Zusammenhang unterstreicht P1 die Wichtigkeit einer gründlichen mentalen, terminologischen und inhaltlichen Vorbereitung in beiden Sprachen. P2 hingegen erkennt die Herausforderungen und die Komplexität des Settings an, betont jedoch, dass sie keine großen Schwierigkeiten mit dem Thema Tod und Sterben hat. Potenzielle Gründe für diese Reflexionen könnten darin liegen, dass P2 bereits mehrmals mit ähnlichen Situationen am Arbeitsplatz konfrontiert war.

- b) **Umgang mit der Phraseologie des Todes und des Leidens:** Mithilfe der Interviews konnte auch im Bereich der Terminologie und Phraseologie ein tieferes Verständnis über die zugrundeliegenden Überlegungen bei der Wahl der verwendeten Dolmetschstrategien erlangt werden. Dadurch war es möglich, Beweggründe für bestimmte Entscheidungen genauer zu beleuchten und zu erklären. P1 und P2 sprechen dabei genau jene Strategien an, die auch in der jeweiligen Simulation im Analysekapitel 7.1 identifiziert wurden. Die in der Simulationsanalyse gewonnenen Erkenntnisse werden somit in den Interviews bestätigt. Die symbolische Sprache, die den Probandinnen aus unterschiedlichen Gründen mehr Schwierigkeiten bereitet hat, enthält Ausdrücke wie „*male boia*“⁴⁵, „*serial killer*“⁴⁶ und „*limbo*“⁴⁷. Anhand der Reflexionen und Beispiele von P1 und P2 ist ersichtlich, dass P1 häufig *substituted renditions* verwendet, während P2 oft auf *close* und *expanded renditions* (Wadensjö 1998) zurückgreift. P1 und P2 nutzen also unterschiedliche Dolmetschstrategien. Laut P1 und P2 sind Metaphern wichtige Kommunikationsmittel, die komplexe Erfahrungen und das eigene emotionale Erleben im Zusammenhang mit Krankheit und Schmerzen leichter vermitteln können. Außerdem haben beide Probandinnen beobachtet, dass im Italienischen auf indirektere Weise über den Tod gesprochen wird. Diesbezüglich fühlt sich P1 nicht ausreichend vorbereitet, todesbezogene Konzepte auf Italienisch auszudrücken.

⁴⁵ „Todesqualen“ (Übers. E.R.).

⁴⁶ „Serienkiller“ (Übers. E.R.).

⁴⁷ „ewige Schwebe“ (Übers. E.R.).

- c) **Bedeutung der nonverbalen Kommunikation:** Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen der nonverbalen Kommunikation und der hohen Emotionalität des Settings erkennen. P1 und P2 sind sich einig, dass die nonverbale Kommunikation im Bereich Onkologie und Palliativmedizin besonders wichtig ist und sie berücksichtigt werden sollte. Emotionale und psychologische Zustände, die nur schwer verbalisiert werden können, können so nämlich besser vermittelt werden. Durch die Einbeziehung von nonverbaler Kommunikation in die Dolmetschung, etwa Blickkontakt, kann eine genauere und effektive Vermittlung der Botschaft gewährleistet werden. Die oben zitierten Beispiele, das Aufnahmемaterial und die Transkriptionsauszüge bestätigen die Eindrücke der Probandinnen.
- d) **Bedeutung der professionellen Empathie und des Zuhörens als Dolmetschkompetenzen:** Beide Probandinnen erkennen und unterstreichen die wesentliche Rolle der Empathie im medizinisch-onkologischen Kontext, in dem die Kommunikation patientenorientiert ist. Dies kann, ihrer Ansicht nach, einen positiven Einfluss auf die ÄrztInnen–PatientInnen–Kommunikation und damit auch auf die Qualität der Dolmetschung haben. Außerdem sind laut P1 Kultursensibilität und Zuhörkompetenzen noch zusätzliche grundlegende Dolmetschkompetenzen für das medizinisch-onkologische Setting.

8. Conclusio

Ausgangspunkt der vorliegenden Masterarbeit ist zum einen die Tatsache, dass der Tod als ein omnipräsenter *Tòpos* im Zentrum vieler Debatten steht. Er ist ein fester Bestandteil des Lebens und folglich in verschiedenen sozialen Kontexten präsent. Gerade deshalb kommt dieses Thema häufig beim Medizindolmetschen vor. Zum anderen ist eine Forschungslücke bei der Untersuchung der Wiedergabe von Tabuthemen, wie Tod und Leiden in medizinisch-onkologischen und palliativen Settings, in der Translationswissenschaft mit Fokus auf Dialogdolmetschen mit der Sprachkombination Italienisch und Deutsch identifiziert werden. Aus diesen Gründen richtete sich das Forschungsinteresse auf die Bedeutung der und den Umgang mit der Terminologie zum Thema Tod in diesen Settings.

Das Hauptziel der vorliegenden Fallstudie war, die Strategien und Herangehensweisen zweier Masterstudentinnen bei der Wiedergabe einer simulierten medizinisch-onkologischen Dolmetschsituation zu untersuchen und dabei vier Forschungsfragen zu beantworten:

1. Wie wurden spezifische Termini und Ausdrücke, die mit dem Thema Tod verbunden sind, von den zwei Probandinnen gedolmetscht?
2. Welche Dolmetschstrategien werden von den zwei Probandinnen in diesem spezifischen medizinisch-onkologischen Setting angewandt?
3. Wie gehen die zwei Probandinnen mit der Phraseologie des Todes und des Leidens um?
4. Spielen Tabuthemen, nonverbale Kommunikation und professionelle Empathie in diesem medizinisch-onkologischen Setting eine Rolle?

Die Forschungsfragen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, ermöglichen es, die grundlegenden Aspekte des Bereichs zu untersuchen, die für ein umfassendes Verständnis des Forschungsgegenstandes unerlässlich sind. Sie bilden die potenzielle Komplexität des Themas ab, die sich aus der symbolischen Sprache und der Tabuisierung ergibt und terminologische Auswirkungen hat. Die Onkologie und die Palliativmedizin selbst sind hochsensible Bereiche, in denen die Beteiligten mit Tabuthemen, wie Tod, Krebserkrankung, Leiden und Schmerzen, konfrontiert sind. All das beeinflusst den Dolmetschprozess.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden zwei Simulationen mit zwei Masterstudentinnen (Probandin P1 und Probandin P2) in der Praxis einer Onkologin in Wien durchgeführt. Diese wurden mit Videokameras aufgenommen und im Anschluss mit dem Software-Partitur-Editor EXMARaLDA unter Beachtung der Transkriptionskonventionen des HIAT transkribiert. In Bezug auf die Forschungsfragen 1 und 2 wurden in den Simulationen insgesamt acht *rich points* (Gumul & Herring 2022) identifiziert und unter Anwendung der Typologie der *renditions* nach Wadensjö (1998) analysiert und verglichen. Die Untersuchung hat ergeben, dass P1 und P2 am häufigsten die Dolmetschstrategien *close* und *substituted renditions* verwendeten. Beide Probandinnen zeigten zudem Zuhörkompetenz und professionelle Empathie, indem sie Blickkontakt mit der Patientin hielten, auch wenn diese beim Sprechen wegschaute. Die Bedeutung der Strategie *close rendition*, also einer möglichst nah am Gesagten orientierten Dolmetschung, im Bereich der Onkologie und Palliativmedizin ergibt sich vor allem aus dem Erlebnis eines komplexen, individuellen und existenziellen Zustands der PatientInnen (Lindtner-Rudolph & Bardenheuer 2015; Peters 2001; Streeck 2020). Außerdem kann eine möglichst präzise Wiedergabe OnkologInnen ein umfassendes Verständnis der Auswirkungen von Krebs auf das Leben der PatientInnen vermitteln und dabei helfen, die geeigneten Therapieziele zu formulieren. *Substituted renditions* wurden im Rahmen dieser Simulation dazu verwendet, mögliche Missverständnisse zu vermeiden, da die Kommunikation direkter ist. Es lässt sich daher festhalten, dass die zwei Masterstudentinnen geeignete Strategien für spezifische, besonders komplexe Passagen der Simulation eingesetzt haben. Dies entspricht der Notwendigkeit für DolmetscherInnen, sich an den jeweiligen Kontext anzupassen und bei Bedarf auch die Strategien zu wechseln (Viljanmaa 2020: 8). Der Einsatz verschiedener Dolmetschstrategien hängt also von mehreren Faktoren ab: Von den spezifischen Anforderungen des Settings, der Vorbereitung und den Dolmetscherfahrungen der Masterstudentinnen in dem Bereich oder in ähnlichen Bereichen sowie die persönliche Sensibilität der DolmetscherInnen für die Thematik.

Bezüglich der Dolmetschung bestimmter Termini und Ausdrücke sollen zwei Beispiele genannt werden: Krebs als Serienmörder (*rich point* 4) und Todesqualen (*rich point* 2). Bezüglich *rich point* 4 expliziert Probandin 1 die originale Aussage der Patientin, indem sie den Terminus „Brustkrebs“ (TS12: 99–100) in der Wiedergabe verwendet (*substituted rendition*), während Probandin 2 die negative Personifikation der Originalaussage (*close rendition*) übernimmt, und zwar: „von dem gleichen Serial Killer betroffen“ (TS14: 180). Bezüglich *rich*

point 2 ist die Wiedergabe von Probandin 1 vage und enthält weniger Informationen als die Originalaussage der Patientin „*Ich habe fast alles, mir ist sehr oft übel*“ (TS8: 56–57) (*reduced rendition*). Probandin 2 hingegen verwendet den Terminus „*Quälerei*“ (TS6: 97), wobei sie erneut die negative Konnotation des italienischen Terminus der Patientin übernimmt. Die zwei Termini, die beiden Probandinnen Schwierigkeiten bereitet haben (P1: 55–64; 79–85), sind auch prägnante Beispielen für die verwendeten Strategien der Probandinnen.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 3 und 4 wurden nach den jeweiligen Dolmetscheinsätzen zwei leitfadengestützte problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) mit den zwei Probandinnen durchgeführt. Diese lieferten Erkenntnisse über die eigenen Wahrnehmungen, Herangehensweisen, Strategien und Beweggründe für die Entscheidungen von P1 und P2. Dabei konnten die Erkenntnisse zu den verwendeten Strategien aus der Analyse der Simulationen bestätigt werden: P1 tendierte eher dazu, *substituted* und *reduced renditions* zu verwenden, während P2 *close* und *expanded renditions* bevorzugte (Wadensjö 1998).

Die Fallstudie der vorliegenden Masterarbeit bestätigt die Komplexität und die hohe Emotionalität des Dolmetschens im Bereich Onkologie und Palliativmedizin. Sowohl P1 als auch P2 betonen die terminologische Komplexität des Settings, speziell hinsichtlich der stark tabuisierten Themen Tod, Sterben, Krebserkrankungen, Schmerzen, Isolation und Aussichtslosigkeit des Lebens. Die Komplexität ist auch auf die hohe Emotionalität des Settings, das subjektive Krankheitsverständnis und die individuelle Beziehung zum Tod ebenso wie das subjektive Schmerzempfinden jedes Menschen zurückzuführen, das erhebliche Probleme in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen verursacht (Courtney 2015: 304). In diesem Zusammenhang betonen P1 und P2, wie wichtig die Vorbereitung, Dolmetscherefahrung und Kompetenz der DolmetscherInnen in diesem Bereich sei. Weitere theoretische Aspekte wurden durch die Fallstudie bestätigt: Die Berücksichtigung und die Einbeziehung nonverbaler Signale der Patientin in die Dolmetschung ist in diesem sensiblen Setting von großer Bedeutung für die Gewährleistung einer authentischen und effektiven Kommunikation (Gavioli & Merlini 2023; Felgner 2009). Empathie spielt eine entscheidende Rolle für eine effektive und positive ÄrztInnen–PatientInnen–Kommunikation und das Erreichen der Therapieziele (Merlini & Gatti 2015: 154–155) im Bereich Onkologie und Palliativmedizin und diese kann auch nonverbal vermittelt werden (Evans et al. 2006: 420). Kultursensibilität und Zuhörkompetenzen sind ebenfalls grundlegende Dolmetschkompetenzen (Klimidis & Minas 2010; Viljanmaa 2020) im medizinisch-onkologischen Setting. Somit spielen Tabuthemen,

nonverbale Kommunikation und Empathie eine wichtige Rolle, da sie in diesem Setting zusätzliche Inhalte vermitteln, eine mögliche Schwierigkeit darstellen und eigens berücksichtigt werden müssen.

Wie bereits dargelegt, ist sich die Verfasserin dieser Masterarbeit der Einschränkungen und zahlreichen Einflussfaktoren der vorliegenden Fallstudie bewusst. Insbesondere die geringe Größe der untersuchten Stichprobe von zwei Masterstudentinnen, die Schwierigkeit der exakten Reproduzierbarkeit mündlicher Gespräche sowie die starke Subjektivität, Komplexität und die breite Thematik erschweren eine Verallgemeinerung der Ergebnisse. Außerdem verfügen die beiden Masterstudentinnen, trotz Vorbereitungszeit und obwohl sie sich gegenwärtig am Ende ihres Masterstudiums befinden, nicht über eine umfassende und kontinuierliche Dolmetscherfahrung im Bereich Onkologie und Palliativmedizin. Darüber hinaus war den Probandinnen bekannt, dass die fiktive Patientin sowohl Italienisch als auch Deutsch perfekt beherrscht, was die Wahrnehmung der Probandinnen möglicherweise beeinflusst und eingeschränkt hat. Allerdings war es nicht möglich und auch zu sensibel, ein breites Spektrum von „echten“ PatientInnen mit Krebs im Endstadium zu erreichen und zu rekrutieren. Darüber hinaus ist der Bereich Onkologie und Palliativmedizin äußerst breit und vielfältig; die mit Krebserfahrungen verbundenen Erzählungen sind sehr unterschiedlich und subjektiv. Gerade diese Subjektivität macht die Herausforderungen für die DolmetscherInnen deutlich. Die Herangehensweise und die verwendeten Dolmetschstrategien hängen demnach stark vom Kontext, den KommunikationsakteurInnen der medizinischen Triade sowie der Subjektivität, professionellen Empathie, der Vorbereitung und dem persönlichen Hintergrund der DolmetscherInnen ab. Dennoch wurde von beiden Probandinnen die Authentizität des Settings betont, denn die Simulation fand direkt in der Praxis einer echten Onkologin in Wien statt.

Die präsentierten Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit weiterer Forschung, um ein tieferes Verständnis über das Dialogdolmetschen im Bereich Onkologie und Palliativmedizin und die daraus abgeleiteten Dolmetschstrategien zu erlangen. Die vorliegende Masterarbeit könnte ein Ausgangspunkt für weitere Studien sein, die sich mit dem Schwerpunkt Symbolsprache am Lebensende beschäftigen. Der Einblick in das Dialogdolmetschen mit der Sprachkombination Italienisch und Deutsch im Bereich Onkologie und Palliativmedizin könnte so vertieft und möglicherweise mit anderen medizinischen Bereichen verglichen werden. Dies kann zu einem besseren Verständnis der Ähnlichkeiten und Unterschiede der verwendeten Sprache bei Tabuthemen rund um den Tod in verschiedenen medizinischen Be-

reichen und unter verschiedenen Bedingungen führen. Diese Reflexionen wurden auch durch die Interviews mit P1 und P2 angeregt, die darauf hinwiesen, wie das Thema Tod im Bereich Community Interpreting in verschiedenen Kontexten Eingang findet (P1: 475–481; P2: 639–654). Ein weiterer Aspekt, der aus den Interviews hervorging und der in zukünftigen Studien untersucht werden sollte, ist die Zusammenarbeit zwischen DolmetscherInnen und ÄrztInnen, um eine bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten und eine Vertrauensbasis aufzubauen (P1: 440–449; P2: 578–596).

Bibliografie

- Albl-Mikasa, M. & Hohenstein, C. (2017). Cognition in Community Interpreting: The influence of interpreter's knowledge of doctor-patient interaction. In: Perrin, D., Kleinberger, U. (Hrsg.) *Doing Applied Linguistics. Enabling Transdisciplinary Communication*. Berlin: De Gruyter, 130–138.
- Albl-Mikasa, M., & Hohenstein, C. (2023). Community Interpreting as a Socially and Cognitively Situated Activity: Speech Action Patterns and Underlying Knowledge Structures in Interpreter-Mediated Medical Interactions. In: Álvaro Aranda, C., & Lázaro Gutiérrez, R. (Hrsg.) *New Trends in Healthcare Interpreting Studies. An Updated Review of Research in the Field*. Singapore: Springer, 11–39.
- Allan, K., & Burridge, K. (2006). *Forbidden words: taboo and the censoring of language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Arumi Ribas, M., & Vargas-Urpi, M. (2017). Strategies in Public Service Interpreting: A Roleplay Study of Chinese-Spanish/Catalan Interactions. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting*, 19 (1), 118–141.
- Back, A. L., Anderson, W. G., Bunch, L., Marr, L. A., Wallace, J., Yang, H. B., & Arnold, R. M. (2008). Communication about cancer near the end of life. *Cancer*, 113 (S7), 1897–1910.
- Bahadır, Ş. (2000). Von natürlichen Kommunikationsbrücken zu professionellen Kommunikationsbrücken (Reflexionen zum Berufsprofil und zur Ausbildung professioneller Dolmetscher im medizinischen, sozialen und juristischen Bereich). *Textcontext*, 14 (2).
- Bahadır, Ş. (2010). *Dolmetschinszenierungen: Kulturen, Identitäten, Akteure*. Berlin: SAXA-Verlag.
- Bechmann, S. (2014). *Medizinische Kommunikation: Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Bontempo, K., & Malcolm, K. (2012). An ounce of prevention is worth a pound of cure: Educating Interpreters about the Risk of Vicarious Trauma in Healthcare Settings. In: Swabey, L. & Malcolm, K. (Hrsg.) *In our hands: Educating healthcare interpreters*. Washington D.C.: Gallaudet University Press, 105–30.

- Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41 (3), 604–618.
- Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient education and counseling*, 91 (2), 131–140.
- Broom, A., Good, P., Kirby, E., & Lwin, Z. (2013). Negotiating palliative care in the context of culturally and linguistically diverse patients. *Internal Medicine Journal*, 43 (9), 1043–1046.
- Bührig, K. & Meyer, B. (2015). Ärztliche Gespräche mit MigrantInnen. In: Busch, A. & Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 300–316.
- Bury, M.R. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociol. Health Illn.* 4, 167–182.
- Butow, P., Lobb, E., Jefford, M., Goldstein, D., Eisenbruch, M., Girgis, A., King, M., Sze, M., Aldridge, L., & Schofield, P. (2012). A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients. *Supportive care in cancer*, 20 (2), 235–244.
- Camayd-Freixas, E. (2013). Court interpreter ethics and the role of professional organizations. In: C. Schäffner, K. Kredens, & Y. Fowler (Eds.) (Hrsg.) *Interpreting in a changing landscape*. Amsterdam: John Benjamins, 15–30.
- Chesterman, A. (2001). Proposal for a hieronymic oath. *Translator*, 7 (2), 139–154.
- Courtney, R. (2015). Galen on the Patient's Role in Pain Diagnosis: Sensation, Consensus, and Metaphor. In: Petridou, G., & Thumiger, C. (Hrsg.) *Homo Patiens - Approaches to the Patient in the Ancient World (Vol. 45)*, 304–322.
- Crespo-Fernández, E. (2006). The language of death: Euphemism and conceptual metaphorization in Victorian obituaries. *SKY Journal of Linguistics* 19, 101–130.
- Crespo-Fernández, E. (2023). The Death Taboo: Euphemism and Metaphor in Epitaphs from the English Cemetery of Malaga, Spain. *Languages (Basel)* 8 (3), 2–16.
- Crezee, I. H. M. (2013). Oncology. In: Crezee, I., Kearney, M., Lui, D., & Hand, L. (Hrsg.) *Introduction to Healthcare for Interpreters and Translators*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 155–164

- Decety, J., & Jackson, P. L. (2006). A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Current Directions in Psychological Science: A Journal of the American Psychological Society* 15 (2), 54–58.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Auflage. Marburg: Dr. Dresing & Pehl GmbH.
- Dunphy, J., Börger, H., Kubillus, S., & Verlag H. H. (2020). *Kommunikation mit Sterbenden: Praxishandbuch zur Palliative-Care-Kommunikation* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1981). Die Wiedergabe intonatorischer, nonverbaler und aktionaler Phänomene im Verfahren HIAT. In: Lange-Seidl, A. (Hrsg.) *Zeichenkonstitution. Akten des 2. Semiotischen Kolloquiums Regensburg 1978*. Berlin: De Gruyter, 174–186.
- Enciclopedia Treccani (n.d.) <https://www.treccani.it/vocabolario/scomparire/> (Stand: 14.03.2024)
- Evans, W. G., Tulskey, J. A., Back, A. L., & Arnold, R. M. (2006). Communication at times of transitions: how to help patients cope with loss and re-define hope. *The Cancer Journal*, 12 (5), 417–424.
- Fang, C., & Tanaka, M. (2022). An exploration of person-centred approach in end-of-life care policies in England and Japan. *BMC Palliative Care* 21 (1), 1–15.
- Felgner, L. (2009). Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschen medizinischen Gespräch. In: Dörte, A., Pöllabauer S. (Hrsg.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. Is everything all topsy turvy in your tummy? Health Care Interpreting*. München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung, 45–70.
- Felgner, L. (2017). *Nonverbale Kommunikation beim medizinischen Dolmetschen* (Vol. 34). Berlin: Frank & Timme GmbH.
- Fleischman, S. (1999). I am..., I have..., I suffer from...: A Linguist Reflects on the Language of Illness and Disease. *The Journal of Medical Humanities*, 20 (1), 3–32.
- Gathigia, M. G., Wang, R., Shen, M., Tirado, C., Tsaregorodtseva, O., Khatin-Zadeh, O., Minervino, R., Marmolejo-Ramos, F. (2018). A cross-linguistic study of metaphors of death. *Cognitive Linguistic Studies*, 5 (2), 359–375.

- Gavioli, L. & Merlini, R. (2023). Public service interpreting in healthcare. In: Gavioli, L. & Wadensjö, C. (Hrsg.) *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group, 192–206.
- Gavioli, L., & Baraldi, C. (2011). Interpreter-Mediated Interaction in Healthcare and Legal Settings: Talk Organization, Context and the Achievement of Intercultural Communication. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting*, 13 (2), 205–233.
- Grbić, N., & Pöllbauer, S. (2008). Counting What Counts: Research on Community Interpreting in German-Speaking Countries: A Scientometric Study. *Target: International Journal of Translation Studies*, 20 (2), 297–332.
- Groß, D., Kreucher, S., & Grande, J. (2010). Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden. In: Rosentreter, M.; Groß, D. & Kaiser, S. (Hrsg.) *Sterbeprozesse Annäherungen an den Tod*. Kassel University Press GmbH, 17–31.
- Gumul, E., & Herring, R. E. (2022). Employing retrospective process tracing in an international exploratory study. *Translation, Cognition & Behavior*, 5 (2), 221–249.
- Gutierrez, A. M., Statham, E. E., Robinson, J. O., Slashinski, M. J., Scollon, S., Bergstrom, K. L., Street Jr, R. L., Parsons, D. W., Plon, S. E., & McGuire, A. L. (2019). Agents of empathy: How medical interpreters bridge sociocultural gaps in genomic sequencing disclosures with spanish-speaking families. *Patient education and counseling*, 102 (5), 895–901.
- Hale, S. B., & Napier, J. (2013). *Research methods in interpreting: A practical resource*. London: Bloomsbury.
- Hancox, J. A., McKiernan, C. F., Martin, A. L., Tomas, J., & MacArtney, J. I. (2023). The emotional effects on professional interpreters of interpreting palliative care conversations for adult patients: A rapid review. *Palliative Medicine*, 37 (7), 931–946.
- Heinrich, E., Strauß, A. (2023). Aufklärung in der Tumorthherapie. In: Michel, M.S., W. Thüroff, J., Janetschek, G., Wirth, M.P. (Hrsg.) *Die Urologie*. Springer, Berlin, Heidelberg: Springer Reference Medizin, 1233–1234.
- Hetherington, A. (2012). Supervision and the interpreting profession: Support and accountability through reflective practice. *International Journal of Interpreter Education*, 4 (1), 46–57.

- Hillen, M. A., de Haes, H. C. J. M., van Tienhoven, G., Bijker, N., van Laarhoven, H. W. M., Vermeulen, D. M., & Smets, E. M. A. (2015). All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. *Breast Cancer Research and Treatment*, 153 (1), 161–171.
- Hirsi, A. (2006). *Mein Leben, meine Freiheit. Die Autobiographie*. München, Zürich: Piper.
- Hofer-Falk, G. (2023). *Gedolmetschte Ärzt:innen-Patient:innen-Gespräche: Phänomene und Probleme aus gesprächsanalytischer und aus dolmetschwissenschaftlicher Perspektive*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, 1 (1), 25–41.
- Hug, T., & Poscheschnik, G. (2015). *Empirisch forschen: die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium* (2., überarbeitete Auflage). Wien: Huter & Roth KG.
- Hui, D., Zhukovsky, D. S., & Bruera, E. (2018). Serious Illness Conversations: Paving the Road with Metaphors. *The Oncologist (Dayton, Ohio)*, 23 (6), 730–733.
- Iacono, K. (2021). *Dolmetschen im Medizintourismus: Anforderungen und Erwartungen an DolmetscherInnen in Deutschland und Österreich*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- IASP International Association for the Study of Pain (2020). Abrufbar unter: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/> (Stand: 19.08.2023).
- Ilkilic, I. (2008). Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51 (8), 857–864.
- Jutel, A. (2016). Truth and lies: Disclosure and the power of diagnosis. *Social Science & Medicine*, 165, 92–98.
- Kadrić, M. (2021). Dolmetschen als Dienst am Menschen. In: Kaindl, K. Pöllabauer, S.; Mikić D. & Kadric, M. (Hrsg.) *Dolmetschen als Dienst am Menschen: Texte für Mira Kadrić*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Kaufert, J. M. & Putsch, R. W. (1997). Communication through interpreters in healthcare: Ethical dilemmas arising from differences in class, cultural, language, and power. *The journal of clinical ethics*, 8 (1), 1–16.

- Kirby, E., Broom, A., Good, P., Bowden, V., & Lwin, Z. (2017). Experiences of interpreters in supporting the transition from oncology to palliative care: A qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 13 (5), e497–e505.
- Klimidis, S. & Minas, H. (2010). Working with interpreters and achieving culturally competent communication. In: Kissane, D.; Phyllis, B.; Butow, B. & Ilora, F. (Hrsg.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care. Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press, 361–373.
- Klüber, M. (2015). Verstehenssicherung zwischen Anästhesist und Patient im Aufklärungsgespräch. In: Busch, A. & Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 208–224.
- Koller, V. (2013). Metaphern in der Palliativversorgung und Sterbebegleitung: Ein Forschungsprojekt an der Universität Lancaster. *Leidfaden*, 2 (3), 13–15.
- Koropchak, C., Pollak, K., Arnold, R., Alexander, S., Skinner, C., Olsen, M., Jeffreys, A., Rodriguez, K., Abernethy, A., & Tulsky, J. (2006). Studying communication in oncologist-patient encounters: The SCOPE Trial. *Palliative Medicine*, 20 (8), 813–819.
- Korpal, P., & Jasielska, A. (2019). Investigating interpreters' empathy. *Target: International Journal of Translation Studies*, 31 (1), 2–24.
- Korpal, P., & Mellinger, C. D. (2022). Self-care strategies of professional community interpreters. *Translation, Cognition & Behavior*, 5 (2), 275–299.
- Lalouschek, J. & Menz, F. (2002). Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen. In: Brünner, Gisela; Fiehler, Reinhard; Kindt, Walther (Hrsg.) *Angewandte Diskursforschung: Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 46–68.
- Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D., & Stewart, S. K. (2002). Enhancing physician-patient communication. *Hematology*, 2002 (1), 464–483.
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology (Chichester, England)*, 21 (12), 1255–1264.
- Lindtner-Rudolph, H., & Bardenheuer, H. J. (2015). Sprache am Lebensende: Chancen und Risiken ärztlicher Gesprächsführung in der Palliativmedizin. In: Busch, A. & Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*, Vol. 11. Berlin, München, Boston: DE GRUYTER, 243–263.

- Loutan, L., Farinelli, T., & Pampallona, S. (1999). Medical interpreters have feelings too. *Sozial- Und Präventivmedizin*, 44 (6), 280–282.
- Luño, Á. R. (1992). Rapporti tra il concetto filosofico e il concetto clinico di morte. *Acta Philosophica*, 1 (1), 54–68.
- Lušicky, V. (2019). Dolmetscher*innen als Wissens- und Terminologiemanager*innen. In: Kadrić, Mira (Hrsg.) *Besondere Berufsfelder für Dolmetscher*innen*. Wien: Facultas, 67–90.
- Maconi, L. (2019). Il morire e la morte oggi. Breve riflessione linguistica. <https://accademiadellacrusca.it/it/contenuti/il-morire-e-la-morte-oggi-breve-riflessione-linguistica/7953> (Stand: 25.03.2024).
- Maniowska, K. (2018). Fraseologia medica italiana nella traduzione. *Rivista internazionale di tecnica della traduzione. International Journal of Translation Numero 20*. Trieste: EUT EDIZIONI UNIVERSITÀ DI TRIESTE, 117–129.
- Maniowska, K. (2020). Malattia come metafora o metafora delle malattie. Riflessioni sulla terminologia medica italiana. *KWARTALNIK NEOFILOLOGICZNY*, LXVII, 1/2020, 89–101.
- Mehus, C. J. & Becher, E. H. (2016). Secondary Traumatic Stress, Burnout, and Compassion Satisfaction in a Sample of Spoken-language Interpreters. *Traumatology: An International Journal* 22 (4), 249–254.
- Merlini, R., & Gatti, M. (2015). Empathy in healthcare interpreting: Going beyond the notion of role. *The Interpreters' Newsletter n. 20*. EUT Edizioni Università di Trieste, 139–160.
- Meyer, B. (1998). What Transcriptions of Authentic Discourse Can Reveal about Interpreting. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting*, 3 (1), 65–83.
- Meyer, B. (2023). Corpus-based studies of public service interpreting. In: Gavioli L. & Wadensjö C. (Hrsg.) *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group, 76–88.
- Milagros, S., Genoff, M., Zaballa, A., Jewell, S., Stabler, S., Gany, F., & Diamond, L. (2016). Interpreting at the end of life: a systematic review of the impact of interpreters on the delivery of palliative care services to cancer patients with limited English proficiency. *Journal of pain and symptom management*, 51 (3), 569–580.

- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Moreno, J. (2022). Narrating Trauma through Metaphors and Technical Terms in Italian Patients' Narratives. *Comparatismi*, (7), 395–409.
- Morin, E. (2002). *L'uomo e la morte* (Vol. 8). Trento: Il Margine.
- Murata, H., & Morita, T. (2006). Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: The first step of a nationwide project. *Palliative & Supportive Care*, 4 (3), 279–285.
- Ndongo Keller, J. (2015). Vicarious Trauma and Stress Management. In: Jourdenais, R., & Mikkelsen, H. (Hrsg.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. Oxon: Routledge Taylor & Francis Group, 337–351.
- Norris, W., Wenrich, M., Nielsen, E., Treece, P., Jackson, C. & Curtis, R. (2005). Communication about end-of-life care between language discordant patients and clinicians insights from medical interpreters. *Journal of palliative medicine*, 8 (5), 1016–1024.
- Paice, J. A., Toy, C., & Shott, S. (1998). Barriers to Cancer Pain Relief: Fear of Tolerance and Addiction. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16 (1), 1–9.
- Park, E. R., Mutchler, J. E., Perez, G., Goldman, R. E., Niles, H., Haime, V., Tree-McGrath, C. F., Yang, M. S., Woolridge, D., Suarez, J., Donelan, K. & Pirl, W. F. (2017). Coping and Resiliency Enhancement Program (CARE): a Pilot Study for Interpreters in Cancer Care. *Psycho-Oncology* 26, 1181–1190.
- Peng-Keller, S. (2017). Einleitung: Symbolsprachen Sterbender. Formen und Sinn bildhafter Kommunikation am Lebensende. In: Peng-Keller, S. (Hrsg.) *Bilder als Vertrauensbrücken: Die Symbolsprache Sterbender verstehen*. Berlin, Boston: De Gruyter, 1–16.
- Peters, J. (2021). *Fachdiskurs, Fachsprache und zentrale Konzepte von Palliativmedizin und Palliativversorgung im 21. Jahrhundert. Eine korpusbasierte linguistische Diskursanalyse an Fachtexten der Jahre 2000-2019*. Doktorarbeit. Erlangen: FAU University Press.
- Pöchhacker, F. (2000). *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg Verlag.
- Pöchhacker, F. (2011). Researching interpreting: Approaches to inquiry. In: Nicodemus, B. & Swabey, L. (Hrsg.) *Advances in interpreting research: Inquiry in action*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 5–25.

- Pöllabauer, S. (2002). Community Interpreting. Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren. In: Kurz, I. & Moisl, A. (Hrsg.) *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher. Perspektiven nach dem Studium*. Wien: Facultas, 196–204.
- Poyatos, F. (1997). The reality of multichannel verbal/nonverbal communication in simultaneous and consecutive interpretation. In: Poyatos, F. (Hrsg.) *Nonverbal communication and translation: New perspectives and challenges in literature, interpretation and the media*. Benjamins Translation Library, 17, 249–282.
- Rehbein, J., Schmidt, T., Meyer, B., Watzke, F. & Herkenraht, A. (2004). Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT. *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit* – Folge B 56, Sonderforschungsbereich 538.
- Revellino, R. (2019). La lingua del cancro. In continua evoluzione. Verso una rivoluzione. *Torino Medica comunicazione informazione formazione. La rivista dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Torino* 2019 (2), 45–48.
- Robieux, L., Karsenti, L., Pocard, M., & Flahault, C. (2018). Let's talk about empathy. *Patient Education and Counseling*, 101 (1), 59–66.
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (S1), 28–34.
- Rudvin, M. (2006). Negotiating linguistic and cultural identities in interpreter-mediated communication for public health services. In: Pym, A.; Jettmarová, Z. & Shlesinger, M. *Sociocultural aspects of Translating and Interpreting*. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 173–190.
- Scarry, E. (1985). *The body in pain: The making and unmaking of the world*. New York Oxford: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 3–23.
- Skelton, J. R., Wearn, A. M., & Hobbs, F. R. (2002). A concordance-based study of metaphorical expressions used by general practitioners and patients in consultation. *British Journal of General Practice*, 52 (475), 114–118.
- Sleptsova, M., Weber, H., Schöpf, A. C., Nübling, M., Morina, N., Hofer, G. & Langewitz, W. (2017). Using Interpreters in Medical Consultations: What is Said and What is Translated—A Descriptive Analysis Using RIAS. *Patient Education and Counseling* 100, 1667–1671.

- Spichiger, E., & Valenta, S. (2018). Krebsbedingte Schmerzen – Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten und Angehörigen. *Praxis (Bern. 1994)*, 107 (2), 71–76.
- Spranz-Fogasy, T. & Becker, M. (2015). Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, A. & Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin, München, Boston: DE GRUYTER, 93–115.
- Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten: Kommunikation ohne Worte–KoW®*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Stiel, S. & Radbruch, L. (2010). Die Angst vor Sterben und Tod in der Palliativmedizin. In: Rosentreter, M.; Groß, D. & Kaiser, S. (Hrsg.) *Sterbeprozesse Annäherungen an den Tod*. Kassel University Press GmbH, 231–239.
- Streeck N. (2020). Death without distress? The taboo of suffering in palliative care. *Medicine, health care, and philosophy*, 23 (3), 343–351.
- Suurmond, J. & Seeleman, C. (2006). Shared decision-making in an intercultural context: barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient education and counseling*, 60 (2), 253–259.
- Tapp, D., Chenacher, S., Gérard, N. P. A., Bérubé-Mercier, P., Gelinas, C., Douville, F., & Desbiens, J.-F. (2019). Observational Pain Assessment Instruments for Use With Nonverbal Patients at the End-of-life: A Systematic Review. *Journal of Palliative Care*, 34 (4), 255–266.
- Terando, L. (2023). Recasting the unspeakable: pain, suffering and loss. *Translator (Manchester, England)*, 29 (1), 17–27.
- Vachon-Preseau, E., Centeno, M. V., Ren, W., Berger, S. E., Tétreault, P., Ghantous, M., Baria, A., Farmer, M., Baliki, M.N., Schnitzer, T.J. & Apkarian, A. V. (2016). The Emotional Brain as a Predictor and Amplifier of Chronic Pain. *Journal of Dental Research*, 95 (6), 605–612.
- Valero-Garcés, C. (2006). El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos: un factor a tener en cuenta. *Quaderns Revista de traducció* 13, 141–154.
- Van Oorschot, B. (2018). Krebs im Endstadium: Überengagierte Versorgung am Lebensende. *Perspektiven der Onkologie 2, Deutsches Ärzteblatt*, 16–22.
- Viljanmaa, A. (2020). *Professionelle Zuhörkompetenz und Zuhörfilter beim Dialogdolmetschen*. Berlin: Frank & Timme GmbH.

- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman.
- Wadensjö, C. (2001). Approaching interpreting through discourse analysis. In: Gile, D. Benjamins. *Getting Started in Interpreting Research: Methodological Reflections, Personal Accounts and Advice for Beginners*, Volume 33 (Hrsg.) Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 185–198.
- Watzlawick, P. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton: New York.
- Webb, J. A., & LeBlanc, T. W. (2018). Evidence-based Management of Cancer Pain. *Seminars in Oncology Nursing*, 34 (3), 215–226.
- Weber, M., Müller, M., & Ewald, H. (2005). Kommunikation in der Palliativmedizin. *Der Onkologe*, 11 (4), 384–391.
- Wedam, U. (2021). Psychisches Erleben der DolmetscherInnen. In: Bergunde, A.; & Pöllabauer, S. (Hrsg.) *Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren 2. aktualisierte Auflage*. Linz: Trauner Verlag, 203–209.
- WHO (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Stand: 30.01.2023).
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum: Qualitative Social Research, abrufen auf: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132> (Stand: 10.08.2023).
- Yalom, I. D. (2008). *Staring at the sun: Overcoming the terror of death*. Market Street, San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Anhang

1. Skript: Dolmetschsimulation im Bereich Onkologie und Palliativmedizin

Patientin aus Italien

Alter: 40 Jahre alt

Sprachkenntnisse: Die Patientin kann ausschließlich Italienisch

Wohnort: Wien. Sie wohnt seit einem Jahr in Wien mit ihrem Mann. Ihr Mann ist auch Italiener

Versicherung: ÖGK

Erkrankung: Metastasierter Brustkrebs - Krebs im Endstadium

Symptome: Die Patientin leidet an massiven Schmerzen

Krankengeschichte und Befunde: Schon bekannt. Nicht zu fachspezifisch. Der Fokus liegt auf dem Thema Tod

Vorthérapien: Chemotherapie, Strahlentherapie, zielgerichtete Medikamente

Gewünscht: Palliative Möglichkeiten in Wien + Patientenverfügung

Patientin aus Italien - Hinweisen und Schlüsselbegriffe

- Comunicazione non verbale (confusione, pianto, pause, ansia, sospiri, stress etc.)
- Nono proprio da sola non sono...C'è mio marito, anche lui italiano...Però ecco mia mamma è venuta a mancare proprio l'anno scorso sempre tumore al seno...Mio papà, invece, ci ha lasciati 3 anni a causa di un incidente mortale...
- ...Sempre cancro quella brutta bestia...Per questo sono a Vienna, per cambiare vita
- Dopo mesi e mesi e mesi di lotta voglio solo pace e tranquillità ...
- Ho un male boia ovunque. Sempre. 24 ore al giorno. Ho sempre nausea, non riesco più né a dormire né a mangiare...
- Dottoressa io glielo dico già: non ho nessuna voglia di essere rinchiusa in un ospizio in attesa che mi vengano a prendere i becchini.

- Sono morta di paura quando ho saputo del tumore...A dire vivo ogni giorno in una prigione di paura. Mi sembra un funerale eterno.
- Non mi lascerete mica morire di fame, vero?
- ...Ma sarà una sorta di eutanasia? Io sono davvero spaventata.
- La prego non voglio e non posso più soffrire e mi sento come se avessi perso tutto. Mi sento abbandonata e isolata dal resto del mondo.

Onkologin aus Österreich - Hinweisen und Schlüsselbegriffe

- Patientenzentrierte Schmerztherapie / Bedürfnisorientierung
- Nonverbalen Kommunikation: Mimik und Gestik (Wiederholungen, langsames, lautes, Blickkontakt etc.)
- Verben: Gestorben / verstorben
- Professionelle Begleitung
- Sanfter Tod
- Schmerzloser Tod
- Palliativstation
- Palliativpflege
- Palliativmedizin
- Wegmetaphern (Peters 2021: 231)

Letzte Reise

Der letzte Weg

Weg und Begleitung → gemeinsam, zusammen, begleiten, Begleitung, Unterstützung, Sterbebegleitung, Trauerbegleitung, Sterbebegleiter

- Personifikationen des Todes (Peters 2021: 235)

Der Tod als Gegner und Feind. Der Sieg über den Tod

- Metaphern des Schlafes (Peters 2021: 234)

Tod: Ewiger Schlaf

- Der Tod als Erlöschen (Peters 2021: 234)

erlöschen, verlöschen, Erlöschen oder auslöschen: „Metaphern des Erlöschens betonen eine gewisse Sanftheit des Sterbegeschehens“ (Peters 2021: 234)

2. EXMARaLDA Transkript Simulation P1

[1]

	0 [00:00.0]1 [00:39.7]	2 [00:40.6*]	3 [00:41.3*]	4 [00:43.3]	5 [00:44.1]
O [v]	Ähm nehmen/ Patientin sitzt hier, Sie sitzen da.				
P [v]					Grazie.
P1 [v]					Sedersi qua/ lei può sedere
P [nv]					B>P1,
P1 [de]					Sie können hier sitzen.
O [nv]	B>P	B>P1, zeigt auf den Sessel mit dem FI			
P1 [nv]					B>P

[2]

	6 [00:44.6]7 [00:45.4]	8 [00:48.9]
O [v]	Ähm stört/ Ich mache das Fenster zu, ja?	
P [v]		
P1 [v]	qua.	Ehm chiudo la finestra, va
P [nv]	nickt	
P1 [de]	Ähm ich mache das Fenster zu, ist	
O [nv]	B>P, dann B>P1, macht das Fenster zu, dann setzt sich hin	
P1 [nv]	B>P	

[3]

	9 [00:50.6]	10 [00:51.3]	11 [00:53.0]	12 [00:55.8]	13 [00:56.5]
O [v]				Ja.	
P [v]		Sì, ho freddo.			
P1 [v]	bene?	Ja.	Die Patientin sagt, ist ihr etwas kalt.	Sì, va	
P [nv]		B>P1, nickt B>P1			
P1 [de]	es in Ordnung?			Ja, ist in	
P [de]		Ja, mir ist kalt.			
O [nv]				B>P	
P1 [nv]			B>O	B>P	

[4]

	14 [00:57.4]15 [00:58.2]16 [00:58.2]	17 [01:04.2]
O [v]	•• Sso ••• bitte.	
P [v]	Grazie.	
P1 [v]	bene.	Ehm mi presento alla Dottoressa, se va bene
P [nv]	B>O	
P1 [de]	Ordnung.	Ich stelle mich der Ärztin vor, wenn Sie damit
P [de]	Danke.	
O [nv]	B>P dann B>P1	
P1 [nv]	B>P	

[5]

	18 [01:07.7]	19 [01:08.3]
P [v]	Certo.	
P1 [v]	per lei.	Ähm ich bin die Dolmetscherin. Ich bin heute hier mit der
P [nv]	B>P1, nicht	
P1 [de]	einverstanden sind.	
P [de]	Natürlich.	
P1 [nv]	B>O	

[6]

	20 [01:12.3]
O [v]	Ja ((lächelt)) ähm darf ich nur vollständigkeithalber
P1 [v]	Frau (Nachname der Patientin).
O [nv]	B>P1
P1 [nv]	

[7]

	21 [01:17.7]	22 [01:18.5]	23 [01:19.6]
O [v]	auch Ihren Namen?	(Name der ProbandIn)	
P1 [v]	(Name der ProbandIn)		Ho solo ehm dato a
P1 [de]			Ich habe nur ähm der
O [nv]		macht Notizen, nicht	
P1 [nv]	B>O		B>P

[8]

	24 [01:21.8]	25 [01:22.9]
O [v]		Sie haben eine wichtige Funktion. Gut.
P [v]	Certo, certo.	
P1 [v]	lei il mio nome.	
P [nv]	B>P1	
P1 [de]	Ärztin meinen Namen gegeben.	
P [de]	Natürlich. Natürlich.	
O [nv]		B>P1, nicht
P1 [nv]		

[9]

O [v]	Ähm würden Sie die Frau (Nachname der Patientin) ähm fragen, ähm was ich für Sie
O [nv]	

[10]

	26 [01:32.1]	27 [01:38.3]
O [v]	tun kann.	
P [v]		Ehm ((holt Luft))
P1 [v]	Ja, okay. Buongiorno. Che cosa posso fare oggi per lei?	
P [nv]		B>P1, AU nach oben, AU
P1 [de]	Okay. Guten Morgen. Was kann ich heute für Sie tun?	
P [de]		Ähm ((holt Luft)) also
O [nv]		
P1 [nv]	B>P	

[11]

P [v]	allora io sono venuta qui, come ha letto sicuramente nella mia mail, la mia diagnosi
P [nv]	nach unten dann legt die Hand auf die Brust
P [de]	ich bin hierhergekommen, wie Sie sicherlich in meiner E-Mail gelesen haben, kennen Sie bereits

[12]

	28 [01:46.8*] 29 [01:47.2*] 30 [01:47.8*] 31 [01:48.2*]
P [v]	la conosce e • sì mh ho un tumore al seno, cancro al seno con metastasi e sono qui
P [nv]	AU zu und schüttelt den Kopf
P [de]	meine Diagnose und ja mh ich habe Brustkrebs, Metastasierter Brustkrebs und ich bin hier, weil ich

[13]

P [v]	perché voglio una seconda opinione. Sono stata in cura a (Krankenhaus in Wien) e •
P [nv]	
P [de]	gern eine Zweitmeinung hätte. Ich bin im (Krankenhaus in Wien) behandelt worden und ich habe

[14]

P [v]	ho fatto diverse cose e adesso mi sono scocciata, voglio che/ cioè loro vogliono
P [nv]	
P [de]	mehrere Dinge gemacht und jetzt habe ich die Nase voll, ich will, dass/ sie wollen mich weiter

[15]

	...
P [v]	continuare a curarmi, ho fatto raggi, chemio, preso diversi medicinali e • adesso
P [nv]	
P [de]	behandeln, ich habe eine Radiotherapie gemacht, Chemotherapie, mehrere Medikamente genommen

[16]

	32 [02:10.6*]33 [02:10.9*]
P [v]	voglio soltanto avere la mia pace e tranquillità e • ho bisogno di una seconda
P [nv]	-
P [de]	und jetzt will ich einfach meinen Frieden und meine Ruhe haben und ich brauche eine zweite

[17]

	34 [02:14.9]
P [v]	opinione.
P1 [v]	• Ja, grüß Gott, vielleicht haben Sie wahrscheinlich schon in meinem Mail
P [nv]	
P [de]	Meinung.
P1 [nv]	B>O, nickt

[18]

	35 [02:23.3*]
P1 [v]	gelesen, auch von meiner Diagnose. Ich habe Brustkrebs, metastasierenden
P1 [nv]	-

[19]

	36 [02:25.1*]
P1 [v]	Brustkrebs und ich bin hier für eine zweite Meinung. Ich wurde betreut im

[20]

	...
P1 [v]	(Krankenhaus in Wien), hier in Wien, ich habe schon sehr viele verschiedene Dinge

[21]

	...
P1 [v]	gemacht, und wir haben auch/ es wurden verschiedene Dinge ausprobiert, auch

[22]

		37 [02:44.1*]38 [02:44.5*]
P1 [v]	verschiedene Medikamente, aber jetzt möchte ich einfach nur meinen Frieden und	-

[23]

	39 [02:45.2*]40 [02:45.5*]	41 [02:49.0]
O [v]		Ähm sagen Sie
P1 [v]	meine Ruhe . Es ist bis jetzt sehr anstrengend gewesen für mich.	
O [nv]		B>P1, nicht

[24]

O [v]	bitte, ich habe alle Befunde gelesen, ja, sie ist also State of the Art therapiert worden.
O [nv]	

[25]

O [v]	Ich kann das gut nachvollziehen und es tut mir sehr leid, dass sie also keinen Erfolg
O [nv]	

[26]

	42 [03:07.2]
O [v]	mit der bisherigen Therapie hatte.
P1 [v]	Hm' ehm sì, ho letto tutti i risultati, i reperti e
P1 [de]	Hm' ja, ich habe alle Ergebnisse und die Befunde gelesen
O [nv]	
P1 [nv]	B>P1, nicht

[27]

P1 [v]	posso anche dire che il trattamento e le cure erano tutti ehm state of the art quindi il
P1 [de]	und ich kann auch sagen, dass die Behandlungen und die Betreuungen alle ähm state of the art waren,
P1 [nv]	

[28]

P1 [v]	meglio possibile, il migliore e • e sì, mi dispiace e sono addolorata che non c'era ehm
P1 [de]	also das Bestmögliche, das Beste • und ja, es tut mir leid, ich hege das höchste Mitgefühl, dass es ähm
P1 [nv]	

[29]

	43 [03:13.3]44 [03:14.1]45 [03:24.0]	
P [v]	Hm	Si, ma non lo metto in dubbio.
P1 [v]	che la terapia non ha avuto successo.	
P [nv]	nickt	B->P1 nickt
P1 [de]	dass die Therapie nicht erfolgreich war.	
P [de]	Hm	Ja, ich es bezweifle nicht.
P1 [nv]		

[30]

	46 [03:25.3]47 [03:31.8]	48 [03:32.7]49 [03:38.4]
P [v]	È la vita.	((holt hörbar Luft)) A volte va, a volte non va,
P [nv]	AU zu und schüttelt den Kopf	schüttelt den Kopf
P [de]	So ist das Leben.	Manchmal geht es, manchmal nicht, so ist das Leben.

[31]

	50 [03:41.9]	51 [03:44.5]
O [v]		Was
P [v]	così è la vita.	
P1 [v]	Ja, manchmal funktioniert das manchmal nicht. So ist das Leben.	
P [nv]		
P [de]		
O [nv]		B->P1,
P1 [nv]	B->O, schüttelt den Kopf	

[32]

O [v]	was was auch so/ annehmen. Ich verstehe auch, dass sie eine Pause jetzt haben will
O [nv]	nickt

[33]

	52 [03:54.3*]53 [03:54.7*]
O [v]	von der onkologischen Therapie und meine Frage ist wurde ihr eigentlich
O [nv]	-

[34]

	54 [03:58.5*]55 [03:59.7*]
O [v]	angeboten, sich bei der Palliativstation im (Krankenhaus in Wien) vorzustellen?
	-

[35]

	56 [04:02.7]
P1 [v]	Si, capisco perfettamente che ha bisogno di una pausa dell'oncologia ehm e voglio/
P1 [de]	Ja, ich verstehe sehr gut, dass Sie eine Pause von der Onkologie brauchen und ich möchte Sie fragen,
P1 [nv]	B>P, nicht

[36]

	57 [04:16.7*]	58 [04:18.3*]
P1 [v]	vorrei chiederla se • • hanno mai parlato a lei delle cure palliative all' (Krankenhaus in	
P1 [de]	ob • • hat man mit Ihnen im (Krankenhaus in Wien) jemals über Palliativmedizin gesprochen?	
P1 [nv]		

[37]

	59 [04:21.5]
P [v]	Chi? All' (Krankenhaus in Wien)? No. All' (Krankenhaus in Wien no.
P1 [v]	Wien)?
P [nv]	B>P1 dann schüttelt den Kopf und starrt in die Leere
P1 [de]	
P [de]	Wer wohl? Im (Krankenhaus in Wien)? Nein. Im (Krankenhaus in Wien) nicht. Im

[38]

P [v]	All' (Krankenhaus in Wien) mi hanno proposto altre cose, sinceramente non so
P [nv]	
P [de]	(Krankenhaus in Wien) haben sie mir andere Sachen vorgeschlagen und ehrlich gesagt weiß ich nicht

[39]

P [v]	neanche cosa mi abbiano proposto, perché io li ho interrotti, cioè appena ho sentito
P [nv]	
P [de]	einmal, was sie vorgeschlagen haben, weil ich sie unterbrochen habe, ich meine/ also sobald ich

[40]

	60 [04:36.9]
P [v]	un'altra volta chemio, radio ho detto no: basta. Io non ne posso più. È una prigione
P [nv]	
P [de]	wieder Chemotherapie und Radiotherapie gehört habe, habe ich nein, genug, gesagt. Ich kann das nicht

[41]

	61 [04:37.7*]	62 [04:38.4*]	63 [04:39.0*]
P [v]	eterna, sono in un limbo eterno		. Io voglio la
P [de]	mehr ertragen. Es ist ein ewiges Gefängnis, ich befinde mich in einem ewigen Schwebezustand. Ich		

[42]

P [v]	mia pace, la mia tranquillità. Quindi so cosa è la medicina palliativa ma non me
P [de]	will meinen Frieden, meine Ruhe haben. Also ja, ich weiß, was Palliativmedizin ist, aber sie haben

[43]

P [v]	l'hanno offerta, non so neanche perché. Per questo sono qua, per chiederlo a lei.
P [de]	mir das nicht angeboten, ich weiß nicht mal, warum. Deshalb bin ich hier, um Sie zu fragen.

[44]

64 [04:47.8]	
P1 [v]	Ähm im (Krankenhaus in Wien) wurde mir das nicht angeboten, mir wurden andere
P1 [nv]	B>O, schüttelt den Kopf

[45]

P1 [v]	Sachen angeboten, aber ich habe gleich unterbrochen, weil ich definitiv nicht mehr
P1 [nv]	

[46]

P1 [v]	weitere Behandlungen möchte. Es ist im (Krankenhaus in Wien) wie in einem
P1 [nv]	

[47]

66 [05:00.1*]	
P1 [v]	Gefängnis. Ich brauche meinen Frieden. Ich weiß schon grundsätzlich, was die

[48]

P1 [v]	Palliativmedizin ist, aber deswegen bin ich auch hier bei Ihnen, weil mir bisher nicht
--------	--

[49]

67 [05:09.4]		68 [05:12.5]
O [v]	Ähm welche Beschwerde hat sie denn?	
P1 [v]	viel darüber gesprochen wurde.	Ehm quali
P1 [de]		Ähm welche ähm
O [nv]	B>P1, nickt	
P1 [nv]		B>P

[50]

	69 [05:20.0]	70 [05:20.4*]	71 [05:20.6*]
P [v]	Quali	non	sono i
P1 [v]	sono ehm i suoi ehm problemi che ha ora con la malattia?		
P [nv]	AU nach oben		
P1 [de]	Probleme haben Sie jetzt mit dieser Krankheit?		
P [de]	Welche Probleme habe ich denn		
P1 [nv]			

[51]

	72 [05:23.0*]	73 [05:23.7*]
P [v]	miei problemi. Cioè ho un male boiaventiquattro ore su ventiquattro e mi fa male di	
P [nv]	B>P1 und schüttelt den Kopf	
P [de]	nicht! Ich meine, ich erleide vier-und-zwanzig Stunden am Tag Todesqualen und alles tut weh, mir ist	

[52]

P [v]	tutto, ho la nausea, non riesco a mangiare, io ero una buona forchetta, sono/ avevo
P [nv]	
P [de]	übel, ich kann nicht essen, ich war früher eine Genießerin, ich/ habe ziemlich viel gewogen, und ich

[53]

P [v]	parecchi kg, e non riesco più a mangiare, appena sento soltanto il profumo del
P [nv]	
P [de]	kann nicht mehr essen, sobald ich Prosciutto rieche, muss ich mich fast übergeben. Meine Gelenke

[54]

P [v]	prosciutto mi viene da vomitare. Mi fanno male le articolazioni, mi fan male le
P [nv]	
P [de]	schmerzen, meine Beine tun mir weh. Ich habe Atemnot. Ich bin die Treppe hochgestiegen, haben Sie

[55]

	74 [05:43.8*]	75 [05:44.3*]
P [v]	gambe. Ho l'affanno	. Ho fatto le scale, ha visto? Due piani e mi sento
P [nv]	legt die hand auf die Brustschüttelt den Kopf	
P [de]	das gesehen? Zwei Stockwerke hinaufgegangen und ich fühle mich schrecklich/ es reicht jetzt, genug.	

[56]

	76 [05:49.4]
P [v]	malissimo/ cioè no basta.
P1 [v]	Ähm ich weiß gar nicht, wo ich anfangen soll. Ich habe fast
P [nv]	
P [de]	
P1 [nv]	B>O und schüttelt den Kopf

[57]

P1 [v]	alles, mir ist sehr oft übel. Früher habe ich gerne vergessen, aber jetzt, wenn ich nur
P1 [nv]	

[58]

P1 [v]	Prosciutto rieche, wird mir schon schlecht. Mir/ meine Beine schmerzen auch ich
P1 [nv]	

[59]

	77 [06:05.2*]	78 [06:05.5*]
P1 [v]	habe auch Probleme mit der Atmung. Ich bin zum Beispiel hier die zwei Stockwerke	
P1 [nv]		

[60]

	79 [06:11.5]	80 [06:12.9*]	81 [06:13.3*]
O [v]	Äh auch wenn wir keine		
P1 [v]	hinauf gegangen, aber ich war sofort außer Atem.		
O [nv]	B>P1		
P1 [nv]			

[61]

O [v]	onkologische Therapie machen, äh würde ich sagen, dass sie äh Medikamente
-------	---

[62]

	82 [06:22.0*]83 [06:22.5*]	84 [06:24.1*]	85 [06:25.0*]
O [v]	Therapie braucht, damit es ihr besser	geht, ja?	Wenn man gar nichts macht, dann
O [nv]	nickt		B>P1, dann B>P2

[63]

	86 [06:32.5]
O [v]	lässt man sie mit ihren Beschwerden allein. Das • würde ich • also nicht raten.
P1 [v]	Ehm
P1 [de]	Selbst
O [nv]	und schüttelt den Kopf
P1 [nv]	B>P

[64]

	87 [06:33.7*]88 [06:34.0*]
P1 [v]	anche se non proseguiamo con un trattamento oncologico, suggerirei di sempre
P1 [de]	wenn wir die onkologische Therapie nicht fortsetzen, würde ich vorschlagen, dass Sie weiterhin
P1 [nv]	nickt

[65]

P1 [v]	prendere delle medicinali perché se no avrò sempre tutti questi problemi di cui mi ha
P1 [de]	Medikamente nehmen, weil ich sonst immer all diese Probleme haben werden, von denen Sie mir
P1 [nv]	

[66]

	89 [06:50.0]	90 [06:52.5]
P [v]	Che medicina devo prendere?	
P1 [v]	già parlato.	Hm` was wäre das für
P [nv]	B>O	
P1 [de]	schon erzählt haben.	
P [de]	Welche Medikamente muss ich einnehmen?	
P1 [nv]		B>O

[67]

	91 [06:54.2]	92 [06:55.6*]	93 [06:56.5*]
O [v]	Also erstens eine • sichere gute Schmerztherapie ja. Das ist die		
P1 [v]	Medikamente?		
O [nv]	B>P1	nickt	
P1 [nv]			

[68]

		94 [07:03.5*]95 [07:03.9*]
O [v]	Domäne der Palliativmedizin. Auch gegen die Übelkeit kann man sicher	etwas
O [nv]		nicht

[69]

O [v]	machen. Über das Essen muss man reden, vielleicht ist der Prosciutto ((lacht)) nicht
-------	--

[70]

		96 [07:14.4*]	97 [07:15.0*]
O [v]	das wahre. Aber • aber essen und trinken ist etwas Wichtiges und das sollte man		
O [nv]		nicht	

[71]

		98 [07:19.6*]	99 [07:20.1*]	100 [07:20.9*]	101 [07:21.5*]
O [v]	bessern. Um es sozusagen, wenn es bei den Onkologen, bei den Kämpfern nichts zu				
O [nv]		nicht		nicht	

[72]

		102 [07:29.8*]103 [07:30.9*]
O [v]	tun gibt, gibt es noch viel zu tun, um den Zustand zu bessern, ja? Das ist ganz, ganz	
O [nv]		nicht

[73]

O [v]	wichtig, dass dass sie weiß, dass dass es • • Medikamente, Maßnahmen, dass es
-------	---

[74]

		104 [07:58.0]105 [08:08.3]
O [v]	Verschiedenste gibt, wo ihr geholfen wird. Sie ist nicht allein.	
P [v]		Hm
P1 [v]		Ehm la causa/ la cosa
P [nv]		AU zu und nicht
P1 [de]		Ähm die Hauptsache, die
P1 [nv]		B>P, dann B>O, abwechselnd

[75]

P [v]
P1 [v] principale che faremo sarebbe una terapia per il dolore, questo è anche l'atto più
P [nv]
P1 [de] wir machen werden, wäre eine Schmerztherapie, das ist auch die wichtigste Maßnahme der
P1 [nv]

[76]

P [v]
P1 [v] principale ehm delle cure palliative. Poi ci sono anche delle medicinali contro la
P [nv]
P1 [de] Palliativmedizin. Dann gibt es auch Medikamente gegen Übelkeit und • ähm was das Essen angeht, ist
P1 [nv]

[77]

P [v]
P1 [v] nausea e • ehm che riguarda il cibo forse il prosciutto ((lacht)) non è la cosa migliore,
P [nv]
P1 [de] vielleicht Schinken ((lacht)) nicht das Beste, aber es ist sehr wichtig, gut zu essen, ähm Wasser zu
P1 [nv]

[78]

P [v]
P1 [v] però è molto importante mangiare bene, bere ehm dell'acqua e delle altre cose ehm e
P [nv]
P1 [de] trinken und andere Dinge ähm und wenn die Onkologie ähm nichts mehr für Sie machen kann ähm
P1 [nv]

[79]

P [v]
P1 [v] se l'oncologia non può più fare ehm niente per lei ehm non vuol dire che non c'è
P [nv]
P1 [de] heißt das nicht, dass es nichts gibt, was Sie machen können, um ähm Ihren gesundheitlichen und
P1 [nv]

[80]

P [v]	
P1 [v]	niente da fare per ehm migliorare il suo stato di salute e animo e quindi è molto
P [nv]	
P1 [de]	seelischen Zustand zu verbessern, es ist also sehr wichtig, dass Sie wissen, dass es ähm Medikamente
P1 [nv]	

[81]

P [v]	
P1 [v]	importante che lei sappia che ci sono ehm delle medicinali e dei trattamenti che
P [nv]	
P1 [de]	und Behandlungen gibt, die Sie unterstützen können und Sie sind nicht alleine.
P1 [nv]	

[82]

	106 [08:09.0]107 [09:03.7]
P [v]	Sarà • intanto mi sento veramente sola, mi sento
P1 [v]	possono sopportarla e non è sola.
P [nv]	wischt sich die Tränen ab dann AU nach oben
P1 [de]	
P [de]	Naja • Ich weiß nur, dass ich mich sehr einsam fühle, ich
P1 [nv]	

[83]

	108 [09:11.5*]	109 [09:12.8*]
P [v]	abbandonata e non lo so è come se vivessi in un in una prigione di dolore, in un	
P [nv]		
P [de]	fühle mich alleingelassen und ich weiß nicht, es ist, als würde ich in einem Gefängnis des	

[84]

	110 [09:13.4*]	111 [09:14.3*]
P [v]	limbo eterno	. Io ho veramente soltanto
P [nv]	schaut in die Leere	AU nach unten und schüttelt den
P [de]	Schmerzes leben, in einem ewigen Schwebezustand. Ich will wirklich nur viel Ruhe haben. Und ich	

[85]

	112 [09:18.6]	113 [09:20.9]
P [v]	voglia di tanta tranquillità.	E non voglio
P1 [v]		Hm' ja, ich fühle mich eigentlich sehr/
P [nv]	Kopf	AU nach unten und
P [de]	will nicht in einem Hospiz sterben.	
P1 [nv]	B>O	

[86]

	114 [09:24.9]
P [v]	finire a morire in un ospizio.
P1 [v]	Ich/ die Patientin sagt ich fühle mich sehr alleine und
P [nv]	nickt
P1 [nv]	B>P1, nicht dann B>O

[87]

	115 [09:32.1*]	116 [09:32.8*]	117 [09:33.2*]	118 [09:33.8*]
P1 [v]	alleine gelassen , es ist wirklich wie ein Gefängnis aus	Schmerzen und ich		
P1 [nv]				

[88]

P1 [v]	möchte einfach nur Frieden und Ruhe. Aber vor allem möchte ich nicht in einem
--------	---

[89]

	119 [09:41.5]
O [v]	Das/ da muss ich jetzt weiter fragen nach der häuslichen
P1 [v]	Hospiz versterben.
O [nv]	B>P1, nicht

[90]

O [v]	Umgebung, ja. Wo/ sie wohnt in Wien hat sie auch ihre Familie hier in Wien? Also
O [nv]	

[91]

	120 [09:58.7]
O [v]	jetzt geht es um die Wohnsituation und die soziale Umgebung.
P1 [v]	Okay la mia domanda
P1 [de]	Okay meine wichtige
O [nv]	
P1 [nv]	B>P, nicht

[92]

..	
P1 [v]	importante ora è che lei vive a Vienna, giusto? E anche a Vienna c'è la sua famiglia
P1 [de]	Frage ist jetzt, dass Sie in Wien leben, richtig? Und in Wien haben Sie Ihre Familie und wie ist Ihr/ Ihr
P1 [nv]	

[93]

..		121 [10:13.1]
P [v]		Hm' allora io vivo a Vienna da un annetto circa e •
P1 [v]	e qual è il suo/ la sua rete sociale?	
P [nv]		B>O, dann B>P1, abwechselnd
P1 [de]	soziales Netzwerk?	
P [de]		Äh also ich lebe seit ungefähr einem Jahr in Wien und • ich
P1 [nv]		

[94]

..	
P [v]	• vivo qui con mio marito che anche lui è italiano. E si, basta. Mio padre è
P [nv]	
P [de]	lebe hier mit meinem Mann, der auch Italiener ist. Und ja, das war's. Mein Vater ist vor drei Jahren bei

[95]

..		122 [10:26.4*]	123 [10:28.0*]	124 [10:30.4*]
P [v]	scomparso tre anni fa in un incidente mortale. Mia madre se l'è portata il serial killer			
P [nv]		AU nach unten		AU zu und
P [de]	einem Autounfall tödlich verunglückt. Meine Mutter wurde von dem Serienkiller • dem			

[96]

..		125 [10:31.6*]	126 [10:31.9*]	127 [10:33.4*]
P [v]	• • il ladro di vite • • lo stesso male mio • • l'anno scorso • •			
P [nv]	schüttelt den Kopf	AU zu	AU nach oben	
P [de]	Lebensräuber • • dasselbe Übel wie ich • • letztes Jahr entführt • • und ja das war's. Wir (mein Mann			

[97]

128 [10:40.1]	
P [v]	Basta, sì. Siamo tutti e due qui.
P1 [v]	Ähm genau ich wohne seit circa einem Jahr in Wien
P [nv]	
P [de]	Mann und ich) sind beide hier.
P1 [nv]	B>O

[98]

P1 [v]	ähm mit meinem Mann, der ebenfalls aus Italien kommt. Mein Vater ist vor drei
P1 [nv]	

[99]

129 [10:52.1*] 130 [10:52.8*]	
P1 [v]	Jahren bei einem Autounfall verstorben und meine Mutter ähm war auch betroffen
	-
P1 [nv]	AU nach unten

[100]

131 [10:56.6*] 132 [10:57.3*] 133 [10:59.4]	
O [v]	Das hat sie miterlebt, den Tod der
P1 [v]	ähm von Brustkrebs und ist daran verstorben.
	-
O [nv]	B>P1, dann B>P

[101]

134 [11:02.1]	
O [v]	Mutter?
P1 [v]	Ja, das war vor circa einem Jahr. Ehm ha solo chiesto se ha vissuto la morte
P1 [de]	Sie (die Onkologin) hat nur gefragt, ob Sie den Tod ihrer Mutter miterlebt haben.
O [nv]	
P1 [nv]	B>O, dann B>P

[102]

135 [11:10.1]	
P [v]	Ma non del tutto perché lei è morta l'anno scorso, io già mi ero
P1 [v]	di sua madre.
P [nv]	B>P1 und schüttelt den Kopf, dann AU zu
P1 [de]	
P [de]	Naja, nicht ganz, denn sie ist letztes Jahr gestorben, ich bin schon davor nach Wien
P1 [nv]	

[103]

P [v]	trasferita a Vienna quindi a momenti sì, ma momenti no. Cioè qualche mese stava qui
P [nv]	
P [de]	gezogen, also teils ja, teils nein. Also ein paar Monate war sie hier bei mir, ich habe gesehen, wie sie

[104]

P [v]	da me, ho visto come si sentiva e non voglio assolutamente finire come è finita lei.
P [nv]	
P [de]	sich gefühlt hat und ich will auf gar keinen Fall so enden wie sie. Ich will ein möglichst würdiges

[105]

136 [11:31.0*]137 [11:31.4*]	
P [v]	Io voglio una vita/ un fine vita il più degno possibile • • sì, altri mesi non li ho visti
P [nv]	
P [de]	Lebensende haben • • ja und sonst habe ich sie mehrere Monate nicht gesehen, ich war in Wien und

[106]

138 [11:38.3]	
P [v]	perché io ero qui mentre mamma era in Italia.
P1 [v]	Ich muss mich korrigieren. Die
P [nv]	
P [de]	Mama war in Italien.
P1 [nv]	B>O, nickt, dann schüttelt den Kopf

[107]

P1 [v]	Patientin sagt, sie hat Teile ähm mitbekommen dieser Erkrankungen und des Verlaufs
P1 [nv]	

[108]

P1 [v]	ihrer Mutter. Die Mutter war in Italien und die Patientin war eben schon hier in
P1 [nv]	

[109]

P1 [v]	Österreich und sie sagte: Ich habe sie manchmal gesehen, manche Monate manche
P1 [nv]	

[110]

P1 [v]	nicht, aber ich möchte definitiv nicht ähm so ähm enden wie sie ich möchte ähm
P1 [nv]	

[111]

	139 [12:00.9*]	140 [12:01.6*]	141 [12:04.4]
O [v]			Äh das verstehe ich,
P1 [v]	einen würdevollen Tod und nicht ist ähm so wie meine Mutter.		
O [nv]			B>P1, nickt
P1 [nv]			

[112]

O [v]	dass das sehr belastet. Ich werde mich sehr bemühen. Die Strukturen sind in
O [nv]	

[113]

	142 [12:18.5*]	143 [12:19.3*]	144 [12:21.3]
O [v]	Österreich eigentlich so, dass jeder einen würdigen Tod haben kann, ja.		
P1 [v]			Si, vedo che
P1 [de]			Ja, ich sehe, dass
O [nv]			
P1 [nv]			B>P, nickt

[114]

P1 [v]	ovviamente è molto pesante, anche la situazione con la sua madre e farò del mio
P1 [de]	es offensichtlich sehr schwer ist, auch die Situation mit ihrer Mutter, und ich werde mein Bestes tun,
P1 [nv]	

[115]

P1 [v]	meglio per far sì che le strutture che ci sono in Austria, che sono strutturate molto
P1 [de]	um sicherzustellen, dass die Strukturen, die es in Österreich gibt, die sehr gut strukturiert sind, dass
P1 [nv]	

[116]

P1 [v]	bene, che queste strutture la aiutano di avere una fine di vita degna che è possibile
P1 [de]	diese Strukturen Ihnen helfen, ein würdiges Lebensende zu haben, das hier in Österreich möglich ist,
P1 [nv]	

[117]

	145 [12:51.7]	146 [12:53.4]
O [v]		Ähm trotzdem
P [v]		Hm hm okay, bene.
P1 [v]	qua in Austria, con le strutture che ha l'Austria.	
P [nv]		B>O, nickt
P1 [de]	mit den Strukturen, die Österreich hat.	
P [de]		okay, bene.
O [nv]		B>P1, dann B>P,
P1 [nv]		

[118]

O [v]	muss die familiäre Situation auch wichtig also wir müssen den Mann einbeziehen.
O [nv]	abwechselnd

[119]

O [v]	Kinder hat sie glaube ich keine, soweit ich das aus den Abgangsbefunden gesehen
O [nv]	

[120]

	147 [13:06.6]148 [13:25.5]
O [v]	habe?
P1 [v]	Ehm è molto importante che parliamo anche o con la sua famiglia e lavoriamo
P [nv]	schaut in die Leere, dann schüttelt den Kopf
P1 [de]	Ähm es ist sehr wichtig, dass wir auch mit Ihrer Familie sprechen und mit Ihrer Familie
O [nv]	
P1 [nv]	nickt dann B>P

[121]

P1 [v]	insieme alla sua famiglia quindi il suo marito ehm • dobbiamo anche ehm lavorare
P [nv]	
P1 [de]	zusammenarbeiten, also müssen wir auch mit Ihrem Mann • • zusammenarbeiten. Aber Sie haben
P1 [nv]	

[122]

	149 [13:26.2]150 [13:26.5]	151 [13:28.3]
O [v]		Äh hat
P1 [v]	lavorare lavorare con lui. Ma non ha figli, giusto?Nein, sie hat keine Kinder.	
P [nv]		
P1 [de]	keine Kinder, richtig?	
O [nv]		B>P1
P1 [nv]		B>O und schüttelt den Kopf

[123]

	152 [13:31.5]	153 [13:33.5]
O [v]	sie einen Freundeskreis in Wien?	
P [v]		Un paio di amici, sì.
P1 [v]	Ehm ha degli amici a Vienna?	
P [nv]		AU zu und nickt
P1 [de]	Haben Sie Freunde in Wien?	
P [de]		Ein paar Freunde, ja.
O [nv]		
P1 [nv]	B>P	

[124]

	154 [13:34.6]	155 [13:36.6]
O [v]		Auch die, die mittragen, die/ also sozusagen für/ in dieser Si/
P1 [v]	Ja, einige Freundinnen.	
O [nv]		B>P1, dann B>P
P1 [nv]	B>O und nickt	

[125]

	156 [13:45.2]
O [v]	Situation ähm die Freundschaft halten?
P1 [v]	Ma sono amici che la supportano davvero in
P1 [de]	Aber sind es Freunde, die Sie in dieser sehr schwierigen
O [nv]	
P1 [nv]	B>P

[126]

	157 [13:52.6]
P [v]	Si, anche se comunque alla fine una si sente sempre
P1 [v]	questi tempi molto difficili? Ehm/
P [nv]	AU nach oben dann AU zu und dann schüttelt den Kopf
P1 [de]	Zeit wirklich unterstützen? Ähm/
P [de]	Ja, auch wenn man sich am Ende des Tages immer allein
P1 [nv]	

[127]

P [v]	sola, perché le altre persone non possono mai capire al cento per cento questa
P [nv]	
P [de]	fühlt, weil andere Menschen diese Situation nie hundertprozentig verstehen können. Ja, sie verstehen

[128]

P [v]	situazione. Si, mi capiscono ma • non mi capiscono. E anche mio marito alla fine,
P [nv]	
P [de]	mich, aber • sie verstehen mich (gleichzeitig) nicht. Und auch mein Mann, ich meine, er will, dass ich

[129]

P [v]	cioè, lui vuole che io continui a lottare ma non ce la faccio più. Basta. Mi sono
P [nv]	
P [de]	weiter kämpfe, aber das halte ich nicht mehr aus. Genug. Ich habe es satt, es fühlt sich an wie eine

[130]

	158 [14:16.5*]	159 [14:17.8]
P [v]	scoccia, mi sembra un funerale eterno.	
	-	
P1 [v]		Mh ja, ich würde schon sagen,
P [nv]	AU nach unten und schüttelt den Kopf	
P [de]	ewige Beerdigung.	
P1 [nv]		B>O und schüttelt den Kopf

[131]

P1 [v]	wobei sie versuchen, mich zu verstehen, meine Freunde und Freundinnen, aber sie
P1 [nv]	

[132]

P1 [v]	können das ja doch nicht wirklich zu 100% verstehen. Auch mein Mann möchte, dass
P1 [nv]	

[133]

	160 [14:29.4*]	161 [14:30.1*]
P1 [v]	ich weiterkämpfe, aber ich muss sagen, ich kann einfach nicht mehr. Es scheint wie	
P1 [nv]	-	

[134]

	162 [14:34.3*]	163 [14:35.2*]	164 [14:36.9]
O [v]			Äh darum ist es
P1 [v]	ein ewiges Begräbnis	. Ich möchte das nicht mehr.	
	-		
O [nv]			B>P1, nickt
P1 [nv]	AU nach unten und schüttelt den Kopf		

[135]

O [v]	wichtig, ja, dass sie also schaut, wie es in der Palliativmedizin ist und mein erster
O [nv]	

[136]

165 [14:52.8*]	
O [v]	Vorschlag wäre, dass sie in die Ambulanz äh geht, ja. Das würde ich relativ rasch
O [nv]	-

[137]

166 [14:53.2*]	
O [v]	machen, weil ich sehe, dass sie Schmerzen hat. Ich werd zwar den Medikamenten
O [nv]	-

[138]

167 [15:03.7*] 168 [15:04.9*]	
O [v]	Zettel etwas ändern, aber sie braucht professionelle Begleitung. Das Wichtige ist,
O [nv]	-

[139]

169 [15:09.3*] 170 [15:09.7*] 171 [15:11.6]	
O [v]	dass sie das Leid nicht alleine tragen muss.
P1 [v]	Ehm si, è importante andare ehm per
P1 [de]	Äh ja, es ist wichtig, ähm als erstes zu einer
O [nv]	-
P1 [nv]	B>P, nickt

[140]

P1 [v]	la prima cosa in un'ambulanza delle cure palliative perché vedo ehm che sta
P1 [de]	Palliativambulanz zu gehen, weil ich ähm sehe, dass Sie unter Schmerzen leiden, also so schnell wie
P1 [nv]	-

[141]

P1 [v]	soffrendo dei dolori quindi il più presto possibile ehm sarebbe ehm di aiuto per lei
P1 [de]	möglich ähm es wäre ähm hilfreich für Sie ähm aber ähm ich mache einige Änderungen bezüglich der
P1 [nv]	-

[142]

P1 [v]	ehm però ehm faccio qualche cambiamento a riguardo dei medicinali ehm ma è
P1 [de]	Medikamente ähm aber es ist sehr wichtig, dass ähm Sie in dieser Zeit nicht alleine sind, es gibt eine
P1 [nv]	-

[143]

		172 [15:27.5]
P [v]		Hm' hm'
P1 [v]	importantissimo che ehm non sia sola in questo periodo, c'è una ehm c'è un lavoro	
P [nv]		nickt
P1 [de]	ähm es gibt eine professionelle Arbeit, die ähm Sie in dieser Zeit unterstützen kann. Ähm/	
P1 [nv]		

[144]

	173 [15:28.1]174 [15:33.4] 175 [15:34.4]176 [15:41.0]	177 [15:42.0]178 [16:00.0]
O [v]		Wenn es dir recht ist, ich
P [v]	Hm' hm' Hm' hm'	
P1 [v]	professionale che la può ehm supportare in questo periodo.	
P [nv]	nickt	schaut in die Leere und nickt
O [nv]		B>P1, dann B>P, abwechselnd

[145]

O [v]	kenne die Leitung der Palliativstation, die Frau Professor (Nachname der Ärztin) und
O [nv]	

[146]

	179 [16:15.4]
O [v]	ich würde äh wenn sie es erlaubt, auch mit ihr sprechen.
P1 [v]	Ehm se per lei va bene, io
P1 [de]	Wenn es Ihnen recht ist, ich kenne
O [nv]	
P1 [nv]	B>P, nickt

[147]

P1 [v]	conosco la dirigente di/ ehm delle cure palliative ehm si chiama Signora (Nachname
P1 [de]	die Leiterin der Palliativmedizin. Sie heißt Frau (Nachname der Ärztin) und wenn es Ihnen recht ist,
P1 [nv]	

[148]

	180 [16:18.6] 181 [16:19.4]182 [16:23.8]183 [16:24.2]184 [16:26.5]185 [16:27.0]
P [v]	Hm' Okay. Hm'
P1 [v]	der Ärztin) e se per Lei va bene io potrei parlare anche con questa dottoressa.
P [nv]	B>O, nickt nickt nickt
P1 [de]	kann ich auch mit dieser Ärztin sprechen.
P1 [nv]	

[149]

	186 [16:30.3]	187 [16:32.2]	188 [16:33.9]
O [v]			Äh ich kenne ihre medizinische
P [v]	Hm come funziona?		
P1 [v]		Wie würde das aussehen?	
P [nv]	B>P1		
P [de]	Mh mh wie läuft es ab?		
O [nv]			B>P1
P1 [nv]		B>O	

[150]

O [v]	Geschichte, das hat sie also/ diese Befunde hat sie geschickt. Ich würde aber einen
O [nv]	

[151]

	189 [16:42.6*]	190 [16:43.0*]
O [v]	Brief	also/ ich würde anrufen, weil ich die Kollegin wirklich gut kenne und ich
O [nv]		

[152]

O [v]	würde einen zusammenfassenden Brief auch schreiben • und mit diesem Brief würde
O [nv]	

[153]

O [v]	ich sie ins (Krankenhaus in Wien) schicken. Wenn sie will, kann ich auch von hier
O [nv]	

[154]

O [v]	aus einmal anrufen und schauen, ob ich sie gleich bekomme/ ans Telefon bekomme.
O [nv]	

[155]

O [v]	Aber sie wird wissen, dass (Krankenhaus in Wien) telefonieren ist • problematisch.
O [nv]	

[156]

O [v]	Ich kann nicht versprechen, dass ich sie jetzt unmittelbar ans Telefon bekomme.
O [nv]	

[157]

	191 [17:18.9]
P1 [v]	Ehm scriverei una lettera ehm chiamerei la dottoressa e poi lei potrebbe andare
P1 [de]	Ähm ich würde einen Brief schreiben ähm ich würde die Ärztin anrufen und dann könnten Sie mit
P1 [nv]	B>P, nickt

[158]

P1 [v]	all' (Krankenhaus in Wien) con questa lettera che sarebbe un po' un riassunto ehm
P1 [de]	diesem Brief ins (Krankenhaus in Wien) gehen, der (Brief) eine Art Zusammenfassung wäre ähm weil
P1 [nv]	

[159]

P1 [v]	perché abbiamo già i/ tutta l'anamnesi ehm ehm ma sarebbe un po' riassunto ma se
P1 [de]	wir schon die/ die ganze Anamnese haben ähm aber es wäre eine Zusammenfassung aber wenn Sie
P1 [nv]	

[160]

P1 [v]	vuole posso anche provare a chiamare la dottoressa ora ma come lei sa, forse, è un
P1 [de]	möchten, kann ich auch versuchen, diese Ärztin jetzt anzurufen, aber wie Sie wissen, ist es vielleicht
P1 [nv]	

[161]

	192 [17:32.9]	193 [17:33.4]	194 [17:56.4]
O [v]			Es ist mir
P [v]		Hm' hm'	
P1 [v]	po' difficile all' (Krankenhaus in Wien) fare delle telefonate.		
P [nv]		B>O und nickt	
P1 [de]	ein bisschen schwierig im (Krankenhaus in Wien) zu telefonieren.		
O [nv]			B>P1, nickt
P1 [nv]			

[162]

O [v]	wichtig, dass sie weiß ich will sie nicht drängen . Ja, sie kann sich das überlegen, aber
O [nv]	und zeigt mit dem FI auf die Patientin

[163]

O [v]	ich sehe, dass Schmerzen hat und das ist für mich doch ein wichtiges Zeichen, nicht
O [nv]	

[164]

O [v] allzu lange zu warten. Wichtig ist, das ist das Kontrastprogramm zur Onkologie . Sie
O [nv]

[165]

195 [18:18.0*] 196 [18:18.6*]
O [v] soll sich nicht fühlen, wie in einem Gefängnis ja, weil das Gefängnis sind die
O [nv]

[166]

O [v] Schmerzen und wenn wir das Gefängnis die Tür aufmachen wollen, müssen wir
O [nv]

[167]

O [v] zunächst einmal schauen, dass sie/ die Schmerzen gebessert werden. Das ist
O [nv]

[168]

O [v] sozusagen das, was ich aus ihrer Haltung und wie sie hier sitzt , als dringlich
O [nv]

[169]

197 [18:37.6]
O [v] empfinde.
P1 [v] • • ähm ovviamente ähm è ähm tutto la sua scelta personale ma vedo che
P1 [de] • • Ähm natürlich ist das Ihre persönliche Entscheidung, aber ich sehe, dass es Ihnen nicht
O [nv]
P1 [nv] B>P, nickt

[170]

P1 [v] ähm non sta bene e che soffre quindi ähm la/ le cure palliative sono ähm un altro
P1 [de] gut geht und Sie Schmerzen haben, also ist Palliativmedizin ein anderes Programm, es ist keine
P1 [nv]

[171]

	198 [18:58.3*]
P1 [v]	programma, non è l'oncologia quindi lei ha parlato prima della/ ähm di una prigione
P1 [de]	Onkologie. Sie gaben vorhin von einem Gefängnis des Schmerzes gesprochen und ich möchte Ihnen
P1 [nv]	

[172]

	199 [18:59.0*]200 [19:06.1]
P [v]	Hm' hm'
P1 [v]	di dolore e io voglio aiutarla di uscire da questa prigione di dolore, quindi vedere
P [nv]	B>P1, dann B>O und nickt
P1 [de]	helfen, aus diesem Gefängnis des Schmerzes herauszukommen, also zu sehen, was wir für Sie machen
P1 [nv]	

[173]

P [v]	
P1 [v]	come possiamo fare per lei che non si sente così, perché vedo oggi che non sta bene e
P [nv]	
P1 [de]	können, damit Sie sich nicht so fühlen, denn ich sehe heute, dass es Ihnen nicht gut geht und es wäre
P1 [nv]	

[174]

P [v]	
P1 [v]	più presto possibile ähm se va nelle/ alle cure palliative il più presto possibile
P [nv]	
P1 [de]	sehr gut für Sie, wenn Sie so schnell wie möglich zur Palliativmedizin gehen
P1 [nv]	

[175]

	201 [19:06.7]202 [19:25.0]	203 [19:28.5*]
P [v]	Certo per me sarebbe l'ideale, sarebbe una	
P1 [v]	sarebbe molto molto bene per lei.	
P [nv]	AU nach unten und nickt, dann AU nach oben	
P1 [de]	Für mich wäre es natürlich ideal, es wäre befreiend/eine	
P [de]		
P1 [nv]		

[176]

204 [19:29.3*]	
P [v]	liberazione cioè al massimo mi piacerebbe poter addormentarmi come è successo con
P [nv]	
P [de]	Befreiung, ich meine, am allerliebsten würde ich mich so einschlafen können wie bei meiner Katze.

[177]

205 [19:36.0]	
P [v]	il mio gatto.
P1 [v]	Hm hm ähm ja, das wäre der Idealfall, wenn mir geholfen werden
P [nv]	
P [de]	
P1 [nv]	B>O, nicht

[178]

206 [19:43.3*] 207 [19:43.9*]	
P1 [v]	könnte mit meinen Schmerzen, ich würde das wirklich als Befreiung wahrnehmen
P1 [nv]	-

[179]

P1 [v]	und eigentlich würde ich mir wünschen einfach so einschlafen zu können, wie es mit
P1 [nv]	

[180]

208 [19:51.3]		209 [19:54.6*]	210 [19:56.3*]
O [v]	• Ähm • • äh äh das äh dieser schmerzfreie Tod, ja. Da ist		
P1 [v]	meiner Katze passiert ist.		
O [nv]	B>P, dann B>P1		
P1 [nv]			

[181]

O [v]	der Wunsch von uns allen ja. Was wir machen sollten als Allererstes ist/ sind die
-------	---

[182]

Schmerzen bessern, dann schaut die Welt wieder anders aus. Ja, dann denkt man	
---	--

[183]

211 [20:17.3*] 212 [20:17.5*] 213 [20:17.7]	
O [v]	nicht gleich ans Ende • ja ?
P1 [v]	Ehm si, ehm penso che tutti ehm abbiamo
P1 [de]	Ähm ja, ich denke ähm wir alle haben diese
P1 [nv]	nickt, B>P

[184]

P1 [v]	questa idea o questo desiderio di una morte senza dolore. Ehm però la prima cosa che
P1 [de]	Vorstellung oder diesen Wunsch nach einem Tod ohne Schmerzen. Aber das Erste, was wir •• jetzt
P1 [nv]	

[185]

P1 [v]	•• dobbiamo fare ora è vedere se possiamo ehm ridurre il dolore, perché se non c'è
P1 [de]	machen müssen, ist zu sehen, ob wir den Schmerz reduzieren können, denn wenn es nicht so viel
P1 [nv]	

[186]

214 [20:44.0] 215 [20:45.6] 216 [20:47.1]	
O [v]	Ähm ja, das
P [v]	Hm hm
P1 [v]	tanto dolore •• il mondo sembra un altro. Ja, da haben Sie recht.
P [nv]	nickt
P1 [de]	Schmerz gibt •• sieht die Welt anders aus.
O [nv]	B>P1, dann
P1 [nv]	B>O, nickt

[187]

O [v]	ist einmal das Allerwichtigste. Das zweite ist, dass sie ganz klar weiß es kann nichts
O [nv]	B>P und nickt

[188]

218 [20:56.3*] 219 [20:58.7*] 220 [20:59.1*]	
O [v]	geschehen, was sie nicht will , ja? Man kann keinen Menschen gegen seinen
O [nv]	

[189]

	221 [21:03.2*]222 [21:03.8*]	223 [21:04.8]	224 [21:08.6*]	225 [21:10.3*]
O [v]	Willen behandeln.			
P1 [v]		Hm hm ähm si, e la seconda cosa importantissima è lei deve		
P1 [de]		Ähm ja, und das Zweitwichtigste Sache ist, dass Sie wissen müssen, dass		
O [nv]				
P1 [nv]		B>P und nickt		

[190]

	226 [21:12.5*]227 [21:12.9*]
P1 [v]	sapere non può succedere niente che non desidera, quindi non si può ähm
P1 [de]	nichts passieren wird, was Sie nicht wollen, also man kann nicht/ ähm eine Person zu Therapien
P1 [nv]	

[191]

	228 [21:26.8]	229 [21:29.1]
O [v]		• • Äh das ist ganz
P [v]		Hm hm
P1 [v]	strettare una persona a fare delle terapie che non vuole.	
P [nv]		nickt
P1 [de]	zwingen, die sie nicht will.	
O [nv]		B>P1 B>P
P1 [nv]		

[192]

	231 [21:30.9*]
O [v]	wichtig. Und jetzt habe ich noch eine Frage: Wovor hat sie besondere Angst, was
O [nv]	

[193]

	232 [21:38.3*]233 [21:39.1*]234 [21:39.6]	235 [21:42.8*]236 [21:43.6*]237 [21:43.7]
O [v]	fürchtet sie?	
P [v]		Ma mi fa paura rivivere
P1 [v]	Ehm che cosa lei fa paura ?	
P [nv]		B>P1, dann starrt in die Leere und
P1 [de]	Ähm wovor haben Sie Angst?	
P [de]		Aber es macht mir Angst, alles, was
P1 [nv]	B>P	

[194]

		238 [21:49.3]	239 [21:49.7*]
P [v]	un'altra volta tutto quello che ho vissuto adesso. Una tortura eterna e non ce la faccio		
P [nv]	schüttelt den Kopf		
P [de]	ich jetzt erlebt habe, noch einmal zu erleben. Eine ewige Qual, und ich kann es nicht mehr ertragen,		

[195]

		240 [21:53.3*]	241 [21:54.3*]	242 [21:54.4*]	243 [21:54.8*]	244 [21:54.9]
P [v]	più, voglio semplicemente tranquillità, pace					
P1 [v]	Ja, mein Albtraum					
P [de]	ich will einfach nur Ruhe, Frieden.					
P1 [nv]	B>O und schüttelt den Kopf					

[196]

P1 [v]	wäre es, all das, was ich bis jetzt erlebt habe, nochmal erleben zu müssen, das wäre				
P1 [nv]					

[197]

		245 [22:04.2*]	246 [22:04.4*]	247 [22:04.7*]	248 [22:05.1*]
P1 [v]	das Schlimmste für mich. Ich möchte wirklich nur Ruhe und Frieden				
P1 [nv]					

[198]

		249 [22:05.2]
O [v]	Äh es gibt die Möglichkeit, in Österreich eine Patientenverfügung zu errichten, ja?	
O [nv]	B>P1, dann B>P, abwechselnd, dann blättert	

[199]

O [v]	Ich würde Ihnen das mitgeben, weil man das nicht so zwischen Tür und Angel macht.				
O [nv]					

[200]

O [v]	Sie sollten das übersetzen, ja. Und sie kann sich auch mit dem Mann überlegen, wie				
O [nv]					

[201]

O [v] sie diese letzte Phase des Lebens, egal wie lang die sein soll, ja? Das wissen wir alle
O [nv]

[202]

O [v] nicht. Ich kenne noch Patienten in ihrem Zustand, die dann jahrelang gelebt haben,
O [nv]

[203]

O [v] ja? Wenn man die Last der Schmerzen und die Last der/ die Belastung, ja, immer
O [nv]

[204]

O [v] funktionieren zu müssen nimmt, dann wird das vielleicht von selber leichter und
O [nv]

[205]

O [v] friedlich. Ich stets zur Diskussion und würde diese Patientenverfügung/ die ist
O [nv]

[206]

O [v] natürlich auf Deutsch, die müssten Sie übersetzen, und die müssen sie in aller Ruhe
O [nv]

[207]

O [v] überlegen und ich würde das ehrlich gesagt erst nach dem Ambulanz Besuch/ äh
O [nv]

[208]

O [v] machen, weil so wie sie hier sitzt, mit den Schmerzen äh würde ich sie nicht
O [nv]

[209]

	257 [23:29.8*]	258 [23:33.7*]	259 [23:34.0*]	260 [23:35.3]
O [v]	lange äh herumlaufen lassen. Ich finde, das ist unwürdig.			
P1 [v]				ähm si ähm vorrei
P1 [de]				Ähm ja ähm ich möchte
O [nv]				
P1 [nv]				B>P und zeigt mit dem FI auf

[210]

P1 [v]	ehm presentarla ähm il ähm testamento biologico che c'è in Austria, è un documento
P1 [de]	ähm Ihnen ähm die ähm Patientenverfügung, die es in Österreich gibt, es ist ein Dokument auf
P1 [nv]	die Patientenverfügung

[211]

P1 [v]	in tedesco quindi dovrebbe essere tradotto ähm se vuole ähm la posso dare oggi
P1 [de]	Deutsch, also sollte das übersetzt werden ähm wenn Sie wollen, ähm kann ich Ihnen diese
P1 [nv]	

[212]

	261 [23:55.8*]	262 [23:56.8*]
P1 [v]	questo testamento biologico però ähm ähm si deve prendere un po' di tempo forse	
P1 [de]	Patientenverfügung heute geben aber ähm Sie müssen sich etwas Zeit nehmen vielleicht auch mit	
P1 [nv]		

[213]

P1 [v]	anche con il suo marito di pensare di queste cose. Non sappiamo quantooo durerà
P1 [de]	Ihrem Mann, um über diese Dinge nachzudenken. Wir wissen nicht, wie lange diese Phase dauern
P1 [nv]	

[214]

P1 [v]	questa fase perché visto che ci sono dei pazienti ähm che dopo ähm la, il trattamento
P1 [de]	wird, weil es Patienten gibt ähm, die nach ähm der, der Schmerzbehandlung so mit mehr/ nicht so viel
P1 [nv]	

[215]

P1 [v]	al dolore quindi con/ con un dolore più/ ähm non così forte ähm si sentono meglio,
P1 [de]	Schmerzen ähm sich besser fühlen, also wenn die Patienten nicht die ganze Zeit funktionieren müssen,
P1 [nv]	

[216]

P1 [v] quindi ähm se i pazienti non devono funzionare tutto il tempo, diciamo, tutto diventa
P1 [de] sagen wir mal, wird alles ein bisschen leichter ähm ruhiger. Also wenn Sie wollen ähm kann ich Ihnen
P1 [nv]

[217]

P1 [v] un po' più facile e ähm tranquillo. Quindi se vuole ähm le posso dare questo
P1 [de] diese Patientenverfügung geben, aber ich würde vorschlagen, dass Sie das einfach ausfüllen ähm nach
P1 [nv]

[218]

P1 [v] testamento biologico ähm ma suggerirei che le ähm di solo compilare questo ähm
P1 [de] ähm der Ambulanz, weil es jetzt mit den ganzen Schmerzen ähm es keinen Sinn hat.
P1 [nv]

[219]

263 [24:58.6*] 264 [24:59.0*]
P1 [v] formulare dopo äh l'ambulanza perché ora con tutto questo dolore ähm non ha
P1 [de]
P1 [nv]

[220]

265 [25:06.6]
P1 [v] senso.
P1 [de]
P1 [nv]

3. Word Transkript Simulation P1

O: Onkologin

P1: Probandin 1

P: Patientin

O: Ähm nehmen/ Patientin sitz hier, Sie sitzen da.

P1: Sedersi qua/ lei può sedere.

P: Grazie.

O: Ähm stört/ Ich mache das Fenster zu, ja?

P1: Ehm chiudo la finestra, va bene?

P1: Ja.

P: Sì, ho freddo.

P1: Die Patientin sagt, ist ihr etwas kalt.

P1: Sì, va bene.

P: Grazie.

O: • • So • • • bitte.

P1: Ehm mi presento alla Dottoressa, se va bene per lei.

P: Certo.

P1: Ähm ich bin die Dolmetscherin. Ich bin heute hier mit der Frau (Nachname der Patientin).

O: Ja ((lächelt)) ähm darf ich nur vollständigkeitshalber auch Ihren Namen?

P1: (Name der Probandin). Ho solo ehm dato a lei il mio nome

P: Certo, certo.

O: (Name der Probandin).

O: Sie haben eine wichtige Funktion. Gut. Ähm würden Sie die Frau (Nachname der Patientin) ähm fragen, was ich für Sie tun kann.

P1: Ja, okay. Buongiorno. Che cosa posso fare oggi per lei?

P: Ehm ((holt Luft)) allora io sono venuta qui, come ha letto sicuramente nella mia mail, la mia diagnosi la conosce e sì mh ho un tumore al seno, cancro al seno con metastasi e sono qui

perché voglio una seconda opinione. Sono stata in cura all' (Krankenhaus in Wien) e ho fatto diverse cose e adesso mi sono scocciata, voglio che/ cioè loro vogliono continuare a curarmi, ho fatto raggi, chemio, preso diversi medicinali e adesso voglio soltanto avere la mia pace e tranquillità e ho bisogno di una seconda opinione.

P1: Ja, grüß Gott, vielleicht haben Sie wahrscheinlich schon in meinem Mail gelesen, auch von meiner Diagnose. Ich habe Brustkrebs, metastasierenden Brustkrebs und ich bin hier für eine zweite Meinung. Ich wurde betreut im (Krankenhaus in Wien), hier in Wien, ich habe schon sehr viele verschiedene Dinge gemacht, und wir haben auch/ es wurden verschiedene Dinge ausprobiert, auch verschiedene Medikamente, aber jetzt möchte ich einfach nur meinen Frieden und meine Ruhe. Es ist bis jetzt sehr anstrengend gewesen für mich.

O: Ähm sagen Sie bitte, ich habe alle Befunde gelesen, ja, sie ist also State of the Art therapiert worden. Ich kann das gut nachvollziehen und es tut mir sehr leid, dass sie also keinen Erfolg mit der bisherigen Therapie hatte.

P1: Hm ehm sì, ho letto tutti i risultati, i reperti e posso anche dire che il trattamento e le cure erano tutti ähm state of the art quindi il meglio possibile, il migliore e e sì, mi dispiace e sono addolorata che non c'era ehm che la terapia non ha avuto successo.

P: Sì, ma non lo metto in dubbio. È la vita. ((holt hörbar Luft)) A volte va, a volte non va, così è la vita.

P1: Ja, manchmal funktioniert das manchmal nicht. So ist das Leben.

O: Was was was auch so/ annehmen. Ich verstehe auch, dass sie eine Pause jetzt haben will von der onkologischen Therapie und meine Frage ist wurde ihr eigentlich angeboten, sich bei der Palliativstation im (Krankenhaus in Wien) vorzustellen?

P1: Sì, capisco perfettamente che ha bisogno di una pausa dell'oncologia ehm e voglio/ vorrei chiederla se • • hanno mai parlato a lei delle cure palliative all' (Krankenhaus in Wien)?

P: Chi? All' (Krankenhaus in Wien)? No. All' (Krankenhaus in Wien) no. All' (Krankenhaus in Wien) mi hanno proposto altre cose, sinceramente non so neanche cosa mi abbiano proposto, perché io li ho interrotti, cioè appena ho sentito un'altra volta chemio, radio ho detto no: basta. Io non ne posso più. È una prigione eterna, sono in un limbo eterno. Io voglio la mia pace, la mia tranquillità. Quindi so cosa è la medicina palliativa ma non me l'hanno offerta, non so neanche perché. Per questo sono qua, per chiederlo a lei.

P1: Ähm im (Krankenhaus in Wien) wurde mir das nicht angeboten, mir wurden andere Sachen angeboten, aber ich habe gleich unterbrochen, weil ich definitiv nicht mehr weitere Behandlungen möchte. Es ist im (Krankenhaus in Wien) wie in einem Gefängnis. Ich brauche meinen Frieden. Ich weiß schon grundsätzlich, was die Palliativmedizin ist, aber deswegen bin ich auch hier bei Ihnen, weil mir bisher nicht viel darüber gesprochen wurde.

O: Ähm welche Beschwerde hat sie denn?

P1: Ehm quali sono ehm i suoi ehm problemi che ha ora con la malattia?

P: Quali non sono i miei problemi. Cioè ho un male boia ventiquattro ore su ventiquattro e mi fa male di tutto, ho la nausea, non riesco a mangiare, io ero una buona forchetta, sono/ avevo parecchi kg, e non riesco più a mangiare, appena sento soltanto il profumo del prosciutto mi viene da vomitare. Mi fanno male le articolazioni, mi fan male le gambe. Ho l'affanno. Ho fatto le scale, ha visto? Due piani e mi sento malissimo/ cioè no basta.

P1: Ähm ich weiß gar nicht, wo ich anfangen soll. Ich habe fast alles, mir ist sehr oft übel. Früher habe ich gerne ver-

gessen, aber jetzt, wenn ich nur Prosciutto rieche, wird mir schon schlecht. Mir/ meine Beine Schmerzen auch ich habe auch Probleme mit der Atmung. Ich bin zum Beispiel hier die zwei Stockwerke hinauf gegangen, aber ich war sofort außer Atem.

O: Äh auch wenn wir keine onkologische Therapie machen, würde ich sagen, dass sie Medikamente Therapie braucht, damit es ihr besser geht, ja? Wenn man gar nichts macht, dann lässt man sie mit ihren Beschwerden allein. Das • würde ich also nicht raten.

P1: Ehm anche se non proseguiamo con un trattamento oncologico, suggerirei di sempre prendere delle medicinali perché se no avrò sempre tutti questi problemi di cui mi ha già parlato.

P: Che medicinali devo prendere?

P1: Hm was wäre das für Medikamente?

O: Also erstens eine • sichere gute Schmerztherapie ja. Das ist die Domäne der Palliativmedizin. Auch gegen die Übelkeit kann man sicher etwas machen. Über das Essen muss man reden, vielleicht ist der Prosciutto ((lacht)) nicht das wahre. Aber • aber essen und trinken ist etwas Wichtiges und das sollte man bessern. Um es sozusagen, wenn es bei den Onkologen, bei den Kämpfern nichts zu tun gibt, gibt es noch viel zu tun, um den Zustand zu bessern, ja? Das ist ganz, ganz wichtig, dass dass sie weiß, dass es • • Medikamente, Maßnahmen, das Verschiedenste gibt, wo ihr geholfen wird. Sie ist nicht allein.

P1: Ehm la causa/ la cosa principale che faremo sarebbe una terapia per il dolore, questo è anche l'atto più principale ehm delle cure palliative. Poi ci sono anche delle medicinali contro la nausea e • ehm che riguarda il cibo forse il prosciutto ((lacht)) non è la cosa migliore, però è molto importante mangiare bene, bere ehm dell'acqua e delle altre cose ehm e se l'oncologia non può più fare ehm niente per lei ehm non vuol dire che non c'è niente da fare per ehm migliorare il suo stato di salute e animo e quindi è molto importante che

lei sappia che ci sono ehm delle medicinali e dei trattamenti che possono supportarla e non è sola.

P: Sarà • intanto mi sento veramente sola, mi sento abbandonata e non lo so è come se vivessi in una prigione di dolore, in un limbo eterno. Io ho veramente soltanto voglia di tanta tranquillità.

P1: Hm ja, ich fühle mich eigentlich sehr/

P: E non voglio finire a morire in un ospizio.

P1: Ich/ die Patientin sagt ich fühle mich sehr alleine und alleine gelassen, es ist wirklich wie ein Gefängnis aus Schmerzen und ich möchte einfach nur Frieden und Ruhe. Aber vor allem möchte ich nicht in einem Hospiz versterben.

O: Das/ da muss ich jetzt weiter fragen nach der häuslichen Umgebung, ja. Wo/ sie wohnt in Wien hat sie auch ihre Familie hier in Wien? Also jetzt geht es um die Wohnsituation und die soziale Umgebung.

P1: Okay la mia domanda importante ora è che lei vive a Vienna, giusto? E anche a Vienna c'è la sua famiglia e qual è il suo/ la sua rete sociale?

P: Hm allora io vivo a Vienna da un annetto circa e •• vivo qui con mio marito che anche lui è italiano. E sì, basta. Mio padre è scomparso tre anni fa in un incidente mortale. Mia madre se l'è portata il serial killer •• il ladro di vite •• lo stesso male mio •• l'anno scorso •• Basta, sì. Siamo tutti e due qui.

P1: Ähm ich wohne seit circa einem Jahr in Wien ähm mit meinem Mann, der ebenfalls aus Italien kommt. Mein Vater ist vor 3 Jahren bei einem Autounfall verstorben und meine Mutter war auch betroffen ähm von Brustkrebs und ist daran gestorben.

O: Das hat sie miterlebt, den Tod der Mutter?

P1: Ja, das war vor circa einem Jahr. Ehm ha solo chiesto se ha vissuto la morte di sua madre.

P: Ma non del tutto perché lei è morta l'anno scorso, io già mi ero trasferita a Vienna quindi a momenti sì, ma momenti no. Cioè qualche mese stava qui da me, ho visto come si sentiva e non voglio assolutamente finire come è finita lei. Io voglio una vita/ un fine vita il più degno possibile • • sì, altri mesi non li ho visti perché io ero qui mentre mamma era in Italia.

P1: Ich muss mich korrigieren. Die Patientin sagt, sie hat Teile ähm mitbekommen dieser Erkrankungen und des Verlaufs ihrer Mutter. Die Mutter war in Italien und die Patientin war eben schon hier in Österreich und sie sagte: Ich habe sie manchmal gesehen, manche Monate manche nicht, aber ich möchte definitiv nicht ähm so enden wie sie ich möchte ähm einen würdevollen Tod und nicht ist ähm so wie meine Mutter.

O: Äh das verstehe ich, dass das sehr belastet. Ich werde mich sehr bemühen. Die Strukturen sind in Österreich eigentlich so, dass jeder einen würdigen Tod haben kann, ja.

P1: Sì, vedo che ovviamente è molto pesante, anche la situazione con la sua madre e farò del mio meglio per far sì che le strutture che ci sono in Austria, che sono strutturate molto bene, che queste strutture la aiutano di avere una fine di vita degna che è possibile qua in Austria, con le strutture che ha l'Austria.

P: Hm hm okay, bene.

O: Ähm trotzdem muss die familiäre Situation auch wichtig also wir müssen den Mann einbeziehen. Kinder hat sie glaube ich keine, soweit ich das aus den Abgangsbefunden gesehen habe?

P1: Ehm è molto importante che parliamo anche o con la sua famiglia e lavoriamo insieme alla sua famiglia quindi il suo marito ehm •ndobbiamo anche ehm lavorare con lui. Ma non ha figli, giusto?

P: ((nickt))

P1: Nein, sie hat keine Kinder.

O: Äh hat sie seinen Freundeskreis in Wien?

P1: Ha degli amici a Vienna?

P: Un paio di amici sì.

P1: Ja, einige FreundInnen.

O: Auch die, die mittragen, die/ also sozusagen für/ in dieser Situation die Freundschaft halten?

P1: Ma sono amici che la supportano davvero in questi tempi molto difficili? Ehm

P: Sì, anche se comunque alla fine una si sente sempre sola, perché le altre persone non possono mai capire al cento per cento questa situazione. Sì, mi capiscono ma • non mi capiscono. E anche mio marito alla fine, cioè, lui vuole che io continui a lottare ma non ce la faccio più. Basta. Mi sono scocciata, mi sembra un funerale eterno.

P1: Mh ja, ich würde schon sagen, wobei sie versuchen, mich zu verstehen, meine Freunde und Freundinnen, aber sie können das ja doch nicht wirklich zu einhundert Prozent verstehen. Auch mein Mann möchte, dass ich weiterkämpfe, aber ich muss sagen, ich kann einfach nicht mehr. Es scheint wie ein ewiges Begräbnis. Ich möchte das nicht mehr.

O: Äh darum ist es wichtig, ja, dass sie also schaut, wie es in der Palliativmedizin ist und mein erster Vorschlag wäre, dass sie in die Ambulanz geht, ja. Das würde ich relativ rasch machen, weil ich sehe, dass sie Schmerzen hat. Ich werde zwar den Medikamenten Zettel etwas ändern, aber sie braucht professionelle Begleitung. Das Wichtige ist, dass sie das Leid nicht alleine tragen muss.

P1: Ehm sì, è importante andare ehm per la prima cosa in un'ambulanza delle cure palliative perché vedo ehm che sta soffrendo dei dolori quindi il più presto possibile ehm sarebbe ehm di aiuto per lei ehm però ehm faccio qualche cambiamento a riguardo dei medicinali ehm ma è importantissimo che ehm

non sia sola in questo periodo, c'è una ehm c'è un lavoro professionale che la può ehm supportare in questo periodo.

O: Wenn es ihr recht ist, ich kenne die Leitung der Palliativstation, die Frau Professor (Name der Professorin) und ich würde äh wenn sie es erlaubt, auch mit ihr sprechen.

P1: Ehm se per lei va bene, io conosco la dirigente di/ ehm delle cure palliative. Si chiama Signora (Nachname der Ärztin) e se per lei va bene io potrei parlare anche con questa dottoressa.

P: Mh mh okay come funziona?

P1: Wie würde das aussehen?

O: Äh ich kenne ihre medizinische Geschichte, das hat sie also/ diese Befunde hat sie geschickt. Ich würde aber einen Brief also/ ich würde anrufen, weil ich die Kollegin wirklich gut kenne und ich würde einen zusammenfassenden Brief auch schreiben • und mit diesem Brief würde ich sie ins (Krankenhaus in Wien) schicken. Wenn sie will, kann ich auch von hier aus einmal anrufen und schauen, ob ich sie gleich bekomme/ ans Telefon bekomme. Aber sie wird wissen, dass (Krankenhaus in Wien) telefonieren ist • problematisch. Ich kann nicht versprechen, dass ich sie jetzt unmittelbar ans Telefon bekomme.

P1: Ehm scriverei una lettera ehm chiamerei la dottoressa e poi lei potrebbe andare all' (Krankenhaus in Wien) con questa lettera che sarebbe un po' un riassunto ehm perché abbiamo già i/ tutta l'anamnesi ehm ehm ma sarebbe un po' riassunto ma se vuole posso anche provare a chiamare la dottoressa ora ma come lei sa, forse, è un po' difficile all' (Krankenhaus in Wien) fare delle telefonate.

P: Hm hm

O: Es ist mir wichtig, dass sie weiß ich will sie nicht drängen. Ja, sie kann sich das überlegen, aber ich sehe, dass Schmerzen hat und das ist für mich doch ein wichtiges Zeichen, nicht allzu lange zu warten. Wichtig ist, das ist das Kon-

trastprogramm zur Onkologie. Sie soll sich nicht fühlen, wie in einem Gefängnis ja, weil das Gefängnis sind die Schmerzen und wenn wir das Gefängnis die Tür aufmachen wollen, müssen wir zunächst einmal schauen, dass sie/ die Schmerzen gebessert werden. Das ist sozusagen das, was ich aus ihrer Haltung und wie sie hier sitzt, als dringlich empfinde.

P1: • • Ähm ovviamente ähm è ähm tutto la sua scelta personale ma vedo che ähm non sta bene e che soffre quindi ähm la/ le cure palliative sono ähm un altro programma, non è l'oncologia quindi lei ha parlato prima della/ ähm di una prigione di dolore e io voglio aiutarla di uscire da questa prigione di dolore, quindi vedere come possiamo fare per lei che non si sente così, perché vedo oggi che non sta bene e più presto possibile ähm se va alle cure palliative il più presto possibile sarebbe molto bene per lei.

P: Certo per me sarebbe l'ideale, sarebbe una liberazione cioè al massimo mi piacerebbe poter addormentarmi come è successo con il mio gatto.

P1: Hm hm ja, das wäre der Idealfall, wenn mir geholfen werden könnte mit meinen Schmerzen, ich würde das wirklich als Befreiung wahrnehmen und eigentlich würde ich mir wünschen einfach so einschlafen zu können, wie es mit meiner Katze passiert ist.

O: • Ähm • • äh äh das äh dieser schmerzfreie Tod, ja. Da ist der Wunsch von uns allen, ja. Was wir machen sollten als Allererstes ist/ sind die Schmerzen bessern, dann schaut die Welt wieder anders aus. Ja, dann denkt man nicht gleich ans Ende, ja?

P1: Ehm sì, penso che tutti abbiamo questa idea o questo desiderio di una morte senza dolore. Ehm però la prima cosa che • • dobbiamo fare ora è vedere se possiamo ridurre il dolore, perché se non c'è tanto dolore • • il mondo sembra un altro.

P: Hm hm.

P1: Ja, da haben Sie recht.

O: Ja, das ist einmal das Allerwichtigste. Das zweite ist, dass sie ganz klar weiß es kann nichts geschehen, was sie nicht will, ja? Man kann keinen Menschen gegen seinen Willen behandeln.

P1: Hm hm ähm sì, e la seconda cosa importantissima è lei deve sapere non può succedere niente che non desidera, quindi non si può ähm strettare una persona a fare delle terapie che non vuole.

P: Hm hm

O: • • Äh das ist ganz wichtig. Und jetzt habe ich noch eine Frage: Wovor hat sie besondere Angst, was fürchtet sie?

P1: Ehm che cosa lei fa paura?

P: Ma mi fa paura rivivere un'altra volta tutto quello che ho vissuto adesso. Una tortura eterna e non ce la faccio più, voglio semplicemente tranquillità, pace.

P1: Ja, mein Albtraum wäre es, all das, was ich bis jetzt erlebt habe, nochmal erleben zu müssen, das wäre das Schlimmste für mich. Ich möchte wirklich nur Ruhe und Frieden.

O: Äh es gibt die Möglichkeit, in Österreich eine Patientenverfügung zu errichten, ja? Ich würde Ihnen das mitgeben, weil man das nicht so zwischen Tür und Angel macht. Sie sollten das übersetzen, ja. Und sie kann sich auch mit dem Mann überlegen, wie sie diese letzte Phase des Lebens, egal wie lang die sein soll, ja? Das wissen wir alle nicht. Ich kenne noch Patienten in ihrem Zustand, die dann jahrelang gelebt haben, ja? Wenn man die Last der Schmerzen und die Last der/die Belastung, ja, immer funktionieren zu müssen nimmt, dann wird das vielleicht von selber leichter und friedlich. Ich stets zur Diskussion und würde diese Patientenverfügung/ die ist natürlich auf Deutsch, die müssten Sie übersetzen, und die müssen sie in aller Ruhe überlegen und ich würde das ehrlich gesagt erst nach dem Ambulanz Besuch äh machen, weil so wie sie hier sitzt, mit

den Schmerzen äh würde ich sie nicht lange äh herumlaufen lassen. Ich finde, das ist unwürdig.

P1: Ähm sì ähm vorrei ähm presentarla ähm il ähm testamento biologico che c'è in Austria, è un documento in tedesco, quindi dovrebbe essere tradotto ähm se vuole ähm la posso dare oggi questo testamento biologico però ähm ähm si deve prendere un po' di tempo forse anche con il suo marito di pensare di queste cose.

Non sappiamo quantooo durerà questa fase perché visto che ci sono dei pazienti ähm che dopo ähm la, il trattamento al dolore quindi con/ un dolore più/ non così forte ähm si sentono meglio, quindi se i pazienti non devono funzionare tutto il tempo, diciamo, tutto diventa un po' più facile ähm tranquillo. Quindi se vuole ähm le posso dare questo testamento biologico ma suggerirei che le ähm di solo compilare questo ähm formulare dopo ähm l'ambulanza perché ora con tutto questo dolore ähm non ha senso.

4. EXMARaLDA Transkript Simulation P2

[1]

	0 [00:00.0]1 [00:38.1]	2 [00:39.1]3 [00:41.0]	4 [00:41.3]
O [v]	Bitte.	Hier, bitte!	
O [nv]	B>P und begleitet die Patientin zum Sessel	B>P2, zeigt auf den Sessel mit dem FI	
P2 [v]		Wo könnte ich mich hinsetzen?	
P2 [nv]		B>O	

[2]

	5 [00:41.6]	6 [00:42.6]	7 [00:43.1]
P2 [v]	Okay, io mi siedo qua.		Sì, prego, questo è
P [v]		Quindi io mi posso sedere?	
P2 [nv]	Zeigt der Patientin den Sessel mit dem FI		B>P
P2 [de]			Ja, bitte. Dieser ist für Sie.
P [nv]		B>P2	

[3]

	8 [00:44.8]	9 [00:45.1]10 [00:47.6]	11 [00:49.4]12 [00:50.6]
O [v]	Buongiorno ((lacht)) das Einzige, was ich auf ((lacht)).		
O [nv]	B>P, dann B>P2		
P2 [v]	per lei.	Buongiorno ((lacht))	L'unica cosa che so dire.
P2 [nv]		B>P	B>P
P2 [de]			(Buongiorno) das Einzige, was ich auf

[4]

	13 [00:50.7]14 [00:51.9]	15 [00:54.5]
O [v]		
P2 [v]		Ich dachte
P [v]	Okay ((lacht)) pensavo parlasse italiano.	
P2 [nv]		B>O
P2 [de]	Italienisch sagen kann.	
P [de]	Okay ((lacht)) ich dachte, sie würde Italienisch können.	
P [nv]	B>O, dann B>P2	

[5]

	16 [00:54.5]17 [00:56.8]	18 [00:57.0*]
O [v]	Nein	Wir werden einen
O [nv]		-
P2 [v]	Sie können Italienisch aber/	
P [v]		
P2 [nv]		

[6]

	19 [00:59.2]	20 [01:00.5]
O [v]	Dolmetscher brauchen.	
P2 [v]	No, per questo c'è l'interprete ((lächelt)).	
P [v]		Si sì questo sì
P2 [nv]	B>P, schüttelt den Kopf	
P2 [de]	Nein, dafür ist der Dolmetscher da ((lächelt)).	
P [de]		Ja, ja genau ((lächelt)).
P [nv]		B>O, dann B>P2, nickt

[7]

	21 [01:01.9]
O [v]	Gut, dass Sie mitgekommen sind. Ich darf mich vorstellen, mein Name ist
O [nv]	B>P2, nickt
P [v]	((lächelt)).
P [de]	
P [nv]	

[8]

O [v]	(Name der Onkologin). Ich bin seit neunzehnhundertfünfundsiebzig Onkologin
O [nv]	

[9]

	22 [01:13.6]
O [v]	((lächelt)).
O [nv]	
P2 [v]	Mi presento brevemente sono la Dottoressa (Name der Onkologin) e sono
P2 [nv]	B>P, nickt
P2 [de]	Ich möchte mich kurz vorstellen. Ich bin Frau Doktor (Name der Onkologin) und bin seit

[10]

	23 [01:17.2]	24 [01:17.6]	25 [01:19.2]
P2 [v]	dal settantacinque una oncologa.		
P [v]		Hm	Wow.
P2 [nv]			
P2 [de]	dem Jahr neunzehnhundertfünfundsiebzig Onkologin.		
P [nv]	nickt	B>O und nickt, KO > nach vorne	

[11]

26 [01:19.8] 27 [01:20.3] 28 [01:20.8] 29 [01:21.8]	
O [v]	Wow ((lacht)). Okay. Bin aber gut informiert und • ja, jetzt höre ich was das
O [nv]	B>P dann B>P2, nickt
P2 [v]	((lacht))

[12]

30 [01:29.4]	
O [v]	Anliegen ist. Bitte.
O [nv]	
P2 [v]	Però sono molto informata quindi ora mi prendo tempo per
P2 [nv]	B>P, nickt
P2 [de]	Aber ich bin sehr gut informiert, deshalb nehme ich mir die Zeit, um mir Ihre

[13]

31 [01:35.0]	
P2 [v]	ascoltare un po' la sua situazione.
P [v]	Grazie • • ((holt Luft)) Bè, sì ah • • come le ho
P2 [nv]	
P2 [de]	Situation anzuhören.
P [de]	Danke • • ((holt Luft)) also, ja • • wie ich Ihnen per E-Mail
P [nv]	KO nach unten, dann B>O, dann schaut in die Leere

[14]

32 [01:43.8*]	
P [v]	scritto per Email sono due anni che • • sì • • sono due anni che è arrivato l'intruso
P [de]	geschrieben habe, ist es zwei Jahre her, dass • • ja • • es ist zwei Jahre her, dass der Eindringling
P [nv]	AU nach unten

[15]

33 [01:44.5*] 34 [01:49.4*]	
P [v]	e la diagnosi, se non mi sbaglio, gliel'ho mandata anche per email, è un carcinoma
P [de]	gekommen ist und die Diagnose • • wenn ich mich nicht irre, habe ich sie Ihnen auch per E-Mail
P [nv]	schaut in die

[16]

35 [01:50.9*]	
P [v]	con metastasi • • eee ho fatto di tutto: sono stata in cura all' (Krankenhaus in Wien),
P [de]	geschickt • • ist metastasierendes Karzinom • • und ich habe alles Mögliche gemacht: Ich bin im
P [nv]	Leere

[17]

36 [01:59.6*]	
P [v]	ho fatto la radio, ho fatto la chemio • guardi che bella parrucca
P [de]	(Krankenhaus in Wien) behandelt worden, ich habe Radiotherapie gemacht, ich habe Chemotherapie
P [nv]	spielt mit den Haaren

[18]

37 [02:00.2*]	
P [v]	• • ähm e sì e adesso basta, adesso mi sono scociata.
P [de]	gemacht • schauen Sie sich diese schöne Perücke an • • ähm und ja, und das reicht jetzt, ich habe jetzt
P [nv]	B>P2

[19]

P [v]	Non ce la faccio più. Non mi voglio più far distruggere da queste cure e/ ma all'
P [de]	die Nase voll. Ich kann nicht mehr. Ich will nicht mehr von diesen Behandlungen zerstört werden und/
P [nv]	

[20]

P [v]	(Krankenhaus in Wien) non mi vogliono/ non vogliono fare quello che dico io quindi
P [de]	aber im (Krankenhaus in Wien) wollen sie mich nicht/ sie wollen nicht das machen, was ich sage, also
P [nv]	

[21]

38 [02:19.4]	
P2 [v]	Also wie ich auch
P [v]	voglio una seconda opinione, se la Dottoressa è d'accordo con me.
P2 [nv]	B>O, nickt
P [de]	will ich eine zweite Meinung, wenn die Ärztin mit mir einverstanden ist.
P [nv]	

[22]

39 [02:25.6*]	
P2 [v]	Ihnen per E-Mail schon erzählt habe, seit zwei Jahren habe ich mit dieser Krankheit
P2 [nv]	AU nach unten

[23]

40 [02:26.2]	
P2 [v]	zu tun gehabt. Die Diagnose oder genau worum es genau geht, habe ich Ihnen
P2 [nv]	unten

[24]

	41 [02:34.0*]	42 [02:35.6*]
P2 [v]	schon erwähnt. Das heißt einem Karzinom mit Metastasen, ja. Und ich hab alles	

[25]

P2 [v]	Mögliche gemacht, ich war auch in der (Krankenhaus in Wien) im Behandlung, ich
--------	--

[26]

P2 [v]	hab Chemo gemacht, andere Behandlungen aber ich hab keine Lust mehr, jetzt • • mir
--------	--

[27]

P2 [v]	das Ganze anzutun ist für mich zu viel und in der (Krankenhaus in Wien) wollen Sie
--------	--

[28]

P2 [v]	nicht mehr machen, was ich für richtig halte. Sie wollen mir nicht mehr zuhören,
--------	--

[29]

P2 [v]	deswegen wollte ich mir eine zweite Meinung holen dazu. Was man noch machen
--------	---

[30]

	43 [03:04.4]
O [v]	Ähm, danke ich hab/ habe Ihre Daten ja bekommen per E-Mail, obwohl das
O [nv]	B>P2, nickt
P2 [v]	kann.

[31]

O [v]	nicht ganz erlaubt ist ja ((lächelt)), das war auch die private E-Mail. Mir fällt ein Satz
O [nv]	

[32]

	44 [03:20.3*]45 [03:20.8*]
O [v]	auf: Es wird nicht gemacht, was ich für richtig halte. Darf ich fragen, was Frau • •
O [nv]	

[33]

46 [03:28.0]	
O [v]	Wie war dein Name, helfen Sie mir mit Namen nochmal •
P2 [v]	Come si chiama di
P2 [nv]	B>P
P2 [de]	Ähm wie ist Ihr Nachname?

[34]

47 [03:29.5]	48 [03:30.1]	49 [03:30.8]
O [v]		Ähm was Frau
O [nv]		B>P2, dann B>P, abwechselnd
P2 [v]	cognome? (Nachname der Patientin)	
P [v]	(Nachname der Patientin)	
P2 [nv]	B>O	
P2 [de]		
P [nv]	B>P2	

[35]

50 [03:33.4*] 51 [03:33.9*]	
O [v]	(Nachname der Patientin) für richtig hält. Mich interessiert, was sie für richtig hält.
O [nv]	-

[36]

52 [03:37.0]	
P2 [v]	Ähm ho ricevuto le sue informazioni anche se in realtà non si potrebbe inviare per
P2 [nv]	B>P
P2 [de]	Ähm ich habe Ihre Informationen bekommen, obwohl man diese eigentlich nicht per E-Mail

[37]

P2 [v]	mail quindi vabè • volevo sapere lei cosa intende lei con non fanno quello che
P2 [nv]	
P2 [de]	verschicken dürfte, also naja • ich wollte wissen, was sie damit meinen: Es wird nicht das gemacht,

[38]

53 [03:48.4]	
P2 [v]	desidererei o quel/
P [v]	Oh mi scusi non sapevo non potessi mandare per E-Mail, mi
P2 [nv]	
P2 [de]	was ich gerne hätte, oder das/
P [de]	Oh, entschuldigen Sie, ich wusste nicht, dass man das per E-Mail nicht
P [nv]	P>P2

[39]

..	
P [v]	dispiace, spero non sia successo nessun problema. Non fanno quello che dico io
P [de]	senden darf, tut mir leid, ich hoffe, es ist daraus kein Problem entstanden. Sie machen nicht, was ich
P [nv]	

[40]

..		54 [04:02.6*]55 [04:03.1*]
P [v]	perché io basta io non ce la faccio più, non voglio più lottare	. Sono già stata
P [de]	sage, weil ich, es reicht, ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr kämpfen. Ich bin schon gefoltert	
P [nv]		

[41]

..		56 [04:06.7*]	57 [04:07.3*]
P [v]	torturata, il mio corpo è stato deturpato	già • non ho intenzione di • non so	
P [de]	worden, mein Körper ist schon entstellt worden • ich habe nicht vor • ich weiß nicht • (ich will nicht)		
P [nv]		legt die r HA auf die Brust	

[42]

..		58 [04:11.4*]	59 [04:12.4*]
P [v]	• di rimanere nel limbo eterno	e voglio che assolutamente mi • si • voglio pian	
P [de]	in dieser ungewissen Lage/in dieser ewigen Schwebe bleiben und ich will unbedingt • ja • ich will		
P [nv]	AU nach unten	schüttelt den Kopf	

[43]

..		60 [04:21.7]
P2 [v]		Es tut
P [v]	piano • cioè, non voglio continuare così • non voglio lottare più. Basta.	
P2 [nv]		B>O, legt
P [de]	nach und nach • also, ich will nicht so weitermachen • ich will nicht mehr kämpfen. Genug.	
P [nv]		

[44]

..		61 [04:28.7]
O [v]	Nein ((lacht)).	
O [nv]	B>P2	
P2 [v]	mir leid, ich wusste nicht, dass man private Informationen nicht schicken darf. Es tut	
P2 [nv]	die r HA auf die Brust	

[45]

	..
O [v]	
O [nv]	
P2 [v]	mir/ ich hoffe, es ist nichts Schlimmes passiert ((lacht)). Was ich meine damit, ist

[46]

	..
O [v]	
O [nv]	
P2 [v]	dass, ich möchte nicht mehr kämpfen. Ich hab keine Lust mehr hm, diese ganze

[47]

	..
O [v]	
O [nv]	
P2 [v]	schwierige Behandlung hindurchzugehen und ich bin nicht immer in dieses Station

[48]

	..
O [v]	
O [nv]	
P2 [v]	bleiben zwischen Kampf und ich/ ja also ich hab nicht mehr so viel Lust daran zu

[49]

	62 [04:29.6]	63 [04:50.5]	64 [04:52.5]
O [v]		Lust oder Kraft?	
O [nv]		B->P2, dann B->P	
P2 [v]	arbeiten. Ich möchte einfach, dass alles so geht.		Non ha più forze o
P2 [nv]	schüttelt den Kopf		B->P
P2 [de]			Sie haben keine Kraft

[50]

	65 [04:55.9]
P2 [v]	non se la sente più?
P [v]	Non lo so, non lo so, non so come definirlo • forse
P2 [nv]	
P2 [de]	oder fühlen Sie sich nicht mehr danach?
P [de]	Ich weiß nicht, ich weiß nicht, ich weiß nicht, wie ich es
P [nv]	holt Luft, dann AU nach oben und schüttelt den Kopf, dann B->P2

[51]

P [v]	non me la sento più • ma non ho più voglia.
P [de]	beschreiben soll • vielleicht fühle ich mich nicht mehr danach • aber • ich habe keine Lust mehr.
P [nv]	

[52]

	66 [05:05.3]
P2 [v]	Ich weiß nicht genau, wie ich das beschreiben sollte, wahrscheinlich hab ich keine
P2 [nv]	B>O, AU nach oben und schüttelt den Kopf

[53]

P2 [v]	Kräfte mehr, wahrscheinlich habe ich keine Lust • ich fühle mich nicht mehr in der
P2 [nv]	

[54]

	67 [05:17.3]
O [v]	Sagen Sie ähm, bitte, dass ich das sehr schätze,
O [nv]	B>P2, nicht
P2 [v]	Lage das nochmal weiter zu machen.
P2 [nv]	

[55]

O [v]	was sie bisher gemacht hat. Das ist das eine. Das zweite ist, dass die Kollegen auf
O [nv]	

[56]

O [v]	dem/ im (Krankenhaus in Wien) wirklich State of the Art vorgegangen sind. Sie hat
O [nv]	

[57]

	68 [05:38.9*]69 [05:39.2*]	70 [05:45.4*]
O [v]	die Therapie bekommen, die wirklich • hilfreich ist und es tut mir Leid , dass	

[58]

	72 [05:50.1]
O [v]	sie damit keinen Erfolg gesehen hat.
P2 [v]	• • Le voglio dire comunque che apprezzo
P2 [nv]	B>P, nickt
P2 [de]	• • Ich möchte Ihnen jedoch sagen, dass ich wirklich zu

[59]

P2 [v]	tantissimo quello che ha fatto finora, e che all' (Krankenhaus in Wien), all'ospedale
P2 [nv]	
P2 [de]	schätzen weiß, was Sie bisher gemacht haben, und dass sie im (Krankenhaus in Wien), im

[60]

P2 [v]	le hanno offerto la terapia che per lei era più adatta e che le avrebbe portato più hm
P2 [nv]	
P2 [de]	Krankenhaus, Ihnen die Therapie angeboten haben, die für Sie am besten geeignet war und die Ihnen

[61]

	73 [06:01.4]	74 [06:01.8]	75 [06:03.8]
P2 [v]	benefici e mi dispiace tanto che/		
P [v]		Hm. Hm.	Hm. Hm.
P2 [nv]			
P2 [de]	den größten Nutzen gebracht hätte, und es tut mir sehr leid, dass/		
P [nv]		nickt	nickt

[62]

	76 [06:04.2]	77 [06:05.0]	78 [06:05.4]	79 [06:07.3]
P2 [v]				
P [v]	Hm. Hm.			Si ma non metto in dubbio che i medici fossero competenti,
P [de]				Ja, aber ich bezweifle nicht, dass die Ärzte kompetent sind, ja das weiß
P [nv]	nickt			B>P2

[63]

	80 [06:12.0]
P2 [v]	Ich will damit nicht sagen, dass sie nicht kompetenten sind, die Ärzten dort.
P [v]	questo sì.
P2 [nv]	B>O, dann B>P2
P2 [de]	Und es tut mir sehr leid, dass Sie nicht die Ergebnisse bekommen haben, die Sie sich
P [de]	ich.
P [nv]	

[64]

		81 [06:19.9]
P2 [v]	E mi dispiace molto che non abbia visto i risultati che magari sperava.	
P [v]		È andata così
P2 [nv]		
P2 [de]	vielleicht erhofft hatten.	
P [de]		So ist es
P [nv]		Starrt in die Leere

[65]

		82 [06:21.8]	83 [06:23.0]
O [v]			Ja ((lächelt)) mich würde noch
O [nv]			B>P2
P2 [v]		Es ist leider so ((seufzt)).	
P [v]	((seufzt)).		
P2 [nv]		B>O, schüttelt den Kopf	
P [de]	((seufzt)).		
P [nv]	dann schüttelt den Kopf, dann B>O		

[66]

		84 [06:27.9*] 85 [06:28.3*]	86 [06:30.9]
O [v]	interessieren, was der Kollege jetzt	, zum Schluss, vorgeschlagen hat.	
O [nv]			
P2 [v]			Vom AKH?
P2 [nv]			B>O, nickt

[67]

		87 [06:31.7]	88 [06:32.3]
O [v]	Ja, vom (Krankenhaus in Wien).		
O [nv]	B>P2, nickt		
P2 [v]		Vorrei sapere i colleghi dell' (Krankenhaus in Wien)	
P2 [nv]		B>P	
P2 [de]		Ich würde gerne wissen, was meine Kollegen vom	

[68]

		89 [06:37.5]
P2 [v]	cosa le hanno consigliato di fare adesso.	
P [v]		Ma sinceramente non li ho fatti finire di
P2 [nv]		
P2 [de]	(Krankenhaus in Wien) Ihnen jetzt geraten haben.	
P [de]		Naja, ehrlich gesagt habe ich sie nicht ausreden
P [nv]		schüttelt den Kopf, dann starrt in die Leere, dann B>P2

[69]

	..
P [v]	parlare ähm perché dopo aver fatto diversi giri di chemio, dopo aver fatto la radio,
P [de]	lassen ähm weil sie mir nach mehreren Zyklen Chemotherapie, nach der Radiotherapie, nach der
P [nv]	

[70]

	..
P [v]	dopo aver preso dei medicinali che non mi ricordo cosa siano ähm volevano
P [de]	Einnahme von Medikamenten, ich erinnere mich nicht mehr welche ähm wollten sie mir etwas
P [nv]	

[71]

	..	90 [06:52.2*]91 [06:52.5*]
P [v]	propormi qualche altra cosa, ma li ho fermati e ho detto basta . Quindi non lo so.	-
P [de]	Anderes vorschlagen, aber ich habe sie unterbrochen und gesagt: Stop. Also ich weiß es nicht. Es ist	
P [nv]		Zieht die Schulter nach oben

[72]

	..	92 [06:55.8]
P2 [v]		Ich weiß es leider nicht, ich hab sie nicht
P [v]	Non mi interessa nemmeno sinceramente.	
P2 [nv]		B>O, dann schüttelt den Kopf
P [de]	mir ehrlich gesagt auch schon egal.	
P [nv]	und schüttelt den Kopf	

[73]

	..
P2 [v]	zum Ende reden gelassen, ich habe sie unterbrochen ähm sie haben mir viele Sachen
P2 [nv]	

[74]

	..
P2 [v]	vorgeschlagen, aber nachdem ich ähm mehrere ähm Behandlungen mit Radio
P2 [nv]	

[75]

	..
P2 [v]	gemacht habe, oder Chemo gemacht habe und so viele Medikamente zu mir
P2 [nv]	

[76]

..	
P2 [v]	genommen habe hatte ich keine Lust mehr noch was anzufangen, deswegen das ist
P2 [nv]	

[77]

..	
P2 [v]	mir auch egal, was sie denken. Das interessiert mich nicht/ also die die ÄrztInnen
P2 [nv]	

[78]

..	
93 [07:24.2]	
O [v]	Gut. Ähm ist sie/ hat sie die Medikamentenliste mit?
O [nv]	AU nach unten und macht Notizen
P2 [v]	vom (Krankenhaus in Wien).
P2 [nv]	

[79]

94 [07:29.3]	
P2 [v]	Ha una lista di medicinali che usa?
P [v]	Si, un attimo che cerco • •
P2 [nv]	B>P
P2 [de]	Haben Sie eine Liste der Medikamente, die Sie einnehmen?
P [de]	Ja, Moment, ich suche sie • •
P [nv]	blättert

[80]

..	
97 [07:34.1]	
O [v]	• • • gut • • Ähm ich glaube, dass
O [nv]	Schaut auf die Medikamentenliste, nickt,
P2 [v]	Moment, ja.
P [v]	• • • sì, eccola qui • • •
P [de]	• • • Ja, hier ist sie • • •
P [nv]	B>O, dann gibt der Onkologin die Medikamentenliste

[81]

..	
O [v]	man / dass eine oder andere Medikamente wegnehmen kann, ja aah damit sie nicht
O [nv]	dann B>P2, dann B>P, abwechselnd

[82]

..	
O [v]	so viel schlucken muss, da sind ähm auch Sachen die/ wo ich glaube, dass das
O [nv]	

[83]

..	
O [v]	einfach doppelt ist und wo man ein bisschen weniger geben kann. Ähm ganz wichtig
O [nv]	

[84]

99 [08:10.8]	
O [v]	ist für mich jetzt zu wissen, ob sie Schmerzen hat.
O [nv]	
P2 [v]	Allora senz'altro qualcuno di
P2 [nv]	B>P, nickt
P2 [de]	Also einige dieser Medikamente können

[85]

..	
P2 [v]	questi medicinali può smettere di assumerlo, secondo il mio parere, ce ne sono a mio
P2 [nv]	
P2 [de]	Sie meiner Meinung nach ohne Weiteres absetzen. Es gibt einige, die in ihrer Wirkung überschneiden,

[86]

..	
P2 [v]	parere che si sovrappongono, che sono, come dire, doppi quindi per fa sì che lei ne
P2 [nv]	
P2 [de]	die, wie soll ich sagen, doppelt vorhanden sind, also damit Sie etwas weniger davon einnehmen

[87]

..	
P2 [v]	assuma un po' meno, alcuni li possiamo eliminare. E la cosa per me importante è
P2 [nv]	
P2 [de]	müssen, können wir einige weglassen. Und wichtig für mich ist, zu wissen, ob Sie jetzt Schmerzen

[88]

100 [08:28.5]	
P2 [v]	capire se lei ha dei dolori in questo momento.
P [v]	Chiaro mh ma sì sono tutta un dolore,
P2 [nv]	
P2 [de]	haben.
P [de]	Hm ja klar ähm ich bin ein einziger Schmerz,
P [nv]	B>P, dann AU nach unten, dann schaut in die Leere,

[89]

..	
P [v]	mi fanno male le articolazioni, mi sento le ginocchia che quasi non riesco a
P [de]	meine Gelenke schmerzen, ich spüre meine Knie so, dass ich fast nicht mehr gehen kann. Ich war so
P [nv]	abwechselnd, dann schüttelt den Kopf

[90]

	..
P [v]	camminare. Io ero così sportiva ähm mi fa male davvero tutto. Poi ho sempre delle
P [de]	sportlich ähm es/ mir tut wirklich alles weh. Dann habe ich ständig Migräne und/ nein, genug ist
P [nv]	

[91]

	..
P [v]	emicranie continue e/ no basta io non ce la faccio più a lottare. Io ho solo bisogno di
P [de]	genug. Ich schaffe es nicht mehr zu kämpfen. Ich brauche einfach Ruhe und Frieden. Mir tut alles
P [nv]	

[92]

	..	101 [08:48.5]
P2 [v]		Es tut mir einfach überall weh hm Gelenke,
P [v]	pace e di tranquillità. Mi fa male tutto.	
P2 [nv]		B>O, schüttelt den Kopf
P [de]	weh.	
P [nv]		

[93]

	..
P2 [v]	Knie. Ich kann nicht mehr gehen. Ich war sehr sportlich und jetzt es fällt mir alles
P2 [nv]	

[94]

	..
P2 [v]	schwer. Und ich leide an Migränen auch ganz oft. Es tut mir einfach überall weh und
P2 [nv]	

[95]

	..
P2 [v]	ich hab jetzt keine Lust mehr zu kämpfen, ich möchte einfach in Ruhe einfach meine
P2 [nv]	

[96]

	..	102 [09:09.1]	103 [09:10.9*]	104 [09:11.7*]
P2 [v]	Zeit verbringen.			
P [v]		Ho praticamente un male boia		, non ne posso più, ventiquattro
P2 [nv]				-
P [de]		Ich erleide praktisch Todesqualen, ich halte es nicht mehr aus, rund um die Uhr ist		
P [nv]			AU nach oben, dann schüttelt den Kopf	

[97]

	105 [09:16.2]	106 [09:17.2*]	107 [09:17.6*]
P2 [v]	Es ist für eine Quälerei , es ist wirklich ständig		
P [v]	ore su ventiquattro è una tortura.		
P2 [nv]	B>O	AU nach oben, dann schüttelt den Kopf	
P [de]	es eine Quälerei.		
P [nv]			

[98]

	108 [09:22.1]
P2 [v]	Schmerzen und überall die fast unerträglich sind.
P [v]	Nausea. Non posso mangiare. Io
P2 [nv]	
P [de]	Übelkeit. Ich kann nicht essen. Früher war
P [nv]	B>P2, dann schüttelt den Kopf

[99]

	109 [09:26.9]
P2 [v]	Mir ist auch immer übel ich
P [v]	ero una buona forchetta non riesco a mangiare più niente.
P2 [nv]	B>O, dann schüttelt den Kopf
P [de]	ich eine Feinschmeckerin und jetzt kann ich nichts mehr essen.
P [nv]	

[100]

P2 [v]	kann nicht mehr so richtig essen und ich hab immer so sehr das Essen genossen und
P2 [nv]	

[101]

	110 [09:35.4]
O [v]	Darf ich fragen, wann es ihr besonders
O [nv]	B>P2, zeigt mir der Hand
P2 [v]	jetzt kann ich das auch nicht mehr machen.
P2 [nv]	

[102]

O [v]	schlecht geht? Ob das sich über den Tag ändert? Obs in der früh/ wie ist es in der
O [nv]	

[103]

111 [09:49.8]	
O [v]	Früh? Und wie ist es am Abend?
O [nv]	
P2 [v]	Posso chiederle in che momento si sente peggio? È
P2 [nv]	B>P, zeigt mir der Hand
P2 [de]	Darf ich Sie fragen, zu welchen Zeiten Sie sich schlechter

[104]

P2 [v]	meglio/ si sente meglio la mattina, si sente meglio la sera? Come si sviluppa il dolore
P2 [nv]	
P2 [de]	fühlen? Ist es besser/ fühlen Sie sich morgens besser? Fühlen Sie sich abends besser? Wie entwickeln

[105]

112 [09:58.8]	
P2 [v]	durante il giorno?
P [v]	Sono fasi. Quando mi sveglio e metto il piede dal
P2 [nv]	
P2 [de]	sich die Schmerzen im Laufe des Tages?
P [de]	Es tritt in Phasen auf. Wenn ich aufwache und aus dem Bett
P [nv]	AU nach unten, dann schüttelt den Kopf, dann starrt in die Leere,

[106]

P [v]	letto, ho quasi l'impressione di traballare, mi sento distrutta, stanchissima. Poi, nel
P [de]	steige, habe ich das Gefühl, dass ich wackelig auf den Beinen bin. Ich fühle mich kaputt, todmüde.
P [nv]	dann B>P2

[107]

P [v]	corso della mattinata vengono le nausea, di pomeriggio pure mi sento distrutta e
P [de]	Dann kommt im Laufe des Vormittags die Übelkeit, am Nachmittag fühle ich mich auch kaputt und
P [nv]	

[108]

P [v]	verso la sera non riesco quasi ad addormentarmi, ho proprio dolori alle articolazioni,
P [de]	gegen Abend kann ich kaum einschlafen, ich habe wirklich Schmerzen in den Gelenken,
P [nv]	

[109]

113 [10:22.7]	
P2 [v]	Es ist immer noch Phasen. Wie ich mich
P [v]	dolori articolari, quelli li sento più la sera.
P2 [nv]	B>O, dann schüttelt den Kopf
P [de]	Gelenksschmerzen, die spüre ich mehr am Abend.
P [nv]	

[110]

P2 [v]	fühle, ändert sich nach Phasen ähm sobald ich aufstehe und meinen Bein einfach so
P2 [nv]	

[111]

P2 [v]	auf den Boden stelle ähm ich fühle, dass ich eigentlich nicht gehen kann. Ich fühle,
P2 [nv]	

[112]

P2 [v]	dass ich wackeln, ja. Und nach einer Weile kommt dann Übelkeit und am Nachmittag
P2 [nv]	

[113]

P2 [v]	ich fühle mich so erschöpft und am Abend dann fast/ kann ich einfach fast nicht
P2 [nv]	

[114]

114 [10:51.2]		115 [10:53.4*]
P2 [v]	einschlafen wegen Schmerzen in den Gelenken.	
P [v]		Il problema è questo ladro
P2 [nv]		-
P [de]		Das Problem ist, dass der (Krebs) mein
P [nv]		start in die Leere

[115]

116 [10:54.0*]	
P [v]	di vite è davvero una brutta bestia e • • non/
P [de]	Leben raubt. Das Problem ist, dieser Lebensräuber ist wirklich ein hässliches Biest • • wirklich nicht/
P [nv]	schüttelt den Kopf

[116]

	117 [10:59.9]	118 [11:02.3*]	119 [11:03.0*]
P2 [v]	Das Problem ist eben, dass diese Krankheit so in meinem Leben steht. Ich kann		
P [v]	basta.		
P2 [nv]	B>O	schüttelt den Kopf	
P [de]	Stop.		
P [nv]			

[117]

120 [11:07.1]		121 [11:11.3*]	122 [11:11.8*]
O [v]	Ich stimme mit dir überein, dass wir jetzt keine Chemotherapie		
O [nv]	B>P2		
P2 [v]	nicht mehr so/ ja.		
P2 [nv]			

[118]

123 [11:16.3]	
O [v]	oder Chemoimmuntherapie machen.
P [v]	Vuole che faccia la chemio??
P [de]	Will sie, dass ich wieder eine Chemotherapie mache??
P [nv]	panisch B>P2 dann B>O, abwechselnd

[119]

124 [11:17.5]	125 [11:18.3]	126 [11:18.6*]	127 [11:20.7]	128 [11:20.7]
O [v]	Nein, Nein, ja, ja			
O [nv]	schüttelt den KO			
P2 [v]	Nein , nein, nicht, nein, richtig			
P [v]	Aah okay ((aufatmet)).			
P2 [nv]	schüttelt den KO			
P [nv]	nickt, AU zu und legt die HA auf die			

[120]

	129 [11:21.4]	130 [11:22.7]	131 [11:23.5]	132 [11:24.6]
O [v]	Ja ja ((lacht)).			Aber auch wenn
O [nv]	B>P2 dann B>O, abwechselnd			B>P2 dann B>O,
P2 [v]		Non serve più.		
P [v]			Okay ((seufzt))	
P2 [nv]		B>P dann schüttelt den KO		
P [de]		Nein, das ist nicht mehr nötig.		
P [nv]	Brust		B>P2	

[121]

	133 [11:26.6*]134 [11:27.2*]
O [v]	man keine onkologische Therapie macht, gibt es Möglichkeiten die
O [nv]	abwechselnd

[122]

	135 [11:35.9]
O [v]	Schmerzen ähm zu bessern.
P2 [v]	• • Ähm no, non c'è bisogno di fare una chemio, no, ma
P2 [nv]	B>P, nickt
P2 [de]	• • Ähm nein, das ist nicht mehr nötig aber selbst wenn man das

[123]

	136 [11:43.2]
P2 [v]	anche se non si fa, non/ ci sono comunque modi per alleviare il dolore.
P [v]	Ecco, sì.
P2 [nv]	
P2 [de]	nicht macht, gibt es immer noch Möglichkeiten, den Schmerz zu lindern.
P [de]	Ja, genau. Das
P [nv]	nickt, B>P2 dann

[124]

	137 [11:44.2]138 [11:44.8]139 [11:45.5]	140 [11:46.7]
O [v]	Ja.	Ja, es gibt eine eigene Sparte
O [nv]		B>P2
P2 [v]		Ja, ja • das wär/
P [v]	Questo mi interesserebbe.	
P2 [nv]		B>O, nickt
P [de]	würde mich sehr interessieren.	
P [nv]	B>O, abwechselnd	

[125]

	142 [11:49.5*]	143 [11:51.7*]	144 [11:52.0*]
O [v]	der Medizin, die sich nur		, die sich besonders, ja, mit
O [nv]		andeutet die Gänsefüßchen mit r und l Fingern	

[126]

	145 [11:54.8*]146 [11:55.3*]
O [v]	diesen Patienten beschäftigt. Fragen Sie bitte, ob sie schon gehört habt, dass es
	-

[127]

	147 [12:02.9*]	148 [12:04.4*]149 [12:05.0]
O [v]	eine Palliativmedizin gibt.	
O [nv]	nickt	
P2 [v]		C'è una parte della medicina che si occupa esattamente
P2 [nv]		B>P, nickt
P2 [de]		Es gibt einen Teil der Medizin, der sich genau nur damit

[128]

P2 [v]	solo di questo, cioè di alleviare i dolori per questi pazienti in questa situazione. Ha
P2 [nv]	
P2 [de]	beschäftigt, nämlich mit der Schmerzlinderung für diese Patienten in dieser Situation. Haben Sie schon

[129]

	150 [12:12.5]	151 [12:13.0]	152 [12:15.5]
P2 [v]	mai sentito parlare di medicina palliativa?		
P [v]		Hm hm	Certamente ed è questo che io voglio.
P2 [nv]			
P2 [de]	von der Palliativmedizin gehört?		
P [nv]		B>P2, nickt	B>P2, nickt

[130]

	153 [12:17.8]	154 [12:20.4]
O [v]		ähm sagen Sie, bitte, das ist da im (Krankenhaus
O [nv]		B>P2
P2 [v]	Ja und das ist genau was ich möchte.	
P2 [nv]	B>O, nickt	
P [de]	Natürlich und genau das will ich.	

[131]

	155 [12:32.8*]
O [v]	in Wien) gar nicht weit hat, ja, es gibt im (Krankenhaus in Wien), ja, die Kämpfer
O [nv]	- betont mit den

[132]

	156 [12:33.5*]
O [v]	, dort war sie, und es gibt die Palliativstation mit der Frau Professor (Name der
O [nv]	Händen

[133]

O [v]	Professorin), ja: Das ist das Kontrastprogramm, ja, das ist/ da ist es nicht hektisch.
-------	--

[134]

	157 [12:52.3*]	158 [12:53.5*]	159 [12:54.1*]	160 [12:54.7*]
O [v]	Die Menschen sind einfühlsamer, ja, keine Krieger sondern Menschen, die			

[135]

	161 [12:58.6*]	162 [12:59.5*]	163 [13:00.6]
O [v]	wirklich kompetent begleiten.		
O [nv]	-		
P2 [v]	B>P, nickt		
P2 [nv]	anche all' (Krankenhaus in Wien), all'ospedale c'è un		
P2 [de]	B>P, nickt		
P2 [de]	Auch im (Krankenhaus in Wien), im Krankenhaus gibt es einen		

[136]

P2 [v]	un un ambito che si occupa di questo, no? E si chiama appunto programma Kontrast,
P2 [nv]	
P2 [de]	einen einen Bereich, der sich damit beschäftigt, oder? Und das ist das Kontrastprogramm. Wie die

[137]

P2 [v]	come diceva la dottoressa e lì non non si tratta di guerrieri che vogliono lottare
P2 [nv]	
P2 [de]	Ärztin gesagt hat, da geht es nicht um Krieger, die kämpfen wollen/ die Ruhe wollen, da sind

[138]

P2 [v]	tranquillità, le persone sono molto più attente ai bisogni e si immedesimano anche nei
P2 [nv]	
P2 [de]	Menschen viel aufmerksamer für die Bedürfnisse/nehmen die Menschen die Bedürfnisse viel genauer

[139]

P2 [v]	pazienti, quindi ähm ci sono entrambi.
P2 [nv]	
P2 [de]	wahr, sie fühlen sich auch in die Patienten ein/sie versetzen sich auch in die Patienten, also ähm es gibt

[140]

	164 [13:02.9]	165 [13:03.4]	166 [13:05.9]	167 [13:06.4]	168 [13:07.2]	169 [13:07.6]	170 [13:10.5]	171 [13:11.0]	172 [13:14.3]
P2 [v]									
P [v]	Hm' hm'	Hm' hm'	Hm' hm'	Hm' hm'	Hm' hm'	Hm' hm'	Hm' hm'	Hm' hm'	Hm' hm'
P2 [nv]									
P2 [de]	beides.								
P [nv]	nickt	nickt	nickt	nickt	nickt	nickt	nickt	nickt	nickt

[141]

	173 [13:16.3]	174 [13:17.2]	175 [13:17.7]	176 [13:23.8]	177 [13:25.3]	178 [13:26.0]
O [v]						Hm ja, es
O [nv]						B>P2 dann
P2 [v]						Perfekt, ja.
P [v]	hm hm hm hm hm no	Okay.	Hm hm perfetto, sì.			
P2 [nv]						B>O, nickt
P [de]						Hm hm perfekt, ja.
P [nv]	nickt					nickt, B>O

[142]

O [v]	gibt dort auch eine Ambulanz, also man muss nicht aufgenommen werden, sondern
O [nv]	B>P, abwechselnd, nickt

[143]

O [v]	ich würde raten, dass sie, als allererstes, Kontakt mit der Ambulanz aufnimmt, ja.
O [nv]	

[144]

O [v]	Wenn es ihr recht ist, dann würde ich/ ich hab ja alle Befunde auch anrufen und sie
O [nv]	

[145]

	179 [13:50.2]
O [v]	dort ankündigen.
O [nv]	
P2 [v]	Ähm non deve per forza restare ähm in ospedale, può andare
P2 [nv]	B>P, nickt
P2 [de]	Ähm sie müssen nicht unbedingt im Krankenhaus bleiben, Sie können einfach in

[146]

P2 [v]	semplicemente nell'ambulatorio come primo contatto sicuramente è più ähm
P2 [nv]	
P2 [de]	die Ambulanz gehen, das ist als erster Kontaktpunkt bestimmt ähm angemessener. Wenn Sie möchten,

[147]

P2 [v]	indicato. Se vuole avendo i suoi documenti qui posso anche telefonare e dire che poi
P2 [nv]	
P2 [de]	da ich Ihre Unterlage hier habe, kann ich auch persönlich anrufen und sagen, dass Sie dann in die/

[148]

180 [14:05.7]	
P2 [v]	andrà ähm, appunto, in questo in questo/
P [v]	Sì, sarebbe perfetto perché non, non riesco
P2 [nv]	
P2 [de]	
P [de]	Ja, das wäre perfekt, denn ich kann mir nicht/ ich
P [nv]	B>P2, nickt, AU nach oben und schüttelt den KO

[149]

181 [14:10.9*] 182 [14:11.4*]	
P [v]	ad immaginarmi di finire in un ospizio , di finire lì, non lo so/ ma poi come
P [de]	kann mir nicht vorstellen, dass ich in einem Hospiz lande, dass ich dort lande, ich weiß nicht/ aber wie
P [nv]	

[150]

183 [14:15.4*] 184 [14:15.8*]		185 [14:17.3*]
P [v]	funziona? Mi fanno morire ? Mangerò? È come un'eutanasia	
P [de]	funktioniert das denn? Lassen sie mich sterben? Bekomme ich Essen? Ist das so wie eine Sterbehilfe?	

[151]

186 [14:17.9*]		187 [14:21.2]
P2 [v]		Das wäre perfekt,
P [v]	? Mh mi spieghi un po', mi spieghi un po' come/	
P2 [nv]		nickt, P>O, dann AU nach
P [de]	Hm erklären Sie mir mal ein bisschen, erklären Sie mir mal ein bisschen wie/	

[152]

188 [14:32.6]	
O [v]	Ja ((nickt)).
O [nv]	B>P2
P2 [v]	weil ich kann mir nicht vorstellen, dass ich in einem Hospiz bleibe oder dass ich
P2 [nv]	oben und schüttelt den KO

[153]

O [v]	
O [nv]	
P2 [v]	einfach dort die ganze Zeit bin. Aber könnten Sie mir auch ein bisschen sagen, wie es

[154]

O [v]
O [nv]
P2 [v] funktioniert? Also werde ich einfach dort sterben, wenn sie mich nicht mehr

[155]

189 [14:33.0]190 [14:37.0]
O [v] Nein nein
O [nv] B>P2, schüttelt
P2 [v] ernähren, ist eine Art von Euthanasie, oder wie funktioniert das Ganze?

[156]

O [v] nein ah • ich/ wenn sie also/ prinzipiell ja, damit sie ähm einverstanden ist, dann ähm
O [nv] den Kopf

[157]

O [v] schreibe ich auch einen Brief, und dazu brauche ich Informationen, nämlich die
O [nv]

[158]

191 [14:52.1*]192 [14:52.4*]
O [v] ganz wichtigen Informationen. Ich habe aus den ähm Abgangsbefunden, aus den
O [nv]

[159]

O [v] Befunden der Onkologie, weiß ich Allergien, Medikamente Vorerkrankungen. Das
O [nv]

[160]

O [v] steht da drinnen. Aber mich interessiert jetzt ihre soziale ähm Situation ähm ist sie
O [nv]

[161]

O [v] verheiratet, hat Sie Kinder leben leben die hier in ähm Wien? Wie ist die soziale
O [nv]

[162]

..	
O [v]	Situation? Ähm es ist leider auch im Abgangsbefund gar nicht drinnen, was sie
O [nv]	

[163]

..	
193 [15:32.3]	
O [v]	beruflich gemacht hat, also ich möchte ein bisschen das soziale Umfeld.
O [nv]	
P2 [v]	Se lei è
P2 [nv]	B>P, nicht
P2 [de]	Wenn Sie

[164]

..	
P2 [v]	d'accordo, posso anche inviare una lettera con le sue informazioni. Io però ho
P2 [nv]	
P2 [de]	einverstanden sind, kann ich einen Brief mit ihren Daten schicken. Ich habe mir jedoch Ihre klinischen

[165]

..	
P2 [v]	guardato le sue informazioni cliniche quelle che sono le sue allergie, le malattie che
P2 [nv]	
P2 [de]	Befunde angesehen, welche Allergien Sie haben, welche Krankheiten Sie bereits hatten, die

[166]

..	
P2 [v]	ha già avuto, i vari medicinali che assume. Ma non so niente della situazione sociale,
P2 [nv]	
P2 [de]	verschiedenen Medikamente, die Sie einnehmen. Aber ich weiß nichts über Ihre soziale Situation, ob

[167]

..	
P2 [v]	se è sposata, se ha dei figli, che lavoro faceva prima perché non ci sono ovviamente
P2 [nv]	
P2 [de]	Sie verheiratet sind, ob Sie Kinder haben, welchen Beruf Sie früher ausgeübt haben/ denn solche

[168]

..	
194 [15:54.1]	
P2 [v]	queste informazioni.
P [v]	Mh mh sì okay. Allora io sono sposata,
P2 [nv]	
P2 [de]	Informationen findet man dort natürlich nicht dort.
P [de]	Hm' hm' ja okay. Also ich bin verheiratet, mein
P [nv]	B>P2, nickt, AU nach oben, dann AU nach unten

[169]

P [v]	mio marito anche lui è italiano e viviamo qui da da un annetto ähm altrimenti non ho
P [de]	Mann ist auch Italiener, und wir leben hier seit seit seit einem Jahr oder so/ seit ungefähr einem Jahr
P [nv]	

[170]

P [v]	figli e non ho nessuno perché mio padre è morto tre anni fa in un incidente mortale •
P [de]	ähm ich habe keine Kinder und ich habe niemanden, weil mein Vater vor drei Jahren bei einem
P [nv]	

[171]

P [v]	mia madre è scomparsa l'anno scorso sempre per ähm per ähm per questo male,
P [de]	tödlichen Unfall gestorben ist • meine Mutter ist letztes Jahr an ähm an ähm auch dieser Krankheit
P [nv]	

[172]

	195 [16:16.7*]	196 [16:17.6*]
P [v]	per ähm insomma il serial killer	che colpisce, insomma il
P [de]	erlegen, an ähm wegen des Serienkillers, der zuschlägt, kurz gesagt an Brustkrebs auch/ auch an	
P [nv]		

[173]

P [v]	tumore al seno anche lei ähm e sì, ero estetista ma non lavoro più perché non ce la
P [de]	Brustkrebs ähm und ja, ich war Kosmetikerin, aber ich arbeite nicht mehr, weil ich nicht mehr kann.

[174]

P [v]	faccio. E poi non parlo la lingua, quindi mi sono trasferita a Vienna perché volevo
P [de]	Und dann/außerdem kann ich die Sprache nicht, also ich bin nach Wien gezogen, weil ich einen

[175]

	197 [16:33.2]
P2 [v]	Also ja, ich bin verheiratet, mein Mann ist auch Italiener, wir
P [v]	cambiare aria.
P2 [nv]	B>O, nicht, AU nach unten
P [de]	Tapetenwechsel wollte.

[176]

P2 [v]	haben aber keine Kinder, und wir leben hier in Wien seit einem Jahr ungefähr ähm
P2 [nv]	

[177]

P2 [v]	ansonsten habe ich auch keine andere Verwandte. Mein Vater ist leider auch ums
P2 [nv]	

[178]

P2 [v]	Leben gekommen, das war ein Unfall vor drei Jahren. Meine Mutter hat leider die
P2 [nv]	

[179]

P2 [v]	gleiche/ das gleiche Problem mit Krebs gehabt, das heißt. Ja • • wir wurden beide von
P2 [nv]	

[180]

P2 [v]	dem gleichen Serial Killer betroffen, sozusagen. Ich habe vorhin in einem
P2 [nv]	

[181]

P2 [v]	Schönheitssalon gearbeitet, aber da ich jetzt die Sprache nicht mehr beherrsche, ich
P2 [nv]	

[182]

		198 [17:13.7]
O [v]		Ähm wo hat
O [nv]		B>P2
P2 [v]	bin einfach hier umgezogen, um ein bisschen frische Luft zu bekommen.	
P2 [nv]		

[183]

	199 [17:18.2]	200 [17:19.8]
O [v]	sie gearbeitet?	Schönheitssalon! Das heißt Schönheit ist
O [nv]		nicht, B>P2, dann B>P, abwechselnd
P2 [v]	In einem Schönheitssalon.	
P2 [nv]	B>O	

[184]

201 [17:23.9]	
O [v]	sehr wichtig.
O [nv]	
P2 [v]	Eh beh eh beh giusto prendersi cura del proprio corpo come ha fatto
P2 [nv]	B>P, nickt
P2 [de]	Ah, ja richtig, den eigenen Körper pflegen, die Arbeit als Kosmetikerin ist wichtig.

[185]

202 [17:26.5]	203 [17:27.7]	204 [17:30.5]	205 [17:32.3]
O [v]	Kann ich gut verstehen ((lächelt)).		
O [nv]	B>P		
P2 [v]	lei/ un lavoro da estetista è importante.		Ccapisco
P [v]	Hm` hm`		
P2 [nv]			B>P
P2 [de]			Vverstehe
P [nv]	nickt		

[186]

206 [17:34.0]	
O [v]	Okay, das heißt hier in Wien hat sie eigentlich als nächsten Angehörigen
O [nv]	B>P2
P2 [v]	((lächelt)).
P2 [nv]	
P2 [de]	((lächelt)).

[187]

207 [17:48.4]	
O [v]	Ihren Mann. Ähm Freunde? • Freundeskreis?
O [nv]	
P2 [v]	Quindi la persona più vicina qui a
P2 [nv]	B>P
P2 [de]	Die Person, die Ihnen hier in Wien am nächsten

[188]

208 [17:53.8]	
P2 [v]	Vienna è suo marito? Giusto? Conoscenti, amici anche, ha qui?
P [v]	Si un paio di amici sì.
P2 [nv]	
P2 [de]	steht, ist also Ihr Mann? Richtig? Haben Sie hier Bekannte oder Freunde?
P [de]	Ja, ein paar Freunde, ja.
P [nv]	AU zu, nickt

[189]

	209 [17:55.5]	210 [17:57.7]
O [v]		Und die wissen von der Krankheit und
O [nv]		B>P2, dann B>P
P2 [v]	Einige Freunde habe ich hier, natürlich.	
P2 [nv]	B>O, nicht	

[190]

	211 [18:00.9]
O [v]	kümmern sich um sie?
O [nv]	
P2 [v]	E sono stati informati di questo suo male che ha o si si
P2 [nv]	B>P
P2 [de]	Und haben Sie diese über Ihre Krankheit aufgeklärt und kümmern sie sich

[191]

	212 [18:06.7]
P2 [v]	prendono cura di lei?
P [v]	Si, all'inizio non avevo detto niente ma poi quando ho
P2 [nv]	
P2 [de]	um Sie?
P [de]	Ja, zuerst habe ich nichts gesagt, aber als ich dann mit der Chemotherapie
P [nv]	B>P2, AU nach oben, dann nicht

[192]

P [v]	cominciato a fare la chemioterapia chiaramente hanno visto che c'era qualcosa che
P [de]	angefangen habe, haben sie natürlich gemerkt/gesehen, dass etwas nicht stimmte, und ich musste ihnen
P [nv]	

[193]

	213 [18:13.2]
P2 [v]	Am Anfang wollte ich Ihnen nichts sagen, aber
P [v]	non andava e ho dovuto dirgli tutto.
P2 [nv]	B>O, nicht
P [de]	alles erzählen.
P [nv]	

[194]

P2 [v]	nachdem ich die Behandlung angefangen habe und mit der Chemio natürlich haben
P2 [nv]	

[195]

..		214 [18:22.5]
O [v]		Ja. Das
O [nv]		B>P2
P2 [v]	sie gesehen, dass etwas nicht gestimmt hat, und ich habe ihnen alles erzählt.	
P2 [nv]		

[196]

..		215 [18:28.5*]216 [18:28.9*]
O [v]	ist nicht/ sagen Sie ihr/ das ist nicht Neugier, aber es ist gerade in dieser Phase	
O [nv]		-

[197]

..		217 [18:33.4]
O [v]	ganz wichtig, dass man das Leid nicht alleine trägt.	
P2 [v]		Ehm non si tratta di curiosità, eh.
P2 [nv]		B>P
P2 [de]		Das ist keine Neugier, ja. In diesem

[198]

..		218 [18:36.4]
P2 [v]	E importante in questa fase della vita che lei non si occupi di questo fardello da sola,	
P [v]		No, certo.
P2 [nv]		
P2 [de]	Lebensabschnitt ist es wichtig, dass Sie diese Last nicht nicht allein tragen.	
P [de]		Ja, klar.
P [nv]		nickt, AU nach unten

[199]

..		219 [18:39.2]220 [18:45.0]
P2 [v]	che non non non trasporti.	
P [v]		Nono ho amici, ma comunque mi sento abbandonata, mi
P [de]		Ich habe keine Freunde, aber ich fühle mich trotzdem alleingelassen,
P [nv]		nickt, AU nach oben, schüttelt den KO, dann B>P2

[200]

..		
P [v]	sento sola perché anche se ho amici non riescono/ non possono capire tutto questo	
P [de]	ich fühle mich allein, denn selbst wenn ich Freunde habe, können sie nicht/ sie können all diesen	
P [nv]		

[201]

P [v]	dolore, questa sofferenza. Anche mio marito alla fine, lui non capisce nemmeno
P [de]	Schmerz, dieses Leid nicht verstehen. Sogar mein Mann versteht letztendlich nicht, warum ich
P [nv]	

[202]

P [v]	perché io abbia deciso di rinunciare alla lotta. Per lui dovrei lottare eternamente ma
P [de]	beschlossen habe, diesen Kampf aufzugeben. Für ihn sollte ich ewig kämpfen, aber ich kann es nicht
P [nv]	

[203]

		221 [19-04.9*]	222 [19-05.2*]	223 [19-06.2]
P2 [v]				Ähm obwohl ich
P [v]	non ce la faccio più. Questo limbo		mi fa impazzire.	
P2 [nv]				B>O, AU nach oben dann
P [de]	mehr ertragen. Dieser Schwebezustand macht mich verrückt.			
P [nv]		dann KO nach unten		

[204]

P2 [v]	Freunde habe und mit ihnen auch alles mitgeteilt habe, sie verstehen mich nicht. Sie
P2 [nv]	schüttelt den Kopf

[205]

P2 [v]	können dieses Leiden, diese Schmerzen nicht nicht nicht verstehen, wie ich sie
P2 [nv]	

[206]

P2 [v]	verstehe. Und auch mein Mann/ er würde am liebsten, dass ich weiterkämpfe würde
P2 [nv]	

[207]

P2 [v]	sich das Wünschen, aber versteht auch nicht, wie ich aufgegeben habe, aber diese
P2 [nv]	

[208]

224 [19:30.2]	
P2 [v]	Situation nicht hier und nicht dort ist, es gefällt mir einfach nicht.
P [v]	Quanto mi resta?
P2 [nv]	
P [de]	Wie viel Zeit bleibt
P [nv]	schaut in die Leere

[209]

225 [19:31.7]	
P2 [v]	Ähm wie lange glauben Sie, dass diese Krankheit noch weiter/ mir die Chance
P [v]	
P2 [nv]	B>O
P [de]	mir?
P [nv]	

[210]

226 [19:38.9] 227 [19:53.5]	
O [v]	Achh ((lächelt)) das ist das Einzige, was ich nicht sicher
O [nv]	B>P2, dann B>P, abwechselnd, nicht
P2 [v]	gibt, ein bisschen zu • •?
P2 [nv]	
P [nv]	wischt sich die Tränen ab, atmet tief aus

[211]

O [v]	sagen kann. Da gibt es immer Statistik, aber jeder Mensch ist anders und drum, sie
O [nv]	
P [nv]	

[212]

O [v]	hat ja bis/ Der genaue Zeitpunkt, ob das Wochen oder Monate ist, kann man nicht
O [nv]	
P [nv]	

[213]

O [v]	sagen, es ist, nach meiner Erfahrung, in dem Zustand, wenn man eine Pause macht
O [nv]	
P [nv]	

[214]

..	
O [v]	und den Menschen die Möglichkeit gibt, wieder sich zu erholen • • manchmal dauert
O [nv]	
P [nv]	

[215]

..	
O [v]	es dann viel länger und in einem viel besseren Zustand. Ich glaube, sie braucht jetzt
O [nv]	
P [nv]	

[216]

..	
O [v]	einmal Pause, Menschen, die sich um alles andere kümmern und NICHT nur um den
O [nv]	
P [nv]	

[217]

..	
228 [19:55.3]	
O [v]	Krebs. Und darum frage ich jetzt dann noch weiter. Sagen Sie jetzt das einmal, ja?
O [nv]	
P [nv]	

[218]

229 [20:44.6]	
P2 [v]	Allora certezze ovviamente non ce ne sono, non ci sono tante statistiche ma ähm
P2 [nv]	nickt, B>P
P2 [de]	Also Sicherheiten gibt es natürlich nicht, es gibt nicht viele Statistiken aber ähm sagen wir, dass das,

[219]

..	
P2 [v]	diciamo che quello che si è anche visto più spesso, che se una persona una pausa, se
P2 [nv]	
P2 [de]	was am häufigsten passiert, dass wenn man eine Pause, wenn man sich ausruhen kann, wenn man es

[220]

..	
P2 [v]	riesce a riposarsi, se riesce ad occuparsi di tutte le altre cose che ci sono nella vita e
P2 [nv]	
P2 [de]	beschäftigt, sich mit allen anderen Dingen im Leben zu beschäftigen und das mit den Leuten, die einem

[221]

	..
P2 [v]	anche insieme alle persone che le stanno vicino e non della malattia in sé, si riesce a
P2 [nv]	
P2 [de]	nahestehen und nicht mit der Krankheit selbst, kann man viel mehr Zeit verbringen und auch eine

[222]

	230 [20:47.7]231 [20:48.5]232 [21:01.7]	233 [21:02.9]234 [21:07.0]
P2 [v]	trascorrere molto più tempo e anche in una qualità migliore. Quello che resta.	
P [v]	Hm´	Hm´ okay. Hm´
P2 [nv]		
P2 [de]	bessere Lebensqualität haben. Das, was bleibt.	
P [nv]	nickt	nickt nickt

[223]

	235 [21:07.5]236 [21:11.9]	237 [21:13.1]238 [21:13.6]
O [v]	Jetzt ist die Frage wir haben zwei wichtige Punkte noch	
O [nv]	B>P2, nickt	
P2 [v]		
P [v]	Okay.	
P [nv]	schaut in die Leere	

[224]

	..
O [v]	zu klären. Das eine ist das, was sie sicher anspricht, ja, die Angst, wovor sie Angst
O [nv]	

[225]

	..
O [v]	hat . Und das zweite, und das sagen sie ihr bitte in einem Satz oder hintereinander,
O [nv]	

[226]

	..
O [v]	was möchte Sie noch vom Leben haben? Was mh ist noch also sozusagen/ Was sind
O [nv]	

[227]

239 [21:41.4]	
O [v]	Ihre Wünsche?
O [nv]	
P2 [v]	E ora quindi vorrei sapere due cose importanti: uno di cosa la spaventa
P2 [nv]	B>P, nickt
P2 [de]	Deshalb möchte ich jetzt zwei wichtige Dinge wissen: Erstens, wovor sie Angst

[228]

P2 [v]	e due che cosa invece che cosa vorrebbe ancora avere dalla vita, quali sono i suoi
P2 [nv]	
P2 [de]	haben und zweitens, was sie noch vom Leben haben möchten, was Ihre Wünsche sind.

[229]

240 [21:53.1]	
P2 [v]	desideri.
P [v]	Che cosa mi spaventa • mi spaventa provare quello che ho provato finora.
P2 [nv]	
P2 [de]	
P [de]	Ähm was mir Angst macht • es macht mir Angst, das zu fühlen, was ich bis jetzt gefühlt
P [nv]	AU zu, schüttelt den Kopf, AU nach oben, dann schaut in die Leere

[230]

241 [22:00.4*]242 [22:01.0*]		243 [22:02.3*]244 [22:02.9*]245 [22:03.6*]
P [v]	Questi dolori, questa prigione di paura, questa tortura , questo limbo eterno	
P [de]	habe. Diese Schmerzen, dieses Gefängnis der Angst, diese Quälerei, diese ewige Schweben. Und was	
P [nv]		

[231]

246 [22:04.5*]	
P [v]	. E cosa vorrei? Non lo so. Pace. Che mi addormentino come ho fatto
P [de]	ich mir wünsche? Ich weiß es nicht. Frieden. Sollen sie mich einschläfern, so wie ich meine Katze

[232]

247 [22:11.6]	
P2 [v]	Ähm wovor ich Angst habe, ist, was ich eigentlich schon
P [v]	addormentare il mio gatto.
P2 [nv]	Schaut auf ihr Heft, dann B>O, schüttelt den Kopf, AU nach oben
P [de]	eingeschlafert habe.

[233]

	248 [22:21.9*]249 [22:22.4*]
P2 [v]	erlebt habe alles ist Schmerzen, diese Art von Käfig , dass diese Krankheiten hier
P2 [nv]	-

[234]

	250 [22:29.8*]251 [22:30.6*]
P2 [v]	um mich herum aufgebaut hat und • diese Quälerei von Schmerzen. Ähm was ich
	-

[235]

P2 [v]	mir wünsche • weiß ich nicht wahrscheinlich einfach nur Frieden, Ruhe und dass ich

[236]

	252 [22:46.7]
P2 [v]	einfach einschlafe, wie man bei Tieren macht.

5. Word Transkript Simulation P2

O: Onkologin

P2: Probandin 2

P: Patientin

O: Bitte.

P2: Wo könnte ich mich hinsetzen?

O: Hier, bitte!

P2: Okay, io mi siedo qua.

P: Quindi io mi posso sedere?

P2: Sì prego. Questo è per lei.

O: Buongiorno ((lacht)) das Einzige, was ich auf ((lacht)).

P2: Buongiorno ((lacht)) l'unica cosa che so dire.

P: Okay ((lacht)) pensavo parlasse italiano.

P2: Ich dachte Sie können Italienisch aber/

O: Nein. Wir werden einen Dolmetscher brauchen.

P2: No, per questo c'è l'interprete ((lächelt)).

P: Sì sì questo sì.

O: Gut, dass Sie mitgekommen sind. Ich darf mich vorstellen, mein Name ist (Name der Onkologin). Ich bin seit neunzehnhundertfünfundsiebzig Onkologin ((lächelt)).

P2: Mi presento brevemente sono la Dottoressa (Name der Onkologin) e sono dal settantacinque una oncologa.

P: Wow

O: Wow ((lacht)) okay. Bin aber gut informiert und ja, jetzt höre ich was das Anliegen ist. Bitte.

P2: Però sono molto informata quindi mi prendo tempo per ascoltare un po' la sua situazione.

P: Grazie • • ((holt Luft)) Bè, sì äh • • come le ho scritto per Email sono due anni che • • sì • • sono due anni che è arrivato l'intruso e la diagnosi, se non mi sbaglio, gliel'ho mandata anche per email, è un carcinoma con metastasi • • eee ho

fatto di tutto: sono stata in cura all' (Krankenhaus in Wien), ho fatto la radio, ho fatto la chemio • guardi che bella par-
rucca •• ähm e sì e adesso basta, adesso mi sono scocciata. Non ce la faccio più. Non mi voglio più far distruggere da queste cure e/ ma all' (Krankenhaus in Wien) non mi vogliono/ non vogliono fare quello che dico io quindi voglio una seconda opinione, se la Dottoressa è d'accordo con me.

P2: Also wie ich auch Ihnen per E-Mail schon erzählt habe, seit zwei Jahren habe ich mit dieser Krankheit zu tun gehabt. Die Diagnose oder genau worum es genau geht, habe ich Ihnen auch schon erwähnt. Das heißt einem Karzinom mit Metastasen, ja. Und ich hab alles Mögliche gemacht, ich war auch in der (Krankenhaus in Wien) im Behandlung, ich hab Chemo gemacht, andere Behandlungen aber ich hab keine Lust mehr, jetzt •• mir das Ganze anzutun, ist für mich zu viel und im (Krankenhaus in Wien) wollen Sie nicht mehr machen, was ich für richtig halte. Sie wollen mir nicht mehr zuhören, deswegen wollte ich mir eine zweite Meinung holen dazu. Was man noch machen kann.

O: Ähm, danke ich hab/ habe Ihre Daten ja bekommen per E-Mail, obwohl das nicht ganz erlaubt ist ja ((lächelt)), das war auch die private E-Mail. Mir fällt ein Satz auf: Es wird nicht gemacht, was ich für richtig halte. Darf ich fragen, was Frau •• Wie war dein Name, helfen Sie mir mit Namen nochmal •

P2: Come si chiama di cognome?

P: Name der Patientin)

P2: (Name der Patientin)

O: Ähm was Frau (Nachname der Patientin) für richtig hält. Mich interessiert, was sie für richtig hält.

P2: Ähm ho ricevuto le sue informazioni anche se in realtà non si potrebbe inviare per mail quindi vabè • volevo sapere lei cosa intende lei con non fanno quello che desidererei o quel/

P: Oh mi scusi non sapevo non potessi mandare per E-Mail, mi dispiace, spero non sia successo nessun problema. Non fanno

quello che dico io perché io basta io non ce la faccio più, non voglio più lottare. Sono già stata torturata, il mio corpo è stato deturpato già • non ho intenzione di • non so • di rimanere nel limbo eterno e voglio che assolutamente mi • sì • voglio pian piano • cioè, non voglio continuare così • non voglio lottare più. Basta.

P2: Es tut mir leid, ich wusste nicht, dass man private Informationen nicht schicken darf. Es tut mir/ ich hoffe, es ist nichts Schlimmes passiert ((lacht)).

O: Nein (lacht).

P2: Was ich meine damit, ist dass, ich möchte nicht mehr kämpfen. Ich hab keine Lust mehr hm, diese ganze schwierige Behandlung hindurchzugehen und ich bin nicht immer in dieser Situation bleiben zwischen Kampf und ich/ ja also ich hab nicht mehr so viel Lust daran zu arbeiten. Ich möchte einfach, dass alles so geht.

O: Lust oder Kraft?

P2: Non ha più forze o non se la sente più?

P: ((seuftz)) non lo so, non lo so, non so come definirlo • forse non me la sento più • ma non ho più voglia.

P2: Ich weiß nicht genau, wie ich das beschreiben sollte, wahrscheinlich hab ich keine Kräfte mehr, wahrscheinlich habe ich keine Lust • ich fühle mich nicht mehr in der Lage, das nochmal weiter zu machen.

O: Sagen Sie ähm, bitte, dass ich das sehr schätze, was sie bisher gemacht hat. Das ist das eine. Das zweite ist, dass die Kollegen auf dem/ im (Krankenhaus in Wien) wirklich State of the Art vorgegangen sind. Sie hat die Therapie bekommen, die wirklich • hilfreich ist und es tut mir leid, dass sie damit keinen Erfolg gesehen hat.

P2: • • Le voglio dire comunque che apprezzo tantissimo quello che ha fatto finora, e che all' (Krankenhaus in Wien), all'ospedale le hanno offerto la terapia che per lei era più

adatta e che le avrebbe portato più hm benefici e mi dispiace tanto che/

P: Hm hm sì ma non metto in dubbio che i medici fossero competenti, questo sì.

P2: Ich will damit nicht sagen, dass sie nicht kompetenten sind, die Ärzten dort. E mi dispiace molto che non abbia visto i risultati che magari sperava.

P: È andata così ((seuftz)).

P2: Es ist leider so ((seuftz)).

H: Ja ((lächelt)) mich würde noch interessieren, was der Kollege jetzt, zum Schluss, vorgeschlagen hat vom (Krankenhaus in Wien).

P2: Vom (Krankenhaus in Wien)?

O: Ja, vom (Krankenhaus in Wien).

P2: Vorrei sapere i colleghi dell' (Krankenhaus in Wien) cosa le hanno consigliato di fare adesso.

P: Ma sinceramente non li ho fatti finire di parlare ähm perché dopo aver fatto diversi giri di chemio, dopo aver fatto la radio, dopo aver preso dei medicinali che non mi ricordo cosa siano ähm volevano propormi qualche altra cosa, ma li ho fermati e ho detto basta. Quindi non lo so. Non mi interessa nemmeno sinceramente

P2: Ich weiß es leider nicht, ich hab sie nicht zum Ende reden gelassen, ich habe sie unterbrochen ähm sie haben mir viele Sachen vorgeschlagen, aber nachdem ich ähm mehrere ähm Behandlungen mit Radio gemacht habe, oder Chemo gemacht habe und so viele Medikamente zu mir genommen habe hatte ich keine Lust mehr noch was anzufangen, deswegen das ist mir auch egal, was sie denken. Das interessiert mich nicht/ also die die ÄrztInnen vom (Krankenhaus in Wien).

O: Gut. Ähm ist sie/ hat sie die Medikamentenliste mit?

P2: Ha una lista di medicinali che usa?

P: Sì, un attimo che cerco • •

P2: Ein moment, ja

O: Ja

P: . . . sì, eccola qui . . .

O: . . . gut . . . Ähm ich glaube, dass man/ dass eine oder andere Medikamente wegnehmen kann, ja aah damit sie nicht so viel schlucken muss, da sind ähm auch Sachen die/ wo ich glaube, dass das einfach doppelt ist und wo man ein bisschen weniger geben kann. Ähm ganz wichtig ist für mich jetzt zu wissen, ob sie Schmerzen hat.

P2: Allora senz'altro qualcuno di questi medicinali può smettere di assumerlo, secondo il mio parere, ce ne sono a mio parere che si sovrappongono, che sono, come dire, doppi quindi per fa sì che lei ne assuma un po' meno, alcuni li possiamo eliminare. E la cosa per me importante è capire se lei ha dei dolori in questo momento.

P: Chiaro mh ma sì sono tutta un dolore, mi fanno male le articolazioni, mi sento le ginocchia che quasi non riesco a camminare. Io ero così sportiva ähm mi fa male davvero tutto. Poi ho sempre delle emicranie continue e/ no basta io non ce la faccio più a lottare. Io ho solo bisogno di pace e di tranquillità. Mi fa male tutto.

P2: Es tut mir einfach überall weh hm Gelenke, Knie. Ich kann nicht mehr gehen. Ich war sehr sportlich und jetzt es fällt mir alles schwer. Und ich leide an Migräne auch ganz oft. Es tut mir einfach überall weh und ich hab jetzt keine Lust mehr zu kämpfen, ich möchte einfach in Ruhe einfach meine Zeit verbringen.

P: Ho praticamente un male boia, non ne posso più, ventiquattro ore su ventiquattro è una tortura.

P2: Es ist für eine Quälerei, es ist wirklich ständig Schmerzen und überall die fast unerträglich sind.

P: Nausea. Non posso mangiare. Io ero una buona forchetta non riesco a mangiare più niente.

P2: Mir ist auch immer übel ich kann nicht mehr so richtig essen und ich hab immer so sehr das Essen genossen und jetzt kann ich das auch nicht mehr machen.

O: Darf ich fragen, wann es ihr besonders schlecht geht? Ob das sich über den Tag ändert? Obs in der früh/ wie ist es in der Früh und wie? Und wie ist es am Abend?

P2: Posso chiederle in che momento si sente peggio? È meglio/ si sente meglio la mattina, si sente meglio la sera? Come si sviluppa il dolore durante il giorno?

P: Sono fasi. Quando mi sveglio e metto il piede dal letto, ho quasi l'impressione di traballare, mi sento distrutta, stanchissima. Poi, nel corso della mattinata vengono le nausee, di pomeriggio pure mi sento distrutta e verso la sera non riesco quasi ad addormentarmi, ho proprio dolori alle articolazioni, dolori articolari, quelli li sento più la sera.

P2: Es ist immer nach Phasen. Wie ich mich fühle, ändert sich nach Phasen ähm sobald ich aufstehe und meinen Bein einfach so auf den Boden stelle ähm ich fühle, dass ich eigentlich nicht gehen kann. Ich fühle, dass ich wackeln, ja. Und nach einer Weile kommt dann Übelkeit und am Nachmittag ich fühle mich so erschöpft und am Abend dann fast/ kann ich einfach fast nicht einschlafen wegen Schmerzen in den Gelenken.

P: Il problema è questo ladro di vite è davvero una brutta bestia e • • davvero non/ basta.

P2: Das Problem ist eben, dass diese Krankheit so in meinem Leben steht. Ich kann nicht mehr so/ ja.

O: Ich stimme mit ihr überein, dass man jetzt keine Chemotherapie oder Chemoimmuntherapie machen.

P: Vuole che faccia la chemio??

O: Nein, Nein, ja, ja.

P2: Nein, nein, nicht, nein, richtig, non serve più.

P: Aah okay ((aufatmet)).

O: Ja ja ((lacht)). Aber auch wenn man keine onkologische Therapie macht, gibt es Möglichkeiten die Schmerzen ähm zu bessern.

P2: • • Ähm no, non c'è bisogno di fare una chemio, no, ma anche se non si fa, non/ ci sono comunque modi per alleviare il dolore.

P: Ecco, sì.

P2: Ja.

O: Ja, es gibt eine eigene Sparte der Medizin, die sich nur, die sich besonders, ja, mit diesen Patienten beschäftigt. Fragen sie bitte, ob sie schon gehört habt, dass es eine Palliativmedizin gibt.

P2: C'è una parte della medicina che si occupa esattamente solo di questo, cioè di alleviare i dolori per questi pazienti in questa situazione. Ha mai sentito parlare di medicina palliativa?

P: Hm certamente, ed è questo che io voglio.

P2: Ja, und das ist genau was ich möchte.

O: Ja ähm sagen Sie, bitte, das ist da im (Krankenhaus in Wien) gar nicht weit hat, ja, es gibt im (Krankenhaus in Wien), ja, die Kämpfer, dort war sie, und es gibt die Palliativstation mit der Frau Professor (Name der Professorin), ja: Das ist das Kontrastprogramm, ja, das ist/ dort ist es nicht hektisch. Die Menschen sind einfühlsamer, ja, keine Krieger, sondern Menschen, die wirklich kompetent begleiten.

P2: Anche all' (Krankenhaus in Wien), all'ospedale c'è un un un ambito che si occupa di questo, no? E si chiama appunto programma Kontrast, come diceva la dottoressa e lì non si tratta di guerrieri che vogliono lottare tranquillità, le persone sono molto più attente ai bisogni, si immedesimano anche nei pazienti, quindi ähm ci sono entrambi.

P: hm hm hm hm hm Okay. Hm perfetto, sì.

P2: Perfekt, ja.

O: Hm ja, es gibt dort auch eine Ambulanz, also man muss nicht aufgenommen werden, sondern ich würde raten, dass sie, als allererstes, Kontakt mit der Ambulanz aufnimmt, ja. Wenn es ihr recht ist, dann würde ich/ ich hab ja alle Befunde auch anrufen und sie dort ankündigen.

P2: Ähm non deve per forza restare ähm in ospedale, può andare semplicemente nell'ambulatorio come primo contatto sicuramente è più ähm indicato. Se vuole avendo i suoi documenti qui posso anche telefonare e dire che poi andrà ähm appunto, in questo/

P: Sì, sarebbe perfetto perché non, non riesco ad immaginarmi di finire in un ospizio, di finire lì, non lo so/ ma poi come funziona? Mi fanno morire? Mangerò? È come un'eutanasia? Mh mi spieghi un po', mi spieghi un po' come/

P2: Das wäre perfekt, weil ich kann mir nicht vorstellen, dass ich in einem Hospiz bleibe oder dass ich einfach dort die ganze Zeit bin. Aber könnten Sie mir auch ein bisschen sagen, wie es funktioniert? Also werde ich einfach dort sterben, wenn sie mich nicht mehr ernähren, ist eine Art von Euthanasie, oder wie funktioniert das Ganze?

O: Nein nein nein ah • ich/ wenn sie also/ prinzipiell ja, damit sie ähm einverstanden ist, dann schreibe ich auch einen Brief, und dazu brauche ich Informationen, nämlich die ganz wichtigen Informationen. Ich habe aus den Abgangsbefunden, aus den Befunden der Onkologie, weiß ich Allergien, Medikamente Vorerkrankungen. Das steht da drinnen. Aber mich interessiert jetzt ihre soziale ähm Situation ähm ist sie verheiratet, hat Sie Kinder leben, leben die hier in ähm Wien? Wie ist die soziale Situation? ähm es ist leider auch im Abgangsbefund gar nicht drinnen, was sie beruflich gemacht hat, also ich möchte ein bisschen das soziale Umfeld.

P2: Se lei è d'accordo, posso anche inviare una lettera con le sue informazioni. Io però ho guardato le sue informazioni cliniche quelle che sono le sue allergie, le malattie che ha già

avuto, i vari medicinali che assume. Ma non so niente della situazione sociale, se è sposata, se ha dei figli, che lavoro faceva prima perché non ci sono ovviamente queste informazioni.

P: Mh mh sì okay. Allora io sono sposata, mio marito anche lui è italiano e viviamo qui da da un annetto ähm altrimenti non ho figli e non ho nessuno perché mio padre è morto tre anni fa in un incidente mortale • mia madre è scomparsa l'anno scorso sempre per ähm per ähm per questo male, per ähm insomma il serial killer che colpisce, insomma il tumore al seno anche lei ähm e sì, ero estetista ma non lavoro più perché non ce la faccio. E poi non parlo la lingua, quindi mi sono trasferita a Vienna perché volevo cambiare aria.

P2: Also ja, ich bin verheiratet, mein Mann ist auch Italiener, wir haben aber keine Kinder, und wir leben hier in Wien seit einem Jahr ungefähr ähm ansonsten habe ich auch keine andere Verwandte. Mein Vater ist leider auch ums Leben gekommen, das war ein Unfall vor drei Jahren. Meine Mutter hat leider die gleiche/ das gleiche Problem mit Krebs gehabt, das heißt. Ja •• wir wurden beide von dem gleichen Serial Killer betroffen, sozusagen. Ich habe vorhin in einem Schönheitssalon gearbeitet, aber da ich jetzt die Sprache nicht mehr beherrsche, ich bin einfach hier umgezogen, um ein bisschen frische Luft zu bekommen.

O: Ähm wo hat sie gearbeitet?

P2: In einem Schönheitssalon.

O: Schönheitssalon! Das heißt Schönheit ist sehr wichtig.

P2: Eh beh eh beh giusto prendersi cura del proprio corpo come ha fatto lei/ un lavoro da estetista è importante.

O: Kann ich gut verstehen.

P2: Ccapisco.

O: Okay, das heißt hier in Wien hat sie eigentlich als nächsten Angehörigen ihren Mann. Ähm Freunde? • Freundeskreis?

P2: Quindi la persona più vicina qui a Vienna è suo marito? Giusto? Conoscenti, amici anche, ha qui?

P: Sì un paio di amici sì.

P2: Einige Freunde habe ich hier, natürlich.

O: Und die wissen von der Krankheit und kümmern sich um sie?

P2: E sono stati informati di questo suo male che ha o si prendono cura di lei?

P: Sì, all'inizio non avevo detto niente ma poi quando ho cominciato a fare la chemioterapia chiaramente hanno visto che c'era qualcosa che non andava e ho dovuto dirgli tutto.

P2: Am Anfang wollte ich Ihnen nichts sagen, aber nachdem ich die Behandlung angefangen habe und mit der Chemio natürlich haben sie gesehen, dass etwas nicht gestimmt hat, und ich habe ihnen alles erzählt.

O: Ja. Das ist nicht/ sagen Sie ihr/ das ist nicht Neugier, aber es ist gerade in dieser Phase ganz wichtig, dass man das Leid nicht alleine trägt.

P2: Ehm non si tratta di curiosità, eh. È importante in questa fase della vita che lei non si occupi di questo fardello da sola, che non non non trasporti da sola.

P: Nono ho amici, ma comunque mi sento abbandonata, mi sento sola perché anche se ho amici non riescono/ non possono capire tutto questo dolore, questa sofferenza. Anche mio marito alla fine, lui non capisce nemmeno perché io abbia deciso di rinunciare alla lotta. Per lui dovrei lottare eternamente ma non ce la faccio più. Questo limbo mi fa impazzire.

P2: Ähm obwohl ich Freunde habe und mit ihnen auch alles mitgeteilt habe, sie verstehen mich nicht. Sie können dieses Leiden, diese Schmerzen nicht nicht nicht verstehen, wie ich sie verstehe. Und auch mein Mann/ er würde am liebsten, dass ich weiterkämpfe würde sich das wünschen, aber versteht auch nicht, wie ich aufgegeben habe, aber diese Situation nicht hier und nicht dort ist, es gefällt mir einfach nicht.

P: Quanto mi resta?

P2: Ähm wie lange glauben Sie, dass diese Krankheit noch weiter/ mir die Chance gibt, ein bisschen zu • •?

O: Achh ((lächelt)) das ist das Einzige, was ich nicht sicher sagen kann. Da gibt es immer Statistik, aber jeder Mensch ist anders und drum, sie hat ja bis/ [*die Patientin weint und braucht ein Taschentuch*] ja, geht natürlich, ja. Der genaue Zeitpunkt, ob das Wochen oder Monate ist, kann man nicht sagen, es ist, nach meiner Erfahrung, in dem Zustand, wenn man eine Pause macht und den Menschen die Möglichkeit gibt, wieder sich zu erholen •• manchmal dauert es dann viel länger und in einem viel besseren Zustand. Ich glaube, sie braucht jetzt einmal Pause, Menschen, die sich um alles andere kümmern und nicht nur um den Krebs. Und darum frage ich jetzt dann noch weiter. Sagen Sie jetzt das einmal, ja?

P2: Allora certezze ovviamente non ce ne sono, non ci sono tante statistiche ma ähm diciamo che quello che si è anche visto più spesso, che se una persona una pausa, se riesce a riposarsi, se riesce ad occuparsi di tutte le altre cose che ci sono nella vita e anche insieme alle persone che le stanno vicino e non della malattia in sé, si riesce a trascorrere molto più tempo e anche in una qualità migliore. Quello che resta.

P: Hm hm okay.

O: Jetzt ist die Frage/ wir haben zwei wichtige Punkte noch zu klären. Das eine ist das, was sie sicher anspricht, ja, die Angst, wovor sie Angst hat. Und das zweite, und das sagen sie ihr bitte in einem Satz oder hintereinander, was möchte Sie noch vom Leben haben? Was ist noch also sozusagen/ Was sind Ihre Wünsche?

P2: E ora quindi vorrei sapere due cose importanti: uno di cosa la spaventa e due che cosa invece che cosa vorrebbe ancora avere dalla vita, quali sono i suoi desideri.

P: Che cosa mi spaventa • mi spaventa provare quello che ho provato finora. Questi dolori, questa prigionia di paura, questa tortura, questo limbo eterno. E cosa vorrei? Non lo so. Pace. Che mi addormentino come ho fatto addormentare il mio gatto.

P2: Ähm wovor ich Angst habe, ist, was ich eigentlich schon erlebt habe alles ist Schmerzen, diese Art von Käfig, dass diese Krankheiten hier um mich herum aufgebaut hat und • diese Quälerei von Schmerzen. Ähm was ich mir wünsche • weiß ich nicht wahrscheinlich einfach nur Frieden, Ruhe und dass ich einfach einschlafe, wie man bei Tieren macht.

6. Interviewleitfaden

- Was ist Ihre Sprachkombination im Masterstudium?
- Welchen Schwerpunkt haben Sie im Masterstudium gewählt?
- In welchem Semester studieren Sie?
- Haben Sie sich jemals vor dieser Simulation mit dem Thema Tod an der Universität auseinandergesetzt?
 - Wenn Ja, wie?
- Haben Sie sich jemals während eines Dolmetscheinsatzes außerhalb der Universität mit dem Thema Tod beschäftigt?
 - Wenn Ja, wo und in welchen Sprachen?
- Fanden Sie das Setting der anstehenden Simulation anspruchsvoll, beziehungsweise komplex?
 - Wieso?
- Fanden Sie das Setting der anstehenden Simulation realistisch?
 - Wieso?
- Welchen Sprachstil haben Sie verwendet?
 - Wieso?
- Gab es komplexe Termini, oder Redewendungen, rhetorische Stilmittel zu dolmetschen?
 - Wenn Ja, welche?
- Sind Ihnen bei dem Thema Tod in dieser Simulation irgendwelche Besonderheiten zwischen Italienisch und Deutsch aufgefallen?
 - Wenn Ja, welche?

- Haben Sie sprachliche, beziehungsweise terminologische Ähnlichkeiten zwischen den Sprachen Italienisch und Deutsch beobachtet?
 - Wenn Ja, welche?
- Konnten Sie in diesem Setting Tabuthemen beobachten?
 - Wenn Ja, welche?
- Konnten Sie in diesem Setting sensiblen, beziehungsweise heiklen Themen beobachten?
 - Wenn Ja, welche?
- Finden Sie, dass die, während dieser Simulation, verwendeten Metaphern von der Patientin und von der Onkologin die Qualität der Kommunikation verbessert haben?
 - Wenn Ja, inwiefern?
- Haben Emotionen in diesem Setting eine Rolle gespielt?
 - Wenn Ja, welche Rolle?
- Hat die nonverbale Kommunikation in diesem onkologischen Setting eine Rolle gespielt?
 - Wenn Ja, welche Rolle?
- Haben Sie auf die nonverbale Kommunikation (Mimik, Körpersprache, Blickkontakt) geachtet?
 - Finden Sie die nonverbale Kommunikation für dieses Setting wichtig, beziehungsweise relevant? Wenn Ja, wieso?
- Während der Simulation gab es Momente, bei denen Sie überfordert und gestresst waren?
 - Wenn Ja, welche?
- Konnten Sie sich gut abgrenzen und distanzieren?

- Haben Sie immer eine neutrale Haltung bewahrt?
- Haben Sie bewusst in diesem Setting Dolmetschstrategien angewandt?
 - Wenn Ja welche?
- Haben Sie immer in der ersten Person gedolmetscht?
- Haben Sie sich unwohl gefühlt, als Sie in der ersten Person gedolmetscht haben?
 - Wenn Ja, wann?
- Was sind die wichtigsten Dolmetschkompetenzen für das Setting?
- Glauben Sie, dass professionelle Empathie, Kultursensibilität, Zuhörkompetenzen wichtige Kompetenzen für das onkologische Setting sind?
 - Wenn Ja/Nein, wieso?
- Positionierung: Hätten Sie sich in diesem Setting anders positioniert?
 - Wenn Ja, wie/wo?
- Glauben Sie, dass der Fokus dieses Gespräches auf der Patientin lag (patientenorientierte Kommunikation)?
- Glauben Sie, dass die transkulturelle Kommunikation, beziehungsweise Kompetenzen in diesem Setting wichtig sind?
 - Wenn Ja, wieso?
- Glauben Sie, dass Ihr professioneller Beitrag die Qualität der Kommunikation verbessert hat?
 - Inwiefern?
- Welche Texte und Website haben Sie während der Vorbereitung besonders hilfreich empfunden?
- Denken Sie, dass Sie etwas für Ihren weiteren beruflichen Weg oder für Ihre persönliche Entwicklung gelernt haben?

- Wenn Ja/Nein, wieso?
- Halten Sie es in diesem medizinischen Setting für notwendig, dass ÄrztInnen und DolmetscherInnen zusammenarbeiten?
 - Wenn Ja/Nein, wieso?
- Hat diese Simulation in Sie etwas Besonderes ausgelöst?
 - Wenn Ja/Nein, was genau?
- Glauben Sie, dass Sie nach diesem Setting Supervision benötigt hätten?
 - Wenn Ja/Nein, wieso?
- Glauben Sie, dass das Thema Tod im Bereich Community Interpreting öfter vorkommt?

7. Transkript Interview P1 nach dem Dolmetscheinsatz

I: interviewende Person

P1: Erste Probandin

1 I: (...) Perfekt. Was ist Ihre Sprachkombination im Master-
2 studium?

3 P1: Meine Sprachen sind Deutsch A, Englisch B und Italie-
4 nisch B.

5 I: Mh und welchen Schwerpunkt haben Sie im Masterstudium
6 gewählt?

7 P1: Mein Schwerpunkt ist das Dialogdolmetschen.

8 I: Mh in welchem Semester studieren Sie?

9 P1: Ich bin im fünften Semester.

10 I: Mh haben Sie sich jemals vor dieser Simulation mit dem
11 Thema TOD an der Universität auseinandergesetzt?

12 P1: Ich würde sagen, nur sehr INDIREKT. Wir hatten im Ba-
13 chelorstudium schon einige (.) Übungen an der Universität,
14 in denen wir medizinische Themen besprochen haben und medi-
15 zinische Texte übersetzt haben (.) und da ging es natürlich
16 darum, wenn man Fehler macht, könnte das dann im schlimms-
17 ten Fall zum Tod der PatientIn führen. Aber so konkret wie
18 bei der Simulation nicht, nein.

19 I: Okay (.) und haben Sie sich jemals während eines Dol-
20 metschteinsatzes, außerhalb der Universität, mit dem Thema
21 beschäftigt, also mit dem Thema Tod?

22 P1: Nein, bisher noch nicht.

23 I: Okay (.) fanden Sie das Setting der anstehenden Simula-
24 tion anspruchsvoll, beziehungsweise komplex?

25 P1: JA, ich fand es anspruchsvoll UND komplex.

26 I: Und (.) wieso?

27 P1: Es war einerseits ähm komplex, weil (.) das Thema, das
28 übergeordnete Thema *Brustkrebs* und *metastasierter Brust-*

29 *krebs* für mich terminologisch anspruchsvoll war. Ich musste
30 mich einlesen, was das genau für eine Art von Krebs ist,
31 und ich musste mich in beiden Sprachen, auch in meiner Mut-
32 tersprache Deutsch, vorbereiten, weil ich nicht wusste, wie
33 sehr die Krankheit einfließen wird oder eben einfließen
34 könnte in das Gespräch. Und auch komplex, weil (.) ich
35 wusste schon im vorab, dass das Thema Tod ein Thema sein
36 wird, und da war mir auch nicht genau klar, wie sehr mich
37 das persönlich mitnehmen wird, IM Gespräch, oder SPÄTER
38 nach dem Gespräch und auch wie Redewendungen zum Beispiel
39 unterschiedlich sein könnten, in den Sprachen.

40 **I: Okay. Vielen Dank. Fanden Sie das Setting der anstehen-**
41 **den Simulation realistisch?**

42 P1: Ich fand das Setting SEHR realistisch. Einerseits weil
43 es nicht an der Universität stattgefunden hat, sondern IN
44 einer onkologischen Praxis mit einer ECHTEN Onkologin (.)
45 natürlich war die Professorin anwesend, die die Patientin
46 simuliert hat, aber ich glaube, dass es an einem realisti-
47 schen Setting herankommt.

48 **I: Mh und welchen Sprachstil haben Sie verwendet?**

49 P1: Ich würde sagen, ich habe mich für einen FORMALEN
50 Sprachstil verwendet, natürlich mit der Sie-Form und einer
51 gewissen Distanz, die (.) in Österreich bei solchen Gesprä-
52 chen üblich ist.

53 **I: Okay und (.) ja, gab es komplexe Termini, oder Redewen-**
54 **dungen, rhetorische Stilmittel zu dolmetschen?**

55 P1: JA (.) ich war (.) auch terminologisch unvorbereitet
56 für Redewendungen in Bezug auf den TOD und da habe ich ge-
57 merkt, dass mir im italienischen viele Begriffe nicht be-
58 kannt waren. Das waren zum Beispiel ähm *male boia*. Ich (.)
59 ähm genau (...) ähm dann war es *serial killer* und auch die-
60 ser *limbo eterno*. Da hatte ich zwar das Gefühl als Dolmet-
61 scherin, dass ich den Sinn verstehe, also ich konnte die

62 Sinneinheit dolmetschen, aber man könnte sagen, dass ich
63 eine gewisse Freiheit genommen habe und eher zusammenfas-
64 send gedolmetscht habe.

65 **I: Okay. Und sind Ihnen bei dem Thema Tod in dieser Simula-**
66 **tion irgendwelche Besonderheiten zwischen Italienisch und**
67 **Deutsch aufgefallen?**

68 P1: (..) hm eine schwierige Frage (lacht). Ich würde (.)
69 das ist schwierig zu sagen, weil die Patientin muss ja
70 nicht sehr/ sich sehr gewählt ausdrücken. Man weiß ja auch
71 nie, woher die Person kommt, welchen Bildungsgrad sie hat.
72 Aber ich habe gemerkt, dass ich (.) einerseits, weil ich
73 manche Termini nicht genau verstanden habe (.) und anderer-
74 seits, weil es im Deutschen seltsam gewesen wäre, so etwas
75 wie *serial killer* zu verwenden (lacht), habe ich das etwas
76 abstrakter gedolmetscht und hochsprachlicher, ein bisschen
77 formaler, vielleicht dann auch ein bisschen weniger persön-
78 lich, weil wenn ich mich auf dieses Sprachniveau begeben
79 hätte, von der Patientin, wäre es vielleicht ein bisschen
80 umgangssprachlicher gewesen. Aber ich könnte/ ich weiß
81 nicht, ob man im Italienischen generell so über den Tod
82 spricht oder ob das die eine PatientIn war, die sich so
83 ausgedrückt hat (..) aber vielleicht/ ich könnte mir vor-
84 stellen, dass vielleicht im Italienischen SEHR VIELE Meta-
85 phern rund um den Tod verwendet werden, weil es doch in der
86 italienischen Kultur ein großes Tabu ist. Vielleicht gibt
87 es deshalb mehr (.) mehr Redewendungen als im Deutschen.
88 Andererseits wenn ich zum Beispiel (.) an das Wienerische
89 denke, da gibt es auch sehr viele Redewendungen, die ver-
90 wendet werden könnten mit diesem schwarzen Humor.

91 **I: Haben Sie vielleicht ein Beispiel dafür? (lacht)**

92 P1: Nein (lacht) aus dem Stegreif nicht, leider (lacht).

93 **I: Okay (lacht) haben Sie sprachliche, beziehungsweise ter-**
 94 **minologische ÄHNLICHKEITEN zwischen den Sprachen Italie-**
 95 **nisch und Deutsch beobachtet?**

96 P1: Ich/ das einzige Beispiel, das mir anfallen würde, ist
 97 das Wort *sterben* und *morire*. Das war eigentlich/ ist in
 98 beiden Sprachen vorgekommen, was mich auch etwas überrascht
 99 hat, weil ich mir nicht sicher war, ob im Italienischen
 100 wirklich *morire* so direkt vorkommen wird. Aber ansonsten
 101 habe ich eher mehr Unterschiede festgestellt; auch als über
 102 die Familie gesprochen wurde, war das sehr indirekt und (.)
 103 als über den Vater gesprochen wurde, wurde auch nicht ge-
 104 sagt ähm *è morto*, sondern ein anderer Ausdruck gewählt. Das
 105 heißt (.), ich würde eher sagen, ich habe mehr Unterschiede
 106 festgestellt als Ähnlichkeiten.

107 **I: Okay (.) und ja, konnten Sie in diesem Setting Tabuthe-**
 108 **men beobachten?**

109 P1: JA, definitiv. Einerseits, wie schon angesprochen, der
 110 TOD. Ich würde sagen, dass der Tod in beiden Kulturen, also
 111 in der deutschsprachigen Kultur, als auch in Italien, ein
 112 gewisses Tabuthema ist, vielleicht auf unterschiedliche Art
 113 und Weise.

114 **I: Wie meinen Sie das?**

115 P1: Ich könnte mir vorstellen, dass der Tod vielleicht NOCH
 116 MEHR an Tabu ist in Italien als zum Beispiel in Österreich.
 117 Ich bin mir aber nicht sicher, das ist eine sehr subjektive
 118 Einschätzung (lacht) hm was war nochmal die Frage?

119 **I: konnten Sie in diesem Setting Tabuthemen beobachten?**

120 P1: JA, genau. Ja, ich würde sagen der Tod war das größte
 121 Tabuthema, aber ich würde auch sagen, auch die Krebserkran-
 122 kungen an sich ist in beiden Kulturen ein Tabuthema, weil
 123 man heute, obwohl die Forschung sehr fortgeschritten ist,
 124 Krebs auch im deutschsprachigen Raum sofort mit Tod verbin-
 125 det. Wenn jemand sagt: Ich bin an Krebs erkrankt, denkt

126 man: Ja, okay. Die Person wird jetzt sterben, obwohl das
127 heute eigentlich nicht mehr so ist. Also das wären für mich
128 die zweitgrößten Tabuthemen.

129 **I: Okay. Und konnten Sie in DIESEM Setting sensiblen Themen**
130 **beobachten?**

131 P1: Ja, ich würde sagen, das waren eigentlich dieselben,
132 wieder Tod und Krebs und (...) ja, sensibel und heikel,
133 vielleicht auch einfach wie (...) vielleicht ja der (...)
134 Fakt, dass sich die Patientin ausgedrückt hat und über ih-
135 ren Zustand gesprochen hat. Ich würde sagen auch das ist
136 ein bisschen ein Tabuthema. Natürlich war es ein ärztliches
137 Setting, wo über dieses Thema gesprochen werden muss, aber
138 grundsätzlich, dass man jemanden so direkt sprechen hört
139 über (...) bestimmte Missstände, Probleme, Beschwerden und
140 auch dieses: *Ich habe die Lust am Leben verloren. Ich möch-*
141 *te eigentlich nur sterben.* Das ist SEHR sensibel und hei-
142 kel, finde ich.

143 **I: Danke. Finden Sie, dass die, während dieser Simulation,**
144 **verwendeten Metaphern, also von der Patientin und von der**
145 **Onkologin, die QUALITÄT der Kommunikation verbessert haben?**

146 P1: Nein, das würde ich (...) naja (lacht) vielleicht wenn
147 ich nochmal darüber nachdenke, eventuell (lacht), weil die
148 Patientin, ich kann mich erinnern, Sie hat immer wieder
149 dieses ähm diesen Ausdruck verwendet *Gefängnis des Schmer-*
150 *zes* ähm und eigentlich finde ich das SEHR GUT, weil ich
151 glaube, es ist oft schwierig, Schmerzen sprachlich zu be-
152 schreiben, und ich denke mir, da können Metaphern hilfreich
153 sein, um die Person und die Ärztin verstehen zu lassen, wie
154 es einem geht und das Interessante war, dass die Ärztin
155 dann auch diese Metapher aufgenommen hat, in ihrer Antwort
156 gesagt hat: *Wenn wir sie aus diesem Gefängnis der Schmerzen*
157 *befreien wollen.* Also (...) jetzt, wenn ich nochmal darüber
158 nachdenke, würde ich sagen teilweise JA.

159 **I: Okay. Danke (.) und haben EMOTIONEN ähm in diesem Set-**
160 **ting eine Rolle gespielt?**

161 P1: JA, DEFINITIV, weil (.) ich würde sagen, die, vor allem
162 die Patientin, war natürlich sehr emotional, weil sie
163 Schmerzen hatte, ihr ging es nicht gut und eigentlich woll-
164 te sie sterben. Das heißt, Emotionen haben eine GROßE Rolle
165 gespielt. Welche Rolle (lacht) kann ich eigentlich nicht
166 genau beantworten.

167 **I: Und hat die NONVERBALE Kommunikation in DIESEM onkologi-**
168 **schen Setting eine Rolle gespielt?**

169 P1: Ja, ich finde schon (.) die Patientin hat, einerseits
170 relativ leise gesprochen. Sie war relativ niedergeschlagen,
171 in sich gekehrt, auch die Körpersprache, die Schultern wa-
172 ren nach innen gerichtet, sie ist nicht aufrecht gesessen
173 und (..) ich würde sagen (.), das ist dann auch für mich
174 wichtig, weil ich, als Dolmetscherin, reflektieren muss, ob
175 ich diese NONVERBALE Kommunikation übernehmen KANN oder zu-
176 mindest zu einem Teil (.) in meiner Dolmetschung integrie-
177 ren kann, um wirklich DAS GETREU wiederzugeben, was gesagt
178 wurde auch nonverbal.

179 **I: Und haben Sie das gemacht?**

180 P1: Ich finde (.) nicht zu 100%. Ich finde, ich habe teil-
181 weise zu (.) fröhlich geklungen, weil ich war sehr kon-
182 zentriert und ich wollte sehr bestimmt klingen, was mir
183 auch gelungen ist. Aber ich finde/ ich/ es hätte die Dol-
184 metschung und die Art, wie ich gesprochen habe, hätte eine
185 Spur ruhiger sein müssen und neutraler, weil es im Nach-
186 hinein beim Anhören für mich zu fröhlich geklungen hat,
187 weil die Patientin eigentlich sehr niedergeschlagen war.
188 Ich finde, ich hätte meine Stimme und meine Art zu sprechen
189 besser anpassen müssen an die Art zu Sprechen der Patien-
190 tin.

191 **I: Sie haben auf die nonverbale Kommunikation, Mimik,**
192 **Körpersprache geachtet, ja. Und finden Sie sie wichtig und**
193 **wieso wichtig für DIESES Setting?**

194 P1: Ja, habe ich geachtet. Ich glaube, es ist SEHR wichtig
195 in diesem Bereich Onkologie und Palliativmedizin, weil ja
196 mit der nonverbalen Kommunikation viel ausgedrückt wird,
197 dass sprachlich nicht ausgedrückt wird oder nicht sprach-
198 lich ausgedrückt werden kann, einerseits vielleicht wenn
199 man es PSYCHISCH nicht schafft, diese Dinge in Worte zu
200 fassen oder weil man keine Worte hat, dafür wie es einem
201 geht. Das heißt, ich denke gerade als Dolmetscherin im me-
202 dizinischen Bereich muss ich (.) auf die (..) nonverbale
203 Kommunikation achten und versuchen, die so GETREU wie mög-
204 lich wiederzugeben. Natürlich soll ich jetzt nicht weinen,
205 wenn die Patientin weint, aber diese BETROFFENHEIT in der
206 STIMME und (.) solche Dinge, finde ich, sollte man schon
207 übertragen.

208 **I: Gab es Momente, bei denen Sie überfordert und gestresst**
209 **waren, WÄHREND DER Simulation?**

210 P1: (..) Eigentlich nicht sehr viele (.) es waren/ wenn ich
211 Verständnisprobleme hatte, vor allem von der Fremdsprache
212 Italienisch ins Deutsche, in meiner Muttersprache, das wa-
213 ren (.) die Momente, in denen ich gestresst war, weil ich
214 vielleicht Dinge nicht sofort verstanden habe, weil ich ge-
215 wisse Ausdrücke nicht gekannt habe und mir dann überlegen
216 musste (.): Was könnte es heißen? Und wenn ich es nicht
217 weiß, wie könnte ich es trotzdem gut wiedergeben? Außerdem
218 ist es mir einmal aufgefallen, dass ich eine Information
219 (..) wiedergegeben habe, die nicht korrekt war. Die Ärztin
220 hat eine Rückfrage gestellt zum Tod der Mutter und ich hat-
221 te zuvor eine Information ausgelassen, nämlich dass die
222 Mutter vor ungefähr einem Jahr, glaube ich, gestorben ist.
223 Dann hat die Ärztin eine Rückfrage gestellt und hat ge-

224 fragt, ob die Patientin den Tod miterlebt hat und ich habe,
225 als Dolmetscherin, weil ich die Jahresangabe hatte geant-
226 wortet, was im Nachhinein ein großer Fehler war, weil ich
227 dann nochmal Rücksprache gehalten habe, mit der Patientin,
228 und ich musste mich dann ausbessern. Das war auf jeden Fall
229 ein Moment, der mich gestresst hat.

230 **I: Und waren Sie sonst sozusagen vom Setting gestresst?**

231 P1: Ich würde sagen, vor allem (..) im Vorhinein, bei der
232 Vorbereitung vor allem. Einerseits, weil ich wusste, dass
233 es TERMINOLOGISCH sehr anspruchsvoll werden wird für mich
234 als Studierende, weil ich noch nicht die Routine habe in
235 diesem Bereich UND weil ich natürlich nicht einschätzen
236 konnte, wie diese emotionale BELASTUNG während der Situati-
237 on und nach der Situation, wenn man gehört hat, was gesagt
238 wurde, wie ich sehr mich das beeinflussen würde das war (.)
239 ja, genau.

240 **I: Konnten Sie sich gut abgrenzen und distanzieren?**

241 P1: Mh ich würde sagen, teilweise. Einerseits NICHT, weil
242 ich gemerkt habe, dass ich bei der Vorbereitung, als ich
243 mich mit dem Thema Krebs beschäftigt habe, SEHR an die Er-
244 krankung meiner Mutter erinnert wurde. Meine Mutter hatte
245 Krebs und es wurde behandelt und es geht ihr jetzt gut,
246 aber da habe ich gemerkt, dass sie sehr viel darüber nach-
247 gedacht habe und dass es mich viel mehr wieder beschäftigt
248 hat. AUßERDEM arbeite ich geringfügig neben dem Studium als
249 Content Managerin für eine Gesundheitsplattform, die sich
250 auch sehr viel mit dem Thema Krebs beschäftigt. Und dann
251 hatte ich in DIESER Woche der Vorbereitung das Gefühl, dass
252 ich umgeben bin von diesem Thema, weil es in der Arbeit
253 war, die persönliche Betroffenheit durch meine Mutter vor
254 einigen Jahren UND in der Arbeit, das fand ich schon BELAS-
255 TEND. In der Situation selbst, bei der Dolmetschung selbst,
256 ist es mir sehr gut gelungen, mich abzugrenzen und auch da-

257 nach hat eigentlich die Freude am Dolmetschen überwogen
258 (lacht) und dann hat mich das Setting nicht mehr negativ
259 beeinflusst (lacht).

260 **I: Mh (lacht) und haben Sie immer eine neutrale Haltung be-**
261 **wahrt?**

262 P1: (...) Ich würde sagen ja (.) bis auf das eine schon er-
263 wähnte Beispiel, indem ich eine Frage beantwortet habe, die
264 ich / ja, ich habe sie schnell beantwortet und ich hätte
265 eigentlich eine Rückfrage an die Patientin stellen müssen.
266 Da fand ich, dass ich mich eigentlich zu sehr eingemischt
267 habe und meine neutrale Position verloren habe. Ansonsten
268 (..) würde ich sagen, dass es neutral war, die Dolmet-
269 schung, ja.

270 **I: Okay. Haben Sie BEWUSST in diesem Setting Dolmetschstra-**
271 **tegien angewandt?**

272 P1: Ja, ich würde sagen (..) ob bewusst oder unbewusst ist,
273 ist es schwierig zu sagen, aber vor allem das zusammenfas-
274 sende Dolmetschen war eine Strategie, die ich einsetzen
275 musste, weil ich terminologisch nicht auf alles vorbereitet
276 war (..) und die Patientin hat sich auch immer wieder wie-
277 derholt und da habe ich auch versucht, eher wirklich den
278 Sinn wiederzugeben und nicht jedes einzelne Wort.

279 **I: Okay. Danke. Und im Sinne jetzt von zum Beispiel (..)**
280 **Pausen (..) haben Sie etwas Spezifisches verwendet?**

281 P1: Ich denke (..) bezüglich meines Gesichtsausdrucks war
282 ich sicher (..) neutraler als die Patientin, ich habe nicht
283 den Gesichtsausdruck der Patientin übernommen (..) Pausen,
284 würde ich sagen habe ich mehr an den Sprachrhythmus im
285 Deutschen angepasst und nicht/ und ich habe mich nicht ori-
286 entiert an den Pausen, die Patientin gemacht hat. Das könn-
287 te aber auch kritisieren, weil man sagen könnte: Vielleicht
288 wären diese Pausen an bestimmten Stellen sehr wichtig gewe-
289 sen und ich, als Dolmetschstudierende hatte noch nicht

290 diese (...) konnte diese Feinheiten nicht übertragen, in der
291 Dolmetschung.

292 **I: Okay, okay und haben Sie immer in der ersten Person ge-**
293 **dolmetscht?**

294 P1: Nein, habe ich nicht. Ich habe manchmal auch in der
295 dritten Person gedolmetscht (...)

296 **I: Wieso?**

297 P1: Einerseits, wenn zum Beispiel am Anfang des Gesprächs
298 wollte ich (...) klar machen, um wen es geht, weil ich habe
299 mich andererseits selbst vor/ vorgestellt, davor hat aber
300 die Patientin gemeint das ist okay, wenn das Fenster geöff-
301 net wird und ihr war kalt und da wollte ich einfach klar-
302 stellen wer spricht wann, weil es am Anfang des Gesprächs
303 war. Dann bin ich schon in die erste Person gewechselt,
304 weil ich es wichtig finde und das auch üblich ist (...) aber
305 (...) bei dieser (.) Passage, in der ich die Frage beantwor-
306 tet habe, die ich nicht beantworten hätte dürfen, habe ich
307 dann auch wieder gewechselt und habe gesagt: *Die PATIENTIN*
308 *meint, sie hätte den Tod ihrer Mutter nicht zu hundert Pro-*
309 *zent miterlebt*, um auch wieder klarzustellen (.) wer für
310 wen wann spricht, weil ich eben zu sehr interveniert habe
311 und dann musste ich mich auch korrigieren als Dolmetsche-
312 rin, und daher habe ich dann gewechselt.

313 **I: Und haben Sie sich unwohl gefühlt, als Sie in der ersten**
314 **Person gedolmetscht haben?**

315 P1: Eigentlich nicht. Es waren zwar sehr (.) INTIME Themen.
316 Man könnte sagen, es ist seltsam zu sagen: *ICH habe Brust-*
317 *krebs*, wenn ich NICHT Brustkrebs habe, weil ich die Dolmet-
318 scherin bin, aber ich habe/ ich hatte mich davor denke ich
319 genug distanziert und es hat sich eigentlich nicht seltsam
320 angefühlt.

321 **I: Okay, perfekt hm was sind die wichtigsten Dolmetschts-**
322 **kompetenzen für das Setting?**

323 P1: (...) Ich würde sagen, wenn das unter dolmetschskompe-
324 tenzen fällt, die Vorbereitung. Aber nicht nur die termino-
325 logische Vorbereitung, sondern, finde ich, auch die MENTA-
326 LE, PSYCHISCHE Vorbereitung, weil man sich, meiner Meinung
327 nach, aktiv damit auseinandersetzen muss, wie sehr man
328 selbst von gewissen Themen vereinnahmt wird privat; und man
329 sich fragen muss, ob man diesen Auftrag annehmen kann, ob
330 man dem psychisch gewachsen ist, weil (.) einerseits, wenn
331 ich lauter solche Aufträge annehme, könnte es sein, dass
332 das nach der Zeit, bei mir als Dolmetscherin, zu einer psy-
333 chischen Belastung führt, wenn ich zum Beispiel nicht in
334 Supervision gehe oder auch wenn ich in Supervision gehe.
335 Und (.) und beim Dolmetschen selbst (...) die wichtigsten
336 Fähigkeiten (...) ja.

337 **I: Glauben Sie, dass professionelle Empathie, Kultursensi-**
338 **bilität und Zuhörkompetenzen wichtige Kompetenzen für DAS**
339 **onkologische Setting sind?**

340 P1: DEFINITIV. Ich glaube ohne diese Kompetenzen würde das
341 Setting nicht funktionieren, weil man einerseits sensibel
342 sein muss und wissen muss, dass der Tod in diesen Kulturen
343 und Sprachen vielleicht eben anders behaftet ist, anders
344 ausgedrückt wird. Und (...) die Empathie und die professio-
345 nelle Empathie, man braucht das auch, weil wenn ich als
346 Dolmetscherin nicht verstehe, wie schwierig die Situation
347 für die Patientin ist, kann ich, glaube ich, nicht richtig
348 dolmetschen, weil ich den Sinn nicht wirklich wiedergeben
349 werde. Und Zuhörerkompetenz DEFINITIV auch da geht es genau
350 um diese Feinheiten wie Redewendungen, wenn ich nicht genau
351 zuhöre, könnte mir ein Detail entgehen, das vielleicht ein
352 GANZ wichtiger inhaltlicher Punkt ist.

353 **I: Okay, danke. Positionierung: Hätten Sie sich in diesem**
354 **Setting anders positioniert?**

355 P1: Gute Frage (..) ich war auf der Seite der Patientin,
356 und da / ich bin auf dieser Seite gesessen, dadurch musste
357 ich mich natürlich immer ein bisschen zur Patientin drehen,
358 nach Links, um sie dann noch ansehen zu können, wenn ich
359 mit für sie gedolmetscht habe. Eventuell hätte ich viel-
360 leicht (..) einen Stuhl (..) an den Rand des Tisches ge-
361 stellt, sodass sich die Patientin und die Ärztin zwar nach
362 wie vor gegenüber sitzen, aber ich auf der Seite bin. So wä-
363 re vielleicht das Drehen jetzt von meinem Körper einfacher
364 gewesen. Wobei ich sagen muss, dass diese Positionierung
365 eigentlich auch GUT funktioniert hat.

366 **I: Mh mh und glauben Sie, dass der Fokus dieses Gespräches**
367 **auf der Patientin lag, also patientenorientierte Kommunika-**
368 **tion?**

369 P1: JA, das würde ich AUF JEDEN FALL sagen und ich habe
370 auch in meiner Vorbereitung gelesen, dass es im Idealfall
371 bei solchen Gesprächen so sein sollte, im medizinischen Be-
372 reich.

373 **I: Okay. Glauben Sie, dass die transkulturelle Kommunikati-**
374 **on, beziehungsweise Kompetenzen in diesem Setting wichtig**
375 **sind?**

376 P1: Ja, ich denke schon, weil (..) auch wenn Italien und
377 Österreich zum Beispiel Nachbarländer sind (..), gibt es
378 trotzdem große Unterschiede in den Kulturen (..) und aber
379 auch zwischen einzelnen Menschen und daher denke ich, dass
380 diese Kompetenz und ähm sehr wichtig ist, weil man dann vo-
381 rausdenken kann und sich schon im Vorhinein fragen kann:
382 Welche Probleme könnten auftreten in der Kommunikation? Wo-
383 rauf muss ich vorbereitet sein? Wo könnte es Schwierigkei-
384 ten geben in der Kommunikation, weil die Menschen aus un-
385 terschiedlichen Ländern und Kulturen kommen, unterschiedli-
386 che Sprachen verwenden.

387 **I: Ja, danke. Glauben Sie, dass Ihr professioneller Beitrag**
388 **die Qualität der Kommunikation verbessert hat? Und Inwie-**
389 **fern?**

390 P1: Ich würde sagen (...) um zurück zu verbinden zur Frage
391 nach Neutralität dadurch (.), dass ich meistens neutral
392 war, würde ich sagen dass, die Kommunikation gut ermöglicht
393 würde. Und verbessert ist ein schwieriges Wort: Ich habe
394 die Kommunikation ermöglicht, weil ohne mich wäre sie gar
395 nicht möglich gewesen. Das heißt verbessern würde ich nicht
396 sagen, aber ohne mich hätte das Gespräch nicht stattfinden
397 können. Daher denke ich JA, dass ich als Dolmetscherin ei-
398 nen ESSENTIELLEN Teil hatte.

399 **I: SUPER. Danke (.) und jetzt, was die Vorbereitung be-**
400 **trifft: Welche Texte und Website haben Sie WÄHREND der Vor-**
401 **bereitung besonders hilfreich empfunden?**

402 P1: Ich habe einerseits zwei MedizinstudentInnen gebeten,
403 mir Reader zuschicken, die sie verwendet haben in der medi-
404 zinischen Gesprächsführung (..) und da wurden mir Aus-
405 schnitte geschickt, die ich dann gelesen habe, wo es auch
406 um Fragen ging, die bei solchen Gesprächen von der Patien-
407 tin kommen könnten und eben auf wen das Gespräch fokussiert
408 sein wird, eben, dass die Patientin im Fokus stehen wird,
409 was für mich gut, weil darauf konnte ich mich dann schon
410 einstellen. Dann habe ich (.) fachspezifische Webseiten
411 verwendet zum Thema Brustkrebs, sowohl im Italienischen als
412 auch im Deutschen und (.) ich habe aber auch (..) quasi
413 Power Point Präsentationen von medizinischen Universitäten,
414 von Ärzten und Ärztinnen als (..) Anhaltspunkt verwendet.
415 Da habe ich zum Beispiel von der Medizinischen Universität
416 in Rom eine sehr gute Power Point Präsentationen gefunden,
417 wo es genau um dieses Thema ging (.) nämlich: Wie müssen
418 ÄrztInnen kommunizieren, damit die Menschen verstehen, dass
419 sie sterben werden?

420 **I: Okay, okay perfekt (..) und denken Sie, dass Sie etwas**
421 **für Ihren weiteren beruflichen Weg oder Ihre Entwicklung**
422 **gelernt haben?**

423 P1: JA, DEFINITIV. Einerseits denke ich mir habe ich ge-
424 lernt, mit Stress umzugehen (lacht), weil natürlich viel
425 Druck da war, weil ich noch nie in einem Setting und noch
426 nie in so einem REALEN SETTING war. Ich habe zwar schon ei-
427 nige wenige Aufträge gemacht, aber nicht im medizinischen
428 Bereich, deshalb denke das hat mich das gut vorbereitet,
429 weil ich jetzt mit einer ECHTEN ÄRZTIN gedolmetscht habe
430 und (..) ja, ich denke ja, und ich denke für mich persön-
431 lich war es gut, mir Gedanken zu machen, ob weil jetzt kann
432 ich vielleicht eher sagen, ob ich mir diesen Bereich vor-
433 stellen könnte, weil ich gemerkt habe, wie sehr es mich
434 doch beeinflussen kann oder beschäftigen kann, und jetzt
435 kann ich denke ich BESSER entscheiden, ob ich mich in der
436 Zukunft auch im medizinischen Bereich dolmetschen sehe oder
437 eher nicht.

438 **I: Hm und halten Sie es in diesem medizinischen Setting für**
439 **notwendig, dass ÄrztInnen und DolmetscherInnen zusammenar-**
440 **beiten?**

441 P1: JA, das halte ich für NOTWENDIG, weil es ja sehr emoti-
442 onal sein kann. Ich, als Dolmetscherin, natürlich das nicht
443 genau wiedergeben kann. Ich kann nur den SINN wiedergeben,
444 aber die Person ist trotzdem da und die Ärztin sieht die
445 Reaktionen und (..) ich denke, die Ärztin MUSS mir vertrauen
446 können, als Dolmetscherin, dass ich wirklich das wiederge-
447 ben, was die Patientin sagen möchte, und wenn dieses Ver-
448 trauen nicht da ist, dann wird die gesamte Kommunikation so
449 nicht funktionieren. Das heißt, diese ZUSAMMENARBEIT und
450 diese Vertrauensbasis, die gemeinsame muss vorhanden sein.

451 **I: Ja. Super. Hat diese Simulation in Sie etwas Besonderes**
452 **ausgelöst?**

453 P1: JA. Ich würde sagen (.) vielleicht Nachdenklichkeit,
454 vor allem weil die Ärztin sehr offen war und sehr gut über
455 das Thema der Palliativmedizin ähm gesprochen hat und das
456 war für mich persönlich sehr interessant, weil ich mich mit
457 diesem Bereich noch nie beschäftigt hatte oder sehr wenig
458 und (..) ich selbst einfach zu reflektieren begonnen habe
459 (lacht) und das war sehr interessant.

460 **I: Und glauben Sie, dass Sie NACH DIESEM Setting Supervisi-**
461 **on benötigt hätten? Und wieso?**

462 P1: Ich muss sagen, dass ich nach DIESEM Setting keine Su-
463 pervision benötigt hätte, dadurch, dass ich mich mit Ihnen
464 sehr viel ausgetauscht habe (lacht) NACH der Simulation und
465 ja, mit meiner Familie und Freunden, Freundinnen. Dadurch
466 ging das gut. Ich glaube, wenn eine Dolmetscherin, ein Dol-
467 metscher, ein nicht so starkes soziales Netz hat, indem
468 über diese Themen gesprochen werden kann, könnte es sehr
469 WICHTIG sein und vor allem, wenn man regelmäßig in diesem
470 Bereich arbeitet, würde, ich denken, dass auch ich eine Su-
471 pervision benötigen würde.

472 **I: Ja und glauben Sie, dass das Thema Tod im Bereich Commu-**
473 **nity Interpreting ähm oft vorkommen?**

474 P1: JA, das glaube ich schon. Einerseits im medizinischen
475 Bereich, aber auch vor Gericht, wenn es um Todesfälle geht,
476 bei Unfällen oder auch durch Fremdverschulden und (.) na-
477 türlich auch bei Ämtern oder wenn es darum geht, ein Be-
478 gräbnis zu planen, weil ein Familienmitglied verstorben
479 ist, und man lebt in einem Land, dessen Sprache man nicht
480 spricht.

481 **I: Ja, okay. Dann vielen Dank für Ihre Zeit. Wir sind fer-**
482 **tig.**

8. Transkript Interview P2 nach dem Dolmetscheinsatz

I: interviewende Person

P2: Zweite Probandin

1 I: Ähm ja, wir können jetzt anfangen. Was ist Ihre Sprach-
2 kombination im Masterstudium?

3 P2: Hallo. Meine Kombination von Sprachen ist Italienisch,
4 Deutsch, Russisch.

5 I: Und welchen Schwerpunkt haben Sie im Masterstudium ge-
6 wählt?

7 P2: Ich habe Dialogdolmetschen ausgewählt, mit allen 3
8 Sprachen.

9 I: Perfekt. In welchem Semester studieren Sie?

10 P2: Im sechsten Semester ja (lacht), das sollte der letzte
11 sein (lacht).

12 I: Und (...) haben Sie sich jemals vor dieser Simulation mit
13 dem Thema Tod an der Universität auseinandergesetzt?

14 P2: Ja, einmal im Kurs Dialogdolmetschen Italienisch-
15 Ungarisch, glaube ich, ja, haben wir das Thema Bestattungen
16 behandelt. Das heißt, ich habe mir ein bisschen in Thema
17 eingelesen, ins Thema eingelesen und ähm aber hauptsächlich
18 um alle Bestattungen Formen, das heißt nicht genau mit dem
19 Tod, aber mit etwas, das mit dem Tod zu tun hat.

20 I: Okay, sehr interessant. Danke. Haben Sie sich jemals
21 während eines Dolmetscheinsatzes außerhalb der Universität
22 mit dem Thema Tod beschäftigt?

23 P2: Ja, einmal bei der (Arbeitsort), also bei der Arbeit
24 ähm und es ging genau (.) um eine Situation, wo wir einen
25 Platz für eine Person, die schwer erkrankt ist, finden
26 mussten, und wir wussten nicht für wie lange, also wieviel
27 Zeit diese Person noch gelebt hätte. Und das war dann das

28 Problem in der Kommunikation, dass (..) ja, die Person
29 wollte einen Platz finden und der Berater wollte wissen für
30 wie lange.

31 **I: Okay (..) genau. Bei der (Arbeitsort) und in welchen**
32 **Sprachen?**

33 P2: Deutsch und Russisch, ja.

34 **I: Ja. Fanden Sie das Setting der anstehenden Simulation**
35 **anspruchsvoll, beziehungsweise komplex?**

36 P2: Von deiner Simulation?

37 **I: Ja, genau. Von meiner Simulation, in der Ordination von**
38 **der Onkologin.**

39 P2: Hm ich würde nicht sagen komplex oder also anspruchs-
40 voll ist jede Simulation oder jedes Gespräch, weil man muss
41 aufpassen, alles richtig merken, die richtige Worte finden.
42 Hm natürlich gab es Ausdrücke, die mir Schwierigkeiten be-
43 reitet haben. Ich wusste nicht richtig, wie soll ich das
44 jetzt dolmetschen? Das heißt: Kann ich Eins-zu-eins über-
45 nehmen oder muss ich eine andere Figur oder eine andere/
46 ein anderes Bild übermitteln, oder passt so? Darf ich über-
47 haupt das Wort sagen? Wie wird dann das Wort wahrgenommen
48 von der anderen Person? Das waren meine Gedanken, als dem
49 ich alles notiert habe, in der Simulation.

50 **I: Und ja, fanden Sie DAS Setting, also in der Ordination**
51 **von der Onkologin, realistisch?**

52 P2: JA. Also ich glaube ähm wenn man sich schon mit der
53 Krankheit ähm auseinandergesetzt hat, wie die Frau ((Name
54 der Patientin)), sie meinte, sie hat schon mehrere Behand-
55 lungen gemacht ähm man hat schon eine Idee von Schmerzen,
56 von was man will und was man nicht will, wie man müde ist.
57 Und die ähm Onkologin hat natürlich/ hat auch genauere Fra-
58 gen gestellt, die meiner Meinung nach auch ähm in ihrem
59 normalen, alltäglichen Arbeitsleben stellt. Das heißt: Per-
60 sönliche Fragen zu Freundeskreis oder persönliche Fragen zu

61 was ihre Arbeit, weil alle diese Fragen können Details lie-
62 fern, die für Sie als Ärztin wichtig sind.

63 **I: Und welchen Sprachstil haben Sie verwendet?**

64 P2: Ähm ins italienische, wahrscheinlich mehr (..) Formel
65 oder ähm mehr nachgedacht oder über/ ich habe mehr darüber
66 überlegt. Im Deutschen einfach, was ich sagen konnte. Na-
67 türlich habe ich nicht wie mit einem Freund geredet, aber
68 ähm ich habe nicht unbedingt (...) Ausdrücke oder Wörter
69 verwendet, die EXTREM formell sind oder die (..) schwierig
70 sind oder irgendeine schöne Formulierung habe ich nicht
71 verwendet. Also ich habe versucht, genau wiederzugeben, wie
72 die Person sich ausgedrückt hat. Und ich glaube auch Frau
73 ((Name der Patientin)) hat sich eh ganz normal ausgedrückt,
74 weil sie eh nicht ähm Expertin ist, sie ist eine Frau, die
75 an dieser Krankheit leidet und deswegen sie hat sich glaub
76 ich nur ganz normal ausgedrückt und so habe ich auch das
77 wiedergegeben, glaube ich.

78 **I: DANKE. Gab es komplexe Termini, oder Redewendungen, rhe-**
79 **torische Stilmittel zu dolmetschen?**

80 P2: JA NATÜRLICH, weil (..) es ist natürlich von der Person
81 abhängig, aber jeder spricht über den Tod anders. Die Frau
82 ((Name der Patientin)) hat ähm VIELE Ausdrücke verwendet
83 (lacht), die wahrscheinlich ich im Leben nie verwendet habe
84 zu diesem Thema. Ich habe mich nie so ausgedrückt, aber das
85 ist MEINE Erfahrung, wie zum Beispiel *serial killer* (lacht)
86 oder *ladro di vite* oder was gab es (..) oder (..)

87 **I: Was meinte die Patientin mit *serial killer* zum Beispiel?**

88 P2: Ich glaube, sie meinte, dass die Krankheit ähm für VIE-
89 LE Personen ein riesiges Problem ist, und VIELE Menschen
90 auch keinen (..) Erfolg haben mit den Behandlungen und des-
91 wegen kommt man einfach zum TOD und es gibt keine Ausgang
92 oder ja (..) und zum Beispiel gabs auch (..) warte Mal (..)
93 ja, hm nein. Okay. Diese drei waren für mich wahrscheinlich

94 (...) ja, *limbo* wahrscheinlich ist, ein Wort, das man eh
95 verwendet, weil man ist EH in einer Situation, von nicht
96 klar ist, wo du bist, ja (.) wie weit du mit der Krankheit
97 schon gelebt hast. Diese 3 wahrscheinlich, die am meisten
98 mehr Schwierigkeiten bereiten haben. Ja, ACH JA: *intruso*
99 gab es auch. Ich wollte nicht als *eindringlich* oder sowas
100 dolmetschen, weil ich dachte: Okay, es ist wahrscheinlich
101 nicht klar was ich meine oder wahrscheinlich doch, und ich
102 hab dann gesagt *Krankheit*, das heißt ich hab eh der Ärztin
103 das gesagt, was sie auch meinte, also eine Krankheit.

104 **I: Also sind Sie direkt zum Punkt gekommen?**

105 P2: JA, genau. Ich habe bemerkt zwei Mal habe ich der Ärz-
106 tin direkt *Krankheit* gesagt, als die Patienten ein anderes
107 Wort verwendet hat; und ich habe dann Krankheit im Zusam-
108 menhang MIT einer Art von ABBILDUNG beschrieben. Also nicht
109 allein krank, sondern Krankheit, die viele Leben mitnimmt,
110 also ja (...) weil ich wollte, ich wollte nicht den Ausdruck
111 weglassen, weil ich glaube, wenn man sich so ausdrückt ist
112 warum oder darum, weil man die, die Krankheit SO WAHRNIMMT,
113 als so als ein *serial killer* oder *intruso*. Und wenn man
114 diese hm Meinung oder diese hm Sichtung nicht übermittelt,
115 dann wahrscheinlich ist auch für die ÄrztInnen schwieriger
116 zu verstehen: Okay, wie nimmt diese Person die Krankheit
117 wahr? Aber ich wollte auch nur sagen: *Serial killer*, weil
118 es klang mir zu (lacht) nicht formell oder nicht passen und
119 deswegen habe ich etwas hinzugefügt.

120 **I: Okay. Vielen Dank. Sind Ihnen bei dem Thema Tod in die-**
121 **ser Simulation irgendwelche Besonderheiten, beziehungsweise**
122 **Termini zwischen Italienisch und Deutsch aufgefallen?**

123 P2: Besonderheiten? Was heißt das?

124 **I: Also etwas Besonderes, etwas (...) also entweder im Ita-**
125 **lienischen oder im Deutschen. Das heißt Ausdrücke, Termini**
126 **zum Beispiel.**

127 P2: Hm ich glaube, natürlich hatte die Patientin ((Name der
128 Patientin)) mehr Ausdrücke verwendet, weil sie eben die Pa-
129 tientin ist, die ihre Situation beschreiben (lacht) be-
130 schrieben hat. Und die Ärztin hat es versucht, immer zusam-
131 menzufassen oder noch (.) eine Möglichkeit anzubieten und
132 sie hat natürlich nicht von der Krankheit selbst gespro-
133 chen, sondern von der Behandlung wahrscheinlich oder wie
134 man weiter geht. Aber ich glaube, es ist auch in ihrer Rol-
135 le als ÄRZTIN das auch zu machen. Aber ich glaube ähm es
136 ist mir nicht aufgefallen, dass wahrscheinlich im Italieni-
137 schen oder im Deutschen MEHR ausdrücken über den Tod gibt.
138 Ich glaube, es gibt genauso viele, aber wahrscheinlich ein
139 bisschen anders oder mit anderen Wörtern, aber von der Ärz-
140 tin habe ich jetzt nicht so viele mitbekommen, wahrschein-
141 lich.

142 I: Ja. Okay, danke (..) ja Sie haben die Frage praktisch
143 schon beantwortet. Haben Sie sprachliche, beziehungsweise
144 terminologische Ähnlichkeiten oder Redewendungen und so
145 weiter zwischen Italienisch und Deutsch beobachtet?

146 P2: Hm ich habe sie wahrscheinlich so gedolmetscht, obwohl
147 es vielleicht nicht so richtig war (lacht), aber zum Bei-
148 spiel das *addormentarsi* einschlafen. Es wurde auch von der
149 Ärztin auch verwendet, glaube ich. Oder *einen Leiden tra-*
150 *gen*, wie wir auch sagen also *fardello* oder *peso*, also *sop-*
151 *portare*. Also es gibt schon die gleiche/ das gleiche BILD
152 von etwas Schweres von etwas ähm das zu tragen ist (.) oder
153 dass man einschläft und damit die Welt verlässt sozusagen.
154 Oder (...)

155 I: Vielen Dank. *Fardello* war sehr interessant.

156 P2: Ja und ich wollte auch sagen/ wahrscheinlich hatte die
157 Frau ((Name der Patientin)), also die Patientin mehr SYNO-
158 NYME für Krankheit verwendet und die Ärztin nur entweder

159 KREBS oder KRANKHEIT, also nicht andere UMBENENNUNGEN oder
160 oder ja Synonyme, Formulierungen, ja.

161 **I: DANKE. Konnten Sie in diesem Setting Tabuthemen beobach-**
162 **ten? Und wann, wieso? Haben Sie Beispiele?**

163 P2: Für mich?

164 **I: Ja.**

165 P2: (..) Sicherlich hm als die Patientin gesagt hat ähm:
166 *Ich will jetzt nicht mehr weiterkämpfen und ich will ein-*
167 *fach nur..* und dann hat sie sich nicht mehr ausgedrückt.
168 Sie hat gesagt zum Beispiel *warten* oder *bis..* und dann hat
169 sie den Satz nicht zu Ende gebracht, weil es klar war, dass
170 sie NICHT sagen wollte: *bis ich sterbe* und ich habe ver-
171 sucht, genauso wiederzugeben, aber es war nicht möglich,
172 weil ich konnte mich einfach nicht (lacht) also ich konnte
173 nicht aufhören zu sprechen. Deswegen habe ich hinzugefügt:
174 *bis ich noch Zeit habe* oder ich habe noch was dazu gesagt,
175 weil es klang ein bisschen komisch, einfach so aufhören zu
176 sprechen. Das ist wahrscheinlich was normalerweise, was man
177 normalerweise macht, man sagt nicht genau *bis ich sterben*
178 oder *bis ich Zeit habe* oder man spricht wahrscheinlich
179 nicht von einem Ende von einem/ aber das ist eh meine Mei-
180 nung und ähm warte, lass mich denken (...) oder hm JA, sie
181 hat auch gesagt: *Werde ich bald sterben? Wieviel Zeit habe*
182 *ich noch?* (..) ich weiß nicht mehr, wie viel jetzt ich /
183 ähm also ich glaube, ich habe sowas gesagt: *Wie lange ist*
184 *meine Chance, noch am Leben zu erhalten*, oder sowas also
185 wieder umformuliert, weil es war meiner Meinung nach zu di-
186 rekt, sowas zu sagen, also: *Werde ich bald sterben* oder so
187 (..) und das war eben MEIN persönlicher Einfluss auf das Ge-
188 spräch. Genau, ja, ich habe das nicht einfach übernommen,
189 weil für mich war zu DIREKT, genauso wie bei dem Tier, als
190 sie gesagt hat: *Wie meine Katze..* diese MEINE Katze konnte
191 ich nicht rüberbringen, also für mich war zu viel zu sagen,

192 und deswegen habe ich verallgemeinert also nur: *Mit Tieren*,
193 weil es auch für nichts entweder zu BANAL geklungen oder
194 zu/ also banal im Sinne von: Ich vergleiche mein Leben als
195 MENSCH mit einem Leben von einem Tier, und es war für mich
196 irgendwie komisch und deswegen habe ich nur verallgemei-
197 nert. Ähm (.) Ja.

198 **I: Ja, danke. Perfekt. Danke. Konnten Sie in diesem Setting**
199 **sensiblen Themen beobachten?**

200 P2: Also natürlich den TOD aber auch Schmerzen, das Allein
201 sein

202 ähm sich nicht unterstützt fühlen hm oder das Gefühl, dass
203 man keine HOFFNUNG mehr hat oder dass man keine MITTEL mehr
204 hat, weiterzuleben. Und es ist egal, mit oder ohne Dolmet-
205 schung, eine Situation, die allen Leid tut, wenn man sowas
206 hört. Aber ähm ICH, als Dolmetscherin, habe ich trotzdem
207 nicht so hm geleidet (lacht) ich weiß nicht, wie ich das
208 sagen soll. Das war für mich trotzdem angenehm, weil ich
209 habe gesehen, dass die Ärztin trotzdem das Gespräch RUHIG
210 weitergeleitet also weitergeführt hat. Es gab keinen Mo-
211 ment, wo ich mir gedacht habe: Okay, es gibt jetzt nichts
212 mehr zu sagen, es gibt nichts mehr zu tun und was ich jetzt
213 sagen wird einfach hm nur Entsetzung oder hm noch mehr Leid
214 antun, und das ist auch was, wenn man wirklich so eine
215 Nachricht übermitteln muss, wo man weiß schon: Okay die Re-
216 aktion wird einfach nur das Schlimmste sein, ABER es war
217 nicht so, weil es war trotzdem noch eine Möglichkeit,
218 trotzdem noch eine Botschaft, die ein bisschen mehr HOFF-
219 NUNG oder ja, ein bisschen mehr gemacht hat.

220 **I: Ja, ich glaube, Hoffnung ist das richtige Wort. Okay**
221 **(..) Also finden Sie, dass die, während dieser Simulation,**
222 **verwendeten Metaphern, also von der Patientin und von der**
223 **Onkologin, die Qualität der Kommunikation verbessert haben?**

224 P2: (...) Also das heißt, wenn sie die Metaphern nicht ver-
 225 wendet hätten, wäre es schlechter gewesen?

226 I: **Hm ja hm man kann das auch so verstehen (.) zum Beispiel**
 227 **SIE haben von dem Käfig gesprochen. Hat das die Qualität**
 228 **verbessert? Konnte man das besser verstehen?**

229 P2: Ich glaube alle die Metaphern und alle die BESCHREIBUN-
 230 GEN, die die Patientin über den TOD oder über die Krankheit
 231 hm gesagt haben SICHERLICH für die Ärztin eine wichtige
 232 Rolle gespielt, weil sie konnten, weil sie dann/ die WAHR-
 233 NEHMUNG, die IDEE (...) was für ein Wort kann ich noch ver-
 234 wenden hm die DARSTELLUNG von der Patientin über die Krank-
 235 heit hat. Und weil/ ich glaube, jeder hat seinen eigenen
 236 Ansatz oder seine eigene IDEE von der Krankheit oder wie
 237 man in welchen Umgang man zu der Krankheit steht und genau
 238 die Wörter, die man verwendet, beschreiben genau, wie man
 239 damit umgeht, was man (.) dazu denkt oder wie man das lebt.
 240 Also sicherlich, obwohl sie wahrscheinlich anders im Deut-
 241 schen sind, oder ob ich wahrscheinlich nicht genau das Wort
 242 Eins-zu-eins übernommen habe. Ich habe immer versucht,
 243 trotzdem eine GLEICHE IDEE wiederzugeben.

244 I: **Hat das die Kommunikation unterstützt? Also die Meta-**
 245 **phern?**

246 P2: Also JA, also die Ärztin nachgefragt, was genau damit
 247 gemeint wurde. Aber ich glaube, wenn sie das nicht verwen-
 248 det hätte, also zum Beispiel, wenn sie *Käfig* nicht verwen-
 249 det hätte, oder wenn sie *serial killer* nicht verwendet hät-
 250 te, die Kommunikation wäre trotzdem gut gewesen, aber wahr-
 251 scheinlich DAS VERSTÄNDNIS der Ärztin, ähm darüber wie die
 252 Patienten sich fühlt, wäre schlecht (.) also nicht die Kom-
 253 munikation SELBST, sondern wahrscheinlich wirklich, was man
 254 VERSTEHT, von der anderen Person.

255 I: **Danke. Das ist sehr interessant. Danke. Haben Emotionen**
 256 **in diesem Setting eine Rolle gespielt?**

257 P2: SICHER. Also, die Patientin hat also die Frau ((Name
258 der Patientin)) hat versucht, immer wieder ähm ihr ähm (..)
259 come si dice sofferenza (lacht)?⁴⁸

260 **I: Meinen Sie Leiden? Gefühle?**

261 P2: JA. Ihr Leiden ähm so gut wie möglich auszudrücken,
262 weil (..) ich kann mir vorstellen, wenn man schon länger mit
263 der Krankheit kämpft, man hat keine Lust mehr, das zu ver-
264 bergen, man will das einfach nur rauslassen. Deswegen ist
265 immer wieder geseufzt, oder sie war sehr körperlich, hat
266 sich in einer Weise bewegt, dass man eben diese (..) ja in
267 diesem Sch/ PESO, SCHWÄRE gezeigt und (..) ja, also ja.

268 **I: Okay. Perfekt. Und hat die nonverbale Kommunikation in
269 diesem onkologischen Setting eine Rolle gespielt?**

270 P2: Ich glaube ja. Also sowohl wegen/ also sowohl was die
271 Ärzte betrifft, weil sie hat immer (..) gezeigt, dass Sie
272 Interesse hat, sie hat immer die Patientin in die Augen ge-
273 schaut oder ich habe so das Gefühl gehabt, dass sich wirk-
274 lich zu der Person wendet, obwohl sie die dritte Person im-
275 mer verwendet hat (lacht) ähm was mich genervt hat. Und
276 warte, warte, warte ich will noch was sagen, es muss mir
277 nur einfallen (..) und die Frau ((Name der Patientin)) hat
278 immer auch Ausdrücke gehabt im Gesicht, als sie zum Bei-
279 spiel hat sie gehört: *Chemo* und sie war schon besorgt und
280 dann war sie ach erleichtert, also auch, wie sie das ge-
281 spielt hat. Ich glaube könnte auch so sein, wenn man das
282 Wort *Chemo* hört, man sagt: Oh ***⁴⁹ nein und (..) ja.

283 **I: Okay. Danke. Haben Sie auf die nonverbale Kommunikation,
284 Mimik, Körpersprache, Blickkontakt geachtet?**

285 P2: Ich habe versucht, auch die MITZUSPIELEN. Also wenn die
286 ((Name der Patientin)) Pausen gemacht hat, ich habe trotz-
287 dem versucht/ obwohl (..) ich habe immer wieder zusammenge-

⁴⁸ „Wie sagt man *sofferenza* auf Deutsch?“ (Übers. E.R.).

⁴⁹ Schimpfwort.

288 fasst, weil wahrscheinlich hat sie 40 Sekunden geredet und
289 meine Dolmetschung war eh 20 wahrscheinlich, aber ich habe
290 versucht, alle Elemente mitzunehmen und auch Pausen zu ma-
291 chen, wo sie Pausen gemacht hat, weil ich glaube, dass lie-
292 fert die (.) den Ausdruck besser oder wie die Meinung bes-
293 ser. Das heißt ja, ich habe wahrscheinlich auch geseufzt,
294 ich habe auch Pause gemacht hm
295 Blickkontakt habe ich immer mit beide Gesprächspartner ge-
296 habt, obwohl ich habe gesehen, dass beide noch viel zu mir
297 aufgeschaut haben und nicht zu der anderen Person ähm (..)
298 **I: Und finden Sie das wichtig für DAS Setting, also für**
299 **diese Simulation, also die nonverbale Kommunikation, Mimik**
300 **und so weiter?**
301 P2: JA. Also, ich glaube, wenn ich einfach so gedolmetscht
302 hätte, OHNE NACHZUMACHEN, es wäre viel fader gewesen, es
303 wäre einfach NICHT realistisch gewesen, weil/ also natür-
304 lich hat die Ärztin schon die STIMME von der anderen Person
305 gehört und sie hat gesehen, wie sie sich geäußert hat, ja.
306 Wahrscheinlich, wenn ich einfach nur gesagt hätte: lalala-
307 la, es wäre auch genug gewesen. Aber wenn man das trotzdem
308 mit seiner Sprache hört, wie es GENAU war, macht einen an-
309 deren Eindruck, glaube ich.
310 **I: Perfekt. Danke. Gab es Momente, wo sie Sie gestresst**
311 **oder überfordert? Bei DIESER Simulation?**
312 P2: hm also hm lass mich kurz denken.
313 **I: Sie haben Zeit (lacht).**
314 P2: (Lacht) (..) ich war wahrscheinlich überfordert, als
315 ich die richtige WÖRTER finden musste, um GENAU wiederzuge-
316 ben, was auf Italienisch gesagt wurde. Das heißt alle diese
317 Ausdrücke, die ich im Italienischen sehe, da ich keine
318 deutsche Muttersprachlerin bin, ich weiß nicht, ob sie GE-
319 NAUSO verstanden werden. Deswegen musste ich kurz nachden-
320 ken: Wenn ich das jetzt Eins-zu-eins dolmetsche, wird ge-

321 nauso den GLEICHEN EFFEKT entwickeln oder verursachen oder
322 wird das anders verstanden? Das war für mich (...) also ja,
323 das hat mich ein bisschen ähm unberuhigt, ja. Weil ich war:
324 Okay, soll ich jetzt sagen ähm keine Ahnung *mia mamma è*
325 *scoparsa* also *sie ist einfach verschwunden*, aber dann
326 klingt es von heute auf morgen weg wäre ODER muss ich sa-
327 gen: *Sie ist nicht mehr da* und da muss ich überlegen, was
328 ist damit GEMEINT und WAS, WIE kann ich der anderen Person
329 das gleiche, DIE GLEICHE IDEE wiedergeben oder übermitteln?
330 Ja. Und auch mit allen diesen Symptome (lacht) Ich war:
331 Okay WOW. Diese Symptomen der Medizin (lacht). Okay ich
332 muss sie jetzt genau weitergeben (...) ja aber das hängt
333 auch davon ab, dass ich wahrscheinlich nicht so oft im Be-
334 reich Medizin gedolmetscht habe und deswegen sind sie nicht
335 PARAT, also alle die Symptome oder Nebenwirkungen oder was
336 auch immer.

337 **I: Okay (...) Okay also das heißt, es gab schon ein paar Mo-**
338 **mente, wo sie gestresst waren.**

339 P2: JA.

340 **I: Und konnten Sie sich trotzdem gut abgrenzen und distan-**
341 **zieren, obwohl/ also trotz des Stresses?**

342 P2: Ja ähm genau, ja. Ich glaube, weil hm DIE ÄRZTIN immer
343 Feedback gegeben hat und dass sie hat immer gezeigt, dass
344 sie INTERESSE hatte, dass sie Mitleid hatte, dass sie Ver-
345 ständnis hatte und ich musste nur/ ich musste nichts zei-
346 gen, sondern einfach nur ihre Meinung weiterleiten und des-
347 wegen war es klar, dass das nicht meine Meinung ist, weil
348 die Ärztin als Person sehr PRÄSENT ist. Und ich glaube/ al-
349 so, aus meiner Erfahrung, würde ich mir mehr involviert
350 oder mehr nah an der Person, wenn ähm der andere Gesprächs-
351 partner nicht so ist. Dann fühle ich mich fast gezwungen,
352 MEHR NÄHER zu sein, weil dann die Person ERWARTET, dass von
353 irgendjemandem im Gespräch. Und wenn die Ärztin SO ist,

354 dass alles zeigt, alles sagt hm die Patientin gut fühlen
355 macht oder lässt, dann ist meine Rolle ein bisschen ent-
356 spannter. Also ich muss dann dieses zusätzliche ähm Thema,
357 die zusätzlichen Emotionen nicht übertragen, weil sie sind
358 schon von der Ärztin ausgedrückt worden. Sie müssen nicht
359 von mir zusätzlich kommen, und deswegen habe ich mich sehr
360 gut gefühlt in dieser Rolle, weil (.) ich gesehen habe,
361 dass beide Seiten GUT in Kommunikation sind und ich musste
362 NICHTS dazu sagen oder nichts dazu tun.

363 **I: Okay, okay. Guter Punkt. Danke. Moment (..) genau. Ja,**
364 **haben**

365 **Sie immer eine neutrale Haltung bewahrt?**

366 P2: (..) Ich glaube schon (lacht) soll ich jetzt nicht sa-
367 gen: Ja, okay war perfekt (lacht) Aber ich war (..) keine
368 Ahnung hm *invisible*. Aber ich glaube, ich war neutral. Was
369 meint man unter neutral?

370 **I: Sie waren (.) sozusagen nur in der Rolle der Dolmetsche-**
371 **rin.**

372 P2: Ja, ich glaube schon, dass ich neutral war. Ich habe,
373 wie gesat, glaube, dass ich die nonverbale Mimik und Gestik
374 MITGENOMMEN in der Dolmetschung, es war nie NICHT emotions-
375 los warte(hustet) (trinkt).

376 **I: Kein Problem. Alles gut.**

377 P2: (6 Sek) Ja, und ich glaube, ich habe wirklich nichts
378 hinzugefügt, was nicht gesagt wurde. Aber wahrscheinlich
379 ausgelassen ja, weil ich immer ein bisschen zusammengefasst
380 habe. Und wahrscheinlich nicht dreimal gesagt habe: *Ich ha-*
381 *be keine Lust, Ich habe keine Lust* sondern 2 und es hat eh
382 gereicht, aber ich glaube, ich war mehr oder weniger neut-
383 ral, ja. Ich habe nichts mehr gemacht als ich als Dolmet-
384 scherin wahrscheinlich machen sollte.

385 **I: Perfekt. Haben Sie BEWUSST Dolmetschstrategien ange-**
386 **wandt?**

387 P2: Ja also die Umformulierungen?

388 I: Ja, also, die Strategien, die SIE persönlich in DIESEM
389 Setting als DOLMETSCHERIN verwendet haben? BEWUSST. Also
390 unbewusst, ja. Passiert viel, Vieles. Aber vielleicht gibt
391 es eine Strategie, die Sie verwendet haben, in dieser Dol-
392 metschung.

393 P2: Ähm (lacht) Ich weiß nicht welche Strategien sind
394 (lacht)

395 I: Für Sie persönlich (..) zum Beispiel Pausen ähm ver-
396 schiede Dolmetschsmodi (..)

397 P2: Ach JA ähm sicherlich habe immer wieder PAUSEN verwen-
398 det, wo sie verwendet wurden. (..) Ich habe immer wieder in
399 die erste Person gedolmetscht, obwohl eben die Ärztin ei-
400 gentlich immer gesagt hat: *Sagen Sie IHR* und da habe ich
401 trotzdem alles in die erste Person wieder gedolmetscht,
402 weil es war für mich schöner und angenehmer für die Patien-
403 tin, wenn man sich angesprochen fühlt, und nicht ähm: *Die*
404 *ärztin hat gefragt*. Und also Pausen ja, also wie gesagt,
405 wie ich schon erwähnt habe, genauso wie die Patienten, die
406 gemacht oder, ich hoffe, wie sie gesagt wurden, weil hatten
407 eh ihre Bedeutung, die Pausen. Und ich glaube, ich habe
408 meine Stimme war LEISE, also es war NICHT hektisch, aber/
409 weil auch die Ärztin ganz langsam gesprochen hat und deswe-
410 gen konnte ich auch diese Stimme auch übernehmen und wei-
411 terverwenden. Ich spreche normalerweise ganz schnell und
412 deswegen/ da das Setting ganz ruhig war, konnte ich auch
413 trotzdem meine Stimme ruhig, ja, halten. Umformulierungen
414 auch, ja von diesen Ausdrücken oder (..) ABBILDUNGEN ja,
415 Metaphern, die eben wahrscheinlich Eins-zu-eins zu direkt
416 werden oder zu/ missverstanden werden hätten können
417 (lacht).

418 I: (Lacht) Ich verstehe das. Danke (..) also das haben Sie
419 gesagt, sie haben in der ersten Person gedolmetscht. Okay.

420 **Und haben Sie sich an einigen Stellen unwohl gefühlt, als**
421 **Sie in der ersten Person gedolmetscht haben?**

422 P2: Ähm nein (...) nein, Moment. Einmal ja, also ich sage
423 musste: *Wie meine Katze*. Das war für mich irgendwie eine
424 Information, die zu/ die unpassend war (lacht) irgendwie
425 und das konnte ich nicht, es tut mir leid, aber ich konnte
426 es nicht sagen (...) also ich habe es also umformuliert,
427 aber als ich alle Schmerzen beschrieben habe oder das Lei-
428 den von der Patientin beschrieben habe, ich habe mich nicht
429 unwohl gefühlt, weil ich wusste, dass diese Information
430 WICHTIG sind und dass die Ärztin WARTET auf diese Informa-
431 tion. Ich kann sie nicht verbergen. Und ähm obwohl sie
432 wahrscheinlich nicht die (.) leichtesten Informationen wa-
433 ren, trotzdem hatten ihre Rolle und MUSSTEN auch gedol-
434 metscht werden. Und die Person hat auf SIE GEWARTET. Das
435 war nichts Neues oder nichts, dass ich sagte: Okay, wenn
436 ich das jetzt sage dann wird eine Auswirkung auf die Person
437 sein, geben, die mir zuhört, sondern das ist genau, was SIE
438 HÖREN MÖCHTE, dass die Patientin SICH ÖFFNET, SICH ERZÄHLT
439 und GENAU beschreibt, wie es ihr geht. Das heißt es muss/
440 es sind Sachen, die für diese Person auch, also auch für
441 die Ärztin auch ÜBLICH sind, und es ist keine Neuheit, kein
442 (...) ja.

443 **I: Als Sie Aber als sie zum Beispiel gesagt haben: ICH habe**
444 **Krebs oder ICH leide und ICH wurde, also, MIR wurde das di-**
445 **agnostiziert, das war auch NICHT unangenehm für Sie, also**
446 **in der ersten Person zu dolmetschen?**

447 P2: (...) Ähm nein, weil ähm ich war DA, um die STIMME der
448 Person, also der Patientin fort/ darzustellen oder zu zu
449 verkörperlichen, dolmetschen ja.

450 **I: Okay. Danke sehr. Was sind die wichtigsten Dolmetschts-**
451 **kompetenzen für das Setting?**

452 P2: (6 Sekunden) hier sieht man, dass jemand nicht genug
453 Theorie gelernt hat (lacht).

454 **I: Also für SIE in so einem Setting. Was ist für Sie wich-**
455 **tig? Was muss eine Dolmetscherin können?**

456 P2: Die Sprache. Das heißt die Dolmetscherin muss sich aus-
457 kennen, wie das Thema Tod in beiden Sprachen verwendet
458 wird, oder besprochen wird, weil eben je nach Kultur gibt
459 es unterschiedliche ähm IDEEN, unterschiedliche GEWOHNHEI-
460 TEN und man sollte sich schon einlesen. Man sollte das The-
461 ma kennen, das heißt Vorbereitung UNBEDINGT. Und das hat,
462 glaube ich, auch mit KULTURSENSIBILITÄT zu tun, das heißt,
463 man sollte schon verstehen, was in einer Sprache, in eine
464 Kultur sagen DARF, was man nicht sagen darf oder was nicht
465 gut ankommt. Man muss auch hm, glaube ich, die Emotionen,
466 die Gefühle wiedergeben können, weil das ein Setting von
467 GEFÜHLEN sehr geprägt ist und von PERSÖNLICHER ERFAHRUNGEN.
468 Das heißt man kann nicht ähm KALT bleiben, man sollte schon
469 (...) also wirklich eine Rolle spielen, das hat beide FACET-
470 TEN: Das heißt einmal sehr FACHLICH und ärztlich, aber an-
471 dererseits man muss auch alle GEFÜHLE, Erfahrungen, ja,
472 Menschen mitnehmen. Das heißt nicht nur/ also ich habe
473 jetzt diese Idee im Kopf: Einfach DeepL nehmen und die das
474 Gespräch übersetzen zu lassen, würde das gleich/ also das
475 Ergebnis NICHT geben. Ansonsten (...) ja, wahrscheinlich
476 eben also man muss sich ähm an das Setting anpassen, das
477 heißt ruhig bleiben (...) wie sagt man (...) DEUTLICH spre-
478 chen und ähm ja.

479 **I: Gut (.) und glauben Sie, dass professionelle Empathie,**
480 **Kultursensibilität, Zuhörkompetenzen wichtige Kompetenzen**
481 **für das Setting, das onkologische Setting sind?**

482 P2: AUF JEDEN FALL. Ich glaube, Empathie muss man haben,
483 obwohl wenn die Ärztin empathisch ist, ist meine Rolle als
484 Dolmetscherin erleichtert, weil es ist schon von jemandem

485 anderen Empathie dabei, ja. Wenn die Ärztin sehr kalt gewe-
486 sen wären, dann hätte ich MEHR EMPATHIE in IHREN Wörtern
487 wahrscheinlich hinzufügen, weil es wäre sich zu kalt ange-
488 fühlt, auch für die Patientin, die man so eine kältere
489 (lacht) Diagnose oder keine Ahnung, Beratung bekommt. Das
490 wäre wahrscheinlich nicht passend gewesen, meiner Meinung
491 nach. Aber da die Ärztin sehr WILLKOMMEN, sehr freundlich,
492 sehr MENSCHLICH war, die Empathie war schon dabei und ich
493 musste sie nur mit mitbringen und mitgeben. Aber wenn ich
494 dann NICHT empathisch bin, spüre ich wahrscheinlich das
495 NICHT und ich kann sie NICHT dolmetschen.

496 **I: Danke. Wir haben das bald geschafft. Positionierung:**
497 **Hätten Sie sich in diesem Setting anders positioniert? Und**
498 **wenn Ja, wie?**

499 P2: Hm (..) ich war dieses Mal auf der Seite der Patientin.
500 Ich glaube (.) oft ist man im medizinischen Setting an der
501 Seite der Patientin, sitzt man da, weil man mit der Patien-
502 tin oder dem Patienten hinfährt oder hinkommt. Aber wenn
503 (.) wahrscheinlich (..) ICH woanders eine andere Klasse ge-
504 wesen wäre, wo ich mir einen Platz ausgesucht hätte, dann
505 hätte ich mich in der Mitte gesetzt, das heißt am Rand des
506 Tisches. Also so zwischen den beiden NICHT neben ihr. Ob-
507 wohl wahrscheinlich, wenn NEBEN der Patientin sitzt, ist
508 schon eine physische Unterstützung, weil man wirklich NAH
509 ist und wenn man schon am Rand, oder wie sagt man das (.)
510 an der Seite sitzt, wahrscheinlich hätte hm wahrscheinlich
511 hätte sie das anders wahrgenommen. Das ich weiß es nicht.

512 **I: Okay. Ja (..) Glauben Sie, dass der Fokus dieses Gesprä-**
513 **ches auf der Patientin lag, also eine patientenorientierte**
514 **Kommunikation?**

515 P2: AUF JEDEN FALL, ja. Deswegen habe ich gesagt da die
516 Ärztin so verständnisvoll war. Es war alles so, wie es sein
517 sollte. Aber wenn eine ein Arzt nicht SO verständnisvoll

518 ist, ist dann ist schwieriger, dass man ja also, da sie
519 auch eine wichtige Rolle gespielt, wie sie sich/ wie sie
520 KOMMUNIZIERT hat.

521 **I: (...) Ja. Glauben Sie, dass die transkulturelle Kommuni-**
522 **kation, beziehungsweise Kompetenzen in diesem Setting wich-**
523 **tig sind? Und wieso sind sie wichtig? Falls sie wichtig**
524 **sind, für Sie?**

525 P2: JA, auf jeden Fall, weil hm das Thema so empfindlich
526 ist, kann man sagen so (...) HEIKEL ist. Es ist JEDES Wort
527 wichtig oder jeder ähm AUSDRUCK hat seine ähm EINFLUSS auf
528 die Kommunikation, die das Verständnis und man muss (...) in
529 diesem Sinne kompetent sein muss. Man verstehen, WIE man
530 das sagt. Ja.

531 **I: In beiden Sprachen?**

532 P2: JA, in beiden Sprachen, weil auch, was dann (.) auf
533 Italienisch gesagt hat, musste nicht so HART sein, oder...
534 also man spielt schon, was man sagen KANN und was man NICHT
535 sagen kann.

536 **I: Okay. Danke. Perfekt. Ja (.) glauben Sie, dass Ihr pro-**
537 **fessioneller Beitrag die QUALITÄT der Kommunikation verbes-**
538 **sert hat?**

539 P2: Also bis aufs der/ also bis bis auf den letzten Satz ja
540 (lacht), weil da hab ich ein ganz wichtiges Element ausge-
541 lassen (lacht) aber ansonsten ich glaube, ich habe ver-
542 sucht, so gut wie möglich wirklich alles wiederzugeben,
543 verständlich zu machen und eine klare Vorstellung wiederzu-
544 geben. Ich hoffe es, ich habe es versucht, man kann es im-
545 mer besser machen aber (.) schon, ich hoffe es schon
546 (lacht).

547 **I: (Lacht) Ja, sicherlich. Ja, welche Texte und Website ha-**
548 **ben Sie WÄHREND der Vorbereitung besonders hilfreich emp-**
549 **funden?**

550 P2: Ich habe mir einige Webseite angeschaut, wo es um Thema
551 TOD ging, aber wie man Tod KOMMUNIZIERT. Und wie werden Pa-
552 tientinnen der Palliativmedizin behandelt, was kann man
553 Ihnen sagen, um sie zu unterstützen (..) und welche Ausdrü-
554 cke verwendet werden. Ich habe versucht immer/ also zu fin-
555 den, wie Ärzte in Italien und Ärzte im deutschsprachigen
556 Raum dieses Thema kommunizieren. Ich habe nicht immer so
557 eine gefunden, also ein Ausdruck also als Beispiel, aber
558 (..) wie man sich verhält, ja.

559 **I: Okay. Perfekt. Denken Sie, dass Sie etwas für Ihren wei-**
560 **teren beruflichen Weg oder für Ihre persönliche Entwicklung**
561 **gelernt haben, also mit diesem Setting?**

562 P2: AUF JEDEN FALL. Also (..) sicherlich, dass alle Details
563 wichtig sind, dass man versuchen muss, immer so treu wie
564 möglich zu dolmetschen, weil es geht nicht nur um Kartof-
565 feln, es geht ums LEBEN, es geht um GEFÜHLE und es geht um,
566 wenn man das Leben/ was man noch übrigbleibt, was kann ver-
567 bessern oder mindestens ERLEICHTERN kann, und das alles Sa-
568 chen, weil (..) ich bin nicht im Rahmen Medizin ausgebil-
569 det. Ich kann hm nicht BEURTEILEN, was wichtig ist und was
570 nicht wichtig ist. Das heißt, obwohl es wahrscheinlich
571 Schwierigkeiten sein kann, ich sollte trotzdem versuchen
572 alle genauso hm deutlich und so verständlich und so TREU
573 wiederzugeben.

574 **I: Okay. Ja. Halten Sie es in diesem medizinischen Setting**
575 **für notwendig, dass ÄrztInnen und DolmetscherInnen zusam-**
576 **menarbeiten?**

577 P2: Heißt das als wir uns vorher schon getroffen (..) hät-
578 ten sollen hm?

579 **I: Ja. Zum Beispiel. Oder dass Sie gut kommunizieren kön-**
580 **nen, dass sie kooperieren?**

581 P2: (..) Also einerseits es ist immer gut, wenn es (..)
582 wenn es Zusammenarbeit gibt, weil (..) man kann schon Sachen

583 absprechen, das heißt, sie hätte wahrscheinlich sagen kön-
584 nen: Sie bitte ALLES ja, weil für mich ALLES wichtig ist,
585 egal ob es unangenehm ist oder ob sie sich keinen Sinn
586 macht. Es kann für mich dann Sinn machen, also für die Ärz-
587 tin. Aber, andererseits, wenn, ich glaube, wenn die Zusam-
588 menarbeit dann zu eng ist, ich hätte dann Angst, dass die
589 Rolle der Dolmetscherin dann hm die Rolle der Ärztin, ja,
590 in einer Weise übernimmt. Das heißt, dass sich dann noch
591 MEHR dazu sagen, weil ich schon weiß, was die Ärztin wissen
592 möchte. Also egal ob es vorkommt oder nicht also (..) JA.
593 Irgendwie habe ich dann das Gefühl, dass das Gespräch würde
594 nicht genau AUTHENTISCH sein, weil ich dann zu viel mit-
595 bringe. Aber das ist meine Idee. Es kann auch sein, dass es
596 nicht so ist, also ich weiß Dolmetscher nur dolmetschen
597 müssen was gesagt wird, aber wenn man weiß, wo man hingeht
598 mit dem mit der Frage, dann kann man das schon auch mitge-
599 ben. Und ich glaube, wenn es so ist, dann ist es NICHT au-
600 thentisch, auch die Antwort (..) oder keine Ahnung.

601 **I: Ja, das sind IHRE Ideen, persönliche Ideen. Danke. Hm**
602 **ja, hat diese Simulation in SIE persönlich etwas Besonderes**
603 **ausgelöst? Es kann schön sein, das kann traumatisch (lacht)**
604 **sein und was genau, FALLS das der Fall ist.**

605 P2: Also ich bin eine sehr neugierige Person, das heißt, es
606 ist für mich alles interessant, egal wie schwierig oder
607 traurig oder lustig ist. Meine Beziehung mit dem Tod ist
608 auch sehr ruhig, also sehr entspannt und deswegen fühle ich
609 mich nicht schlecht, wenn ich darüber rede, oder wenn ich
610 jemanden hören, der darüber redet. Es gibt Personen, die
611 das hören möchten. Für mich ist NICHT so (..) wahrschein-
612 lich war ich dann so ruhig oder was mich einfach sozusagen
613 auch Sachen sagen zum Beispiel: *Ich habe Krebs*, weil das
614 irgendwie ist für mich in Ordnung. Das passiert leider, es
615 ist so. Aber ich glaube ähm dass wenn das Gespräch auch

616 schwieriger wird, aber dass man sieht, dass man sieht, dass
617 die Patientin wirklich es nicht schafft oder für sie sehr
618 schwierig ist, dann man wird natürlich berührt. Man kann
619 nicht *impassibile*. Ja (...) man kann nicht unberührt blei-
620 ben. Ähm aber in dieser Simulation egal das trotzdem die
621 Patientin sich sehr Mühe gegeben hat, um alle Gefühle aus-
622 zudrücken ähm konnte ich trotzdem ruhig bleiben und das war
623 für mich nicht das unangenehm war. Fast nichts, was unange-
624 nehm war.

625 **I: Okay (...) ja. Wir sind zum Ende, also wir kommen zum En-**
626 **de. Glauben Sie, dass Sie nach diesem Setting Supervision**
627 **benötigt hätten?**

628 P2: Ähm wie gesagt, da in diesem Setting irgendwie trotzdem
629 HOFFNUNG gab oder dass die Patientin mit der Beratung zu-
630 frieden war, weil sie meinte: *Ja, Palliativmedizin ist EH,*
631 *was ich brauche*, dann bin ich auch zufrieden. Also ich bin
632 zufrieden, weil ich sehe, dass es trotzdem eine Möglichkeit
633 gibt, weiterzugeben, weiterzuleben. Wenn zum Beispiel die
634 Ärztin gesagt hätte: Es gibt nichts mehr zu tun, Sie sind
635 so krank, sie können wahrscheinlich das Ende des Monats
636 nicht sehen, DAS wäre/ das hätte ein anderes hm Gefühl aus-
637 gelöst. Das heißt, ich glaube, wenn man das ständig macht
638 und andere Fälle dolmetscht, wo die Situation schon schwer
639 ist oder (...) ja, dann braucht man sicherlich auch Unter-
640 stützung. Aber solange man trotzdem Hoffnung sieht oder Zu-
641 friedenheit sieht oder was Positives sieht, dann ist es
642 schon einfacher auch damit umzugehen.

643 **I: Okay. Danke. Und jetzt letzte Frage: Glauben Sie, dass**
644 **dieses Thema, also das Thema Tod, im Bereich Community In-**
645 **terpreting öfter vorkommen kann?**

646 P2: Ja. Also es ist eh Teil des Lebens, und wenn man auch
647 mit älteren Menschen zu tun hat, es ist fast einer ihrer
648 (lacht) Prioritäten oder ihre Hauptgedanken. Das heißt auch

649 wenn man im Krankenhaus mit einer Patientin ist, die, keine
650 Ahnung, eine ärztliche Untersuchung machen muss allgemeine,
651 sie kann trotzdem auf den Tod ähm anweisen, oder JA, oder
652 das Thema trotzdem besprechen und Kommentare machen: Jajaja
653 ich habe noch so viele Jahre, bis ich sterbe. Ja, sowas (.)
654 weil entweder Menschen sich mehr damit beschäftigen, befas-
655 sen. Es kann auch vorkommen bei einer ähm Zahnarzt Untersu-
656 chung. Wer weiß, ja. Auf jeden Fall (.) und auch wie ich
657 wahrscheinlich schon erwähnt hatte auch bei der (Arbeits-
658 ort) gab es diese Situation, dass man nicht erwartet, weil
659 die Leute sind dort um finanzielle Unterstützung zu bekom-
660 men, aber das Leben ist VIELFÄLTIG und es kann immer sein,
661 dass man sich mit dem Tod befassen muss, jederzeit.
662 **I: Okay. Dann vielen Dank für Ihre Zeit. Das war ein tolles**
663 **Gespräch und ja, DANKE.**

Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Masterarbeit untersucht Dolmetschstrategien und Herangehensweisen im onkologisch-palliativen Bereich, insbesondere im Zusammenhang mit der Phraseologie des Todes und des Leidens. Im Mittelpunkt steht dabei die Analyse der Dolmetschungen zweier Dolmetschstudierenden in einer simulierten Dolmetschsituation in einer Onkologiepraxis in Wien. Besonderer Fokus wird auf die tabuisierte und symbolische Terminologie des Todes und des Leidens, die nonverbale Kommunikation sowie die professionelle Empathie gelegt.

Die theoretischen Kapitel konzentrieren sich auf die Hauptmerkmale des Dolmetschens im Bereich Onkologie und Palliativmedizin sowie die Forschungserkenntnisse in diesem medizinischen Bereich. Darauffolgend wird näher auf den Tod als universelles Phänomen und die Tabuthemen Sterben und Krankheiten eingegangen. Anschließend werden die patientenorientierte Kommunikation, das Fachspezifikum *Bad News Delivery* und die Symbolsprache am Lebensende thematisiert. Danach werden dem psychischen Erleben beim Dolmetschen, der Rolle der nonverbalen Kommunikation, der professionellen Empathie, der Kultursensibilität und dem Zuhören besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Der empirische Teil basiert auf der Triangulation unterschiedlicher Methoden. Zwei simulierte Aufklärungsgespräche erfolgten durch eine Onkologin in Wien und eine fiktive italienische Patientin. Die Untersuchung erfolgte mittels teilnehmender Beobachtung, Aufzeichnung und Videoaufnahme. Zur Analyse der Wiedergaben der ProbandInnen wurden die Typologie der *renditions* nach Wadensjö (1998) und das Konzept der *rich points* (Gumul & Herring 2022) herangezogen. Zusätzlich wurde mit den zwei Probandinnen nach den simulierten Dolmetscheinsätzen jeweils ein leitfadengestütztes Interview (nach Witzel 2000) durchgeführt.

Die erhobenen Daten zeigen, dass beide Probandinnen das Setting als anspruchsvoll und hochsensibel wahrnehmen und dass sie hauptsächlich beim Dolmetschen zwei Strategien verwenden: *close* und *substituted renditions*. Außerdem resultierte aus der Analyse der Situationen, Interviews und des Aufnahmемaterials, dass nonverbale Kommunikation genauso wie professionelle Empathie und Zuhören eine wesentliche Rolle in der medizinisch-onkologischen, triadischen Kommunikation spielen.

Schlagwörter

Medizindolmetschen, Italienisch, Deutsch, Onkologie, Palliativmedizin, *Bad News Delivery*, *End-Of-Life* Settings, Dolmetschstrategien, Terminologie, Tabuthemen, Tod, Sterben, Leiden, Brustkrebs, professionelle Empathie, nonverbale Kommunikation, Zuhören.

Abstract (English)

This master's thesis examines interpretative strategies in the medical setting of oncology and palliative care, focusing on death-related phraseology. The analysis centers on the interpretation of two MA students during a simulated medical interview at an oncologist's clinic in Vienna. It highlights the use of symbolic and taboo terminology related to death and pain, as well as non-verbal communication and professional empathy.

The theoretical chapters aim to explore the main characteristics of interpreting in oncology and palliative care, as well as the state of research in this medical field. Additionally, the topics of taboo subjects of dying and illness, the *patient-centered approach*, *bad news delivery* and symbolic end-of-life language are examined. Attention is drawn to the psychological aspects and dimensions of interpretation, non-verbal communication, professional empathy, cultural sensitivity, and active listening.

The empirical section employs a triangulation of methods, including pre-treatment consultations with a fictitious Italian patient conducted by an oncologist. The study incorporates participants' observations, as well as audio and video recordings of the simulations. The interpretations of the two students were analyzed using Wadensjö's (1998) *renditions* model together with the concept of rich points (Gumul & Herring 2022). Problem-centered interviews (Witzel 2000) were conducted with each student after the simulation.

The findings demonstrate that both students perceived the setting as complex and highly sensitive. They mainly used two strategies during their interpretation: *close* and *substituted renditions*. The data also highlights the essential role of non-verbal communication, professional empathy as well as active listening within triadic communication in oncology and palliative care.

Keywords

Medical interpreting, Italian, German, oncology, Palliative Care, *Bad News Delivery*, *End-Of-Life* settings, interpreting strategies, terminology, taboo, death, dying, suffering, breast cancer, professional empathy, non-verbal communication, listening.