

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Wahrnehmung und Positionierung nicht professioneller Dolmetscher*innen im
spanischen Krankenhaus Virgen de la Caridad

verfasst von | submitted by

Miriam Martinez Garcia

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

Wien | Vienna, 2025

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

UA 070 351 331

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree pro-
gramme as it appears on the student record
sheet:

Masterstudium Translation Spanisch Deutsch

Betreut von | Supervisor:

Dr. Magdalena Bartlomiejczyk

Danksagung

An erster Stelle möchte ich meiner Betreuerin, Dr. Magdalena Bartłomiejczyk, herzlich danken – für ihre Unterstützung, ihr konstruktives Feedback, ihre wertvollen Ratschläge und ihre Bereitschaft, mich während des gesamten Prozesses zu begleiten.

Ein herzliches Dankeschön richte ich außerdem an die vier Teilnehmerinnen der Interviews, die durch ihre Offenheit und ihre Zeit einen sehr wichtigen Beitrag zu dieser Arbeit geleistet haben.

Besonders danke ich auch Eva, deren Unterstützung, Ermutigung und Zuspruch mir eine große Hilfe und Motivation waren.

Mein tiefster Dank gilt schließlich der Person, die mehr an mich glaubt als ich selbst und die mitten in diesem Masterstudium zu meinem Ehemann geworden ist. Er ist mein unerschütterlicher Rückhalt.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1. Dolmetschen im Gesundheitswesen	10
1.1. Das Dolmetschen im medizinischen Kontext	10
1.1.1. Begriffsbestimmung und Einordnung	10
1.1.2. Qualifikationsanforderungen und -möglichkeiten	12
1.1.3. Zentrale Herausforderungen	14
1.2. Entwicklung des Gesundheitsdolmetschens und Dolmetschmodi	16
1.3. Gesundheitsdolmetschen in Spanien: Status quo und Herausforderungen	18
2. Nicht-professionelles Dolmetschen	21
2.1. Nicht-professionelles Dolmetschen im Wandel der Zeit	21
2.2. Formen und Ursachen nicht-professioneller Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen	23
2.2.1. Familienangehörige und Freund*innen	24
2.2.2. Ehrenamtliche Dolmetscher*innen	25
2.2.3. Zweisprachiges Krankenhauspersonal	26
2.2.4. Interkulturelle Mittler*innen	27
2.3. Nicht-professionelles Dolmetschen im spanischen Gesundheitswesen	28
3. Boundary Work	31
3.1. Einführung in Boundary Work und seine geschichtliche Entwicklung	31
3.1.1. Historische Wurzeln und theoretische Grundlagen nach Gieryn	31
3.1.2. Entwicklung, zentrale Beiträge und Perspektiven	33
3.2. Boundary Work im beruflichen Umfeld	34
3.2.1. Beruf, Profession und Professionalisierung	35
3.2.2. Grenzziehung zwischen Berufen	36
3.3. Boundary Work in der Translationswissenschaft	37
3.3.1. Boundary Work und Professionalisierung in der Dolmetschwissenschaft	39
3.3.2. Weitere Perspektiven auf Boundary Work in der Translationswissenschaft	40

3.3.3. Zusammenfassung und Ausblick: Boundary Work in der Dolmetschwissenschaft	41
4. Methodik	43
4.1. Qualitative empirische Studie	43
4.2. Zielsetzung und Fragestellung	44
4.3. Untersuchungsfeld: Dolmetschen im Krankenhaus Virgen de la Caridad	45
4.4. Datenerhebungsmethode	46
4.4.1. Interviews	47
4.4.2. Interviewpartner*innen	47
4.4.3. Interviewleitfaden	48
4.5. Analyse	51
5. Datenpräsentation und Analyse	54
5.1 Überblick über das Vorgehen	54
5.2. Einordnung der Interviewten in den theoretischen Kontext	55
5.3. Kategorienbildung und Kodierung	56
5.4. Darstellung der Ergebnisse nach Kategorien	58
A. Rollenverständnis und Aufgabenbereich	58
A.1 Selbstverständnis als Dolmetscherin	58
A.2 Tätigkeiten und Aufgaben	60
A.3 Benennung und Stellenprofil	62
A.4 Persönliche Eigenschaften und Kompetenzen	63
B. Herausforderungen und Strategien	65
B.1 Alltägliche Herausforderungen beim Dolmetschen	65
B.2 Rollenunklarheiten und Grenzsituationen	67
B.3 Fehlende institutionelle Unterstützung	68
B.4 Strategien im Umgang mit Herausforderungen (beim Dolmetschen)	69
C. Boundary Work - Abgrenzung und Beziehungen zu anderen Akteur*innen	72
C.1 Patient*innen	72

C.2 Mitarbeitende des Krankenhauses	74
C.3 Externe Dolmetscher*innen und andere Sprachmittler*innen	77
6. Diskussion und Schlussfolgerungen	80
6.1. Zentrale Erkenntnisse	80
6.2. Beitrag der Studie und Limitationen	86
6.3. Ausblick	87
Bibliographie	90
Abstract: Deutsch	98
Abstract: Englisch	99
Anhang	1
Interview 1	1
Interview 2	19
Interview 3	34
Interview 4	51

Einleitung

In medizinischen Einrichtungen kommt der sprachlichen Verständigung eine zentrale Bedeutung zu – nicht nur im Hinblick auf die Qualität der Behandlung, sondern auch im Sinne der Patient*innensicherheit, Aufklärung und emotionaler Begleitung. Besonders im Kontext zunehmender Migration und Mobilität sind Krankenhäuser gefordert, auf die sprachlich-kulturelle Diversität ihrer Patient*innen angemessen zu reagieren. Spanien stellt dabei keine Ausnahme dar: Laut Daten des Instituto Nacional de Estadística lebten im Jahr 2025 über sechs Millionen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Land – ein signifikanter Anteil davon spricht Spanisch nicht als Muttersprache. Hinzu kommt, dass auch Tourist*innen –im Jahr 2024 waren es rund 94 Millionen (vgl. Ministerio de Industria y Turismo, 2025) – potenzielle Patient*innen darstellen. Die Kommunikation mit diesen Patient*innengruppen erfolgt häufig aufgrund von Sprachbarrieren unter erschwerten Bedingungen.

Professionelles Dolmetschen gilt in der Fachliteratur als Goldstandard für interlinguale Verständigung im Gesundheitswesen (vgl. Angelelli, 2004; Pöchhacker, 2016). In der Praxis sieht das jedoch anders aus: In vielen Einrichtungen ist der Zugang zu professionellen Dolmetschdiensten stark eingeschränkt oder gar nicht vorhanden. Stattdessen wird regelmäßig auf sogenannte nicht-professionelle Dolmetscher*innen zurückgegriffen – ein weit verbreitetes, aber kaum reguliertes Phänomen. Nicht-professionelle Dolmetscher*innen können Angehörige, administrative Mitarbeitende oder auch mehrsprachige medizinische Fachkräfte sein, die neben ihrer Hauptaufgabe dolmetschen (vgl. Antonini et al., 2017).

Diese Praxis bringt erhebliche Herausforderungen mit sich: Fehlende Ausbildung, unklare Rollenzuweisungen, ethische Dilemmata und psychische Belastung sind nur einige der Aspekte, die in der Literatur thematisiert werden (vgl. Antonini et al., 2017; Foulquié Rubio et al., 2018). Gleichzeitig wird betont, dass nicht-professionelle Dolmetscher*innen eine unverzichtbare Rolle spielen, gerade in institutionellen Kontexten, in denen es keine Alternativen gibt. Ihre Tätigkeit bewegt sich oft im Spannungsfeld zwischen institutionellem Bedarf und fehlender Anerkennung.

Bisherige Forschung konzentriert sich vor allem auf familiäre oder ad-hoc eingesetzte Dolmetschende. Deutlich weniger untersucht ist die Rolle von dauerhaft beschäftigtem Verwaltungspersonal, das regelmäßig dolmetscht. Zwar existieren Studien zu mehrsprachigem Klinikpersonal wie Reinigungskräfte (z.B. Pöchhacker und Kadric, 1999), doch bleibt das spezifische Profil administrativer Dolmetscher*innen bislang wenig beforscht.

Die vorliegende Arbeit greift dieses Forschungsdesiderat auf und widmet sich der Frage, wie mehrsprachige Verwaltungsmitarbeitende in einem spanischen Krankenhaus – konkret im Hospital Virgen de la Caridad in Cartagena – ihre Dolmetschrolle erleben und gestalten. Im Zentrum stehen ihre subjektiven Perspektiven, ihre Strategien im Umgang mit sprachlich-kulturellen Herausforderungen sowie ihre Positionierung innerhalb der institutionellen Strukturen. Die Auswahl dieses Krankenhauses erfolgte aufgrund der Vertrautheit der Autorin mit der Einrichtung, ihres Wissens über die dort bestehende Position nicht-professioneller Dolmetscher*innen sowie des gewährleisteten Feldzugangs.

Der theoretische Rahmen der Arbeit stützt sich auf das Konzept „boundary work“ (Gieryn, 1983). Damit soll analysiert werden, wie sich nicht-professionelle Dolmetschleistungen an den Schnittstellen zwischen administrativen, medizinischen und sprachvermittelnden Aufgaben entfalten – und welche Dynamiken von Sichtbarkeit, Abgrenzung und Verantwortung dabei wirksam werden.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Rolle nicht-professioneller Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen aus ihrer eigenen Perspektive zu untersuchen. Auf dieser Grundlage wurden folgende drei Forschungsfragen formuliert:

- Wie erleben und gestalten nicht-professionelle Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen ihre Rolle?
- Welche Strategien nutzen sie, um den Anforderungen gerecht zu werden?
- Inwiefern grenzen sie sich von professionellen Dolmetscher*innen und anderen Mitarbeitenden ab?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde ein qualitativer Zugang gewählt. Die Datenerhebung basiert auf leitfadengestützten Interviews mit vier Personen, die im Krankenhaus dolmetschend tätig sind oder waren. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Mayring 2015), um zentrale Kategorien und Muster zu identifizieren.

Der theoretische Teil der Arbeit beginnt mit einer Darstellung der interlingualen Kommunikation im medizinischen Bereich. Daran anschließend wird das Phänomen des nicht-professionellen Dolmetschens unter Berücksichtigung der relevanten Literatur thematisiert. Im weiteren Verlauf wird das Konzept des *boundary work* behandelt, das als analytischer Rahmen für die Untersuchung dient. Das Methodenkapitel erläutert den qualitativen Zugang der Studie. Grundlage der Analyse sind vier leitfadengestützte Interviews. Die Interviews wurden in spanischer Sprache durchgeführt und transkribiert; wörtliche Zitate, die im Text verwendet werden, wurden von der Forscherin ins Deutsche übersetzt. Die Auswertung erfolgte mithilfe einer inhaltsanalytischen Vorgehensweise nach Mayring (2015), bei der induktiv Kategorien gebildet

und in einem iterativen Verfahren systematisch weiterentwickelt wurden, unter besonderer Berücksichtigung des *boundary work*-Ansatzes sowie der spezifischen Herausforderungen, mit denen nicht-professionelle Dolmetscher*innen konfrontiert werden. Den Abschluss der Arbeit bildet eine Zusammenfassung der Ergebnisse und ein Ausblick auf mögliche praktische Implikationen und künftige Forschungsansätze.

Diese Arbeit trägt zur Schließung einer Forschungslücke bei, indem sie eine bislang wenig beachtete Gruppe in den Fokus rückt: zweisprachiges Verwaltungspersonal ohne Dolmetschausbildung, das regelmäßig interlinguale Kommunikation im Krankenhauskontext übernimmt. Durch die qualitative Analyse ihrer Erfahrungen leistet die Studie einen Beitrag zur empirischen und theoretischen Auseinandersetzung mit informeller Sprachmittlung – und liefert neue Impulse für die Diskussion um Professionalisierung, institutionelle Anerkennung und die strukturelle Einbettung hybrider Rollen im Gesundheitswesen.

1. Dolmetschen im Gesundheitswesen

Sprachliche Verständigung ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Versorgung. Im Gesundheitswesen kann das Dolmetschen daher eine entscheidende Rolle spielen, um eine effektive Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient*innen sicherzustellen. Besonders in mehrsprachigen Gesellschaften oder in Regionen mit hohem Migrationsanteil treten sprachliche Barrieren häufig auf, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren und die Qualität der Behandlung bzw. der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung beeinträchtigen können (vgl. Angelelli, 2019: 51).

Dieses Kapitel bietet einen Überblick über das Dolmetschen im Gesundheitsbereich, dessen Einordnung innerhalb des Community Interpreting sowie die damit einhergehenden Qualifikationsmöglichkeiten und Herausforderungen. Anschließend wird die historische Entwicklung der Profession sowie die verschiedenen Dolmetschformen im Gesundheitswesen betrachtet. Zuletzt wird konkret die Situation in Spanien beleuchtet, um die Rahmenbedingungen und bestehenden Strukturen in diesem Kontext zu veranschaulichen. Diese theoretische Grundlage dient dazu, die spezifischen Bedingungen, unter denen Dolmetscher*innen – insbesondere nicht-professionelle Dolmetscher*innen – in medizinischen Einrichtungen tätig sind, näher zu definieren.

1.1. Das Dolmetschen im medizinischen Kontext

1.1.1. Begriffsbestimmung und Einordnung

Das Dolmetschen im Gesundheitswesen stellt sicher, dass die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient*innen reibungslos verläuft und somit eine angemessene Behandlung ermöglicht wird. Angelelli definiert das Dolmetschen im Gesundheitswesen als:

a special type of interpreting that facilitates **communication between users of health services and providers of health services who do not share the same language** (either spoken or signed). It occurs mainly in **settings such as hospitals, clinics, and doctor offices** and involves the communication of signed, verbal and non-verbal messages in real time. The language of one user group (the provider) is mainly the societal language(s) of the country. The language of the patient is the non-societal language, i.e., the language of the specific ethnic group. Healthcare interpreting serves the latter user group to ensure their access to public services. (Angelelli 2014: 574)

In ihrer Definition verweist Angelelli (2014) auf den Begriff der „public services“ (öffentliche Dienste). Diese Bezeichnung ist eine von mehreren, die für die Dolmetschart verwendet werden, zu der auch das Dolmetschen im Gesundheitswesen zählt. In der wissenschaftlichen Lite-

ratur wird diese Form des Dolmetschens auch unter dem Begriff *Community Interpreting* geführt (z. B. Hale, 2007; Pöchhacker, 2016), um sie von anderen Dolmetscharten wie dem Konferenzdolmetschen abzugrenzen.

Das Konferenzdolmetschen findet in formellen, oft institutionellen oder politischen Kontexten statt und ist durch eine hohe Professionalisierung gekennzeichnet. Es folgt einer klar vorgegebenen Interaktionslogik in Form von „Konferenzen“ und wird häufig im internationalen Bereich eingesetzt (vgl. Pöchhacker, 2016: 16). Charakteristisch ist zudem die klare sprachliche Arbeitsteilung anhand der A-, B- und C-Sprachen, wobei zumeist in die Muttersprache (A-Sprache) gedolmetscht wird und passive Sprachkenntnisse, d. h. das rezeptive Verständnis der Ausgangssprache, von Bedeutung sind (vgl. Tiselius, 2022: 54).

Im Gegensatz dazu bezieht sich das *Community Interpreting* auf das Dolmetschen in gemeindenahen Kontexten, insbesondere zur sprachlichen Unterstützung von Menschen, die die Mehrheitssprache nicht beherrschen – etwa im Gesundheitswesen, im Bildungsbereich, bei Behörden oder vor Gericht (vgl. Pöchhacker, 2016: 15; Tiselius, 2022: 50). Laut Tiselius (2022: 50) handelt es sich beim Konferenz- und Kommunaldolmetschen nicht zwingend um unterschiedliche Berufe, sondern um unterschiedliche Tätigkeitsbereiche innerhalb eines heterogenen Berufsfeldes.

Community Interpreting zeichnet sich durch dialogische, oft informelle Interaktionsformate aus, bei denen direkte Gespräche zwischen Personen stattfinden. Die Dolmetschenden agieren dabei in der Regel flexibel zwischen beiden Sprachen und Kulturen, wobei es keine explizite Zuweisung passiver oder aktiver Sprachrollen gibt – anders als beim Konferenzdolmetschen, bei dem die Sprachrichtung formell geregelt ist. Die Dolmetschpraxis ist in hohem Maße kontextabhängig, was auch die Arbeitsbedingungen beeinflusst: Während Konferenzdolmetscher*innen häufig unter standardisierten, kollektiv ausgehandelten Bedingungen arbeiten, sind die Bedingungen für *Community-Dolmetscher*innen* oft weniger geregelt und stark vom jeweiligen Einsatzort abhängig (vgl. Tiselius, 2022).

Auch hinsichtlich der Personen bestehen Unterschiede: Während beim Konferenzdolmetschen vor allem hochgebildete internationale Akteur*innen als Zuhörerschaft fungieren, trifft man im *Community Interpreting* auf ein viel diverseres Zielpublikum – von Behördenmitarbeitenden über medizinisches Personal bis hin zu Migrant*innen ohne formale Schulbildung (vgl. Tiselius, 2022: 55). Diese Heterogenität spiegelt sich auch im Ausbildungsstand, in der Professionalisierung und in der institutionellen Verankerung wider: Konferenzdolmetschen ist meist stark organisiert und durch Berufsverbände strukturiert, während *Community Interpreting* vielfach auf weniger formalisierten Strukturen basiert (vgl. Tiselius, 2022).

Ein zentrales Einsatzfeld des Community Interpreting ist das Gesundheitsdolmetschen, das sich seit der Etablierung des Begriffs in den 1980er- und 1990er-Jahren als einer der Hauptbereiche herausgebildet hat (vgl. Pöchhacker, 2016: 15). Diese Form ist besonders durch die direkte Interaktion zwischen Dolmetschenden und Gesprächspartner*innen sowie durch eine erhöhte Sensibilität für kulturelle Unterschiede gekennzeichnet (vgl. Valero Garcés und Martin, 2008). Dabei kann medizinisches Dolmetschen an verschiedenen Orten stattfinden – sei es im Krankenhaus, in einer medizinischen Praxis oder sogar im Rahmen medizinischer Konferenzen – und erfordert daher ein hohes Maß an Flexibilität seitens der Dolmetschenden (vgl. Tiselius, 2022: 51).

In einigen europäischen Ländern, darunter Spanien und dem Vereinigten Königreich, ist der Begriff *public service interpreting* gebräuchlicher als Community Interpreting (vgl. Cor-selis, 2008; Valero Garcés, 2014). Diese Bezeichnung betont die institutionelle Einbindung des Dolmetschens und hebt die Bedeutung des Zugangs zu öffentlichen Dienstleistungen für Personen mit Sprachbarrieren hervor.

1.1.2. Qualifikationsanforderungen und -möglichkeiten

Die Ausbildungsmöglichkeiten für das Dolmetschen im Gesundheitswesen variieren weltweit erheblich. Während das Konferenzdolmetschen über etablierte universitäre Ausbildungswege verfügt, gibt es für das medizinische Dolmetschen bislang nur wenige spezialisierte Studiengänge. In den meisten Fällen wird es als Teilbereich des Community Interpreting oder des *Public Service Interpreting* behandelt (vgl. Angelelli, 2019: 7).

Einige Universitäten bieten Studiengänge mit Schwerpunkt auf Dolmetschen im öffentlichen Dienst an, darunter der „Master in Intercultural Communication, Public Service Interpreting and Translation“ an der Universität Alcalá de Henares in Spanien oder der einjährige Master in „Business and Public Service Interpreting and Translation Studies“ an der Universität Leeds im Vereinigten Königreich (Angelelli, 2019: 7). Zudem werden einzelne Kurse zum Dolmetschen im Gesundheitswesen an Institutionen wie dem Middlebury Institute of International Studies in Monterey (USA), der Heriot-Watt University (Schottland) und der University of Surrey (England) angeboten (Angelelli, 2019: 8). Viele medizinische Dolmetscher*innen ergänzen ihre Ausbildung durch berufliche Weiterbildungsangebote. Dazu gehören Seminare, Fortbildungskurse oder Workshops, die entweder online, in hybrider Form oder als Präsenzveranstaltungen stattfinden (Angelelli, 2019: 8).

In einigen Ländern existieren zwar Zertifizierungsprogramme für Dolmetscher*innen, jedoch meist ohne spezifischen Schwerpunkt auf Community Interpreting. So bieten beispielsweise die National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) in Australien oder der Canadian Translators, Terminologists and Interpreters Council (CTTIC) in Kanada allgemeine Zertifizierungen an (vgl. Hlavac, 2013). Die USA bietet spezifische Qualifikationsnachweise für medizinische Dolmetscher*innen an – wie etwa die Zertifizierung der Certification Commission for Healthcare Interpreters (CCHI), die Fachwissen und sprachliche Kompetenz voraussetzt (vgl. Youdelman, 2013: 118). In anderen Ländern wie Spanien und Italien ist das medizinische Dolmetschen hingegen weitgehend unreguliert und erfolgt oft durch nicht-professionelle Dolmetscher*innen ohne formale Ausbildung (vgl. Antonini et al., 2017; Foulquié Rubio et al., 2018; Angelelli, 2019).

Die Ausbildung im Bereich des medizinischen Dolmetschens bleibt somit fragmentiert. Die Professionalisierung dieses Bereichs hängt stark von länderspezifischen Regulierungen sowie der Anerkennung durch Gesundheitseinrichtungen und öffentlichen Institutionen ab (vgl. Angelelli, 2019).

Ein zentraler Aspekt der Professionalisierung im Gesundheitsdolmetschen ist die Einhaltung ethischer Richtlinien, die die Qualität und Integrität der Dolmetschleistungen sicherstellen. Organisationen wie der National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC) in den USA haben spezifische Kodizes für medizinisches Dolmetschen entwickelt, die als Orientierungshilfe für Dolmetscher*innen dienen.

Der National Council on Interpreting in Health Care Code of Ethics (2004) definiert grundlegende Prinzipien, die Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen befolgen sollen. Dazu gehören unter anderem Genauigkeit, Vertraulichkeit, Neutralität, Respekt für alle Beteiligten sowie die Pflicht, sich kontinuierlich weiterzubilden (vgl. NCIHC, 2004). Ähnliche Kodizes existieren auch in anderen Ländern, beispielsweise der Code of Ethics des Australian Institute of Interpreters and Translators (AUSIT) oder der Code of Ethics of the UK Institute of Interpreters (vgl. Crezee, 2013: 18), allerdings beziehen sich diese nicht spezifisch auf das Gesundheitsdolmetschen, sondern auf das Dolmetschen im Allgemeinen.

Ein weiteres wichtiges Element ist die Abgrenzung der Rolle der Dolmetschenden. Wie Angelelli (2004) betont, sind Gesundheitsdolmetscher*innen mehr als bloße Sprachmittler*innen – sie fungieren oft als Kulturvermittelnde und tragen dazu bei, Missverständnisse zwischen medizinischem Personal und Patient*innen zu vermeiden. Dennoch fordern ethische Richtlinien, dass Dolmetscher*innen keine persönliche Meinung äußern oder sich in medizinische Entscheidungen einmischen (vgl. NCIHC, 2004, 2005).

Diese Kodizes sind nicht nur theoretische Leitlinien, sondern spielen auch in der Praxis eine entscheidende Rolle. In einigen Ländern ist die Einhaltung eines bestimmten Ethikkodexes eine Voraussetzung für die Zertifizierung von Dolmetscher*innen, wie etwa bei der Zertifizierung der Commission for Healthcare Interpreters (CCHI) in den USA (vgl. Youdelman, 2013).

1.1.3. Zentrale Herausforderungen

Neben der Einhaltung ethischer Richtlinien stehen Gesundheitsdolmetscher*innen in ihrer täglichen Arbeit vor einer Vielzahl von Herausforderungen, die ihre Tätigkeit besonders anspruchsvoll machen. Diese Herausforderungen ergeben sich sowohl aus sprachlichen und kulturellen Aspekten als auch aus den spezifischen Bedingungen des medizinischen Umfelds.

Ein zentraler Aspekt ist die Komplexität der medizinischen Terminologie. Wie Crezee (2013: 21f.) betont, erfordert das Dolmetschen im Gesundheitswesen ein tiefgehendes Verständnis medizinischer Begriffe und Konzepte, um eine präzise und verständliche Vermittlung der Inhalte zu gewährleisten. Dies wird zusätzlich erschwert, wenn Patient*innen über begrenzte Gesundheitskompetenz verfügen oder wenn für bestimmte Begriffe keine direkte Entsprechung in der Zielsprache existiert (vgl. Roat und Crezee, 2015: 246).

Darüber hinaus spielen emotionale und psychische Belastungen eine große Rolle. Gesundheitsdolmetscher*innen sind häufig mit äußerst belastenden Gesprächssituationen konfrontiert, etwa bei der Übermittlung schwerwiegender Diagnosen, bei Gesprächen über Geburt, Tod, psychische Erkrankungen oder bei Patient*innen mit traumatischen Erfahrungen (vgl. Valero Garcés, 2006). Diese Situationen können besonders emotional herausfordernd sein, wenn Dolmetscher*innen aus ähnlichen kulturellen oder sozialen Hintergründen wie die Patient*innen stammen und sich daher stärker mit deren Erfahrungen identifizieren (vgl. Angelelli, 2004).

Loutan et al. (1999) zeigen in ihrer Studie mit Dolmetscher*innen der Genfer Rotkreuzdienste, dass viele von ihnen selbst Fluchterfahrungen gemacht und traumatische Erlebnisse wie Krieg, Folter oder Haft überlebt hatten. Ein erheblicher Teil berichtete von belastenden Gefühlen während oder nach den Einsätzen – insbesondere, wenn sie regelmäßig für Patient*innen dolmetschten, die Gewalt erfahren hatten. Zwei Drittel der Befragten gaben an, häufig schmerzhaft Erinnerungen zu haben, und viele berichteten von einem starken Bedürfnis, nach den Sitzungen mit Ärzt*innen oder Angehörigen über das Erlebte zu sprechen.

Auch andere Studien verweisen auf die emotionale Belastung, die mit dieser Tätigkeit einhergeht. Schenker et al. (2012) fanden heraus, dass über 80 % der befragten Dolmetscher*innen ihrer Studie in den USA bereits Gespräche über lebensbedrohliche Situationen oder das

Lebensende gedolmetscht hatten. Viele empfanden diese Situationen als emotional überwältigend und berichteten, dass sie noch lange nachwirkten. Häufig waren sie mit kulturellen Spannungen konfrontiert, etwa wenn sie Aussagen dolmetschen sollten, die den Werten oder Erwartungen der Patient*innen widersprachen.

Theys et al. (2023) verweisen darüber hinaus auf die zentrale Rolle, die Dolmetscher*innen in empathischen Kommunikationsprozessen spielen. In interkulturellen medizinischen Gesprächen agieren sie nicht nur als Sprachmittler*innen, sondern beeinflussen aktiv, wie empathische Äußerungen interpretiert und weitergegeben werden. Dabei verfügen sie über Handlungsspielräume, die sowohl zu gelingender Empathie beitragen als auch potenzielle Missverständnisse hervorrufen können. Diese Verantwortung und der emotionale Druck, sensibel mit den Leiden der Patient*innen umzugehen, machen die Tätigkeit noch anspruchsvoller.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Rollenklarheit und Neutralität, wie sie auch in den ethischen Richtlinien betont wird. In der Praxis geraten Dolmetscher*innen jedoch häufig in Rollenkonflikte, insbesondere wenn sie unter Zeitdruck stehen oder organisatorische Herausforderungen bestehen (vgl. Hsieh und Kramer, 2012). Dazu zählen beispielsweise Situationen, in denen Ärzt*innen den Dolmetscher*innen keine Gelegenheit geben, sich oder ihre Rolle im Gespräch angemessen vorzustellen, da dies als zeitaufwendig empfunden wird (vgl. Hsieh und Kramer, 2012: 159). Oft wird erwartet, dass sie zusätzliche Aufgaben übernehmen, die über ihre eigentliche Rolle hinausgehen – etwa das eigenständige Erklären von Einverständniserklärungen (vgl. Hsieh und Kramer, 2012: 161).

Weitere problematische Rollenerwartungen ergeben sich, wenn Dolmetscher*innen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen Informationen filtern oder gar zurückhalten sollen – sei es durch implizite Aufforderungen, Kommentare nicht zu übersetzen, oder explizite Bitten, Informationen vertraulich zu behandeln (vgl. Hsieh, 2006).

Solche Situationen erschweren die Einhaltung professioneller Standards und bringen Dolmetscher*innen in ethische Dilemmata, bei denen sie ihre Neutralität mit den Erwartungen des medizinischen Personals in Einklang bringen müssen. Dies kann dazu führen, dass sie ungewollt als „Berater*innen oder Vermittler*innen“ auftreten, anstatt eine rein sprachliche Rolle einzunehmen (vgl. Hale, 2007).

All diese Herausforderungen verdeutlichen die Notwendigkeit einer fundierten Ausbildung – nicht nur für Dolmetscher*innen, sondern auch für das medizinische Personal, das mit ihnen zusammenarbeitet – sowie klarer beruflicher Rahmenbedingungen und kontinuierlicher Weiterbildung, um die Qualität des Dolmetschens im Gesundheitswesen zu gewährleisten.

1.2. Entwicklung des Gesundheitsdolmetschens und Dolmetschmodi

Mit den großen Migrationsbewegungen des 20. Jahrhunderts wuchs der Bedarf an qualifizierten Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen erheblich. In vielen westlichen Ländern, insbesondere in Nordamerika und Europa, wurde ab den 1960er- und 1970er-Jahren erkannt, dass Sprachbarrieren eine der größten Hürden für Migrant*innen beim Zugang zur medizinischen Versorgung darstellen (vgl. Hale, 2007). Während in vielen Ländern zunächst Familienangehörige, Freunde oder zweisprachige Mitarbeitende als Dolmetscher*innen fungierten, wurden zunehmend die Grenzen dieser Praxis sichtbar (vgl. Bischoff und Hudelson, 2010). Studien zeigten, dass das Ad-hoc-Dolmetschen durch Laien oft zu Missverständnissen, fehlerhaften Diagnosen und unzureichender Patient*innenversorgung führte (z.B. Pöchhacker und Kadric, 1999; Flores et al., 2003; Angelelli, 2004). Infolgedessen begannen einige Länder, erste offizielle Programme zur Ausbildung und Zertifizierung von Gesundheitsdolmetscher*innen zu entwickeln.

Während das Konferenzdolmetschen bereits in den 50er-Jahren als eigenständige Profession etabliert wurde, entwickelte sich das Community Interpreting – und damit auch das Gesundheitsdolmetschen – erst deutlich später. Erste institutionalisierte Formen des Community Interpreting entstanden in den 1960er-Jahren im Bereich des Gerichtsdolmetschens. In den 1970er-Jahren waren Australien und Schweden Wegbereitende im Bereich des Telefondolmetschens im Gesundheitsbereich, da sie aufgrund hoher Migrationszahlen früh Strukturen zur sprachlichen Unterstützung im öffentlichen Sektor aufbauten (vgl. Pöchhacker, 2016: 30f.).

Besonders in den USA, Kanada und skandinavischen Ländern wurden ab den 1980er-Jahren erste professionelle Strukturen für das Gesundheitsdolmetschen geschaffen. In den USA wurde 1994 das National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC) gegründet, das ethische Richtlinien und Standards für medizinische Dolmetscher*innen herausarbeitete (NCIHC, 2004, 2005). Auch in Kanada entstand eine ähnliche Professionalisierungsbewegung, die zur Entwicklung nationaler Ausbildungsprogramme führte (vgl. Crezee, 2013). In den USA trugen Antidiskriminierungsgesetze außerdem dazu bei, den Einsatz qualifizierter medizinischer Dolmetscher*innen zu stärken. Dies legte den Grundstein für die Entstehung professioneller Berufsverbände und die Entwicklung von Zertifizierungsprogrammen (vgl. Pöchhacker, 2016: 31).

Gleichzeitig blieb die Situation in anderen Ländern weniger geregelt. In vielen europäischen Ländern wie z.B. Österreich, Deutschland, Kroatien oder Spanien, gibt es keine einheitliche Zertifizierung oder gesetzliche Vorgaben für Gesundheitsdolmetscher*innen (vgl. Hlavac,

2013). Vielerorts bleibt das Dolmetschen im medizinischen Bereich eine weitgehend unregelte Praxis, die stark von individuellen Krankenhausrichtlinien und lokalen Initiativen abhängt (vgl. Ng und Crezee, 2020). Insgesamt entwickelte sich das Community Interpreting als Profession äußerst ungleichmäßig und blieb lange Zeit fragmentiert. Erst Mitte der 1990er-Jahre wurde das Thema auf internationaler Ebene systematischer diskutiert, was zu verstärktem Austausch und Kooperation zwischen verschiedenen Ländern führte (Pöchhacker, 2016: 31).

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Gesundheitsdolmetschen nicht nur als eigenständige Disziplin weiter etabliert, sondern auch durch technologische Innovationen erheblich verändert. Die steigende Nachfrage nach professionellen Dolmetscher*innen, insbesondere in Gesundheitseinrichtungen mit einem hohen Anteil an Patient*innen mit begrenzten Sprachkenntnissen, hat dazu geführt, dass zunehmend digitale Lösungen zum Einsatz kommen (vgl. Lázaro Gutiérrez und Álvaro Aranda, 2023: 2).

Eine der bedeutendsten Entwicklungen ist das Telefondolmetschen, das bereits in den 1970er-Jahren in Australien und Schweden eingeführt wurde (vgl. Pöchhacker, 2016: 31). Diese Form des Dolmetschens bietet eine flexible und schnelle Lösung für Situationen, in denen kein*e Präsenzdolmetscher*in verfügbar ist. Telefondolmetschen wird insbesondere in Notaufnahmen und ländlichen Gebieten eingesetzt, in denen der Zugang zu professionellen Dolmetscher*innen begrenzt ist. Studien zeigen jedoch, dass mit dieser Form der Sprachmittlung Herausforderungen einhergehen, insbesondere im Hinblick auf die eingeschränkte Wahrnehmung nonverbaler Kommunikation und die fehlende direkte Interaktion zwischen Dolmetscher*in, Ärzt*in und Patient*in (vgl. Lázaro Gutiérrez, 2021: 218).

Neben dem Telefondolmetschen hat sich in den letzten Jahren das Videodolmetschen (Video Remote Interpreting, VRI) als eine zunehmend verbreitete Alternative etabliert. Diese Methode kombiniert die Vorteile des Telefondolmetschens mit der Möglichkeit der visuellen Interaktion, wodurch Mimik und Gestik erfasst werden können. Das Videodolmetschen wird vor allem in Krankenhäusern und ambulanten medizinischen Einrichtungen genutzt, um Sprachbarrieren effizient zu überbrücken (vgl. Lázaro Gutiérrez und Álvaro Aranda, 2023). Trotz der Vorteile gibt es auch hier Herausforderungen, insbesondere technischer Natur, wie Verbindungsprobleme oder eine unzureichende Bild- und Tonqualität, die die Kommunikation beeinträchtigen können (vgl. Napier et al., 2018).

Die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens hat zudem zur Entwicklung von KI-gestützten Übersetzungs- und Dolmetschsystemen geführt. Allerdings weisen diese Systeme erhebliche Mängel auf, insbesondere im Hinblick auf die Präzision medizinischer

Fachterminologie und die Berücksichtigung kultureller Kontexte (vgl. Lázaro Gutiérrez und Álvaro Aranda, 2023).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass neue Technologien das Gesundheitsdolmetschen tiefgreifend verändert haben. Während sie den Zugang zu professionellen Dolmetschdiensten erleichtern und die Verfügbarkeit erhöhen, bestehen weiterhin Herausforderungen in Bezug auf Qualitätssicherung, ethische Fragen und technische Umsetzung. Die Zukunft des Gesundheitsdolmetschens wird daher von der Balance zwischen technologischer Innovation und professionellen Standards abhängen.

Diese Entwicklungen zeigen, dass das Gesundheitsdolmetschen als eigenständige Profession erst in den letzten Jahrzehnten zunehmend anerkannt wurde. Die Herausforderungen durch Migration und Globalisierung haben dazu geführt, dass sich die Notwendigkeit für professionelle Sprachmittlung im Gesundheitswesen weltweit verstärkt hat – mit unterschiedlichen institutionellen Reaktionen und Professionalisierungsgraden je nach Land.

1.3. Gesundheitsdolmetschen in Spanien: Status quo und Herausforderungen

Die zunehmende sprachliche Vielfalt in Spanien, bedingt durch Migration und Tourismus, stellt das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen. Laut dem spanischen Nationalen Statistischen Institut (INE) hatte Spanien am 1. Januar 2025 eine Gesamtbevölkerung von 49.077.984 Einwohner*innen, davon 6.852.348 mit ausländischer Staatsangehörigkeit (13,96 % der Gesamtbevölkerung). Die Einwander*innen stammen am häufigsten aus Kolumbien, Venezuela und Marokko. Besonders hohe Anteile an ausländischen Einwohner*innen verzeichnen die Balearischen Inseln (21,28 %), die Region Valencia (19,31 %), Katalonien (18,70 %), Madrid (16,71%) und die Region Murcia (15,82 %) (INE, 2025).

Neben der ansässigen ausländischen Bevölkerung spielt der Tourismus eine große Rolle: Im Jahr 2024 erreichte Spanien einen neuen Rekord mit fast 94 Millionen Tourist*innen, ein Anstieg von 10 % im Vergleich zum Vorjahr. Diese Zahlen verdeutlichen die Notwendigkeit eines funktionierenden Systems zur sprachlichen Vermittlung im Gesundheitswesen (vgl. Ministerio de Industria y Turismo, 2025).

Angesichts der sprachlichen Herausforderungen wurden in spanischen Gesundheitseinrichtungen unterschiedliche Strategien zur Unterstützung der Kommunikation mit nicht-spanischsprachigen Patient*innen entwickelt:

- Interkulturelle Mittler*innen: Neben der reinen Sprachmittlung vermitteln sie auch kulturelle Hintergründe und erleichtern das gegenseitige Verständnis zwischen medizinischem Personal und Patient*innen (vgl. Valero Garcés; 2014: 83).

- Private Dolmetschdienstleister*innen: Einige Krankenhäuser und Gesundheitszentren beauftragen externe Firmen mit der Bereitstellung professioneller Dolmetscher*innen (vgl. Foulquié Rubio und Nevado Llopis, 2024: 17).
- Ad-hoc-Dolmetschen durch nicht-professionelle Sprachmittler*innen: Häufig übernehmen Familienmitglieder, Freund*innen oder zweisprachige Krankenhausangestellte die Sprachmittlung, was jedoch laut Studien oft zu Missverständnissen oder Fehldiagnosen führt (z.B. Flores et al., 2003). Diese Situation ist auf eine mangelnde Ausbildung, aber auch auf eine fehlende Anerkennung des Berufs zurückzuführen (vgl. Foulquié Rubio und Nevado Llopis, 2024: 2).

Von all diesen Modalitäten sind Angehörige, Freund*innen oder Personen aus der gleichen Sprachgemeinschaft am häufigsten vertreten. Seltener greifen Einrichtungen auf mehrsprachiges Fachpersonal oder freiwillige Helfer*innen mit Dolmetscherfahrung zurück (Foulquié Rubio und Nevado Llopis, 2024: 29).

Aufgrund der Migration und der touristischen Ströme gehören die in Marokko gesprochenen Sprachen, Rumänisch, Englisch, Italienisch und die in China gesprochenen Sprachen zu den am häufigsten benötigten Sprachen im Gesundheitswesen (vgl. Nevado Llopis und Foulquié Rubio, 2023: 137). Die sprachlichen Bedürfnisse variieren jedoch je nach Region (vgl. Foulquié Rubio et al., 2018).

Einige private Kliniken beschäftigen zwar eigene Dolmetscher*innen, meist orientiert an den häufig gebrauchten Sprachkombinationen. Dennoch dient Englisch oft als Notlösung für weniger verbreitete Sprachen, was eine umfassende sprachliche Versorgung erschwert und den gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Betreuung einschränkt (Foulquié Rubio und Nevado Llopis, 2024: 30f.).

Die rechtliche Verankerung der Sprachmittlung im spanischen Gesundheitswesen bleibt hinter dem Professionalisierungsgrad zurück, der in Ländern wie dem Vereinigten Königreich, den USA, Australien oder Schweden erreicht wurde (vgl. Nevado Llopis und Foulquié Rubio, 2023: 158). Zwar wird das Informationsrecht für Patient*innen ohne Spanischkenntnisse grundsätzlich anerkannt, doch fehlt es an einer klaren gesetzlichen Verpflichtung zur Bereitstellung professioneller Dolmetschdienste (vgl. Foulquié Rubio et al., 2018).

Ein Beispiel dafür ist die Region Murcia, wo das Regionalgesetz 3/2009 vorsieht, dass Patient*innen die ihnen vermittelten Informationen verstehen müssen. Bei ausländischen Patient*innen kann dies eine Übersetzung oder Dolmetschleistung notwendig machen. Die Verantwortung für die Organisation dieser sprachlichen Unterstützung liegt jedoch bei den autonomen

Regionen, von denen viele auf externe Dienstleister zurückgreifen (Foulquié Rubio und Nevado Llopis, 2024: 17).

In der Praxis hängt die Verfügbarkeit professioneller Dolmetschdienste in Spanien stark von den jeweiligen regionalen Gesundheitsbehörden sowie den finanziellen Ressourcen der einzelnen Einrichtungen ab. Infolgedessen stehen viele Krankenhäuser weiterhin vor erheblichen Kommunikationsproblemen, insbesondere im Umgang mit Patient*innen, die nur über begrenzte Spanischkenntnisse verfügen. Foulquié Rubio (2018: 142) beschreibt beispielsweise die Situation in der Region Murcia, wo das medizinische Personal Schwierigkeiten hat, Diagnosen und Behandlungspläne verständlich zu übermitteln, wenn sie auf Ad-hoc-Dolmetscher*innen zurückgreifen müssen. Dies wirkt sich negativ auf die Qualität der medizinischen Versorgung sowie auf die korrekte Umsetzung von Behandlungsplänen aus (vgl., Foulquié Rubio und Nevado Llopis, 2024: 17f.).

Die zuvor beschriebenen Herausforderungen im spanischen Gesundheitswesen verdeutlichen, dass trotz der wachsenden sprachlichen und kulturellen Diversität der Patient*innen, strukturell verankerte professionelle Dolmetschdienste vielerorts nicht ausreichend vorhanden sind. Infolgedessen sehen sich zahlreiche Einrichtungen gezwungen, auf informelle Formen der Sprachmittlung zurückzugreifen – etwa durch Angehörige, zweisprachiges Personal oder ungeschulte Hilfskräfte. Dieses nicht professionelle Dolmetschen wird in Folge näher behandelt.

2. Nicht-professionelles Dolmetschen

In der heutigen globalisierten Welt, in der Migration und interkulturelle Interaktionen zunehmen, spielt nicht-professionelles Dolmetschen (NPD) eine immer größere Rolle, insbesondere im Gesundheitswesen (vgl. Antonini et al., 2017). In vielen Fällen übernehmen nicht ausgebildete Dolmetscher*innen, wie Familienangehörige, Freund*innen oder ehrenamtliche Helfer*innen, die sprachliche Vermittlung.

In diesem Kapitel wird ein Überblick darüber gegeben, wie nicht-professionelles Dolmetschen definiert wird und welche verschiedenen Begriffe und Klassifikationen für diese Art der Sprachmittlung existieren. Es wird auch untersucht, welche verschiedenen Formen der Beteiligung von Dolmetscher*innen ohne formale Ausbildung bestehen, von Familienmitgliedern über Freiwillige bis hin zu Mittler*innen. Darüber hinaus werden die Hauptgründe für den häufigen Einsatz von NPD sowie die damit verbundenen Herausforderungen im Gesundheitswesen erläutert. Im Anschluss wird ein Blick auf aktuelle Studien zu diesem Thema geworfen, insbesondere aus Spanien, und die wachsende Forschung auf diesem Gebiet wird diskutiert. Dieses Thema steht in engem Zusammenhang mit dem vorhergehenden Kapitel zur Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen, da nicht-professionelles Dolmetschen häufig als Lösung in diesem Bereich angewendet wird.

2.1. Nicht-professionelles Dolmetschen im Wandel der Zeit

Im wissenschaftlichen Diskurs über nicht-professionelles Dolmetschen (NPD) existiert eine Vielzahl an Begriffen zur Beschreibung dieser Praxis. Die Forschung zu diesem Thema reicht zurück bis in die 1970er Jahre, als Harris (1977) den Begriff der „natural translation“ einführte. Er beobachtete, dass zweisprachige Kinder bereits in jungen Jahren in der Lage sind, zwischen zwei Sprachen zu dolmetschen, auch ohne formale Ausbildung. Diese Fähigkeit wurde als eine natürliche Konsequenz des Aufwachsens zwischen zwei Sprachen verstanden, was in vielen Familien mit Migrationshintergrund zu einer Dolmetschpraxis im Alltag führte.

In direktem Anschluss an diesen Ansatz entstand der Begriff „language brokering“, der sich speziell auf Kinder und Jugendliche bezieht, die regelmäßig zwischen ihren Eltern und Institutionen – wie Schulen, Arztpraxen oder Behörden – dolmetschen (vgl. Tse, 1996). Dieser Begriff hebt nicht nur die sprachliche Vermittlung hervor, sondern auch die soziokulturelle Rolle, die diese Kinder innerhalb der Familie übernehmen (vgl. Orellana et al., 2003).

Tatsächlich konzentrierte sich die frühe Forschung zum NPD vor allem auf diesen Bereich, da er gut dokumentierbar war und gesellschaftlich besondere Aufmerksamkeit erregte.

Im weiteren Verlauf der Forschung entstanden zusätzliche Begriffe wie „Ad-hoc“-Dolmetscher*innen, die spontan und ohne Vorbereitung dolmetschen – typischerweise in Situationen, in denen keine professionellen Dolmetscher*innen verfügbar sind. Ebenfalls weit verbreitet sind Bezeichnungen wie „informelle“ Dolmetscher*innen, „Laien“-Dolmetscher*innen (z.B. Rosenberg et al., 2008; Schouten et al., 2012) oder „chance interpreters“, wobei letzterer Begriff von Hsieh (2006: 179) verwendet wird, um jene zu beschreiben, die zufällig oder aus pragmatischer Notwendigkeit heraus dolmetschen, ohne spezifische Ausbildung.

Eine besonders häufig genutzte Form des nicht-professionellen Dolmetschens im Gesundheitswesen ist der Einsatz von Familienangehörigen. Diese übernehmen oft aus praktischen Gründen die Rolle der Dolmetscher*innen – etwa bei medizinischen Konsultationen oder Krankenhausaufenthalten. Studien zeigen, dass dies zwar eine kurzfristige Lösung darstellen kann, jedoch auch zahlreiche Probleme mit sich bringt, etwa in Bezug auf die Genauigkeit, ethischen Fragen oder den Schutz der Privatsphäre der Patient*innen (vgl. Flores et al., 2003; Angelelli, 2004). In ihrer Studie zeigen Flores et al. (2003), dass nicht-professionelle Dolmetscher*innen, insbesondere Familienmitglieder, deutlich häufiger Übersetzungsfehler machen – darunter Auslassungen oder falsche Informationen –, was schwerwiegende klinische Folgen haben kann. Diese Praxis wird in der Literatur ebenfalls als Teil der „Ad-hoc“-Dolmetschungen verstanden, da sie meist ohne Vorbereitung, Ausbildung oder Vergütung erfolgt.

In einer umfassenden Analyse schlagen Antonini et al. (2017) den Begriff „non-professional interpreting“ vor, der sich in der wissenschaftlichen Gemeinschaft zunehmend etabliert hat und auch in der vorliegenden Arbeit verwendet wird. Antonini (2015: 277) definiert nicht-professionelles Dolmetschen als: „Interpreting and linguistic mediation activities performed by people who have had no formal training and who are often not remunerated for their work as interpreters.“ Ein zentrales Abgrenzungskriterium zwischen professionellen und nicht-professionellen Dolmetschenden ist laut Antonini et al. (2017: 7) die formale Ausbildung: „What is indisputable is that non-professional interpreters and translators are unqualified, i.e. they have received no specific education and/or training to translate and/or interpret.“ Dementsprechend liegt der Fokus der Unterscheidung klar auf dem Vorhandensein bzw. Fehlen einer spezifischen Qualifikation.

Roat und Crezee (2015: 245f.) betonen, dass im Gesundheitswesen professionelle Dolmetscher*innen über eine Kombination aus Lebenskompetenzen, Sprachkompetenzen und formaler Ausbildung verfügen müssen. Der Umgang mit kranken, ängstlichen oder verzweifelten Patient*innen sowie gestresstem medizinischen Personal erfordert neben exzellenten Kommu-

nikationsfähigkeiten auch Einfühlungsvermögen, Belastbarkeit, Geduld und die Fähigkeit, persönliche Grenzen zu setzen. Ebenso wichtig sind emotionale Selbstfürsorge, Sicherheit im Umgang mit sensiblen medizinischen Themen und das Beherrschen von mindestens zwei Sprachen einschließlich eines umfangreichen medizinischen Vokabulars (vgl. Roat und Crezee, 2015).

Diese sprachlichen Anforderungen erfordern kontinuierliche Weiterbildung sowie ein Bewusstsein für kulturelle Unterschiede, da es häufig keine direkte Entsprechung medizinischer Begriffe zwischen den Sprachen gibt. Roat und Crezee (2015: 246) halten fest, dass unabhängig von beruflichen Anforderungen zumindest eine Basisausbildung unverzichtbar ist, um professionelle Dolmetschleistungen zu gewährleisten.

In der Fachliteratur wird die Unterscheidung zwischen professionellen und nicht-professionellen Dolmetscher*innen häufig klar hervorgehoben. So bezeichnet Youdelman (2013: 115) nicht-professionelle Dolmetscher*innen – darunter Familienangehörige, Freund*innen oder zweisprachiges Krankenhauspersonal ohne Dolmetschausbildung – explizit als „incompetent interpreters“. Dabei wird auf die Problematik hingewiesen, dass der Einsatz ungeschulter Personen als Sprachmittler*innen zu erheblichen Kommunikationsfehlern führen kann. Auch Flores et al. (2003) unterstreichen in ihrer Studie zu „Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters“, dass solche Fehler insbesondere dann gehäuft auftreten, wenn Ad-hoc-Dolmetscher*innen ohne professionelle Schulung eingesetzt werden. Andererseits wies die Studie auch darauf hin, dass mehr Ausbildung für medizinische Dolmetscher*innen erforderlich sei.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass nicht-professionelles Dolmetschen nicht nur eine praktische, sondern auch eine wissenschaftlich relevante Thematik darstellt, die eine klare Abgrenzung zu professionellen Praktiken erfordert – sowohl aus qualitativer als auch aus ethischer Perspektive.

2.2. Formen und Ursachen nicht-professioneller Dolmetschpraxis im Gesundheitswesen

In der vorhergehenden Literaturübersicht wurde deutlich, dass unter dem Begriff des nicht-professionellen Dolmetschens eine Vielzahl an Begriffen und Definitionen zusammengefasst wird, wobei ein ausschlaggebendes Abgrenzungskriterium das Fehlen formaler Ausbildung ist. Im Gesundheitswesen zeigt sich diese Praxis in besonders vielfältiger Form. In Situationen, in denen keine professionellen Sprachmittler*innen verfügbar sind – sei es aufgrund fehlender finanzieller Mittel, mangelnder gesetzlicher Regelungen oder akuter kommunikativer Notwendigkeit –, übernehmen häufig Personen aus dem direkten Umfeld der Patient*innen oder andere

nicht speziell ausgebildete Akteur*innen die Dolmetschaufgaben. Der folgende Abschnitt widmet sich daher den verschiedenen Typen von nicht-professionellen Dolmetscher*innen, die im medizinischen Bereich zum Einsatz kommen.

2.2.1. Familienangehörige und Freund*innen

Eine der häufigsten Formen des nicht-professionellen Dolmetschens im Gesundheitswesen ist der Einsatz von Familienmitgliedern oder Freund*innen der Patient*innen. Diese Praxis ist weit verbreitet, insbesondere in Notfallsituationen oder in Regionen, in denen keine institutionalisierte Sprachmittlung vorhanden ist. Studien zeigen, dass Angehörige oft als erste und manchmal einzige Option für die sprachliche Vermittlung herangezogen werden (vgl. Angelelli, 2004; Schouten et al., 2012). In Spanien etwa belegen Untersuchungen, dass Familienmitglieder regelmäßig zur Kommunikation zwischen medizinischem Personal und nicht-spanischsprachigen Patient*innen eingesetzt werden, trotz bekannter Risiken (vgl. Foulquié Rubio et al., 2018).

Ein besonders häufig auftretender Fall ist der Einsatz von Kindern und Jugendlichen als Dolmetscher*innen. In vielen Migrant*innenfamilien sind es die Kinder, die die Sprache des Aufnahmelandes schneller lernen als ihre Eltern und daher in der Lage sind, als *language brokers* zu fungieren (vgl. Antonini, 2010: 5). Diese Praxis wurde besonders in der Forschung der 1990er- und 2000er-Jahre intensiv untersucht (vgl. Orellana et al., 2003). Kinder übernehmen die sprachliche Vermittlung, weil sie oftmals die einzige Möglichkeit darstellen, um eine Verständigung zu ermöglichen, wenn keine qualifizierten Dolmetscher*innen zur Verfügung stehen.

Die Gründe für die Verbreitung dieser Form des Dolmetschens sind vielfältig: Neben akuten Versorgungslücken spielen auch Vertrauen und emotionale Nähe eine Rolle (vgl. Schouten et al., 2012). Viele Patient*innen fühlen sich wohler, wenn ihnen vertraute Personen sprachlich zur Seite stehen. Gleichzeitig übernehmen Angehörige die Dolmetschfunktion oft aus einem Pflichtgefühl (vgl. Rosenberg et al., 2008: 91).

Trotz dieser pragmatischen Vorteile ist der Einsatz von Angehörigen, und insbesondere von Kindern als Dolmetscher*innen, problematisch. Studien zeigen, dass es zu fehlerhaften Übersetzungen, Auslassungen sensibler Inhalte oder Verzerrungen kommt, insbesondere wenn medizinische Fachsprache verwendet wird (vgl. Flores et al., 2003; Angelelli, 2004; Youdelman, 2013). Zudem kann die emotionale Belastung der Kinder, die in unangemessene Gespräche eingebunden werden, zu psychischen und sozialen Problemen führen (vgl. Orellana et al., 2003; Valdés, 2003). Darüber hinaus können Machtverhältnisse innerhalb der Familie, fehlende emotionale Distanz oder mangelnde Sprachkompetenz die Kommunikation zusätzlich belasten.

Auch ethische Fragen, etwa beim Dolmetschen intimer oder belastender Diagnosen, stehen im Raum (vgl. Nevado Llopis et al., 2024: 143).

Insgesamt zeigt sich, dass der Einsatz von Familienmitgliedern in vielen Situationen eine gängige Praxis darstellt, jedoch aus fachlicher und gesundheitssystemischer Perspektive mit gewissen Einschränkungen und Herausforderungen verbunden ist.

2.2.2. Ehrenamtliche Dolmetscher*innen

Die Rolle der ehrenamtlichen Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen ist eine weit verbreitete Praxis, die aufgrund von Ressourcenmangel und der Notwendigkeit, sprachliche Barrieren zu überwinden, häufig eingesetzt wird (vgl. Aguilar Solano, 2015). Diese Dolmetscher*innen, die oft ohne formale Ausbildung arbeiten, übernehmen die Aufgabe, Migrant*innen und anderen Patient*innen mit unzureichenden Sprachkenntnissen bei der Kommunikation mit medizinischem Personal zu helfen und werden häufig von NGOs, Gemeindeorganisationen oder sogar Gesundheitseinrichtungen eingesetzt (vgl. Pérez-Luzardo Díaz und Fernández Pérez, 2018: 77f.).

Die Motivation für ehrenamtliche Dolmetscher*innen ist vielfältig. Viele engagieren sich aufgrund eines starken sozialen und politischen Bewusstseins, wobei neben Empathie und Mitgefühl auch der Wunsch, soziale Verbindungen zu stärken und ihren Platz in der Gemeinschaft zu festigen, eine Rolle spielt (vgl. Aguilar-Solano, 2015: 137). In einigen Fällen, wie etwa in Abtreibungskliniken, ist die Motivation aktivistisch und politisch geprägt, da Dolmetschende das Gefühl haben, durch ihre Arbeit zur Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten für marginalisierte Personen beizutragen (vgl. Pöllabauer et al., 2024). Solche Dolmetschenden erleben ihre Arbeit nicht nur als eine Notwendigkeit, sondern als eine Form von sozialer Verantwortung.

Jedoch werden ehrenamtliche Dolmetscher*innen bei ihrer Tätigkeit mit Herausforderungen und ethischen Fragen konfrontiert. Basalamah (2021) betont, dass die ethischen Dilemmata im Ehrenamt, wie etwa die Unsicherheit hinsichtlich der Vertraulichkeit oder der Verantwortung für fehlerhafte Übersetzungen, nicht unbeachtet bleiben sollten. Die fehlende formale Ausbildung und der oftmals informelle Kontext der Dolmetschtätigkeit können zu Missverständnissen und unzureichender Patient*innenversorgung führen, was insbesondere im Gesundheitsbereich problematisch ist (vgl. Foulquié Rubio et al., 2018). Trotz dieser Risiken bleibt der ehrenamtliche Einsatz aufgrund der Notwendigkeit, Ressourcen zu maximieren, eine weit verbreitete Praxis.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ehrenamtliche Dolmetschende in der sprachlichen Vermittlung im Gesundheitswesen von Bedeutung sind, mit dieser Tätigkeit jedoch auch Herausforderungen in Bezug auf Ethik und Professionalität einhergehen. Das Fehlen einer formalen Ausbildung und die oft unklaren Grenzen der Verantwortung sind weiterhin offene Themen, die die Qualität und Effektivität dieser Art der Sprachmittlung beeinflussen.

2.2.3. Zweisprachiges Krankenhauspersonal

Eine weitere häufige Form des nicht-professionellen Dolmetschens im Gesundheitswesen ist der Einsatz von zweisprachigem Krankenhauspersonal. Dabei übernehmen etwa Pflegekräfte, Ärzt*innen oder auch andere Mitarbeitende wie z.B. aus der Verwaltung und Reinigungskräfte (vgl. Pöchhacker und Kadric, 1999; Moreno et al., 2007), die über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, zusätzlich zur eigentlichen beruflichen Tätigkeit auch Dolmetschaufgaben.

Dieses Phänomen ist weit verbreitet, insbesondere in Regionen mit hohem Migrationsanteil, in denen der Bedarf an professionellen Dolmetschdiensten groß ist, aber entsprechende Ressourcen fehlen (vgl. Foulquié Rubio et al., 2018). Der Einsatz von zweisprachigem Personal wird oft als pragmatische Lösung angesehen, um Kommunikationsbarrieren zu überwinden, ohne zusätzliche Kosten zu verursachen.

Moreno et al. (2007) führten in einem großen integrierten Gesundheitssystem in den USA eine umfassende Sprachkompetenzbewertung von sogenannten „dual-role“-Mitarbeitenden durch, die neben ihren administrativen oder klinischen Aufgaben auch dolmetschten. Die Ergebnisse zeigten, dass rund ein Fünftel dieser Mitarbeitenden nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügte, um zuverlässig in medizinischen Gesprächen zu dolmetschen, was das Risiko von Missverständnissen und Übersetzungsfehlern deutlich erhöht. Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit, die Sprachkompetenz von zweisprachigem Personal systematisch zu testen, bevor sie in sensiblen Kommunikationssituationen eingesetzt werden (vgl. Moreno et al., 2007).

Darüber hinaus berichten Roat und Crezee (2015), dass die notwendige Balance zwischen medizinischem Fachwissen und sprachlicher Vermittlungskompetenz in der Praxis oft schwer zu erreichen ist. Ohne entsprechendes Training fehlt es dem Personal häufig an Kenntnissen über Dolmetschprotokolle, Ethikrichtlinien und kultursensible Kommunikation – alles Elemente, die für eine qualitativ hochwertige Sprachmittlung im Gesundheitswesen entscheidend sind.

Trotz dieser Herausforderungen bleibt der Einsatz von zweisprachigem Personal in vielen Gesundheitseinrichtungen eine gängige Praxis, vor allem mangels flächendeckender professioneller Strukturen. Studien wie die von Pöchhacker und Kadric (1999) und Moreno et al. (2007) zeigen, dass dieses Modell zwar kurzfristig entlastet, langfristig jedoch keine nachhaltige Lösung zur Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu medizinischer Versorgung für alle Patient*innen darstellt.

2.2.4. Interkulturelle Mittler*innen

Interkulturelle Mittler*innen stellen eine besondere Form der nicht-professionellen Sprachmittlung im Gesundheitswesen dar. Ihre Tätigkeit geht über das reine Dolmetschen hinaus: Sie vermitteln bei interkulturellen Missverständnissen, unterstützen Fachkräfte durch kulturspezifische Beratung und helfen Patient*innen bei der Orientierung im Gesundheitssystem (vgl. Vargas Urpi, 2013: 44). Durch diese hybride Rolle, die sprachliche Vermittlung mit kultureller Begleitung und sozialer Unterstützung verbindet, unterscheiden sie sich sowohl von professionellen Dolmetscher*innen als auch von anderen Formen nicht-professioneller Sprachmittlung wie Angehörigen oder Freiwilligen.

Der Einsatz interkultureller Mittler*innen ist vor allem in Ländern mit einer hohen Diversität unter den Patient*innen verbreitet, wie in Spanien und Italien (vgl. Vargas Urpi, 2013; Baraldi und Gavioli, 2016). Diese Personen stammen häufig selbst aus den betreffenden Migrationsgemeinschaften, sprechen die Sprache der Patient*innen und kennen deren kulturellen Hintergrund aus eigener Erfahrung (vgl. Mladovsky et al., 2012). Diese doppelte Kompetenz – sprachlich und kulturell – macht sie besonders wertvoll für die Kommunikation im Gesundheitsbereich, insbesondere bei sensiblen Themen, und wird in vielen Fällen gegenüber professionellen Dolmetscher*innen bevorzugt (vgl. Baraldi und Gavioli, 2016: 35).

Ein zentrales Merkmal interkultureller Mediation im Gesundheitswesen ist die Heterogenität hinsichtlich der Ausbildung des eingesetzten Personals. Während einige Mittler*innen spezifische Schulungen absolvieren, verfügen viele andere über keinerlei formale Qualifikation in den Bereichen Sprachmittlung oder Gesundheitskommunikation. Ihre Tätigkeit basiert oftmals lediglich auf eigenen sprachlichen und kulturellen Erfahrungen (vgl. Vargas Urpi, 2013). Dies führt zu erheblichen Unterschieden in der Qualität und Professionalität ihrer Arbeit. Die fehlende Standardisierung erschwert zudem die institutionelle Anerkennung dieser Rolle und behindert eine systematische Integration in die Versorgungsstrukturen.

Ein weiterer bedeutender Unterschied zwischen interkulturellen Mittler*innen und professionellen Dolmetscher*innen liegt in der unterschiedlichen Ausgestaltung ihrer Rollen. Mittler*innen handeln mit größerer Autonomie, etwa bei der Steuerung der Gesprächsbeiträge (Turns) innerhalb der Kommunikationssituation. Diese Handlungsfreiheit kann jedoch auch Risiken bergen: Je nachdem, wie sie diese Autonomie nutzen, kann die Kommunikation scheitern, was sich negativ auf das Verhältnis zwischen medizinischem Personal und Patient*innen auswirken kann (vgl. Baraldi und Gavioli, 2017: 88).

Dennoch zeigt sich, dass interkulturelle Mittler*innen – sofern sie gut geschult und in den klinischen Ablauf eingebunden sind – einen wichtigen Beitrag zur kultursensiblen und patient*innenzentrierten Versorgung leisten können. Sie erweitern die klassische Dolmetschrolle um eine interkulturelle Komponente, die im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnt (vgl. Verrept, 2008).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nicht-professionelle Dolmetschende im Gesundheitswesen in vielfältiger Form auftreten – von Familienangehörigen und Freund*innen über freiwillige Helfer*innen bis hin zu zweisprachigem Personal und interkulturellen Mittler*innen. Ihre Existenz und ihr Einsatz resultieren häufig aus strukturellen Lücken in der professionellen Sprachmittlung sowie aus pragmatischen Überlegungen in Einrichtungen mit begrenzten Ressourcen. Auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde eine besondere Form von NPD identifiziert: mehrsprachige Mitarbeiter*innen, die im Krankenhaus angestellt sind und neben administrativen Tätigkeiten regelmäßig dolmetschen – ohne jedoch über eine spezifische Ausbildung im Bereich Translation zu verfügen. Diese Profile spiegeln die Realität vieler Gesundheitseinrichtungen wider, in denen Sprachmittlung oft situativ und personenabhängig organisiert wird, was sowohl Chancen (z. B. Flexibilität, unmittelbare Verfügbarkeit, Vertrauensbasis durch bestehende Beziehung) als auch Herausforderungen (z. B. fehlende Neutralität, mangelnde Dolmetschkompetenz, Gefahr von Fehlinformationen) mit sich bringt.

2.3. Nicht-professionelles Dolmetschen im spanischen Gesundheitswesen

In Spanien ist der Einsatz nicht-professioneller Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich weit verbreitet und stellt vielerorts die einzige Lösung zur Überwindung sprachlicher Barrieren dar. Die institutionelle Verankerung professioneller Sprachmittlung ist – wie bereits im vorherigen Kapitel erläutert – bislang nicht ausreichend entwickelt, was zur Folge hat, dass zahlreiche Krankenhäuser auf ad-hoc Lösungen zurückgreifen.

Mehrere Studien haben diesen Umstand in verschiedenen Regionen Spaniens dokumentiert. Foulquié Rubio (2018) beschreibt die Situation in der Region Murcia, in der sich auch das

Krankenhaus befindet, das Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist. Sie weist auf einen allgemeinen Mangel an Professionalisierung im Gesundheitsbereich hin. In dieser Region wird häufig auf die bereits erwähnten Ad-hoc-Dolmetscher*innen wie Freund*innen, Familienangehörige oder sogar Kinder zurückgegriffen.

Auf den Einsatz von Kindern als sogenannte „language brokers“ in Spanien gehen Nevado Llopis et al. (2024) in ihrer Studie ein, die auf der Auswertung von Erfahrungsberichten basiert. Sie zeigen auf, dass minderjährige Sprachmittler*innen oft eine zentrale Rolle in medizinischen Gesprächen übernehmen müssen, was sowohl ethische als auch kommunikative Herausforderungen mit sich bringt.

Die Lösungen zur Sprachmittlung variieren stark je nach Krankenhaus oder medizinischer Einrichtung, da es weder eine einheitliche Regulierung noch verbindliche Standards gibt. Das Spektrum reicht von fest angestellten Dolmetscher*innen für bestimmte Sprachen über Agenturdienste, freiwillige Mittler*innen aus Vereinen, Telefondolmetschdienste und NGO-Freiwillige bis hin zur – in den meisten Fällen üblichen – Nutzung Ad-hoc-Dolmetscher*innen. Mitunter wird auch von den Patient*innen erwartet, dass sie eigene Dolmetscher*innen mitbringen (vgl. Foulquié Rubio, 2018: 140ff.).

Auch in der Untersuchung von Ugarte Ballester und Vargas Urpi (2018) über Krankenhäuser in Katalonien wird deutlich, dass informelle Dolmetscher*innen eine zentrale Rolle in der Kommunikation mit Patient*innen ohne ausreichende Spanischkenntnisse spielen – insbesondere bei Sprachgruppen wie Arabisch, Chinesisch oder Urdu, für die es kaum professionelle Angebote gibt. Im Fokus stehen vor allem interkulturelle Mittler*innen, deren Rolle besonders im katalanischen Kontext stark ausgeprägt ist. Gleichzeitig wird in Foulquié Rubio et al. (2018) deutlich, dass Mittler*innen auch in anderen Regionen Spaniens Anwendung findet, was die bereits im vorherigen Abschnitt thematisierte Präferenz für diese Art von Sprachmittlung in Ländern wie Spanien und Italien nochmals unterstreicht.

In einigen Regionen Spaniens, wie zum Beispiel den Kanarischen Inseln, die einen bedeutenden Tourismussektor aufweisen, wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass Krankenhauspersonal mit Sprachkenntnissen zur sprachlichen Unterstützung von ausländischen Patient*innen herangezogen wird (Pérez-Luzardo Díaz und Fernández Pérez, 2018: 69).

Ein wiederkehrendes Thema in diesen Studien ist der Mangel an spezifischer Ausbildung bei den eingesetzten Sprachmittler*innen. Zwar verfügen viele über brauchbare Sprachkenntnisse, jedoch fehlen ihnen häufig medizinisches Fachvokabular, Kenntnisse über ethische

Standards und Dolmetschtechniken. Diese Defizite können zu Missverständnissen oder unvollständiger Informationsweitergabe führen und letztlich die Patientensicherheit gefährden (vgl. Foulquié Rubio et al., 2018).

Die Forschungslage zeigt deutlich, dass nicht-professionelles Dolmetschen in Spanien nicht nur eine Übergangslösung ist, sondern vielerorts systematisch zum Alltag gehört. Der Bedarf an professionellen, gut ausgebildeten Dolmetscher*innen wird zunehmend anerkannt – dennoch bleibt in vielen Regionen der Rückgriff auf nicht-professionelle Sprachmittlung aus strukturellen und finanziellen Gründen die Regel.

Die rasante Zunahme von Migration und interkulturellen Begegnungen in den letzten Jahrzehnten hat dazu geführt, dass das Thema immer mehr an Bedeutung gewonnen hat. Die Entwicklung von NPD als Forschungsthema spiegelt die zunehmende Notwendigkeit wider, die Sprachbarrieren in globalisierten Gesellschaften zu überwinden, insbesondere in sensiblen Bereichen wie der medizinischen Versorgung.

3. Boundary Work

Wie in den vorangegangenen Kapiteln zu Dolmetschen im Gesundheitswesen und zu nicht-professionellem Dolmetschen aufgezeigt wurde, stellt die mangelnde akademische Ausbildung und Standardisierung ein zentrales Kriterium für die Abgrenzung und Problematisierung dieser Dolmetschformen dar. Auf dieser Grundlage aufbauend wird im folgenden Kapitel das theoretische Konzept des *boundary work* vorgestellt, das die Analyse der in dieser Arbeit untersuchten Fragestellungen fundiert.

1983 führte der Wissenschaftssoziologe Thomas Gieryn erstmals diesen Begriff ein. Um ein umfassendes Verständnis dieses Ansatzes zu ermöglichen, werden zunächst der Entstehungskontext sowie die Bereiche beleuchtet, in denen sich das Konzept im Laufe der Zeit weiterentwickelt hat. Zudem wird untersucht, welche Forschungsfelder es maßgeblich beeinflusst und in welchen Anwendungen es besondere Relevanz gewonnen hat.

Anschließend wird ein Überblick darüber gegeben, wie das Konzept des *boundary work* in der Translationswissenschaft angewendet wurde und wird, von seinen ersten Auftreten bis hin zu aktuellen Fragestellungen.

3.1. Einführung in Boundary Work und seine geschichtliche Entwicklung

3.1.1. Historische Wurzeln und theoretische Grundlagen nach Gieryn

Das Konzept *boundary work* wurde erstmals 1983 von dem Wissenschaftssoziologen Thomas Gieryn geprägt. Gieryn definierte *boundary work* als die symbolischen und strategischen Aktivitäten, durch die Akteur*innen Grenzen zwischen verschiedenen Wissensbereichen, Rollen oder Institutionen ziehen, um bestimmte Positionen zu legitimieren und andere auszugrenzen (vgl. Gieryn, 1983: 782). Ursprünglich entwickelte Gieryn das Konzept, um die Abgrenzung der Wissenschaft von anderen gesellschaftlichen Bereichen wie Religion, Politik oder Pseudowissenschaften zu analysieren. Er beschrieb, wie diese Grenzziehungen genutzt werden, um die Glaubwürdigkeit, Autorität und Legitimität wissenschaftlicher Arbeit zu sichern (vgl. Gieryn, 1983: 784).

Gieryns Definition bildet die Grundlage für zahlreiche spätere Studien, die das Konzept erweitert und auf andere Kontexte angewendet haben. Ein zentraler Aspekt seines Ansatzes ist, dass Grenzen keine objektiven oder festen Einheiten sind, sondern soziale Konstrukte, die in spezifischen Situationen aktiv geschaffen und aufrechterhalten werden (vgl. Gieryn, 1983: 792). Gieryn beschreibt *boundary work* in einem seiner späteren Werke als „the discursive at-

tribution of selected qualities to scientists, scientific methods, and scientific claims for the purpose of drawing a rhetorical boundary between science and some less authoritative residual non-science.“ (Gieryn 1999: 4f.)

Ein weiterer zentraler Aspekt von *boundary work* ist seine Funktion als stilistisches Mittel für ideologische Prozesse innerhalb von Berufen oder Professionen (vgl. Gieryn, 1983: 791). *Boundary work* wird häufig genutzt, um bestimmte Ziele im Kontext von Professionalisierung zu erreichen:

- Expansion von Autorität und Expertise: Wenn das Ziel darin besteht, den Einfluss einer Profession auf andere Domänen auszudehnen, wird *boundary work* eingesetzt, um einen klaren Kontrast zu konkurrierenden Gruppen oder Berufen zu schaffen. Dieser Kontrast wird oft so gestaltet, dass die eigene Profession in einem vorteilhaften Licht erscheint und ihre Legitimität unterstrichen wird (vgl. Gieryn, 1983: 791).
- Monopolisierung von Autorität und Ressourcen: *Boundary work* kann dazu dienen, Rival*innen oder Konkurrenz innerhalb einer Profession auszugrenzen, indem sie als „Outsider“ deklariert werden. Begriffe wie „pseudo“, „deviant“ oder „amateur“ sind typische Labels, die in solchen Kontexten verwendet werden, um die Legitimität der Konkurrenz infrage zu stellen und den Zugang zu Ressourcen und Einfluss zu monopolisieren (vgl. Gieryn, 1983: 792).
- Schutz der Autonomie: Ein weiteres Ziel von *boundary work* ist der Schutz der Autonomie innerhalb professioneller Aktivitäten. Dies geschieht häufig, indem Verantwortung für negative Konsequenzen der Arbeit nach außen verschoben wird. Externe Akteur*innen dienen dabei als Schuldige, um die eigene Gruppe vor Kritik zu schützen und zu entlasten (vgl. Gieryn, 1983: 792).

Diese strategischen Anwendungen von *boundary work* sind eng mit allgemeinen Merkmalen des Professionalisierungsprozesses verbunden. Daher findet sich dieses Konzept nicht nur in klassischen Berufen wie der Medizin, sondern auch in Bereichen wie Kunst und Handwerk. Die Analyse dieser Dynamiken zeigt, wie flexibel und zugleich mächtig *boundary work* als Werkzeug zur Grenzziehung und Machtkonsolidierung innerhalb sozialer und professioneller Felder eingesetzt werden kann.

Gieryn (1983: 791) erwähnt, dass *boundary work* ähnlich wie das literarische Stilmittel der Foil, bei dem eine Kontrastfigur genutzt wird, um die Eigenschaften einer Hauptfigur stärker hervorzuheben, funktioniert. Ein bekanntes Beispiel ist die Dynamik zwischen Sherlock Holmes und Dr. Watson. Während Sherlock durch seine brillante, aber oft exzentrische und

emotional distanzierte Art auffällt, hebt Watsons bodenständige, rationale und empathische Persönlichkeit diese Eigenschaften noch deutlicher hervor. Übertragen auf *boundary work* bedeutet dies, dass durch die Abgrenzung zwischen „Innen“ (professionell, legitim) und „Außen“ (nicht-professionell, unqualifiziert) die Identität und die Werte der eigenen Gruppe klarer definiert und betont werden. Die Differenz macht die eigene Position sichtbar und stärkt sie zugleich (vgl. Gieryn, 1983: 791).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Konzept des *boundary work* zentrale Aspekte wie Abgrenzung, Verteidigung und Aushandlung umfasst. Abgrenzung bezieht sich dabei auf die Unterscheidung zwischen „Innen“ und „Außen“, etwa zwischen professionellen und nicht-professionellen Akteur*innen, um klare Rollen und Zuständigkeiten zu definieren. Die Verteidigung zielt darauf ab, bestehende Grenzen zu wahren, um Legitimität und Kontrolle innerhalb eines bestimmten Bereichs zu sichern. Dabei zeigt sich, dass Grenzen keineswegs starr sind, sondern durch dynamische und kontextabhängige Aushandlungsprozesse entstehen und immer wieder neu definiert werden.

3.1.2. Entwicklung, zentrale Beiträge und Perspektiven

Nach Gieryns Einführung des Begriffs haben zahlreiche Wissenschaftler*innen das Konzept weiterentwickelt und angepasst. Für Michèle Lamont (1993: 2) sind „boundaries [...] types of lines that men draw when they categorize people.“ Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, spielt der Vergleich zwischen zwei Gruppen eine zentrale Rolle. In Publikationen zum *boundary work* wird häufig auf die Unterscheidung zwischen „uns“ und „ihnen“ („us“ and „them“) eingegangen, um das Konzept verständlich zu erklären (vgl. Lamont, 1995: 350; Grbic, 2010: 109).

Lamont und Molnár (2002: 168f.) erweitern das Konzept, indem sie zwischen symbolischen und sozialen Grenzen unterscheiden. Während symbolische Grenzen (*symbolic boundaries*) auf Ideen, Werte oder Diskurse verweisen, manifestieren sich soziale Grenzen (*social boundaries*) in institutionellen Strukturen und Praktiken. In ihrer Arbeit untersuchen die Autoren das Thema der Grenzen in verschiedenen Disziplinen, darunter soziale und kollektive Identität, soziale Ungleichheiten im Hinblick auf Klasse, Ethnie und Geschlecht, berufliche Abgrenzungen, Wissens- und Wissenschaftsbereiche sowie die Konstruktion von Gemeinschaften, nationaler Identität und räumlichen Grenzen (vgl. Lamont und Molnár, 2002).

In ihrer Arbeit zu „boundary objects“ betonen Star und Griesemer (1989: 393) die Rolle von Gegenständen oder Konzepten, die zwischen verschiedenen sozialen Welten vermitteln und

eine gemeinsame Grundlage für die Zusammenarbeit schaffen, ohne dass alle Akteur*innen dieselben Bedeutungen teilen müssen.

Abbott (1988) legt den Fokus auf professionelle Grenzen (*professional boundaries*) und analysiert, wie Berufe ihre Zuständigkeiten durch *boundary work* abstecken und Konflikte mit anderen Berufsgruppen lösen.

Für diesen Zusammenhang sind insbesondere die Grenzen relevant, die Berufe betreffen. Diese stehen erneut in direkter Beziehung zur Wissenschaft, dem Ursprung dieser Theorie. Lamont und Molnár (2002) betonen, dass die Forschung über Grenzen im Bereich der Berufe bis heute eine der einflussreichsten ist, vor allem, weil der Begriff der Profession selbst als Antwort auf ein Demarkationsproblem entstanden ist. Das Problem der Demarkation oder Grenzziehung zwischen „besonderen“ und „gewöhnlichen“ Berufen zielt darauf ab, die Frage zu beantworten, was ein Beruf zu einer Profession macht und wie er sich von anderen beruflichen Beschäftigungen unterscheidet (vgl. Lamont und Molnár, 2002: 177).

Diese Unterscheidung lässt sich auch auf das Forschungsfeld dieser Arbeit, die Translationswissenschaft, übertragen. Angelelli (2019) thematisiert im Kontext des Dolmetschens im Gesundheitswesen den Unterschied zwischen Profession (*profession*) und Beruf (*occupation*). Während Beruf jede Form beruflicher Tätigkeit umfassen kann, ist eine Profession durch ein höheres Maß an Spezialisierung, eine formale Ausbildung sowie ethische Standards gekennzeichnet (vgl. Angelelli, 2019: 12f.).

Diese Entwicklungen zeigen, dass *boundary work* nicht nur in der Wissenschaftssoziologie, sondern auch in anderen Bereichen wie der Berufssoziologie, der Organisationsforschung und der interkulturellen Kommunikation an Bedeutung gewonnen hat.

Mit der Zeit wurde das Konzept auf zahlreiche neue Kontexte angewandt. Heute umfasst *boundary work* eine breite Palette von Bereichen: von professionellen Kontexten über Organisationsforschung und interkulturelle Kommunikation bis hin zu digitalen Räumen.

3.2. Boundary Work im beruflichen Umfeld

Boundary work ist ein zentraler Bestandteil beruflicher Interaktionen, da es die Abgrenzung von Zuständigkeiten, Rollen und Kompetenzen sowohl zwischen als auch innerhalb von Berufen ermöglicht. Dieses Konzept hilft, die Dynamiken in professionellen Kontexten zu verstehen, indem es die Mechanismen aufzeigt, mit denen soziale und symbolische Grenzen geschaffen, aufrechterhalten oder verschoben werden (vgl. Lamont und Molnár, 2002).

In beruflichen Kontexten geht es oft darum, klare Grenzen zwischen unterschiedlichen Zuständigkeiten und Rollen zu ziehen. Diese Grenzen dienen nicht nur dazu, die Effizienz und

Organisation innerhalb von Arbeitsumfeldern zu gewährleisten, sondern auch, die Legitimität und Autorität bestimmter Berufe zu schützen. *Boundary work* wird dabei strategisch genutzt, um: Aufgabenbereiche zu definieren, Machtverhältnisse zu wahren und die professionelle Autonomie zu sichern (vgl. Gieryn, 1983).

Die Grenzziehung ist jedoch selten statisch. Stattdessen unterliegt sie einem ständigen Aushandlungsprozess, der durch Faktoren wie technologische Entwicklungen, Globalisierung und organisatorische Veränderungen beeinflusst wird (vgl. Lamont und Molnár, 2002). Dieses Kapitel beleuchtet verschiedene Aspekte von *boundary work* in beruflichen Kontexten und zeigt auf, wie Grenzen gestaltet werden, welche Herausforderungen entstehen und welche Auswirkungen diese auf Beschäftigte und Organisationen haben.

3.2.1. Beruf, Profession und Professionalisierung

Bevor das Konzept des *boundary work* und dessen Bezug zu Berufen betrachtet wird, ist es wichtig, zunächst zu klären, was unter den Begriffen Beruf, Profession und Professionalisierung zu verstehen ist.

Ein Beruf umfasst ein breites Spektrum von Tätigkeiten, die nicht zwingend als professionell gelten müssen. Laut Schmeiser (2006: 301) sind Berufe allgemeinere Arbeitsfelder, die oft weniger formalisierte Standards und gesellschaftliche Anerkennung besitzen als Professionen und benutzt somit „akademische Berufe“ als Synonym für Profession.

Eine Profession kann als spezialisierter Teil eines interaktiven Systems verstanden werden, das um gesellschaftliche und politische Akzeptanz ringt. Abbott (1988) beschreibt Professionen als Einheiten, die sich durch exklusives Wissen und die Fähigkeit auszeichnen, spezifische Probleme zu lösen. Sie kämpfen um Zuständigkeiten und streben danach, ihre Position in einem ökologischen System von Berufen und Tätigkeiten zu legitimieren.

Professionalisierung bezeichnet die Prozesse, durch die ein Beruf zu einer Profession wird. Diese Entwicklung beinhaltet oft: Die Etablierung spezifischer Standards; die Institutionalisierung von Ausbildungs- und Zertifizierungssystemen; die Implementierung von Mechanismen zur Kontrolle über ein Tätigkeitsfeld. Abbott (1995) modelliert die Dynamik der Professionalisierung als ein ökologisches System, in dem Berufe und Professionen durch Konflikte und Verhandlungen geformt werden. Hierbei spielen sowohl interne als auch externe Einflüsse eine entscheidende Rolle (vgl. Abbott, 1995).

Diese Unterscheidung verdeutlicht, dass Beruf, Profession und Professionalisierung keine statischen Konzepte sind, sondern vielmehr dynamische und historisch-kulturell geprägte Prozesse beschreiben.

3.2.2. Grenzziehung zwischen Berufen

Eine der zentralen Funktionen von *boundary work* ist die Grenzziehung zwischen Berufen, die insbesondere bei der Professionalisierung und dem Wettbewerb um Zuständigkeiten deutlich wird (vgl. Parkin, 1974; Abbott, 1988).

Berufe nutzen *boundary work*, um spezifische Aufgabenbereiche für sich zu beanspruchen und diese als exklusiv darzustellen. Abbott (1988) beschreibt, wie Professionen um „jurisdictional monopolies“ kämpfen, also um die alleinige Zuständigkeit für bestimmte Aufgaben. Ein Beispiel dafür ist die Monopolisierung medizinischer Diagnosen durch Ärzte, die durch ihre spezifische Ausbildung und Berufsstandards legitimiert werden.

Parkin (1974) betont, dass Professionen Bezeichnungen verwenden, um andere Gruppen von bestimmten Tätigkeiten auszuschließen. Dies wird als „soziale Schließung“ (*social closure*) bezeichnet und ist ein zentraler Mechanismus der Professionalisierung. Ein Beispiel für solche abgrenzenden Labels ist der Begriff „Amateur“, wie bereits zuvor mit Verweis auf Gieryn (1983) erwähnt, aber auch Bezeichnungen wie „nicht qualifiziert“ können in diesem Kontext eine Rolle spielen.

Abbott (1988) argumentiert, dass Berufe in einem ökologischen System interagieren, in dem sie kontinuierlich um Legitimität und Zuständigkeiten konkurrieren. Diese Dynamik führt zu ständigen Veränderungen und Verhandlungen der sozialen Grenzen zwischen Berufen.

Innerhalb von Organisationen hilft *boundary work*, die Rollen und Zuständigkeiten von Mitarbeitenden zu definieren. Lamont und Molnár (2002: 179) erklären, dass symbolische Grenzen genutzt werden, um professionelle Autonomie zu sichern. Dies geschieht etwa durch die Einführung von Fachsprachen oder exklusivem Wissen, das den Zugang zur Profession begrenzt.

In interdisziplinären Kontexten, wie etwa der Forschung oder Projektarbeit, können verschwimmende Grenzen zu Unsicherheiten führen. Star und Griesemer (1989: 393) beschreiben hier die Rolle von „boundary objects“ – flexibel interpretierbare Artefakte, die Kommunikation und Kooperation erleichtern, ohne die Autonomie der beteiligten Berufe zu gefährden.

Montgomery und Oliver (2007) bauen auf der Klassifikation von Lamont und Molnár (2002) zu symbolischen und sozialen Grenzen auf und erweitern diese, indem sie zwei spezifische Arten von Grenzen in den Mittelpunkt ihres Modells zur Entstehung beruflicher Abgrenzungen stellen: „entry boundaries“ und „domain boundaries“. *Entry boundaries* bestimmen den Zugang zu einem Berufsfeld, indem sie Anforderungen wie Ausbildung, Zertifikate oder die Mitgliedschaft in Berufsverbänden festlegen. Sie regulieren, wer als Teil einer Profession gilt.

Domain boundaries hingegen definieren den inhaltlichen Zuständigkeitsbereich einer Profession, also welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten ihr zugewiesen werden und welche nicht (vgl. Montgomery und Oliver, 2007: 663).

Boundary work ist in beruflichen Kontexten dynamisch und wird durch externe Faktoren wie technologische Entwicklungen, Globalisierung und organisatorische Veränderungen beeinflusst. Die Akteur*innen müssen in solchen Fällen neue Grenzen aushandeln, um ihre Rollen im Umgang mit den jeweiligen Entwicklungen zu definieren.

In multikulturellen Arbeitsumfeldern können unterschiedliche Vorstellungen von Hierarchie und Verantwortung zu Konflikten führen. *Boundary work* wird hier genutzt, um kulturelle Unterschiede entweder zu überbrücken oder zu betonen (vgl. Lamont und Molnár, 2002).

Vallas (2001: 14ff.) hebt hervor, dass *boundary work* nicht nur zwischen Berufen, sondern auch zwischen Hierarchieebenen stattfindet. Am Beispiel von Ingenieur*innen und Facharbeitenden in der Industrie zeigt er, wie technisches Wissen als symbolisches Kapital genutzt wird, um Machtverhältnisse zu festigen (vgl. Vallas, 2001).

Schließlich kann festgestellt werden, dass *boundary work* Auswirkungen sowohl auf Beschäftigte als auch auf Organisationen hat. Einerseits beeinflusst *boundary work* die Identitätsbildung und das Zugehörigkeitsgefühl von Mitarbeitenden. Gleichzeitig kann es durch unklare oder stark umkämpfte Grenzen zu Unsicherheiten und Stress führen (vgl. Collins, 2019: 230ff.). Andererseits profitieren Organisationen von klaren Grenzen, da sie Konflikte minimieren und die Effizienz steigern können. Gleichzeitig kann übermäßige Abgrenzung die Zusammenarbeit behindern und Innovationsprozesse einschränken (vgl. Star und Griesemer, 1989).

Boundary work bleibt ein zentraler Mechanismus, um die Dynamiken beruflicher Interaktionen und die Strukturierung von Arbeitsumfeldern zu verstehen. Die zunehmende Globalisierung und Digitalisierung stellt bestehende Grenzen infrage, bietet jedoch auch neue Möglichkeiten zur Aushandlung und Gestaltung von Zuständigkeiten. Die Forschung, darunter die Arbeiten von Abbott (1988), Vallas (2001), Lamont und Molnár (2002) sowie Montgomery und Oliver (2007) hat maßgeblich zur Weiterentwicklung dieses Konzepts und seiner Anwendung im beruflichen Kontext beigetragen.

3.3. Boundary Work in der Translationswissenschaft

Boundary work, ein Konzept, das ursprünglich in den Wissenschaftssoziologien entwickelt wurde, hat auch in der Translationswissenschaft Anwendung gefunden, insbesondere in den Arbeiten von Grbić (2010, 2023). Es beschreibt die Praxis der Abgrenzung und Klassifikation, die wir in vielen Lebensbereichen und Disziplinen vornehmen, um Kategorien zu schaffen und

Ordnung in komplexe Systeme zu bringen. Das zeigt sich auch deutlich in der Translationswissenschaft.

Eine Art dieser Kategorisierung innerhalb der Translationswissenschaft fängt schon mit jener zwischen Übersetzen und Dolmetschen an, die bereits früh in der Disziplin etabliert wurde. Innerhalb dieser beiden Hauptbereiche gibt es weitere Unterteilungen in Subdisziplinen, Modi und Settings. Subdisziplinen umfassen beispielsweise literarisches Übersetzen, Fachübersetzen, Konferenzdolmetschen oder Kommunaldolmetschen. Die Modi des Dolmetschens – etwa Simultandolmetschen oder Konsekutivdolmetschen – hängen oft von den spezifischen Anforderungen der Settings ab, wie internationale Konferenzen, Gerichtsverfahren oder medizinische Konsultationen (vgl. Pöchhacker, 2016).

Darüber hinaus wird in der Translationswissenschaft häufig zwischen guter und schlechter Übersetzung oder Interpretation unterschieden, wobei Kriterien wie Genauigkeit, Vollständigkeit und Treue herangezogen werden (vgl. Pöchhacker 2016: 140f.). Solche Bewertungen führen wiederum zu einer Differenzierung zwischen professionellen Akteur*innen und Laien, die ebenfalls in diesen Bereichen tätig sind. Die Abgrenzung erfolgt hier oft über Ausbildung, Zertifizierung und Zugehörigkeit zu Berufsverbänden.

Diese Kategorisierungen verdeutlichen, dass *boundary work* nicht nur für die theoretische Abgrenzung, sondern auch für die Praxis der Translation und die Identitätsbildung der darin tätigen Akteur*innen eine zentrale Rolle spielt. Wie Grbić (2010: 111) schreibt: „to classify is human and it seems indeed to be a human need, but it is not an easy endeavour.”

Wie bereits erwähnt, befasst sich die Translationswissenschaft mit der Unterscheidung und Definition von Disziplinen, Subdisziplinen, Modi und Settings, sowie der Bewertung von Qualität. Eine zentrale Unterscheidung betrifft die Abgrenzung zwischen Übersetzen und Dolmetschen. Bereits seit Schleiermacher (1813) und später durch Kade (1968) wurden Definitionen entwickelt, um diese beiden Tätigkeiten zu unterscheiden. Kade (1968) unterscheidet zwischen Übersetzung und Dolmetschen anhand zweier zentraler Merkmale: Während beim Dolmetschen der Ausgangstext nur einmal präsentiert wird und der Zieltext unter Zeitdruck ohne umfassende Korrekturmöglichkeiten entsteht, ermöglicht die Übersetzung den wiederholten Zugriff auf den Ausgangstext sowie eine sorgfältige Überarbeitung des Zieltextes. Trotz dieser scheinbar klaren Unterscheidung bestehen bis heute Diskussionen über „hybride“ Formen (Grbić, 2010: 112) und disziplinübergreifende Tätigkeiten, die sich nicht eindeutig zuordnen lassen. Ein Beispiel für solche hybriden Disziplinen ist das Gebärdensprachdolmetschen, das sowohl visuelle als auch sprachliche Kompetenzen erfordert, sowie das Schriftdolmetschen, das mündliche Sprache in schriftliche Form überträgt. Diese Tätigkeiten fordern *boundary work*

heraus, da sie weder vollständig in die klassische Kategorie des Übersetzens noch des Dolmetschens passen. Solche hybriden Rollen stellen die Notwendigkeit von Flexibilität und Offenheit in der Disziplin dar, wie Grbić (2010) betont.

Somit betrifft *boundary work* in der Translationswissenschaft nicht nur die Einteilung von Tätigkeiten, sondern auch die Menschen, die in diesen Bereichen arbeiten. Es wird zwischen professionellen und nicht-professionellen Akteur*innen unterschieden, zwischen formal ausgebildeten und informell tätigen Personen. Diese Abgrenzungen wirken sich auf Status, Wahrnehmung und Machtverhältnisse innerhalb der Translationsgemeinschaft aus.

3.3.1. Boundary Work und Professionalisierung in der Dolmetschwissenschaft

Wie bereits angekündigt, zählt die Studie von Grbić (2010) zu den ersten Arbeiten, die sich mit *boundary work* in der Translationswissenschaft befassen, wobei der Schwerpunkt auf dem Gebärdensprachdolmetschen liegt.

Grbićs (2010: 117) Forschung untersucht die Entstehung und Konstruktion des professionellen Feldes des Gebärdensprachdolmetschens in Österreich. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche Prozesse zur Herausbildung dieser Profession beitragen und welche Rolle soziale, kulturelle, historische und wirtschaftliche Faktoren dabei spielen. Untersucht wird, wie diese Rahmenbedingungen die Struktur und Abgrenzung des Berufsfeldes formen (vgl. Grbić, 2010: 118). Grbić geht davon aus, dass Gebärdensprachdolmetscher*innen in Österreich bewusst oder unbewusst Strategien und Techniken des *boundary work* anwenden, um ihr professionelles Feld zu formen und abzugrenzen (vgl. Grbić, 2010: 118f.).

In Bezug auf die Methodologie und die Datenerhebung handelt es sich um eine qualitative Untersuchung. Die Datenbasis besteht aus: Schriftlichen Dokumenten (z. B. historische Aufzeichnungen, berufliche Richtlinien, Berichte) und Interviews mit Dolmetscher*innen, die aus unterschiedlichen beruflichen Hintergründen stammen. Durch diese Methodologie wird rekonstruiert, wie Dolmetscher*innen ihre eigene Geschichte und die ihres Berufes verstehen und welche Perspektiven sie darauf haben (vgl. Grbić, 2010: 119f.).

Grbić untersucht somit, wie und wo Grenzen gezogen werden, die das professionelle Feld definieren. Dazu gehören:

- Grenzen zwischen Gebärdensprachdolmetscher*innen und anderen Berufen: Wie unterscheiden sich Dolmetscher*innen von anderen Professionen in der Praxis und in der Wahrnehmung?
- Grenzen zwischen Dolmetscher*innen und Klient*innen: Welche Rollenverhältnisse werden hier etabliert, und wie wirken sie sich auf die Professionalisierung aus?

- Grenzen zwischen verschiedenen Kategorien von Dolmetscher*innen: Gibt es Differenzierungen innerhalb der Berufsgruppe, etwa aufgrund von Ausbildung, Spezialisierung oder Erfahrung? (vgl. Grbić, 2010: 120).

Grbić spricht von unterschiedlichen Arten von Grenzen, die für die Konstruktion des Berufsfeldes eine Rolle spielen. Darunter findet man zum Beispiel kulturelle, sozio-ökonomische, moralische oder emotionale Grenzen (vgl. Grbić, 2010: 120).

Durch die qualitative Analyse bietet die Arbeit wertvolle Einblicke in die Dynamiken und Herausforderungen der Professionalisierung im Bereich des Gebärdensprachdolmetschens und erweitert unser Verständnis der Rolle von *boundary work* in der Translationswissenschaft.

3.3.2. Weitere Perspektiven auf Boundary Work in der Translationswissenschaft

In späteren Arbeiten befassen sich weitere Autor*innen mit dem Konzept des *boundary work* in der Translationswissenschaft, darunter Koskinen und Dam (2016). Im abschließenden Kapitel der 25. Ausgabe der Fachzeitschrift JoSTrans schreiben die Autorinnen darüber, wie oft gerade Forschende dazu beitragen, Grenzen innerhalb eines spezifischen Fachbereichs zu setzen. In ihrem Fall konzentrieren sie sich auf das Feld der Übersetzung und des Dolmetschens und greifen, wie bereits in Kapitel 3.1.2 erwähnt, die Feststellung auf, dass „Boundaries define who is ‘us’ and who is ‘them’“ (Koskinen und Dam, 2016: 256). Sie diskutieren auch das Konzept von „Insider“ und „Outsider“, das sich aus der Etablierung solcher Grenzen ergibt. Ähnlich wie Grbić in ihrer Studie von 2010 vertreten auch sie die Ansicht, dass viele dieser Grenzen und die Strategien zu ihrer Schaffung (oft unbewusst) als selbstverständlich angesehen werden – beispielsweise die Vorstellung, dass jemand ohne akademische Ausbildung im Bereich der Übersetzung nicht als professionell gilt (vgl. Koskinen und Dam, 2016).

Maialen Marin Lacarta und Mireia Vargas Urpi (2018) verleihen dem Konzept eine andere Perspektive. Während Grbić (2010) vor allem das „Wer“ untersucht – also wer zur Profession gehört, etwa in der Unterscheidung zwischen professionellen und nicht-professionellen Translator*innen – sowie das „Wie“, also den Prozess der Konstruktion dieser Grenzen, richten Marin Lacarta und Vargas Urpi ihren Blick auf das „Was“. Sie analysieren, welche Aufgaben und Rollen als Teil der Profession gelten, welche von den „Insider“ übernommen werden, welche als Aufgaben von „Outsider“ betrachtet werden und wie Übersetzer*innen agieren, wenn sie bewusst Grenzen überschreiten (vgl. Marin Lacarta und Vargas Urpi, 2018: 121). Ihr Fokus liegt dabei auf der literarischen Übersetzung.

Ein bedeutender Beitrag zum Thema findet sich auch im Sammelband *Moving Boundaries in Translation Studies* (2019), in dem der Artikel von Grbić und Kujamäki eine zentrale

Rolle spielt. Die Autorinnen thematisieren, dass sich professionelle und nicht-professionelle Übersetzer*innen und Dolmetscher*innen aufgrund dieser – oft als selbstverständlich erachteten – Barrieren als zwei getrennte Gruppen wahrnehmen (vgl. Grbić und Kujamäki, 2019: 113f.). In ihrem Artikel zeigen sie auf, wie das kontinuierliche Setzen und Überarbeiten von Grenzen dazu beigetragen hat, die Disziplinen zu erweitern, zu monopolisieren und die Autorität darüber zu festigen. Zudem verdeutlichen sie, wie *boundary work* gezielt eingesetzt wurde, um den Begriff der „professionellen“ Übersetzer*innen oder Dolmetscher*innen stärker zu betonen (vgl. Grbić und Kujamäki, 2019: 115).

Eine weitere relevante Publikation zu diesem Thema stammt von Nordberg und Kara (2022), die sich mit „occupational boundary work“ im Bereich des Kommunaldolmetschens befassen. Die Studie konzentriert sich auf die Situation in Finnland und beleuchtet spezifische Herausforderungen und Dynamiken. Ein zentrales Problem, das die Autorinnen hervorheben, sind die Unklarheiten in den Rollen und Verantwortlichkeiten der Beteiligten (vgl. Nordberg und Kara, 2022: 139). Zudem werden Grenzen zwischen sozialer Arbeit und Sprachmittlung analysiert, die sowohl in der Interaktion als auch in der Organisation dieser Tätigkeitsfelder auftreten.

Die Untersuchung basiert auf Reflexionstagebüchern, die im Frühjahr 2022 von 16 Dolmetscher*innen verfasst wurden, sowie auf Interviews mit einem Dolmetschenden. In den Interviews wurden Themen wie der berufliche Status und die Identität, typische Arbeitssituationen im Bereich Kommunaldolmetschen und die Interaktion mit Fachkräften sowie Nutzer*innen sozialer Dienste behandelt (vgl. Nordberg und Kara, 2022: 144). Die Teilnehmenden der Studie hatten unterschiedliche berufliche und ethnische Hintergründe. Die Mehrheit verfügte jedoch entweder über einen formalen Abschluss im Bereich Kommunaldolmetschen oder war in ein entsprechendes akademisches Programm eingeschrieben (vgl. Nordberg und Kara, 2022: 144). Besonderes Augenmerk wurde auf die Frage gelegt, welches Wissen in diesem Berufsfeld besonders geschätzt wird und wie sich hierarchische Strukturen und intersektionale Machtverhältnisse im Kontext der sozialen Dienste entwickeln und aufrechterhalten. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie *boundary work* zur Gestaltung und Wahrnehmung der beruflichen Identität sowie zur Abgrenzung von Aufgabenbereichen beiträgt (vgl. Nordberg und Kara, 2022).

3.3.3. Zusammenfassung und Ausblick: Boundary Work in der Dolmetschwissenschaft

Die Ausführungen in Kapitel 3 zeigen die Breite des Konzepts des *boundary work* und seine Relevanz in verschiedenen Kontexten, inklusive der Translationswissenschaft. Die grundlegende Idee, dass *boundary work* die Prozesse beschreibt, durch die Grenzen zwischen Gruppen,

Rollen oder Disziplinen definiert, aufrechterhalten oder verschoben werden, hat sich als ein wertvolles analytisches Instrument erwiesen. Insbesondere wurde dargelegt, wie diese Grenzen zwischen „Innen“ und „Außen“, zwischen „Professionellen“ und „Nicht-Professionellen“ oder zwischen unterschiedlichen Aufgabenbereichen gezogen werden (vgl. Grbić, 2010).

Der historische Überblick zeigt, dass sich *boundary work* nicht nur auf die Klassifikation von Tätigkeiten und Rollen beschränkt, sondern auch auf die Schaffung von Machtverhältnissen und Hierarchien innerhalb eines beruflichen oder disziplinären Feldes.

Durch Studien wie die von Grbić (2010) wurde hervorgehoben, wie wesentlich *boundary work* für die Professionalisierung von Dolmetsch- und Übersetzungstätigkeiten ist. Grbić legt dabei den Fokus auf die Konstruktion des Berufsbildes und die Strategien, die sowohl bewusst als auch unbewusst zur Abgrenzung von „Innen“ und „Außen“ genutzt werden. Auch spätere Studien, wie die von Koskinen und Dam (2016) sowie Nordberg und Kara (2022), zeigen, dass *boundary work* häufig subtil und unbewusst erfolgt, aber dennoch erhebliche Auswirkungen auf berufliche Identitäten und Machtstrukturen hat.

Der Ausblick auf die Forschung der vorliegenden Arbeit knüpft direkt an diese Erkenntnisse an, verlagert jedoch den Fokus auf den medizinischen Kontext in Spanien. Im Krankenhausumfeld finden komplexe Interaktionen zwischen verschiedenen Berufsgruppen statt, darunter Dolmetscher*innen, Patient*innen, Ärzt*innen und andere medizinische Fachkräfte. Im Mittelpunkt steht dabei einerseits das Verhältnis zwischen professionellen und nicht-professionellen Dolmetscher*innen und andererseits die Beziehung zwischen nicht-professionellen Dolmetscher*innen und den weiteren Akteur*innen in ihrem Arbeitsumfeld. Hierbei wird untersucht, wie diese Interaktionen geprägt sind, welche Grenzen bewusst oder unbewusst gezogen werden und wie diese Dynamiken die Zusammenarbeit und Kommunikation beeinflussen.

Dieses Kapitel schließt somit die theoretische und literaturbasierte Grundlage der Arbeit ab und öffnet den Blick auf die spezifische Anwendung des Boundary-Work-Konzepts in der Forschung.

4. Methodik

Die zuvor dargestellten theoretischen Ansätze zu nicht-professionellem Dolmetschen, Dolmetschen im Gesundheitswesen und *boundary work* bilden den konzeptuellen Rahmen dieser Arbeit. Sie zeigen, wie sich Abgrenzungsprozesse innerhalb der Translationswissenschaft vollziehen und welche Herausforderungen sich speziell im medizinischen Kontext ergeben. Während im Theorieteil zentrale Begriffe und Konzepte grundlegend eingeordnet und abgegrenzt werden, erfolgt in der nachfolgenden Untersuchung eine systematische empirische Analyse der Fragestellungen.

Im folgenden Kapitel wird daher die Methodik der vorliegenden Arbeit dargelegt. Zunächst werden die Forschungsstrategie und das methodische Design erläutert, gefolgt von einer Beschreibung der Datenerhebung und -analyse.

4.1. Qualitative empirische Studie

Die Arbeit basiert auf einer empirischen, qualitativen Untersuchung. Qualitative Forschung zeichnet sich durch ihre Offenheit gegenüber komplexen sozialen Phänomenen aus und ermöglicht es, subjektive Bedeutungen, soziale Praktiken und Interaktionsprozesse detailliert zu analysieren. Im Gegensatz zu quantitativen Methoden, die auf standardisierte Messverfahren setzen, konzentriert sich die qualitative Forschung auf interpretative Ansätze und explorative Fragestellungen. Laut Flick et al. (2004: 25) geht es dabei nicht nur um die Erhebung von Daten, sondern um eine kontextbezogene Analyse, die das Verständnis sozialer Wirklichkeiten vertieft. Qualitative Forschung berücksichtigt zudem, dass soziale Bedeutungen vom Kontext abhängen und nicht losgelöst von Kultur und Gesellschaft verstanden werden können (vgl. Lamnek und Krell, 2016: 44).

Um die Fragestellungen dieser Arbeit zu beantworten, wird eine Fallstudie durchgeführt, die den Fokus auf die medizinische Einrichtung Virgen de la Caridad in Cartagena (Spanien) legt. In dieser Einrichtung wurden vier Dolmetscher*innen in den Forschungsprozess einbezogen und im Rahmen leitfadengestützter Interviews befragt. Diese Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend mithilfe einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Für die systematische Analyse der Daten wird das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) sowie der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) herangezogen. Diese Methoden ermöglichen es, Muster und thematische Schwerpunkte aus dem erhobenen Material herauszuarbeiten und analytisch zu strukturieren.

Die Wahl dieses Forschungsansatzes basiert auf der Möglichkeit, individuelle Perspektiven und soziale Dynamiken detailliert zu erfassen. Dabei steht das Konzept des *boundary work*, das von Gieryn (1983) entwickelt und später von verschiedenen Autor*innen auf die Translationswissenschaft angewandt wurde – insbesondere durch den Beitrag von Grbić (2010, 2023) –, im Mittelpunkt der Analyse. Dieses theoretische Modell wird herangezogen, um Abgrenzungsmechanismen zu identifizieren, die einerseits zur Differenzierung zwischen professionellen und nicht-professionellen Dolmetscher*innen und andererseits zwischen nicht-professionellen Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen und anderen Berufsgruppen (Ärzt*innen, Pflegepersonal, Rezeptionist*innen, technische Mitarbeitende) beitragen.

Darüber hinaus wird nicht nur aus der Perspektive des *boundary work* analysiert, sondern auch die spezifischen Herausforderungen des Dolmetschens im Gesundheitswesen sowie die besonderen Bedingungen, unter denen nicht-professionelle Dolmetscher*innen arbeiten, untersucht. Diese Aspekte wurden in den Kapiteln zu den theoretischen Grundlagen anhand relevanter Literatur, darunter Angelelli (2019) und Antonini et al. (2017), erörtert und dienen hier als Grundlage für die weitere Untersuchung.

4.2. Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zum Verständnis der Wahrnehmung und Strategien nicht-professioneller Dolmetscher*innen in Gesundheitseinrichtungen zu leisten. Diese Personen übernehmen essenzielle kommunikative Vermittlungsaufgaben, obwohl sie über keine formale Ausbildung im Bereich des Dolmetschens verfügen. Ihre Tätigkeit ist durch hohe Anforderungen geprägt, die sowohl sprachliche als auch soziale und ethische Herausforderungen umfassen.

Die Relevanz dieses Themas ergibt sich aus der zunehmenden Bedeutung des nicht-professionellen Dolmetschens im Gesundheitswesen. Angesichts wachsender sprachlicher Diversität in vielen Gesellschaften sind medizinische Einrichtungen immer häufiger auf die Unterstützung von nicht professionellen Dolmetscher*innen angewiesen. Diese übernehmen eine Schlüsselrolle bei der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient*innen, werden dabei jedoch vor spezifische Herausforderungen gestellt, die es zu untersuchen gilt.

Im Rahmen dieser Studie werden insbesondere folgende Aspekte analysiert: Die subjektive Wahrnehmung nicht-professioneller Dolmetscher*innen in ihrem Arbeitsumfeld; die Strategien, die sie anwenden, um sprachliche, interkulturelle und institutionelle Anforderungen

zu bewältigen; die Art und Weise, wie sie sich von professionell ausgebildeten Dolmetscher*innen sowie von anderen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen abgrenzen.

Daraus ergeben sich die folgenden Forschungsfragen:

- Wie erleben und gestalten nicht-professionelle Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen ihre Rolle?
- Welche Strategien nutzen sie, um den Anforderungen gerecht zu werden?
- Inwiefern grenzen sie sich von professionell ausgebildeten Dolmetscher*innen und anderen Mitarbeitenden ab?

Die dritte Fragestellung steht in direktem Zusammenhang mit der Untersuchung von *boundary work*. Grbić (2010: 120) fragt in diesem Kontext: „Where are boundaries established between interpreters and other professions, between interpreters and clients, and between different categories of interpreters?“. Diese Studie knüpft daran an und untersucht, welche Mechanismen der Abgrenzung innerhalb des nicht-professionellen Dolmetschens im Gesundheitswesen wirken.

Zusammenfassend zielt diese Arbeit darauf ab, die Perspektiven nicht-professioneller Dolmetscher*innen sichtbar zu machen, ihre Herausforderungen und Strategien zu analysieren und die Dynamiken der beruflichen Abgrenzung in ihrem Tätigkeitsfeld zu beleuchten.

4.3. Untersuchungsfeld: Dolmetschen im Krankenhaus Virgen de la Caridad

In diesem Abschnitt wird das Untersuchungssetting der Studie vorgestellt: das Krankenhaus Virgen de la Caridad in Cartagena, Spanien. Dabei werden die geographische Lage, die Art der Einrichtung sowie die Dolmetschpraxis innerhalb des Krankenhauses beschrieben.

Das Virgen de la Caridad befindet sich in der Stadt Cartagena, in der Region Murcia im Südosten Spaniens. Cartagena ist eine Hafenstadt mit einer bedeutenden internationalen Bevölkerung. Laut Daten des Centro Regional de Estadística de Murcia (2022) leben im Gebiet von Cartagena rund 45.000 ausländische Einwohner*innen, darunter fast 8.000 Staatsbürger*innen des Vereinigten Königreichs. Diese demographische Zusammensetzung bringt sprachliche und kulturelle Herausforderungen mit sich, mit denen medizinische Einrichtungen u. A. konfrontiert sind. Das Virgen de la Caridad ist eine private Gesundheitseinrichtung, die eine breite Palette medizinischer Dienstleistungen anbietet, darunter Notfallversorgung, Allgemeinmedizin, Facharztpraxen sowie diagnostische und therapeutische Dienstleistungen. Das Krankenhaus verfügt über 46 Betten (vgl. Grupo CMV Caridad, 2024).

Da viele Patient*innen nicht über ausreichende Spanischkenntnisse verfügen, ist Dolmetschen ein wesentlicher Bestandteil des Krankenhausalltags. Allerdings gibt es im Virgen de la Caridad keine festangestellten professionellen Dolmetscher*innen. Stattdessen erfolgt die

sprachliche Vermittlung durch verschiedene Akteur*innen: Angehörige und Begleitpersonen, medizinisches Personal, selbstorganisierte professionelle Dolmetscher*innen und interne nicht-professionelle Dolmetscher*innen.

Diese letzte Gruppe – interne nicht-professionelle Dolmetscher*innen – steht im Fokus dieser Untersuchung. Es handelt sich um festangestellte Mitarbeitende des Krankenhauses, die neben ihren regulären Aufgaben im Bereich der Kund*innenbetreuung auch Dolmetscheinsätze übernehmen. Die Dolmetschtätigkeit ist keine gelegentliche Aushilfstätigkeit, sondern ein fester Bestandteil ihres Berufsalltags. In diesem Sinne lassen sie sich den „hybriden Berufen“ zuordnen, wie sie von Grbić (2023: 45) genannt werden. Auffällig ist, dass auf der offiziellen Website des Krankenhauses sowie in öffentlichen Mitteilungen keinerlei Hinweis auf das angebotene Dolmetschsystem gegeben werden.

Die Patient*innen, die auf Dolmetschleistungen angewiesen sind, lassen sich in drei Hauptgruppen unterteilen: Migrant*innen mit begrenzten Spanischkenntnissen; internationale Rentner*innen, insbesondere aus dem Vereinigten Königreich, die dauerhaft oder saisonal in der Region ansässig sind; Tourist*innen, die während ihres Aufenthalts in Spanien medizinische Hilfe benötigen.

Die sprachliche Vielfalt stellt das Krankenhauspersonal vor erhebliche kommunikative Herausforderungen. Dies verdeutlicht die zentrale Rolle des Dolmetschens für den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Im nächsten Abschnitt wird beschrieben, wie die Datenerhebung durchgeführt wurde.

4.4. Datenerhebungsmethode

Um die Forschungsfragen zu beantworten und einen direkten Einblick in die Arbeit nicht-professioneller Dolmetscher*innen zu gewinnen, bietet sich die Methode der Befragung in Form von Interviews an. Qualitative Interviews ermöglichen es, individuelle Perspektiven, Erfahrungen und Strategien der Befragten detailliert zu erfassen. Besonders im Kontext nicht-professionellen Dolmetschens, das oft in informellen Strukturen stattfindet, erlaubt diese Methode, zentrale Herausforderungen und Abgrenzungsmechanismen aus erster Hand zu verstehen. Beispiele für entsprechende Studien sind Rosenberg et al. (2008), Schouten et al. (2012) und Aguilar Solano (2015). Im Folgenden werden die Teilnehmenden der Studie sowie die Art der durchgeführten Interviews näher beschrieben. Die Interviews wurden leitfadengestützt geführt, wobei die Erstellung des Leitfadens ebenfalls erläutert wird.

4.4.1. Interviews

Für die Untersuchung wurden qualitative Interviews als zentrale Methode der Datenerhebung gewählt. Diese Methode ermöglicht es, die subjektiven Erfahrungen, Wahrnehmungen und Strategien nicht-professioneller Dolmetscher*innen im Krankenhauskontext detailliert zu erfassen.

Die Interviews wurden als halbstrukturierte Leitfadeninterviews konzipiert. Dies bedeutet, dass ein vorbereiteter Leitfaden als Grundlage diene, jedoch Raum für Flexibilität bestand – sowohl in der Reihenfolge der Fragen als auch in der Möglichkeit, neue Themen aufzugreifen oder Fragen anzupassen. Diese Flexibilität erlaubt es, die Erzählungen der Befragten möglichst authentisch und umfassend zu erfassen, ohne sie zu stark in vorgegebene Kategorien zu drängen.

Bei der Planung und Durchführung der Interviews wurde insbesondere auf bewährte methodische Ansätze aus der qualitativen Sozialforschung zurückgegriffen. Als zentrale Referenzen dienten unter anderem Dresing und Pehl (2018), die praxisorientierten Empfehlungen zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung qualitativer Interviews geben.

Angesichts der Anzahl der Teilnehmenden (vier) eigneten sich vertiefende Interviews besonders gut. Konkret wurden vier nicht-professionelle Dolmetscher*innen dieser Einrichtung interviewt. Die Interviews fanden online via Zoom im Zeitraum vom 29. März bis zum 18. Mai 2025 statt. Alle Gespräche wurden auf Spanisch geführt und dauerten zwischen 50 und 65 Minuten. Thematisch konzentrierten sich die Interviews auf die Wahrnehmung der eigenen Rolle, die Positionierung innerhalb der Institution sowie *boundary work*. Die Interviews wurden sowohl mit der Mac-Aufzeichnungsfunktion als auch mit einem externen Aufnahmegerät aufgenommen. Nach den Gesprächen wurden die Interviews transkribiert, um eine detaillierte Analyse zu ermöglichen.

4.4.2. Interviewpartner*innen

Die Interviewteilnehmer*innen bleiben anonym. Es handelt sich um vier weibliche nicht-professionelle Dolmetscherinnen. Drei der Teilnehmerinnen arbeiteten zum Zeitpunkt der Interviews als nicht-professionelle Dolmetscherinnen im Krankenhaus, während eine diese Funktion in der Vergangenheit ausgeübt hat und nun eine andere Position innerhalb derselben Einrichtung innehat. Das Alter der Teilnehmerinnen liegt zwischen 20 und 40 Jahren. Ihre Ausbildung und beruflichen Erfahrungen sind unterschiedlich: Zwei der Teilnehmerinnen machen eine Ausbildung im Bereich medizinische Dokumentation und Verwaltung, jedoch haben sie keine formale

Ausbildung im Bereich Dolmetschen. Die Sprachkombinationen, in denen sie dolmetschen, umfassen stets Spanisch und eine weitere Sprache (Englisch, Russisch, Deutsch oder Französisch).

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen erfolgte über informelle Kontaktwege. Eine der Teilnehmerinnen war der Autorin der Studie aufgrund einer früheren beruflichen Tätigkeit in derselben Einrichtung bereits bekannt und konnte direkt telefonisch kontaktiert werden. Eine weitere Person wurde im Rahmen eines persönlichen Besuchs im Krankenhaus angesprochen. Die Kontaktdaten der beiden übrigen Interviewpartnerinnen wurden der Autorin durch die erstgenannten Teilnehmerinnen vermittelt.

Vor Beginn der Interviews wurde den Teilnehmerinnen erklärt, dass es sich um eine Masterarbeit handelt, in der die Rolle von Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen untersucht wird – mit besonderem Fokus auf Personen ohne formale Dolmetschausbildung. Zu Beginn der Aufnahme wurde ihnen der Einverständniserklärungstext vorgelesen und sie gaben ihre Zustimmung mündlich. In der vorliegenden Arbeit werden die Interviewpartnerinnen als IP1 bis IP4 bezeichnet.

4.4.3. Interviewleitfaden

Wie bereits erwähnt, basierten die Interviews auf einem Leitfaden, der zunächst auf Deutsch erstellt und anschließend von der Autorin ins Spanische übersetzt wurde, da die Interviews auf Spanisch geführt wurden. Der Leitfaden wurde in verschiedene Teile unterteilt, die sich an den zentralen Themen dieser Untersuchung sowie an den Forschungsfragen orientieren. Bei der Erstellung der Fragen wurde auch auf die Empfehlungen von Dresing und Pehl (2018: 10f.) zurückgegriffen, die wichtige Hinweise zur Gestaltung von Interviewfragen und dem Ablauf von Interviews geben.

Der Leitfaden wurde in mehrere Kategorien unterteilt, die aufeinander aufbauen und das Verständnis der Teilnehmenden für ihre Rolle als nicht-professionelle Dolmetscher*innen im medizinischen Bereich vertiefen sollen. Zu Beginn stehen Einstiegsfragen (Eisbrecherfragen), die das Gespräch auflockern und den Teilnehmenden ermöglichen, sich mit dem Thema vertraut zu machen. Diese Fragen orientieren sich an der Struktur von Witzel und Reiter (2022: 109) und dienen dazu, den Kontext und Hintergrund der Befragten zu erfassen:

Eisbrecherfragen
○ Welche Sprachen beherrschen Sie? Woher? Welche ist Ihre stärkste Sprache/Muttersprache?

○ Wie lange arbeiten Sie als Dolmetscher*in für das Krankenhaus Virgen de la Caridad? / Wann und wie lange haben Sie als Dolmetscher*in für das Krankenhaus Virgen de la Caridad gearbeitet?
○ Was hat Sie dazu motiviert, in diesem Bereich zu arbeiten?

Anschließend folgt die Kategorie „Hintergrund und Aufgaben“, die dazu dient, mehr über die Ausbildung und die berufliche Laufbahn der Befragten zu erfahren und die spezifischen Aufgaben dieser Position zu verstehen. Dies ermöglicht eine Grundlage für die nachfolgenden, tiefergehenden Fragestellungen zur Wahrnehmung, Positionierung und zum *boundary work*:

Hintergrund und Aufgaben
○ Welche Ausbildung haben Sie absolviert?
○ Wie sind Sie zu dieser Position gekommen?
○ Hatten Sie vor dieser Position bereits Erfahrungen als Dolmetscher*in? Wenn ja, in welchem Kontext?
○ Gab es spezielle Schulungen oder Fortbildungen für Ihre Tätigkeit?
○ Wie würden Sie Ihre Hauptaufgaben beschreiben?
○ Können Sie mir kurz schildern, wie Ihr Arbeitsalltag aussieht/aussah?
○ Wie viel Ihrer Arbeit besteht/bestand aus Dolmetschen? Mit welchen Sprachen arbeiten/arbeiteten Sie am häufigsten?
○ Arbeiten/arbeiteten Sie allein oder gibt/gab es andere Kolleg*innen in einer ähnlichen Position?
○ Was ist/war der offizielle Titel Ihrer Position? Falls dieser anders lautet/lautete, wie sollte Ihrer Meinung nach der Titel dieser Position sein? Warum?

Die beiden zentralen Themen der Untersuchung – Wahrnehmung und Positionierung sowie *boundary work* – wurden auf Basis der Literaturreview entwickelt und bilden die Grundlage für die nächsten Abschnitte. Diese Themen wurden bewusst ausgewählt, um gezielt auf die Forschungsfragen einzugehen und ein tieferes Verständnis für die Rolle nicht-professioneller Dolmetscher*innen zu gewinnen. Die Fragen zielen darauf ab, die Wahrnehmung der Dolmetscher*innen von ihrer eigenen Position innerhalb der medizinischen Institution zu erfassen und zu analysieren, wie sie sich sowohl von professionellen Dolmetscher*innen (im Interview „externe Dolmetscher*innen“ genannt) als auch von anderen Mitarbeitenden abgrenzen:

Wahrnehmung und Positionierung
○ Wie würden Sie Ihre (damalige) Position/Ihre Rolle beschreiben?
○ Fühlen/fühlten Sie sich als Teil des medizinischen Teams? Warum/warum nicht?

○ Wie ist/war die Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitenden (z. B. Ärzt*innen, Pflegepersonal, Empfang)?
○ Wie läuft eine Dolmetschsituation im Krankenhaus ab?
○ Wie bereiten/bereiteten Sie sich für eine Dolmetschsituation vor?
○ Welche besonderen Herausforderungen begegnen/begegneten Ihnen in Ihrer Tätigkeit?
○ Welche Aspekte empfinden Sie persönlich als positiv/gewinnbringend?
○ Im Allgemeinen, mögen Sie diese Dolmetschtätigkeit? Warum ja/nein?
○ Wie werden/wurden Sie von anderen Mitarbeitenden wahrgenommen?
○ Gab es Situationen, in denen Sie sich in Ihrer Arbeit besonders wertgeschätzt gefühlt haben? Welche Art von Feedback haben Sie dabei erhalten? Falls es negatives Feedback gab, was war der Grund und wie wurde es Ihnen mitgeteilt?
○ Hatten Sie Berührungspunkte mit externen Dolmetscher*innen? Wenn ja, wie lief der Kontakt ab, und welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?
○ Unterscheiden sich Ihrer Meinung nach Ihre (damaligen) Aufgaben und Verantwortlichkeiten von denen externen Dolmetscher*innen? Wenn ja, wie?

Boundary Work
○ Gibt/gab es Situationen, in denen Sie das Gefühl haben/hatten, dass Ihre Aufgaben die Erwartungen an Ihre Position übersteigen/überstiegen? Was haben Sie in solchen Situationen gemacht?
○ Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass Sie Aufgaben übernehmen, für die Sie nicht vorbereitet sind?
○ Sind Ihnen Konflikte oder Missverständnisse in Ihrer Rolle begegnet? Wenn ja, welche?
○ Sind/Waren die Erwartungen an Sie immer klar? Wenn nicht, wie gehen/gingen Sie damit um?
○ Wie gehen/gingen Sie damit um, Ihre Aufgaben und Zuständigkeiten im Team klarzustellen?
○ Gibt/Gab es Momente, in denen Sie Ihre Rolle abgrenzen müssen/mussten?

Abschließend wurden noch offene Fragen gestellt, um den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, zusätzliche Informationen oder Gedanken zu teilen, die in den vorherigen Fragen nicht erfasst wurden.

Abschließende Fragen
○ Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Fähigkeiten oder Qualitäten, die man für diese Arbeit benötigt?
○ Was sollte man in dieser Arbeit vermeiden? Worauf sollte man besonders achten?
○ Würden Sie etwas an Ihrer (damaligen) Arbeitssituation verbessern? / Wenn ja, was?
○ Gibt es noch etwas, das Sie zu diesem Thema hinzufügen möchten?

Dieser Leitfaden wurde entwickelt, um sowohl gezielte Informationen zu den spezifischen Forschungsfragen zu sammeln als auch eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen, die es den Interviewpartner*innen ermöglicht, ihre Erfahrungen und Perspektiven ausführlich darzulegen.

4.5. Analyse

In diesem Abschnitt wird der Prozess der Analyse der gewonnenen Interviewdaten beschrieben. Ziel ist es, aus den erhobenen Daten zentrale Muster und Themen herauszuarbeiten, die zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen.

Der erste Schritt der Analyse besteht in der Transkription der vier durchgeführten Interviews. Diese erfolgt mit Hilfe der Software MAXQDA, die speziell für qualitative Datenanalysen entwickelt wurde und eine effiziente Bearbeitung von Interviewmaterial ermöglicht. Neben ihrer Hauptfunktion zur Kodierung und Analyse qualitativer Daten bietet die Software mittlerweile auch ein automatisiertes Transkriptionstool, das gesprochene Sprache zuverlässig in Text umwandeln kann und sich als hilfreiches Instrument im Transkriptionsprozess erwiesen hat.

Im Anschluss an die automatische Transkription wurde eine sorgfältige Post-Editon des Rohmaterials vorgenommen. Dabei orientiert sich das Vorgehen an den wissenschaftlichen Empfehlungen zur qualitativen Interviewauswertung, insbesondere an den Richtlinien von Dresing und Pehl (2018), die eine präzise und systematische Transkriptionsweise vorschlagen.

Im konkreten Fall handelt es sich um ein inhaltlich-semantisches Transkript (vgl. Dresing und Pehl, 2018: 21f.), bei dem die Interviews wörtlich transkribiert werden, jedoch mit sprachlicher Glättung. Dabei wurden folgende Standards eingehalten; einige davon orientieren sich an den Empfehlungen von Dresing und Pehl (2018), andere wurden eigens für die vorliegende Arbeit angepasst bzw. ergänzt:

- Jede Äußerung erhält einen eigenen Absatz. Zwischen den Absätzen besteht eine sichtbare Trennung. Auch kurze Einwürfe anderer Personen stehen in einem separaten Absatz.
- Den Gesprächspartnerinnen werden die Kürzel „IP“ (Interviewpartnerin) mit fortlaufender Nummer (z. B. IP1, IP2) sowie der Interviewerin das Kürzel „I“ zugewiesen.

- Grammatik und Orthografie werden korrigiert, ohne die Satzstellung oder die inhaltliche Bedeutung zu verändern.
- Es wird Standardspanisch verwendet, dialektale Ausdrücke werden vereinheitlicht.
- Wortwiederholungen werden nur transkribiert, wenn sie zur Verstärkung oder Betonung dienen.
- Sprechpausen von mehr als drei Sekunden werden mit „(...)“ markiert.
- Nonverbale Elemente werden – sofern sie relevant sind – in Klammern ergänzt (z. B. „(lacht)“, „(zögert)“).
- Unverständliche Passagen werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet.
- Fülllaute wie „ähhh“, „mmmhh“ werden durch das Symbol „(H)“ ersetzt.
- Unvollendete Wörter oder Sätze enden mit einem „/“.
- Bei unsicher verstandenen Wörtern, die jedoch kontextuell erschließbar sind, wird ein Fragezeichen in Klammern hinzugefügt, z. B. „Beispiel(?)“.
- Zahlen bis einschließlich zwölf werden ausgeschrieben, ab 13 als Ziffern dargestellt – mit Ausnahme von Mengenangaben wie „tausend“ oder „Million“.
- Direkte Rede wird durch einfache Anführungszeichen (, ‘) gekennzeichnet.
- Wörter, die von der Sprecherin besonders betont werden, erscheinen in Großbuchstaben.
- Persönliche Namen werden durch das Kürzel „(P)“ anonymisiert.
- Wenn sich die Gesprächspartnerinnen gegenseitig unterbrechen, wird dies durch „//“ am Ende der unterbrochenen Äußerung sowie am Beginn der unterbrechenden Äußerung markiert.
- Einzelne Passagen, die thematisch irrelevant und gleichzeitig sensibler Natur sind, wurden ausgelassen. In diesen Fällen wird eine Notiz eingefügt, z. B.: „(Dieser Abschnitt wurde aus Datenschutzgründen entfernt, da er themenfremde und persönliche Informationen enthält)“ sowie die entsprechende Dauer des ausgesparten Abschnitts. Gleiches gilt für den Interviewbeginn, in dem das Einverständnis zur Teilnahme und zur Aufnahme erklärt wird – hier lautet die Notiz: „(Einverständniserklärung wird erläutert)“ plus Zeitangabe.

Da die Interviews auf Spanisch geführt wurden, wurden die relevanten Textpassagen, die im Analysekapitel (Kapitel 5) wörtlich zitiert werden, von der Autorin ins Deutsche übersetzt. Die spanischen Transkriptionen befinden sich im Anhang dieser Arbeit. Der Anhang hat seine eigene Nummerierung, beginnend mit 1, zur besseren Übersichtlichkeit der Zitate im Analysekapitel. Im Sinne der Geschlechtergerechtigkeit wurden Personenbezeichnungen in den deutschen

Übersetzungen angepasst. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Spanischen häufig die männliche Form als generisches Maskulinum verwendet wird, ohne dass damit eine spezifische Geschlechtszuordnung intendiert ist.

Zur systematischen Untersuchung der transkribierten Interviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) angewendet. Diese Methode ist besonders geeignet, um tiefgehende Einsichten in sozialwissenschaftliche Fragestellungen zu gewinnen und erlaubt eine strukturierte, aber zugleich flexible Analyse qualitativer Daten.

Ein zentraler Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Bildung von Kategorien, die eine systematische Erfassung und Auswertung der Inhalte ermöglichen. Wie Kuckartz (2018) beschreibt, können Kategorien entweder deduktiv, also auf Basis bestehender Theorien und Forschung, oder induktiv, also aus den erhobenen Daten selbst, gebildet werden. In dieser Arbeit erfolgt die Kategorisierung induktiv; das bedeutet, dass sie erst nach der Transkription und einer ersten Durchsicht der Interviews erstellt werden. Gleichzeitig orientieren sie sich an den theoretischen Grundlagen, die in den vorherigen Kapiteln dieser Arbeit dargelegt wurden, sowie an den zentralen Themen des Interviewleitfadens.

Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgt in mehreren Schritten:

- Materialdurchsicht und erste Markierung relevanter Passagen: Die Interviews werden mehrfach gelesen, um zentrale Themen zu identifizieren.
- Induktive Kategorienbildung: Es werden Kategorien direkt aus dem Material entwickelt, ohne dass im Vorfeld ein festes Kategoriensystem vorgegeben wird (vgl. Mayring, 2015).
- Verdichtung und Zusammenführung von Kategorien: Ähnliche oder überlappende Kategorien werden gebündelt, präzisiert und in übergeordnete Kategorien integriert.
- Manuelle Kodierung: Die Zuordnung der Textstellen zu den entwickelten Kategorien erfolgt manuell, ohne den Einsatz automatisierter Software.
- Interpretation der Ergebnisse: Die kategorisierten Aussagen werden im Hinblick auf die Forschungsfragen ausgewertet und in den theoretischen Kontext eingeordnet.

Diese methodische Vorgehensweise gewährleistet eine transparente und systematische Analyse der erhobenen Daten. Die gewonnenen Erkenntnisse werden im folgenden Kapitel detailliert dargestellt und interpretiert.

5. Datenpräsentation und Analyse

In diesem Kapitel werden die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten qualitativen Interviews ausgewertet und analysiert. Ziel ist es, zentrale Muster, Herausforderungen und Perspektiven im Erleben und Handeln nicht-professioneller Dolmetscher*innen im Krankenhauskontext herauszuarbeiten. Die Analyse orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), wobei induktiv Kategorien aus dem Material abgeleitet und im Hinblick auf die Forschungsfragen interpretiert werden. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt anhand zentraler thematischer Kategorien, die aus den Interviews hervorgegangen sind und gleichzeitig mit dem theoretischen Rahmen dieser Arbeit – insbesondere mit Blick auf Rollenverständnis, Herausforderungen und Abgrenzungsprozesse – korrespondieren. Die Interviewausschnitte dienen dabei zur Veranschaulichung und Begründung der jeweiligen analytischen Einordnungen.

5.1 Überblick über das Vorgehen

Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse, wie sie unter anderem von Mayring (2015) beschrieben werden. Ziel dieses Vorgehens war es, ein systematisches und nachvollziehbares Verfahren zur Erschließung des Interviewmaterials zu gewährleisten und dabei zentrale thematische Schwerpunkte in Bezug auf die Forschungsfragen herauszuarbeiten.

Im ersten Schritt wurden die vier geführten Interviews transkribiert (siehe Kapitel 4.5). Anschließend erfolgte eine erste sorgfältige Lektüre der Transkripte, um sich einen umfassenden Überblick über das Material zu verschaffen. Beim zweiten Durchgang wurden relevante Textpassagen identifiziert und markiert – insbesondere solche, die Bezug zu den zentralen Themenfeldern der Arbeit (Rollenverständnis, Herausforderungen, Abgrenzungsprozesse) aufwiesen.

In einem dritten Schritt wurden die markierten Textstellen systematisch verglichen. Dabei wurden sowohl wiederkehrende Themen und Äußerungen als auch Unterschiede zwischen den vier Interviewpartnerinnen erfasst und vermerkt. Diese Gegenüberstellung diente als Grundlage für die induktive Entwicklung von Kategorien, die im weiteren Verlauf präzisiert, strukturiert und thematisch gebündelt wurden.

Ziel war es, aus dem Material heraus differenzierte Kategorien zu bilden, die sowohl der Komplexität der Aussagen gerecht werden als auch eine strukturierte Darstellung und Analyse der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen ermöglichen.

5.2. Einordnung der Interviewten in den theoretischen Kontext

Die vier anonymisierten Interviewpartnerinnen (im Folgenden IP1 bis IP4) weisen unterschiedliche sprachliche und berufliche Hintergründe auf, teilen jedoch bestimmte Merkmale, die ihre Einordnung innerhalb des theoretischen Rahmens dieser Arbeit ermöglichen. Keine der Interviewpartnerinnen ist als professionelle Dolmetscherin ausgebildet, dennoch übernehmen sie regelmäßig Dolmetschaufgaben im Krankenhauskontext. Diese Ambivalenz steht im Zentrum der theoretischen Konzepte zu hybriden Rollenprofilen und nicht-professionellem Dolmetschen.

Die Interviewpartnerinnen verfügen über ein breites und vielfältiges Repertoire an Sprachkenntnissen. Insgesamt decken sie folgende Sprachen ab: Spanisch, Englisch, Russisch, Französisch, Deutsch, Litauisch und Ukrainisch. Die am häufigsten genutzten Sprachkombinationen im Dolmetscheinsatz sind Spanisch–Englisch und Spanisch–Russisch, gefolgt von gelegentlichen Einsätzen in den Kombinationen Spanisch–Französisch und Spanisch–Deutsch.

Auch hinsichtlich ihrer beruflichen Hintergründe weisen die Teilnehmerinnen unterschiedliche Profile auf: Während eine Person einen Studienabschluss im Bereich Tourismus vorweist und eine andere Rechtswissenschaft studiert hat, absolvieren zwei der Befragten derzeit eine Ausbildung im Bereich der medizinischen Dokumentation und Verwaltung. Keine der Interviewpartnerinnen hat eine formale Ausbildung im Bereich Dolmetschen oder Übersetzen absolviert.

Alle vier Interviewpartnerinnen sind oder waren im administrativen Bereich des Krankenhauses angestellt. Ihre Stellenbezeichnung lautet nicht „Dolmetscherin“, sondern bezieht sich auf administrative Tätigkeiten. Dennoch gehört das Dolmetschen zu den festen Aufgaben, die im Rahmen dieser Position vorausgesetzt werden. IP2 beschreibt die Bezeichnung der Position folgendermaßen: „... In den Unterlagen steht Rezeptionistin, und zwischen Klammern nicht im Hotel [...]. Für die Sozialversicherung gilt es als Verwaltungstätigkeit “. (IP2: 23)

Obwohl sie viele Aufgaben haben und sich nicht ausschließlich auf das Dolmetschen konzentrieren, gehört dieses dennoch zu den erwarteten Tätigkeiten ihrer Stelle. IP1, IP2 und IP4 zählen das Dolmetschen zu den Hauptaufgaben ihrer Position, und alle vier erwähnen es als Teil ihres Arbeitsalltags. Gleichzeitig verweisen sie jedoch auf zahlreiche weitere Aufgaben. IP4 betont sogar ausdrücklich, dass das Dolmetschen nicht die Priorität ihrer Stelle sei:

*...viele Male kommen sie aus den Sprechzimmern und sagen: ‚wir brauchen eine Dolmetscherin‘, aber für uns ist das Dolmetschen nicht die Priorität, weil wir keine Übersetzer*innen und Dolmetscher*innen sind. [...] ... ‚hey, das ist gerade nicht unsere Priorität, weil unsere Priorität momentan die Patient*innenbetreuung ist‘. (IP4: 66)*

Ein zentrales Merkmal, das alle Interviewten eint, ist das Fehlen jeglicher spezifischer Vorbereitung auf die Dolmetschrolle. Weder wurde ihnen eine Schulung angeboten noch existieren formalisierte Leitlinien oder standardisierte Praktiken innerhalb des Krankenhauses. Auf die Frage nach Schulungen antwortete IP2: „Keine Schulung. [...] Versuch und Irrtum“ (IP2: 21).

Auch ein institutionalisiertes Feedbacksystem oder ein Austausch über bewährte Verfahren existieren nicht. Jede Mitarbeiterin entwickelt ihren eigenen Umgang mit herausfordernden Situationen.

Diese fehlende professionelle Infrastruktur verdeutlicht die Abgrenzung zum professionellen Dolmetschen. Die Interviewpartnerinnen selbst ziehen klare Grenzen, wie ein Zitat von IP4 deutlich macht: „Da wir nicht Dolmetschen studiert haben, können wir nicht so tun, als ob wir Übersetzer*innen und Dolmetscher*innen wären“ (IP4: 60).

Diese Selbsteinschätzung deckt sich mit der schon erwähnten Definition von nicht-professionellen Dolmetscher*innen im Sinne von Antonini et al. (2017: 7), wonach das Fehlen einer formalen akademischen Qualifikation ein entscheidendes Kriterium für die Kategorisierung darstellt. Gleichzeitig kann ihre Rolle als Beispiel für sogenannte „hybride Berufe“ gesehen werden – eine Zwischenposition zwischen professioneller Tätigkeit und Laienhilfe, wie sie Grbić (2023) beschreibt (vgl. Kapitel 4.3). Die Interviewten bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen institutionellen Erwartungen, praktischer Verantwortung und fehlender professioneller Verankerung.

Diese theoretische Einordnung bildet die Grundlage für die nachfolgende Analyse, in der zentrale Kategorien wie Rollenverständnis, Herausforderungen und Abgrenzungsmechanismen entlang der empirischen Daten vertieft werden.

5.3. Kategorienbildung und Kodierung

Die Entwicklung der Analysekategorien erfolgte gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) in einem mehrstufigen, induktiven Verfahren. Ziel war es, Kategorien direkt aus dem Material abzuleiten, um eine theoriebezogene, aber zugleich datengeleitete Analyse zu ermöglichen.

Im ersten Schritt wurden die transkribierten Interviews mehrfach gelesen, um sich einen Überblick über die Inhalte, Tonalität und wiederkehrende Themen zu verschaffen. Bereits bei dieser ersten Materialdurchsicht wurden zentrale Aspekte markiert, die in engem Zusammenhang mit den Forschungsfragen stehen, wie etwa das Rollenverständnis, konkrete Aufgaben, Herausforderungen und die Abgrenzung gegenüber anderen Akteur*innen im Krankenhaus.

Auf dieser Grundlage wurden erste thematische Cluster gebildet. Diese orientierten sich nicht an vorgegebenen theoretischen Kategorien, sondern entstanden ausschließlich auf Basis der Aussagen der Interviewpartnerinnen. Erste Kategorien waren beispielsweise „Verständnis der eigenen Rolle“, „Alltag der Dolmetschpraxis“, „Grenzziehungen gegenüber Kolleg*innen und Patient*innen“, „Arbeitsbedingungen“, „notwendige Eigenschaften“, „Berufsbild Dolmetscher*in“, „Bezeichnung der Stelle“, „Herausforderungen und Strategien“ oder „Unterschiede zu externen Dolmetscher*innen“.

In einem weiteren Schritt wurden ähnliche oder überlappende Kategorien zusammengeführt, präzisiert und in größere Sinnzusammenhänge eingeordnet. Ziel war es, ein handhabbares, aber zugleich differenziertes Kategoriensystem zu entwickeln, das sowohl die Breite als auch die Tiefe der erhobenen Daten abbildet. Dabei zeigte sich, dass viele Aussagen auf drei zentrale Themenkomplexe verweisbar sind, die zugleich die Struktur der Forschungsfragen widerspiegeln:

- Rollenverständnis und Aufgabenbereich: Diese Kategorie umfasst, wie die Interviewpartnerinnen ihre eigene Rolle im Krankenhauskontext verstehen, welche Aufgabenbereiche sie als Teil ihres Berufsprofils sehen und wie sie ihre Tätigkeit im Spannungsfeld zwischen administrativer Arbeit und Dolmetschen einordnen. Auch die Wahrnehmung des Berufsbilds „Dolmetscher*in“ und die Abgrenzung zu diesem spielt hier eine Rolle.
- Herausforderungen und Strategien: In diesem Themenfeld werden konkrete Schwierigkeiten thematisiert, die im Alltag der nicht-professionellen Dolmetscherinnen auftreten – etwa mangelnde Vorbereitung, fehlende Rückmeldestrukturen oder emotionale Belastungen. Gleichzeitig wird analysiert, welche Strategien die Befragten im Umgang mit diesen Herausforderungen entwickelt haben.
- Boundary Work - Abgrenzung und Beziehungen zu anderen Akteur*innen: Diese Kategorie beleuchtet Abgrenzungsprozesse im Arbeitsalltag – sowohl gegenüber medizinischem Personal als auch gegenüber den Patient*innen und professionellen Dolmetscher*innen. Es geht um Fragen der Zuständigkeit, um informelle Machtverhältnisse und um die Selbstpositionierung innerhalb institutioneller Strukturen.

Unter diesen drei Hauptkategorien wurden mehrere Subkategorien gebildet, die im nächsten Kapitel (5.4) systematisch dargestellt und mit Zitaten aus den Interviews belegt werden.

Die Kodierung der Interviews erfolgte manuell. Die relevanten Textstellen wurden den entwickelten Kategorien zugeordnet und systematisch erfasst. Auf eine computergestützte Kodierungssoftware wurde bewusst verzichtet, um die Nähe zum Material zu wahren und individuelle Nuancen nicht zu verlieren.

5.4. Darstellung der Ergebnisse nach Kategorien

Im Folgenden werden die aus der Analyse hervorgegangenen Hauptkategorien (A, B und C) sowie die dazugehörigen Subkategorien (A.1 – C.3) dargestellt. Jede Kategorie wird durch Zitate aus den Interviewtranskriptionen veranschaulicht, die – wie bereits erwähnt – von der Verfasserin dieser Arbeit aus dem spanischen Original ins Deutsche übersetzt wurden. Die Zitate erscheinen entweder in Anführungszeichen im Fließtext oder als eingerückte Zitate mit Angabe der jeweiligen Interviewpartnerin (IP1 bis IP4) und der Seitenangabe des Transkriptes (Seiten 1 bis 70 des Anhangs).

A. Rollenverständnis und Aufgabenbereich

A.1 Selbstverständnis als Dolmetscherin

Die Interviewpartnerinnen beschreiben ihr Selbstverständnis im beruflichen Kontext in erster Linie als unterstützende Funktion gegenüber den Patientinnen und Patienten. Trotz unterschiedlicher Herkunft und beruflicher Hintergründe zeigen sich deutliche Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung der eigenen Rolle: Sie verstehen sich als Bindeglied zwischen den Patient*innen und dem Krankenhauspersonal und betonen ihre Aufgabe, Orientierung, Begleitung und sprachliche Vermittlung zu leisten.

IP1 beschreibt ihre Tätigkeit in erster Linie als Begrüßung und Orientierungshilfe für die Patient*innen, und als zweites erwähnt sie das Dolmetschen (IP1: 4). IP2 fasst ihr berufliches Selbstverständnis in den Begriffen „Hilfe“ und „Betreuung“ zusammen und betont, dass ihre Rolle „Kund*innenbetreuung und Patient*innenbetreuung“ sei (IP2: 24). Auch IP3 sieht ihre Stelle ähnlich, wobei sie auf ihre Rolle bei der Beantwortung von Fragen und der Unterstützung im organisatorischen Bereich eingeht: „...ich sehe es als Unterstützung der Patient*innen bei allen Fragen, die sie haben, und dann als die gesamte Verwaltung von Daten, Anträgen und Berichten“ (IP3: 40).

Ein interessanter Kontrast zeigt sich jedoch bei IP3, die – anders als der Rest – ihr Unterstützungsangebot primär nicht auf die Patient*innen, sondern auf das medizinische Personal bezieht. In ihrer Wahrnehmung besteht der Hauptzweck der Dolmetschleistung darin, den handelnden Arzt oder die Ärztin bei der Verständigung mit fremdsprachigen Patient*innen zu unterstützen: „Wir übersetzen nicht für die Patient*innen, wir übersetzen für die Ärzt*innen, denn sie sind diejenigen, die uns in dem Fall brauchen, weil sie die Sprache nicht sprechen“ (IP3: 44).

Auch IP4 legt den Fokus auf die Begleitung und die Verwaltung medizinischer Dokumentation, wobei die sprachliche Vermittlung als Teil eines umfassenderen Unterstützungssystems verstanden wird:

*Wenn ich es mit einem Wort zusammenfassen müsste, wäre es ‚Guide‘ [...] Aber [...] abgesehen von der Aufgabe, dem/der Patient*in zu helfen, hat dieser/diese Verwaltungsangestellte auch andere Aufgaben wie Dokumentation, bestimmte Abrechnungsaufgaben und Dolmetschen. (IP4: 54)*

Neben der allgemeinen Selbstverortung im Sinne von Unterstützung und Begleitung äußerten sich die Interviewpartnerinnen auch zu ihrer eigenen Einschätzung in Bezug auf die Professionalität ihres Dolmetschens. Dabei wird deutlich, dass sie zwar regelmäßig dolmetschen und sich dieser Aufgabe auch gewachsen fühlen, sich jedoch nicht im engeren Sinne als professionelle Dolmetscherinnen verstehen.

IP1 beschreibt das Berufsbild der Dolmetscher*innen als weit mehr als reine Sprachmittlung – sie sieht darin auch Rollen wie die der „persönlichen Beraterin“ oder sogar der „Führungsperson“ (IP1: 4).

IP2 definiert ein*e Dolmetscher*in als „eine Person, die in der Lage ist, nicht nur verbal, sondern im Allgemeinen (...) das zu vermitteln, was eine Person einer anderen sagen will“ (IP2: 19). Gleichzeitig betont sie, dass sie selbst nicht über die vollständige Ausbildung verfüge, um diese Anforderungen voll zu erfüllen.

IP3 beschreibt der/die Dolmetscher*in als „die Person, die der ausländischen Person sozusagen hilft, wenn sie die Sprache in einer bestimmten Situation nicht versteht“ (IP3: 34).

Ein besonders reflektierter Zugang zeigt sich bei IP4, die betont: „ein*e Dolmetscher*in muss (...) etwas, das ihm/ihr gegeben wird, so objektiv wie möglich dolmetschen [...]. Er/sie kann nicht seine/ihre eigene Meinung einbringen, er/sie kann nicht einfach Worte ändern“ (IP4: 52). Sie sieht dies auch als Maßstab für ihre eigene Praxis im Krankenhausalltag, in dem sie bewusst auf persönliche Erklärungen verzichtet und sich strikt an die Aussagen der Ärzt*innen hält: „... oft sagen Ärzt*innen Dinge, und ich kenne bestimmte Prozesse, die damit verbunden sind, aber bis ich das Sprechzimmer verlasse, kann ich dem/der Patient*in nichts sagen, weil ich nur versuche, mich an das zu halten, was der/die Ärzt*in mir sagt“ (IP4: 52).

Gleichzeitig macht sie aber auch deutlich, dass sie sich selbst nicht als professionelle Dolmetscherin oder Übersetzerin versteht, auch bei den Übersetzungen von klinischen Dokumenten: „Da wir nicht Dolmetschen studiert haben [...] weisen wir unten stets darauf hin, dass

diese Übersetzung nur zu Informationszwecken dient“ (IP4: 60). Zudem äußert sie große Anerkennung für den Berufsstand der Dolmetscher*innen: „Ich halte den Beruf der Dolmetscher*innen für einen sehr bewundernswerten Beruf“ (IP4: 51).

Die Äußerungen der Befragten deuten darauf hin, dass sie ihre Rolle im Krankenhauskontext nicht ausschließlich auf das Dolmetschen reduzieren, sondern als umfassende Dienstleistungs- und Unterstützungsfunktion begreifen, in der sprachliche Vermittlung ein relevanter, aber nicht alleiniger Bestandteil ist.

Außerdem machen diese Aussagen deutlich, dass sich die Interviewten in einer Zwischenposition befinden: Sie übernehmen regelmäßig Dolmetschaufgaben und reflektieren diese durchaus differenziert, sehen sich jedoch aufgrund fehlender formaler Ausbildung nicht als vollwertige Vertreterinnen des Berufsstandes. Dieses Spannungsfeld steht exemplarisch für das Phänomen hybrider Berufsrollen im Kontext nicht-professioneller Dolmetschpraxis im institutionellen Setting, wie es sich am Beispiel von Grbić zeigt: „...in der Literatur jüngerer Datums ein neuer Typus von Translator*innen auftaucht, der in Hybridmetiers tätig ist. Dabei handelt es sich um Personen, die im Rahmen ihrer beruflichen oder freiwilligen Tätigkeit regelmäßig übersetzen oder dolmetschen“. (Grbić, 2023: 45)

Diese unterschiedlichen Sichtweisen auf die eigene Rolle tragen auch dazu bei, dass die Interviewten keine einheitliche Berufsbezeichnung für ihre Tätigkeit im Krankenhaus angeben können. Auf die Frage, welchen Titel sie ihrer Rolle selbst geben würden, variieren die Antworten – keine der Befragten entscheidet sich eindeutig für eine konkrete Berufsbezeichnung. So beschreibt IP2 ihre Funktion im Krankenhaus beispielsweise folgendermaßen: „...Verwaltungskraft mit Englischkenntnissen, mit Kompetenzen in Patient*innenbetreuung und Kund*innenservice“ (IP2: 23). IP1 schlägt „Patient*innenbetreuung und Dolmetscherin“ vor (IP1: 5). Auch IP4 zeigt sich unsicher und meint: „Patient*innenbetreuung würde mir passend erscheinen, weil es ein kurzer Begriff ist [...] Aber es stimmt auch, dass es bestimmte Aufgaben wie die Abrechnung gibt, die wir in unserer Abteilung übernehmen, die aber im Titel nicht erscheinen“ (IP4: 56).

A.2 Tätigkeiten und Aufgaben

Die Tätigkeitsbereiche der Befragten umfassen eine Vielzahl an Aufgaben, die sowohl administrative als auch patient*innenbezogene Aspekte beinhalten. Dabei wird deutlich, dass das Dolmetschen nur einen Teil ihrer täglichen Arbeit ausmacht, während andere Aufgaben oftmals im Vordergrund stehen.

IP1 beschreibt ihren Arbeitsalltag als eine Kombination aus organisatorischen und unterstützenden Tätigkeiten: Sie nennt unter anderem das Öffnen und Schließen der Klinik, die Begrüßung der Patient*innen, das Erklären der verschiedenen Bereiche des Krankenhauses sowie telefonische und schriftliche Auskünfte.

Auch IP2 legt den Fokus auf die direkte Betreuung der Patient*innen:

*Die wichtigste [Aufgabe] ist die direkte Betreuung. [...] Die Zweite sind die Krankenakten. [...] Die Dritte ist die Rechnungsstellung. [...] Wir vergeben auch Termine, betreuen ausländische Patient*innen in der Sprechstunde, wenn die Ärzt*innen uns brauchen, und verwalten auch die Zwischenfälle im Krankenhaus. (IP2: 21)*

IP3 nennt als zentrale Aufgabe die Orientierung und Unterstützung der Patient*innen im Krankenhausalltag. Zusätzlich erwähnt sie die Bearbeitung von Dokumentationsanfragen, die Betreuung der Mitgliederprogramme und die Bearbeitung von Beschwerden (IP3: 37).

IP4 betont ebenfalls die Vielfalt der Aufgaben: „Neben der Aufgabe, den/die Patient*in zu betreuen, hat diese*r Verwaltungsangestellte auch andere Aufgaben wie Dokumentation, bestimmte Abrechnungen, Dolmetschen“ (IP4: 54).

Ein weiterer Aspekt innerhalb des Aufgabenbereichs betrifft das Verhältnis zwischen Dolmetschen und anderen Tätigkeiten. Der geschätzte Anteil der Dolmetscheinsätze variiert je nach Interviewpartnerin zwischen 30 und 40 %. Trotz dieser regelmäßigen Einsätze betonen alle, dass das Dolmetschen nicht als Hauptaufgabe betrachtet wird.

So erklärt IP4 ausdrücklich, dass das Übersetzen und Dolmetschen im Alltag hinter anderen Aufgaben zurückstehen: „Es ist nicht unsere Priorität, zu übersetzen und zu dolmetschen, denn wir sind keine Übersetzer*innen und Dolmetscher*innen. Dafür müsste man eine*n Übersetzer*in und eine*n Dolmetscher*in engagieren, deren Priorität das ist“ (IP4: 66).

Auch IP2 beschreibt eine klare Priorisierung im Arbeitsalltag: „Wenn der direkte Patient*innenkontakt zunimmt, bleiben interne Verwaltungsaufgaben liegen“ (IP2: 22). Sie misst jedoch auch der Aufgabe der Dolmetschung Bedeutung bei, wenn sie sagt: „Ich achte darauf, welche englischsprachigen oder fremdsprachigen Patient*innen zu welchen Zeiten kommen könnten, damit ich weiß, wann ich die Ärzt*innen unterstützen soll“ (IP2: 22).

Diese Aussagen machen deutlich, dass Dolmetschen als wichtige, aber sekundäre Tätigkeit im Arbeitsalltag der Interviewten angesehen wird. Die Priorisierung liegt auf der allgemeinen Patient*innenbetreuung und administrativen Abläufen, während das Dolmetschen flexibel und situativ integriert wird.

Neben den regulären Aufgaben und Dolmetscheinsätzen übernehmen die Interviewten auch zahlreiche Zusatzaufgaben, die über das eigentliche Stellenprofil hinausgehen. Eine davon

ist das Übersetzen medizinischer Berichte, insbesondere im Zusammenhang mit internationalen Patient*innen und externen Auftraggeber*innen wie Reedereien.

So berichtet IP4: „...die Reedereien schicken uns Berichte, weil die Patient*innen dieser Reedereien in unser Krankenhaus kommen und der/die Ärzt*in nach der Konsultation einen Bericht erstellt. Wir übersetzen diesen Bericht dann ins Englische und schicken ihn an die Reederei zurück“ (IP4: 55). Auch IP1 spricht von der „inoffiziellen Übersetzung medizinischer Dokumente“, was sie als zusätzliche Verantwortung betrachtet (IP1: 8). Ähnliche Erfahrungen schildern IP2 und IP3, die ebenfalls regelmäßig medizinische Berichte übersetzen, oft im Anschluss an ihre Dolmetscheinsätze.

Darüber hinaus führen die Interviewten weitere unterstützende Tätigkeiten aus, die je nach Situation stark variieren können. IP1 beschreibt ihre Rolle teilweise als eine Art Reiseführerin für Patient*innen, indem sie etwa Restaurants empfiehlt, Taxirufe übernimmt oder den Weg zum Bahnhof erklärt (IP1: 4). IP2 nennt Aufgaben wie das Bearbeiten von Anrufen oder die Zahlungsabwicklung. IP4 wiederum erwähnt das Durchführen von Patient*innenbefragungen.

Ein interessanter Aspekt ist die systematische Dokumentation einiger ihrer Aufgaben. IP3 erläutert, dass die Zeit, die für Dolmetschdienste außerhalb des regulären Empfangsbereichs aufgewendet wird, in einem Excel-Dokument festgehalten wird:

Wenn wir übersetzen [dolmetschen] gehen müssen, müssen wir in einer Excel-Datei festhalten, wie lange die Übersetzung [Dolmetschung] gedauert hat und mit welchem Arzt/welcher Ärztin wir sie getätigt haben. Oder wenn es sich zum Beispiel um die Übersetzung eines Berichts handelt, müssen wir auch diesen eintragen. [...] alle Aufgaben, die außerhalb des regulären Empfangsbereichs stattfinden, werden eingetragen. Wenn wir zu einem Arzt/einer Ärztin gehen müssen, werden sie unter dem Namen des Arztes/der Ärztin, unserem Namen und der Zeit, die wir dafür aufgewendet haben, eingetragen. (IP3: 50)

A.3 Benennung und Stellenprofil

Bei der Frage nach der offiziellen Bezeichnung ihrer Stelle zeigen sich bei allen Interviewpartnerinnen Unsicherheiten und unterschiedliche Nuancierungen. Keine der Befragten nennt spontan eine eindeutige Stellenbezeichnung – ihre Antworten erfolgen oft erst nach kurzem Überlegen. Dennoch lässt sich eine gewisse Übereinstimmung feststellen: Der Begriff „Atención al paciente“ (Patient*innenbetreuung) oder alternativ „Atención al cliente“ (Kund*innenservice) wird von allen genannt, jedoch mit unterschiedlichen Bedeutungsakzenten und Kontextbezüge.

IP4 beschreibt die Vielseitigkeit ihrer Aufgabenbereiche, indem sie aufzählt, welchen Abteilungen ihr Tätigkeitsfeld ihrer Ansicht nach zugeordnet werden könnte: „Wir sind die Abteilung für Patient*innenbetreuung, aber wir sind auch das, was man als Abonnent*innenabteilung versteht, wir sind auch die Beschwerdeabteilung, die Abteilung für viele Dinge“ (IP4: 56). Auch IP3 betont, dass in ihrer Arbeitsumgebung die Unterscheidung zwischen „Kund*innenservice“ und „Patient*innenbetreuung“ nicht klar gezogen und nicht notwendig sei: „Es herrscht ein wenig Verwirrung. Denn derzeit gibt es im Krankenhaus selbst zwei Bezeichnungen: Kund*innenbetreuung und Patient*innenbetreuung, was eigentlich dasselbe ist, aber es sind zwei völlig unterschiedliche Dinge“ (IP3: 39). Dabei äußert sie auch eine Präferenz für die Bezeichnung „Patient*innenbetreuung“: „Ich denke wirklich, dass es bei der Patient*innenbetreuung bleiben sollte, denn am Ende, ob sie nun Mitglied der Krankenhausversicherung werden oder nicht, sind sie immer noch Patient*innen“ (IP3: 39).

Die institutionelle Uneinheitlichkeit zeigt sich zudem in der formellen Kategorisierung der Stelle. IP2 erklärt, dass in offiziellen Dokumenten „Rezeptionistin“ angegeben sei, wobei gegenüber der Sozialversicherung die Einstufung als „Verwaltungskraft“ erfolge (IP2: 23). Diese begriffliche Mehrdeutigkeit verweist auf eine strukturelle Unschärfe hinsichtlich der institutionellen Einordnung der Tätigkeit.

Auch historische Entwicklungen in der Stellenbezeichnung werden angesprochen: IP1 berichtet, dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit als „Hostess-Dolmetscherin“ bzw. „Informations-Dolmetscherin“ betitelt wurde, bevor die Rolle später unter „Patient*innenbetreuung“ geführt wurde (IP1: 5). Interessanterweise erwähnt sie auch, dass es vor ihrer Zeit im Krankenhaus eine Person gab, deren Aufgabe sich ausschließlich auf das Dolmetschen oder Übersetzen für die Patientinnen und Patienten beschränkte – diese arbeitete offenbar alleine und ohne zusätzliche administrative Zuständigkeiten (IP1: 16).

Die Interviewten erleben ihre Rolle als schwer in einem einzigen Begriff zusammenzufassen und beschreiben sie eher als ein Zusammenspiel verschiedener Aufgabenbereiche – von administrativer Betreuung über Sprachmittlung bis hin zu sozialer und organisatorischer Unterstützung.

A.4 Persönliche Eigenschaften und Kompetenzen

Die Interviewten betonen, dass sprachliche Fähigkeiten, persönliche Eigenschaften und soziale Kompetenzen für die Ausübung ihrer Tätigkeit unerlässlich seien. Diese Vorstellungen von „nötigen Fähigkeiten“ sind vielfältig und spiegeln unterschiedliche Schwerpunktsetzungen wider.

So hebt IP1 besonders die menschliche Komponente hervor und zählt Eigenschaften wie Nähe, Freundlichkeit, Höflichkeit, Hilfsbereitschaft, Bescheidenheit und Empathie zu den wichtigsten Voraussetzungen. Dabei erklärt sie: „beim Übersetzen muss man sich oft in die Lage der anderen Person versetzen“ (IP1: 1f.). IP4 ergänzt diese Perspektive und nennt Geduld als essenzielle Eigenschaft in ihrem Arbeitsalltag. Auch Freundlichkeit, Organisationstalent, ein gepflegtes Auftreten und Hilfsbereitschaft werden von IP2 genannt.

IP3 betont hingegen stärker die fachliche Seite der Tätigkeit. So verweist sie auf die Notwendigkeit, „besondere Aufmerksamkeit in der Kommunikation“ (IP3: 49) zu zeigen sowie über grundlegende Kenntnisse medizinischer Fachbegriffe zu verfügen. Gleichzeitig sei ein gewisses Maß an persönlichem Interesse für medizinische Zusammenhänge hilfreich: „Für die Patient*innenbetreuung würde ich wirklich (H) sagen. Man muss ein wenig klinische Terminologie kennen oder auch Interesse zeigen“ (IP3: 49). Auch hier wird hervorgehoben, dass mindestens eine Fremdsprache erforderlich sei, wobei einige der Befragten über deutlich mehr Sprachkenntnisse verfügen.

Insgesamt zeigt sich, dass das Anforderungsprofil laut den Teilnehmerinnen weit über reine Sprachmittlung hinausgeht und sowohl emotionale Intelligenz als auch fachliche Flexibilität erfordert.

Abschließend lässt sich festhalten, dass einige Befragten die Notwendigkeit von Dolmetschleistungen im Zentrum klar erkennen. Es wird deutlich, dass der aktuelle Personalschlüssel und die Arbeitsstruktur den tatsächlichen Anforderungen nur bedingt gerecht werden. IP2 betont: „Aber wenn man alles gleichzeitig macht, ist es sehr schwierig, es gut zu machen. Deshalb würde ich eine Abteilung für die Patient*innen- oder Kund*innenbetreuung und eine Übersetzungsabteilung behalten“ (IP2: 23). Andere äußern ähnliche Einschätzungen und sehen in der Sprachenvielfalt eine konstante und künftig zunehmende Herausforderung für das Gesundheitssystem. So hebt IP4 hervor:

... und ich sehe es [Dolmetschen] auch als eine sehr wichtige Aufgabe. Unabhängig davon, ob man einen Abschluss hat oder nicht, denn Menschen, die verschiedene Sprachen sprechen, wurden schon immer gebraucht und werden auch immer gebraucht werden, vor allem allgemeine Sprachen wie Englisch, denn nicht jeder kann Englisch und nicht alle Länder können Englisch [...]. Ich sehe das also als sehr, sehr notwendig an. (IP4: 52)

Zudem äußert IP4 den Wunsch nach speziell für das Dolmetschen zuständigem Personal, damit diese Aufgaben nicht zulasten anderer Tätigkeiten übernommen werden müssen: „Es mangelt an spezifischem Dolmetschpersonal, weil wir nicht einfach unseren Posten verlassen und übersetzen gehen können“ (IP4: 69). Eine andere Perspektive bringt IP3 ein: Ihrer Ansicht nach

könnten strukturelle Herausforderungen besser bewältigt werden, wenn in allen Abteilungen sprachkompetentes Personal vorhanden wäre (IP3: 48).

Diese Einschätzungen unterstreichen nicht nur den wahrgenommenen Bedarf an Sprachmittlungsdiensten im Krankenhaus, sondern verdeutlichen auch die strukturellen Spannungsfelder, in denen sich die Befragten bewegen – zwischen dem Anspruch, bestmögliche Unterstützung zu leisten, und den realen Rahmenbedingungen ihres Arbeitsalltags.

B. Herausforderungen und Strategien

B.1 Alltägliche Herausforderungen beim Dolmetschen

Die Befragten schildern eine Vielzahl an Herausforderungen, die sich im Dolmetschalltag ergeben – sowohl situativ als auch inhaltlich. Besonders betont werden emotionale Belastungen, der Umgang mit fachsprachlichen Inhalten sowie stressige oder unvorhersehbare Situationen.

So berichtet IP1 etwa, dass das Übersetzen medizinischer Dokumente ein besonders hohes Maß an sprachlicher Sicherheit verlange, das sie ohne formale Ausbildung als überfordernd empfand: „...war diese Aufgabe ein bisschen zu viel für das Niveau der Sprachkenntnisse, die man haben könnte. Um das zu übersetzen, ist man natürlich in einer schwierigen Situation, wo man sagt: ‚was ist, wenn ich es nicht gut übersetze?‘ ” (IP1: 8). Auch das allgemeine Verantwortungsgefühl kann als belastend empfunden werden, insbesondere wenn Unsicherheiten in der Sprachbeherrschung bestehen: „die Übersetzung von Dokumenten war schon zu viel“ (IP1: 12).

IP4 schildert vergleichbare Erfahrungen, wenn auch aus einer anderen Perspektive: Fachterminologie stellt gelegentlich eine Hürde dar, besonders wenn bestimmte Begriffe unbekannt sind und im Moment elegant umgangen werden müssen: „Und was das Dolmetschen betrifft, so bin ich persönlich nicht auf so viele Hindernisse gestoßen. Vielleicht ein Wort, das ich nicht kannte. Man muss also wissen, wie man schnell verbergen kann, dass man es nicht kennt“ (IP4: 62). Auffällig ist hierbei, dass die Befragte nicht in Betracht zieht, offen einzugehen, ein Wort nicht zu kennen, um es rasch online zu recherchieren oder gegebenenfalls beim medizinischen Personal nachzufragen. Stattdessen steht für sie im Vordergrund, den eigenen Gesichtsverlust zu vermeiden – ein Verhalten, das sich im Sinne der soziolinguistischen *Face-Saving*-Theorie (vgl. Goffman, 1967; Brown und Levinson, 1987) als Versuch interpretieren lässt, das positive Selbstbild gegenüber den Gesprächspartner*innen aufrechtzuerhalten.

In besonders hektischen Situationen kann zusätzlich der Druck steigen – etwa wenn gleichzeitig zwischen verschiedenen Gesprächspartner*innen, Institutionen und Sprachen vermittelt werden muss:

*Ich musste also mit meiner Vorgesetzten und einer anderen Kollegin nach oben gehen und wir übersetzten die ganze Zeit, meine Vorgesetzte erzählte mir etwas, ich musste es den Patient*innen erzählen, die Patient*innen erzählten mir etwas und ich musste es meiner Vorgesetzten erzählen. Sie mussten beim Versicherungsunternehmen anrufen, und ich musste direkt mit der Person sprechen, die am Empfang des Unternehmens war [...] Und es stimmt, dass es damals eine sehr stressige Situation war, weil man versuchte, es so objektiv wie möglich zu sagen, ohne die Informationen zu vermischen. (IP4: 64)*

Ein weiteres Problemfeld ergibt sich aus bestimmten sensiblen Gesprächssituationen. Konsultationen in Fachbereichen wie Onkologie oder Gynäkologie stellen besondere Anforderungen an Sprachsensibilität, Diskretion und interkulturelles Fingerspitzengefühl. IP3 nennt das Beispiel einer älteren Patientin in einer onkologischen Sprechstunde:

Die Klientin fiel aus dem Bett und spürte einen Teil nicht/. [...] Sie konnte zwar gehen, aber sie spürte weder ihren Arm noch ihre Hand (...) Und dann (H) hat man alle notwendigen Tests machen lassen und so weiter. Dann ging sie zum Neurologen, und der Neurologe hat gesagt: ‚Übersetzen Sie das Thema nicht so wörtlich‘, denn genauso war die erste Übersetzung, die ich gemacht habe. (H) Als Dolmetscherin. Und der Neurologe hat mir gesagt: ‚Übersetzen Sie das nicht wörtlich, da es keine guten Nachrichten sind‘. Ich war also schon etwas älter, und ich denke, dass ich, nachdem ich schon einige Situationen erlebt habe, in diesen Fällen gut vorbereitet bin, weil ich familiäre Situationen erlebt habe. (H) Es ist auch nicht das erste Mal, dass ich als solche im Gesundheitsbereich tätig bin. Ich bin also geistig etwas besser vorbereitet. Aber es stimmt, dass ich denke, dass man sich bei manchen Konsultationen, wenn sie einem sagen, man solle in die Onkologie gehen, in die Neurologie, in dieses, in jenes ... ein bisschen mehr oder weniger auf sich selbst einstellen muss, weil man weiß, dass, wenn man zum Beispiel in die Onkologie geht, weiß man, wohin man geht. (IP3: 42f.)

In diesem Beispiel ist es bemerkenswert, dass der Arzt selbst nicht versucht, die Nachricht in irgendeiner Weise abzumildern, sondern diese Verantwortung der Dolmetscherin überlässt.

IP2 betont in diesem Zusammenhang, dass auch die emotionale Tragweite eine besondere Herausforderung darstellt. In solchen Fällen seien ihrer Meinung nach fundierte Ausbildung und Erfahrung besonders wichtig:

*Es gibt einige Konsultationen, die etwas heikel sind und die meiner Meinung nach von einem/einer Übersetzer*in durchgeführt werden sollten, der/die auch die entsprechenden Fähigkeiten und Erfahrungen hat. Nicht nur die Ausbildung, sondern auch die Erfahrung, damit umzugehen, [...] Also, natürlich denke ich, dass das (...) von einer Person behandelt werden sollte, die weiß, wie man damit umgeht. Ich sage nicht, dass ich es nicht weiß, aber letztendlich fehlt mir die Ausbildung und die Erfahrung, um es zu tun. (IP2: 29)*

Auch IP4 beschreibt Einschränkungen, etwa bei gynäkologischen Untersuchungen, bei denen die Dolmetschende Person aufgrund von räumlicher Trennung (z. B. Vorhänge in der Praxis) nicht immer die volle Gesprächssituation erfassen kann (IP4: 59).

Darüber hinaus beschreibt IP4 auch kulturelle Unterschiede als Quelle potenzieller Missverständnisse: Manche Patient*innen seien nicht mit den lokalen medizinischen Abläufen vertraut. In solchen Fällen sei es ihre Aufgabe, nicht nur sprachlich zu vermitteln, sondern auch grundlegende Protokolle und Abläufe zu erklären: „...auch Patient*innen, die aus anderen Ländern kommen, sind nicht an die gleichen Gepflogenheiten wie in Spanien gewöhnt, nicht nur kulturell, sondern auch gesundheitlich. Man muss ihnen also bestimmte Protokolle erklären“ (IP4: 62).

Diese Beispiele zeigen, dass der Dolmetschprozess im medizinischen Alltag häufig über reine Sprachmittlung hinausgeht und durch kontextuelle, emotionale und fachliche Faktoren zusätzlich erschwert wird.

B.2 Rollenunklarheiten und Grenzsituationen

Ein weiteres wiederkehrendes Thema in den Interviews ist das Erleben von Rollenkonflikten und unklaren Zuständigkeiten im beruflichen Alltag. Die Befragten berichten von Situationen, in denen ihre Funktion als Sprachmittlerin verschwimmt oder sie Aufgaben übernehmen, die über ihre formale Rolle hinausgehen.

Ein zentrales Spannungsfeld liegt in der Abgrenzung zwischen rein sprachlicher Vermittlung und weitergehender Unterstützung oder Beratung. Als sie nach den Erwartungen an ihre Position gefragt wird, beschreibt IP1, dass insbesondere beim Dolmetschen oft unklar sei, wo ihre eigentliche Aufgabe ende und zusätzliche Hilfestellung beginne:

*Genau, zum Beispiel im Fall des Dolmetschens war es nicht gut definiert. Weil es ist so, dass es oft von dir abhängt, vom Dolmetschenden oder Übersetzenden, dass du oft nicht wusstest, wie weit ich diesem Patienten/dieser Patientin helfen kann, ja? Wie weit wird meine Verdolmetschung oder meine Hilfe gehen? Denn wenn sie vielleicht mehr, mehr Zweifel hatten (H), wusste ich nicht, ob ich ihnen auch dabei helfen sollte. [...] Nein, es war nicht ganz klar, inwieweit man sich weiter um diese Patient*innen kümmern musste. (IP1: 14)*

Auch IP2 berichtet von einer fehlenden Klarheit der Zuständigkeiten, insbesondere nach einer strukturellen Umorganisation im Team:

Früher habe ich mich einigen Aufgaben gewidmet und jetzt widme ich mich diesen und (...) anderen. Es gab also einen Wendepunkt, der kompliziert war, weil die Funktionen nicht genau definiert waren. Jetzt sind sie (...), aber die Abteilung wird sich wieder ändern. Gerade nächste Woche, also (...) es ist ein weiterer Wendepunkt. (IP2: 29f.)

In emotional aufgeladenen oder konflikthaften Situationen mit Patient*innen sehen sich die Mitarbeiterinnen zudem mit Erwartungen konfrontiert, die über ihr eigentliches Aufgabenfeld hinausgehen. IP3 beschreibt: „Es gibt Patient*innen, die ein wenig verärgert zu uns kommen, wenn nicht sogar verärgert über eine schlimme Situation, die sie im Krankenhaus erlebt haben, und stellen uns Fragen, die nichts mit unserer Abteilung zu tun haben“ (IP3: 48).

IP2 betont in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit, emotionale Grenzen zu setzen. Aus ihrer Sicht gehört es zu den beruflichen Kompetenzen, in konflikthaften Situationen nicht nur empathisch zu bleiben, sondern auch klar die eigene Rolle zu definieren: „Es ist gut, Respekt zu zeigen, Freundlichkeit zu zeigen, zu helfen, aber wir dürfen nicht vergessen, dass wir auch Menschen sind [...]. Wenn dich jemand respektlos behandelt, zieh eine klare Grenze, steh auf und überlass die Situation einer anderen Person [...]“ (IP2: 32).

Diese Aussagen machen deutlich, dass der Arbeitsalltag nicht nur durch fachliche Anforderungen, sondern auch durch persönliche Abgrenzungskompetenz geprägt ist – insbesondere dort, wo institutionelle Strukturen keine klaren Rollendefinitionen vorgeben.

B.3 Fehlende institutionelle Unterstützung

Ein zentrales Problem, das in den Interviews genannt wird, ist das Fehlen einer strukturierten Einarbeitung oder fachlichen Begleitung im Bereich der Dolmetschleistungen. IP1 schildert, dass sie bei Einsätzen oft auf sich allein gestellt war, insbesondere wenn es um das Dolmetschen ging: „Denn bei der Dolmetschung war man allein, man hatte keine andere Kollegin, die einem hilft“ (IP1: 5). Auch die wenigen Möglichkeiten, sich im Team auszutauschen oder Rücksprache zu halten, erschweren eine sichere und reflektierte Ausübung der Tätigkeit.

Besonders auffällig ist, dass keine der Befragten angibt, jemals eine spezifische Vorbereitung oder Weiterbildung für ihre Dolmetschaufgaben erhalten zu haben. Die Antworten auf die Frage nach einer entsprechenden Schulung sind durchweg negativ und zum Teil sehr deutlich formuliert: „Nichts. Nichts. Niemals, niemals. Eigentlich nicht“ (IP1: 4).

Selbst grundlegende Kenntnisse zu medizinischer Terminologie mussten sich die Mitarbeiterinnen im Laufe der Zeit selbst aneignen, wie IP2 berichtet: „Nun, am Anfang, als ich in diesem Beruf anfang, gab es viele Tests, viele Namen von Tests, an die ich mich nicht erinnern konnte, einige der Namen von Tests, von denen ich noch nie gehört hatte, nicht einmal auf Spanisch“ (IP2: 25).

Auch IP4 gibt an, sich lediglich privat mit medizinischen Begriffen auseinandergesetzt zu haben, z. B. durch eigene Wortlisten in Excel für häufig vorkommende Fachbegriffe aus Berichten für Reedereien:

Ich bereite mich also nicht vor, nein. Aber was ich schon habe, ist schriftliches Vokabular für die Übersetzungen von Reedereien, von Berichten, ich habe einige Dinge aufgeschrieben, das heißt, ich habe mehrere Excel-Dateien von Wörtern, Fachbegriffen, die ich nicht verstehe. (IP4: 60)

Erwähnenswert hier ist, dass sie zunächst angibt, sich nicht vorzubereiten, jedoch die Nutzung von Excel-Tabellen mit Fachterminologie erwähnt. Dies lässt vermuten, dass sie die Erstellung eines Glossars nicht als Vorbereitung auf den Dolmetscheinsatz ansieht.

Darüber hinaus zeigt sich, dass es keinen strukturierten Austausch unter den Kolleg*innen gibt. Es fehlt ein institutionalisierter Rahmen, in dem Erfahrungen, Unsicherheiten oder bewährte Strategien geteilt werden könnten. Es gibt keinerlei Hinweise auf regelmäßige Supervision oder Teambesprechungen.

Ein indirekter Hinweis auf die Problematik mangelnder Standards und kollegialer Abstimmung zeigt sich bei IP1, die beobachtet, dass ein Arzt sie beim Dolmetschen bevorzugt, da er sich mit ihr besser mit den Patient*innen verständigen konnte als mit einer anderen Kollegin. Diese Wahrnehmung lässt sie an den Fähigkeiten ihrer Kollegin zweifeln und macht deutlich, wie stark sich fehlende Orientierung und Vergleichsmöglichkeiten auf die Einschätzung anderer im selben Tätigkeitsbereich auswirken können:

*Es gab vor allem einen Arzt, der immer zu mir sagte ‚oh, wenn Sie da sind, verstehen wir uns sehr gut‘. Er sagte, dass wir uns sehr gut verstehen, z. B. wenn ich übersetze, dass er den/die Patient*in besser verstand, als wenn die andere Kollegin da war. Das war also ein ziemlicher Schock. Da fragt man sich schon, ‚kann es sein, dass die andere Person den/die Patient*in nicht gut versteht oder sich nicht genug einfühlen kann, um dem Arzt zu vermitteln, was wirklich los ist?‘ (IP1: 10)*

Gleichzeitig zeigt sie keine Absicht, die Situation entweder mit dem Arzt oder mit der Kollegin zu klären. Dies stellt ein weiteres Indiz für den geringen Informationsaustausch im Team dar.

B.4 Strategien im Umgang mit Herausforderungen (beim Dolmetschen)

Um alltägliche Herausforderungen beim Dolmetschen zu bewältigen, entwickeln die Interviewten individuelle Strategien, die auf Selbstorganisation, Vorbereitung und situativem Geschick basieren. IP2 berichtet, dass sie sich zu Beginn ihrer Tätigkeit ein eigenes Dossier erstellt hat:

*Ich musste ein Dossier erstellen, ein Dokument, in dem ich alle Phrasen, die Namen der typischsten Tests, die Namen der Fachärzt*innen, die typischen Phrasen, die bei Konsultationen verwendet werden, je nach Fachgebiet (Gynäkologie, Traumatologie) gesammelt habe, und ich habe es gelernt. Wenn ich jetzt zu einer Konsultation gehe, schaue ich schon eine Weile vorher, was vorkommen könnte. (IP2: 25)*

Auch IP4 sammelt medizinische Fachbegriffe und Abkürzungen in einer Excel-Datei. Besonders medizinische Kürzel – oft nur Ärzt*innen geläufig – stellen eine Herausforderung dar,

berichtet sie. Sie erwähnt auch die Nutzung digitaler Hilfsmittel wie Linguee oder DeepL: „Bei den anderen Kolleginnen weiß ich nicht, in welchem Umfang, aber ich benutze sehr oft Übersetzungstools: Linguee, das jetzt einen Übersetzer namens DeepL auf den Markt gebracht hat“ (IP4: 61). Diese Aussage verdeutlicht zugleich eines der Probleme, die in der vorherigen Subkategorie erwähnt wurden: Den fehlenden Austausch unter Kolleginnen – IP4 weiß nicht einmal, welche Strategien oder Ressourcen die anderen nutzen.

In der Praxis greifen die Dolmetscherinnen zudem auf strategisches Positionieren und proaktives Nachfragen zurück. So beschreibt IP1, dass sie sich räumlich so positioniert, dass sie sowohl für Ärzt*innen als auch Patient*innen sichtbar bleibt, um eine klare Kommunikation zu ermöglichen: „Ich habe mich immer zwischen den beiden positioniert. Wenn es den/die Ärzt*in und den/die Patient*in gibt, dann manchmal direkt neben dem/der Patient*in, aber der/die Patient*in und der/die Ärzt*in würden immer mein Gesicht sehen, wie ein Dreieck“ (IP1: 6). Sie nutzt Wartezeiten, um sich vorab über die Beschwerden der Patient*innen zu informieren oder Einsicht in mitgebrachte Befunde zu nehmen – mit dem Ziel, später gezielter dolmetschen zu können:

*Während wir warteten, nutzte ich die Zeit, um ihn/sie [den/die Patient*in] zu fragen, was mit seiner/ihrer Pathologie nicht stimmte, so dass ich, wenn der/die Ärzt*in ihn/sie fragte, was ihm/ihr weh tat oder was nicht stimmte, die ganze Geschichte der Person kannte, so dass ich, wenn er/sie etwas sagte, es verstehen konnte. Oder wenn er/sie medizinische Berichte mitbrachte, konnte ich sehen, welche Verletzung er/sie hatte. Alles, damit der/die Ärzt*in besser versteht, was mit dem/der Patient*in los ist, damit er/sie [der/die Ärzt*in] sein/ihr Problem besser verstehen kann. (IP1: 7)*

Weitere gängige Taktiken sind der Einsatz technischer Hilfsmittel, z. B. Online-Wörterbücher, sowie das bewusste Wiederholen und Rückfragen zur Sicherstellung des Verständnisses auf beiden Seiten: „Ich gehe zur Konsultation und wenn ich einen Begriff nicht weiß, nutze ich die technischen Mittel, um ihn zu finden“ (IP2: 25). IP2 betont dabei die Wichtigkeit, die Aussagen der Ärzt*innen klar zu formulieren und bei Unklarheiten aktiv nachzufragen:

*Wenn der/die Ärzt*in mir etwas übermittelt, übermittle ich es und wiederhole es viele Male, damit es klar ist, und wenn sie mich nicht verstehen, frage ich: ‚Haben Sie mich verstanden oder haben Sie mich nicht verstanden?‘ Und sie sagen mir ‚ah, also das‘ mit irgendeiner Frage und ich versuche, den Arzt/die Ärztin noch einmal zu fragen und es zu betonen, damit es keinen Zweifel gibt. Wenn der/die Ärzt*in dann den Bericht über die Konsultation ausdrückt, gehe ich die Behandlung und die Diagnose noch einmal durch, das heißt, ich lese ihn noch einmal. Damit es keinen Zweifel gibt. (IP2: 29)*

Ein sensibles Kommunikationsverhalten zeigt sich bei IP3, die berichtet, wie sie auf Bitten eines Arztes medizinische Informationen gegenüber einer älteren Patientin behutsam und emotional angepasst weitergibt:

[Arzt] ,Sagen Sie es ihr nicht so, wie ich es Ihnen gesagt habe, denn sie ist ein alter Mensch, wir wissen noch nicht zu 100 %, ob das, was sie hat, gut oder schlecht ist, und versuchen Sie, es ihr auf eine sanftere Art zu sagen'. Und so übersetzte ich es auf die sanfteste Art und Weise, die mir möglich war. (IP3: 43)

In diesem Beispiel übernimmt die Dolmetscherin erneut die Aufgabe, die Nachricht „abzumildern“, ohne dass der Arzt selbst die Diagnose so formuliert, wie er es vorschlägt. Auffällig ist dabei, dass er sich offenbar eher an die Dolmetscherin als an die Patientin wendet. Es stellt sich die Frage, ob er sich gegenüber einer externen professionell dolmetschenden Person ähnlich verhalten würde. Vor diesem Hintergrund ist auch die Verwendung des Begriffs „übersetzen“ durch IP3 interessant und kritisch zu hinterfragen: Kann hier noch von einer reinen Übersetzung gesprochen werden, wenn die Botschaft in abgewandelter Form übermittelt wird?

Auch die Zusammenarbeit mit medizinischem Personal spielt eine zentrale Rolle bei der Bewältigung schwieriger Situationen. IP4 beschreibt, dass es auf gegenseitige Rücksichtnahme, Dankbarkeit und das richtige Timing bei Rückfragen ankommt. Ziel sei es, Kolleg*innen im Klinikalltag nicht zu stören, sondern kollegial und respektvoll zu kooperieren (IP4: 58).

Insgesamt wird deutlich, dass viele der entwickelten Strategien, wie die Erstellung einer Excel-Datei für Fachterminologie, das wiederholte Dolmetschen zur Sicherstellung der Verständlichkeit oder das Nachfragen bei den Patient*innen vor der Konsultation über deren Krankheitsbilder, stark individueller Natur sind. Ein systematischer Austausch über Best Practices oder institutionalisierten Leitlinien fehlt.

Ein weiterer Aspekt, der als zusätzliche Herausforderung für die interviewten Dolmetschenden genannt wird, betrifft die strukturellen Rahmenbedingungen auf institutioneller Ebene. So weist IP4 darauf hin, dass Dolmetschen zwar regelmäßig notwendig sei, jedoch nicht zur erklärten Priorität der Einrichtung gehöre. Professionelle Dolmetscher*innen würden aus Kostengründen oft nicht eingestellt, stattdessen greife man auf mehrsprachige Mitarbeitende zurück, deren Hauptaufgaben eigentlich in anderen Bereichen liegen:

*Es ist nicht unsere Priorität, zu übersetzen und zu dolmetschen, denn wir sind keine Übersetzer*innen und Dolmetscher*innen. Dafür müsste man eine*n Übersetzer*in und eine*n Dolmetscher*in engagieren, deren Priorität genau das ist. Aber natürlich ist es nicht immer in dem Interesse des Unternehmens, Übersetzer*innen und Dolmetscher*innen einzustellen, weil sie teurer sind. Also nehmen sie Leute, die diese Sprachen beherrschen, und wir müssen diese Grenzen setzen. (IP4: 66)*

Diese Beobachtung verweist auf ein grundlegendes Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Entscheidungen der Leitungsebene und den tatsächlichen Anforderungen im Versorgungsalltag.

Für die betroffenen Mitarbeitenden bedeutet dies, dass sie trotz fehlender offizieller Zuständigkeit regelmäßig in Dolmetschsituationen eingespannt werden – und dabei oft selbst Grenzen setzen müssen.

C. Boundary Work - Abgrenzung und Beziehungen zu anderen Akteur*innen

*C.1 Patient*innen*

Die Beziehung zu Patient*innen ist für die interviewten Mitarbeitenden von besonderer Bedeutung – sie bewegt sich zwischen persönlicher Nähe, professioneller Distanz und oft emotional aufgeladenen Situationen. Die Rolle als sprachliches Bindeglied führt nicht selten dazu, dass sie als Hauptansprechperson wahrgenommen werden – auch jenseits der eigentlichen Dolmetschsituation.

So beschreibt IP1, dass Patient*innen mitunter erwarten, auch außerhalb der Konsultation begleitet zu werden. Diese Erwartungshaltung bedarf klarer Kommunikation: „Man könnte ihn/sie [den/die Patient*in] verlassen, wenn er/sie in andere Bereiche der Klinik gehen muss. In dieser Hinsicht begleitete man ihn/sie nicht. Das musste also auch dem/der Patient*in sehr höflich klar gemacht werden“ (IP1: 16). Auch IP2 berichtet von zusätzlichen Erklärungen außerhalb der eigentlichen Übersetzung, insbesondere wenn es um orientierende Hilfe bei Terminen oder klinikinternen Abläufen geht:

*Wenn Patient*innen mich um Hilfe bitten, z. B. wie sie einen Termin für ein Röntgenbild oder einen Termin bei einer Fachärztin/einem Facharzt, den/die die Ärztin/der Arzt empfohlen hat, vereinbaren kann, gehe ich hinaus und erkläre es ihnen, ich leite sie an. Es geht also auch um allgemeine Hilfe, nicht nur in Bezug auf die Sprache, was im Moment auch das Wichtigste ist, sondern wenn eine Person hierherkommt, und keine Mitarbeitende Englisch sprechen, die meisten Kolleg*innen am Empfang sprechen kein Englisch, also leiten wir sie oder ihn durch den Prozess. (IP2: 25)*

Dabei kann es auch zu anderen herausfordernden Momenten kommen, wenn Patient*innen trotz mehrfacher Erklärungen weiterhin Fragen stellen oder unzufrieden reagieren:

*Auch im Sprechzimmer, wenn der/die Ärzt*in dem/der Patient*in schon 30-mal gesagt hat, dass das Röntgenbild gemacht werden muss. ‚Und warum, warum, und warum, und so operieren?‘ [...] Ich versuche, sehr freundlich zu sein, aber es gibt viele Momente, in denen es für mich schon schwierig war. Ich meine, ich weiß nicht, wie ich damit umgehen soll, man gibt mir nicht mehr die Mittel der Freundlichkeit. Ich muss sagen: ‚Schau, es ist vorbei‘. (IP2: 31)*

Eine besondere Herausforderung stellt der Umgang mit emotional belastenden Inhalten dar. Bei heiklen Diagnosen – etwa in der Onkologie – richten Patient*innen ihren Blick nicht auf das medizinische Fachpersonal, sondern auf die Dolmetschende, da nur sie verstehen wird: „Dann

sieht er/sie [der/die Patient*in] mich an, ich bin diejenige, die es weitergibt, und niemand hat mich darauf vorbereitet, so etwas zu sagen, denn schließlich verstehen sie nur dich im Raum“ (IP2: 26). Der psychische Druck in solchen Momenten wird von mehreren Befragten betont – etwa im Umgang mit weinenden oder aggressiven Patient*innen, oder bei unerwarteten Todesfällen:

*Es mag von außen recht einfach erscheinen, weil es so aussieht, aber es ist viel schwieriger, denn es ist zu sehen, wie es Patient*innen gibt, die einen anschreien, weil ihnen etwas zugestoßen ist, Patient*innen, die weinen, weil sie einen Angehörigen verloren haben. Mit anderen Worten, es gibt eine ziemlich große psychische Belastung [...] Was die Patient*innenbetreuung angeht, finde ich persönlich, dass das Schwierigste ist, dass es Menschen gibt, die sich respektlos verhalten, völlig respektlos. (IP4: 61f.)*

Zugleich entstehen in diesen Rollen tiefe Vertrauensverhältnisse, die von Dankbarkeit und Nähe geprägt sein können. IP1 erzählt von Patient*innen, die sich schon beim Anblick der Dolmetschenden besser fühlen, und beschreibt, wie aus der Zusammenarbeit Freundschaften entstanden sind:

*Nun, es war sehr, sehr erfreulich, ihre Zufriedenheit zu sehen, dass man sie in diesem Prozess oder in diesen (H) schwierigen Momenten ihrer Krankheit begleiten konnte und es angenehm zu machen und das erfreulichste ist, dass, wie einige Leute zu mir sagten, dass sie in die Klinik kamen und nachdem sie mich gesehen hatten, sagten sie, es scheint, dass ich mich bereits 50 % besser fühle‘ (lacht). Es geht darum, ihnen ein gutes Gefühl zu geben, und ja, am Ende wird es mit einigen/. In der Tat habe ich heute echte Freundschaften mit denen geschlossen, die meine Patient*innen waren. (IP1: 8)*

Dieses Beispiel zeigt einen deutlichen Unterschied zum üblichen Vorgehen professioneller Dolmetscher*innen. IP1 beschreibt, dass sich daraus echte Freundschaften mit einigen Patient*innen entwickelt haben. Solche Nähe ist bei professionellen Dolmetscher*innen eher unüblich, da dort normalerweise emotionale und soziale Distanz gewahrt wird. Dies wirft interessante Fragen zu den Grenzen der Rolle auf: Während das persönliche Engagement der nicht-professionellen Dolmetscherin das Wohlbefinden der Patient*innen eindeutig steigert, verschwimmen dadurch die Grenzen zwischen professioneller Aufgabe und persönlicher Beteiligung. Das Beispiel verdeutlicht, wie das Fehlen formaler Richtlinien oder klarer Rollendefinitionen im nicht-professionellen Dolmetschen zu Praktiken führen kann, die sowohl die Patient*innenerfahrung verbessern als auch aus ethischer oder beruflicher Sicht problematisch sein könnten.

Auch IP4 berichtet von positiven Rückmeldungen, kleinen Gesten der Anerkennung und dem Gefühl, durch Sprachmittlung einen echten Unterschied zu machen:

*Es ist also das Gefühl, nützlich zu sein, nicht nur zur eigenen Befriedigung, sondern auch, weil man weiß, dass man anderen Menschen helfen kann. Es gibt hier viele Tourist*innen, vor allem in der Küstenregion Spaniens. Und das ist es. Patient*innen, die es zu schätzen wissen, dass man auch die Sprache beherrscht. (IP4: 63)*

Gleichzeitig betont IP4 die Notwendigkeit, eine professionelle Haltung zu wahren, auch unter Stress oder bei unhöflichem Verhalten: „Man darf eine*n Patient*in nicht schlecht machen, selbst wenn man einen schlechten Tag hat“ (IP4: 68). Der Balanceakt zwischen Nähe und Abgrenzung, Empathie und Selbstschutz, stellt somit einen wesentlichen Bestandteil des *boundary work* mit Patient*innen dar.

C.2 Mitarbeitende des Krankenhauses

Die Wahrnehmung durch Kolleg*innen ist stark durch die Sprachkompetenz der Befragten geprägt. IP4 berichtet etwa, wie sie von einer Krankenpflegerin einer neuen Mitarbeiterin als „diejenige, die hier viele Sprachen spricht“ vorgestellt wurde. Sie fügt hinzu: „Da sie wissen, dass ich mehrere Sprachen spreche, werde ich hauptsächlich als Übersetzerin wahrgenommen“ (IP4: 63).

Zudem erklärt IP1: „Vor allem sahen sie mich mehr als Information [...] In erster Linie als Information und dann, ja, als Übersetzerin [...] also hatten sie mich auch als Kanal dabei [...] für die Kommunikation zwischen den beiden Seiten“ (IP1: 9).

Gleichzeitig berichten mehrere Interviewpartnerinnen von einer grundsätzlich positiven Atmosphäre und einem respektvollen Umgang im Kollegium. IP1: „Ich würde sagen, dass sie mich sehr mochten und auch meine Arbeit schätzten“ (IP1: 6). IP3 beschreibt, dass das restliche Klinikpersonal immer sehr einladend und offen war:

*[...] als Dolmetscherin wird man von allen mehr empfangen, weil sie einem ständig Fragen stellen, weil sie auch wissen wollen, warum man so viele Sprachen spricht oder warum man so gut darin ist. Aber in Bezug auf die Abteilung der Patient*innenbetreuung ist es wirklich so, dass man ein Teil des Teams ist. (IP3: 44)*

Die meisten Befragten fühlen sich in ihrer Arbeit geschätzt, insbesondere von ärztlicher Seite. IP2 schildert das Beispiel eines Kardiologen, der sich nach jeder Dolmetschung mehrfach bedankt:

*Es gibt einen Kardiologen im Krankenhaus, der immer, wenn ich ihm beim Übersetzen helfe, sehr dankbar ist, er bedankt sich sechsmal im Sprechzimmer, wenn ich gehe, und wenn er das Krankenhaus verlässt, geht er an mir vorbei, sieht mich an und bedankt sich [...] die Ärzt*innen sind immer sehr dankbar, wenn wir ihnen helfen, vor allem die älteren Ärzt*innen, die uns am meisten brauchen [...] meine Kolleg*innen auch sehr gut. Wann immer ich helfe, sind alle sehr dankbar. (IP2: 27)*

Auch IP3 betont, dass die Ärzt*innen nicht nur die sprachliche Vermittlung wertschätzen, sondern darüber hinaus persönliche Gespräche suchen oder kleine Späße mit ihr teilen:

*Während man übersetzt, machen sie sogar Witze, damit man sie entweder dem/der Patient*in erzählen kann oder auch nur für uns. (H) Es kommt vor, dass die Patient*innen das Sprechzimmer verlassen und der/die Ärzt*in sich mit uns unterhält, er/sie fragt, warum wir so viele Sprachen sprechen und so weiter, und am Ende ist das gesamte Klinikpersonal dankbar dafür, dass es Menschen gibt, die diese Übersetzung oder Verdolmetschung übernehmen können. (IP3: 43)*

Gleichzeitig gibt es auch Hinweise auf informelle Zusammenarbeit jenseits klarer Zuständigkeiten. IP1 erwähnt etwa den Fall einer Kollegin aus einem anderen Bereich, die aufgrund ihrer Französischkenntnisse zur Unterstützung gerufen wurde – ein Beispiel für flexible Kollegialität, aber auch für institutionelle Lücken in der Aufgabenverteilung: „Manchmal riefen wir eine andere Kollegin an, die nicht als Dolmetscherin arbeitete, aber da sie aufgrund ihrer familiären Herkunft perfekt Französisch sprach, kam sie, um diesen Patient*innen zu helfen“ (IP1: 2).

Die Beschreibung des Arbeitsalltags legt offen, dass nicht alle Aufgaben klar abgegrenzt sind. IP4 erklärt, dass Patient*innen häufig an den Bereich „Patient*innenbetreuung“ weitergeleitet werden, wenn Kolleg*innen unsicher sind: „Wenn sie nicht wissen, wohin sie eine Person schicken sollen, schicken sie sie oft zu uns, weil wir die Patient*innenbetreuung sind [...] wir sind, in Anführungszeichen, wie ein Auffangbecken“ (IP4: 66f.). Diese vage Zuständigkeit führt in einigen Fällen zu Missverständnissen oder sogar Konflikten, wie IP1 beschreibt:

*[...] interner Konflikt mit den Kolleginnen am Empfang im OP-Bereich, weil sie mir die Schuld gaben, weil ich mich nicht um den/die Patient*in gekümmert habe. Und es ist nicht so [...] Ich grüße die Patient*innen immer. Die Sache ist die, dass der/die Patient*in mich begrüßt hat, aber [...] er/sie ging zu diesem Schalter. Er/sie sprach mich nicht mehr an, aber das war, sagen wir mal, die Schuld der Umstrukturierung des neuen Managements, das in das Unternehmen kam. (IP1: 13)*

Sie fügt auch hinzu: „Dann beschwerte sich ihre Vorgesetzte bei meiner Vorgesetzten. Meine Vorgesetzte setzte mich noch mehr unter Druck, was zu einer schlechten Atmosphäre führte“ (IP1: 14).

Zudem berichtet IP3 von Spannungen aufgrund von Kommentaren ärztlicher Kolleg*innen über Patient*innen ohne Spanischkenntnisse. Sie beschreibt eine Situation, in der ein Arzt abfällig über ausländische Patient*innen sprach, ohne dass diese es verstehen konnten:

*[...] es gibt einige Ärzt*innen, die schon etwas älter sind, die finden, dass der Fakt, dass Ausländer*innen nach Spanien kommen, ohne die spanische Sprache zu sprechen, also [...] Ich werde nicht ins Detail gehen [...] Ich war bei einem Arzt, wo ich schockiert mir gedacht habe: Er sagt es vor dem Patienten, ohne dass der Patient weiß, was er sagt. (IP3: 46)*

Die Frage nach der Zugehörigkeit zum medizinischen Team wird sehr unterschiedlich beantwortet. IP1 beschreibt ein starkes Gefühl der Einbindung: „Ich war dort sehr beliebt, und die Ärzt*innen mochten mich sehr gern [...] ich fühlte mich nützlich, gebraucht“ (IP1: 6).

IP2 empfindet hingegen eine klare Trennung zwischen medizinischem Personal und administrativen Rollen:

*Nein, ich denke, dass im Krankenhaus das Konzept der Verwaltung und das Konzept des medizinischen Teams sehr, sehr weit auseinander liegen, denn das medizinische Team sind letztendlich die Krankenpfleger*innen, die Pflegehilfe und die Ärzt*innen, und die Verwaltung ist die Buchhaltung, die Patient*innenbetreuung, der Kund*innenservice und das Verwaltungspersonal aller Empfangsbereiche, und auch die Personalabteilung und die Geschäftsführung. (IP2: 24)*

IP4 lässt sich in einer mittleren Position verorten. Sie fühlt sich zwar nicht vollständig als Teil des medizinischen Teams, erkennt aber, dass durch ihre Dolmetscharbeit eine gewisse Nähe entsteht:

*Nicht ganz. Denn letztendlich bin ich in der Verwaltung. Aber es stimmt, dass ich, wenn ich z. B. zum Übersetzen von Konsultationen gerufen werde, das Gefühl habe, dass ich viel mit den Ärzt*innen zu tun habe, dass ich am Ende des Tages Wörter aufnehme, die Fachbegriffe sind, dank der Übersetzungen von Berichten. Ich habe also das Gefühl, dass es eine 50:50-Aufteilung ist, weil meine Arbeit nichts mit Medizin oder Krankenpflege oder etwas Ähnlichem zu tun hat. Aber man fängt an, Dinge aufzuschnappen, Konzepte zu verstehen, bestimmte Prozesse zu erkennen. (IP4: 57)*

Auch die persönliche Verbindung wird betont: „die Namen der Ärzt*innen zu lernen [...] Ich denke, dieser Prozess ist ganz schön“ (IP4: 58).

Ähnlich differenziert IP3 zwischen dem medizinischen und dem erweiterten gesundheitlichen Team:

*Teilweise, ja. Denn es stimmt, dass wir, wenn wir zum Dolmetschen gehen, von den Ärzt*innen selbst zum Teil als dolmetschende Ärzt*innen behandelt werden, obwohl wir es nicht sind [...] ich betrachte mich nicht als Teil des medizinischen Teams, aber ich betrachte mich als Teil des Gesundheitsteams, was etwas anderes ist. Denn [...] ich studiere nicht nur Verwaltung, sondern Verwaltung und Gesundheitsdokumentation, was eine Art Spezialisierung im Gesundheitsbereich ist. (IP3: 40)*

Sie beschreibt dabei auch eine besondere Rolle in der ärztlichen Interaktion: „Wenn ich dolmetsche, fühle ich mich in diesem Moment teilweise wirklich wie ein*e Ärzt*in, weil ich diejenige bin, die den/die Patient*in um die Informationen bittet, die der/die Ärzt*in nicht direkt fragen kann“ (IP3: 41).

*C.3 Externe Dolmetscher*innen und andere Sprachmittler*innen*

Ein zentrales Thema in den Interviews ist der Vergleich zwischen den Interviewpartnerinnen und professionellen Dolmetscher*innen. Dabei werden sowohl Unterschiede als auch Überschneidungen wahrgenommen – verbunden mit einer Reflexion über die eigene Rolle.

Mehrere Interviewpartnerinnen berichten, dass Patient*innen gelegentlich mit extern beauftragten Dolmetscher*innen erscheinen. Während IP2 und IP4 angeben, dass dies relativ häufig vorkomme: „Es kommen viele Leute mit ihren Dolmetscher*innen“ (IP4: 65) – betont IP3 hingegen, dass dies eher selten sei: „Ich würde sagen, von den 100 % kommen 5 % mit ihrem/ihrer eigenen Dolmetscher*in“ (IP3: 46).

IP1 beschreibt zunächst, dass der Unterschied zwischen ihrer Rolle und der der professionellen Dolmetscher*innen gering sei: „Am Anfang habe ich gesagt, dass sie [die Aufgaben] sehr unterschiedlich sind, aber je mehr ich darüber nachdenke, desto ähnlicher sind sie“ (IP1: 12). Gleichzeitig benennt sie doch klare Differenzlinien, vor allem im Umfang der Aufgaben: „Er/sie [der/die Dolmetscher*in] ist nur auf den/die Patient*in konzentriert, wir hatten viele andere Aufgaben“ (IP1: 12). Während professionelle Dolmetscher*innen Patient*innen über die gesamte Zeit in der Klinik begleiten, müssen sie als Mitarbeitende der Einrichtung zwischen verschiedenen Aufgaben wechseln (IP1: 16). Das bestätigt auch IP3, die beschreibt, dass sie in einer Konsultation zwar bleibt, aber auf Anweisung nur kurz begleiten darf:

*[...] Ich bleibe eine Weile, aber ich kann nicht zu lange bleiben, weil [...] die Vorgesetzte uns sagt: ‚Bleibt als Dolmetscher*innen, aber es ist nicht der/die Patient*in, der/die nach euch gefragt hat, es gibt noch mehr zu tun‘, ich soll sie eine Weile begleiten, bis ich sehe, dass alles in Ordnung ist. (H) Denn wenn ich im Sprechzimmer dolmetsche und gehe und sie dann zu einem anderen Schalter gehen und diese Leute am Empfang die Sprache auch nicht können, rufen sie uns zurück, das wäre also noch mehr Zeitverschwendung. Deshalb bleibe ich in der Regel noch fünf Minuten und das war's dann. Dann gehe ich. (IP3: 41)*

IP2 berichtet, dass professionelle Dolmetscher*innen nicht nur für die Sprachmittlung zuständig sind, sondern auch eine deutlich umfassendere Unterstützung leisten. Sie beschreibt deren Rolle ausführlich:

*Die externen Dolmetscher*innen kommen mit den Patient*innen, und ich habe den Eindruck, dass sie nicht nur dolmetschen, sondern sie auch betreuen, dass sie eine Art Unterstützung sind, abgesehen vom Dolmetschen, aber sie haben ihre Unterlagen, sie sprechen mit den Versicherungsunternehmen und mit uns [...] Ich sehe sie als Betreuer*innen. (IP2: 27f.)*

Diese umfassendere Begleitung beinhaltet z. B. auch administrative Abläufe oder Terminorganisation, was laut IP2 im Gegensatz zu ihrer eigenen Tätigkeit stehe: „Meine Übersetzung dauert 15 Minuten, 20 Minuten [...] Ihre Übersetzung ist am Empfang, in der Konsultation, davor und danach, es ist eine vollständigere Übersetzung“ (IP2: 28).

Auch IP3 bestätigt die erweiterte Rolle externer Dolmetscher*innen, die auf Wunsch der Patient*innen das gesamte medizinische Setting begleiten: „Wenn man vom/von der Patient*in beauftragt wird, begleitet man den/die Patient*in während des gesamten Aufenthalts in der Notaufnahme oder bei jeder Konsultation“ (IP3: 46).

IP4 hebt ebenfalls hervor, dass sich ihre Rolle grundsätzlich von der der professionellen Dolmetscher*innen unterscheidet, auch wenn es funktionale Überschneidungen gebe und reflektiert bewusst, dass sie keine ausgebildeten Dolmetscherinnen sind:

*Sie [die Aufgaben] sind zwar ähnlich, aber letztendlich doch unterschiedlich. Denn wir sind, wie ich bereits sagte, keine Dolmetscher*innen und Übersetzer*innen im eigentlichen Sinne, wir haben keinen Abschluss in Übersetzen und Dolmetschen. Wir machen also (H) die Arbeit des Übersetzens und Dolmetschens, was dasselbe ist, aber nicht auf dieselbe Art und Weise wie ein*e Übersetzer*in und ein*e Dolmetscher*in, denn wenn man sich letztendlich auf Übersetzen und Dolmetschen spezialisiert, dann lernt man fünf Jahre lang die ganze Zeit Vokabeln. Man kann sich auch, so wie ich es verstehe, auf bestimmte Bereiche spezialisieren. Mit anderen Worten: Übersetzen und Dolmetschen im Gesundheitsbereich ist nicht dasselbe wie Übersetzen und Dolmetschen im Verwaltungs- oder Rechtsbereich. Es ist nicht das Gleiche. Die Spezialisierung auf bestimmte Bereiche ist also etwas, was wir nicht haben, wir haben diese Spezialisierung nicht, wir haben einen allgemeinen Wortschatz. (IP4: 65)*

Ergänzend zu externen von Patient*innen beauftragten Dolmetscher*innen weisen einige Interviewpartnerinnen auf weitere Formen der Sprachmittlung hin, etwa durch Angehörige oder im Rahmen von sogenanntem Child Language Brokering (CLB) (vgl. Antonini, 2010).

So berichtet IP4, dass Patient*innen mitunter auch von Familienmitgliedern begleitet werden, die die Dolmetschung übernehmen: „...ja, ich habe auch eine Person getroffen, die mit einer verwandten Person oder mit einem Familienmitglied kam [...] Es war eine europäische Sprache, aber ich habe keine Ahnung welche“ (IP4: 65).

Zwei der Befragten – IP3 und IP4 – bringen zudem persönliche Erfahrungen als Child Language Broker ein, also als Kinder, die schon früh für ihre Familien dolmetschen mussten. IP4 beschreibt: „Seit ich klein war [...] war ich immer diejenige, zu der sie [ihre Eltern] kamen, wenn sie irgendwelche Dokumente nicht ganz verstehen konnten. Wenn sie, ich weiß nicht, etwas über die Einkommenssteuererklärung brauchten, war ich diejenige, die sie fragten“ (IP4: 53f.). Auch IP3 kennt diese Situation: „Ich selbst habe es als Dolmetscherin für meine Eltern

erlebt [...] es gab Zeiten, in denen entweder ich selbst als Dolmetscherin fungierte oder die Dolmetscherin des Krankenhauses eingesetzt wurde“ (IP3: 36).

Diese biografischen Erfahrungen prägen nicht nur das Verhältnis zur Sprachmittlung, sondern auch die heutige professionelle Haltung gegenüber verschiedenen Formen informeller Dolmetschpraxen.

Die Aussagen der Interviewpartnerinnen verdeutlichen sowohl strukturelle Herausforderungen als auch individuelle Strategien im Umgang mit sprachlichen, institutionellen und interkulturellen Anforderungen. Besonders deutlich wird, dass die Rolle der Interviewten weit über das reine Dolmetschen hinausgeht und eine hybride Funktion zwischen sprachlicher, administrativer und emotionaler Unterstützung einnimmt. Diese Erkenntnisse bilden die zentrale Grundlage für die im nachfolgenden Kapitel behandelten Schlussfolgerungen und weiterführenden Überlegungen.

6. Diskussion und Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Analyse zusammengefasst und in Bezug auf die eingangs formulierten Forschungsfragen eingeordnet. Dabei werden nicht nur die wichtigsten Erkenntnisse aus den drei Kategorien A, B und C gebündelt dargestellt, sondern auch übergreifende Schlussfolgerungen gezogen, die theoretische, praktische und methodische Implikationen aufzeigen. Abschließend wird ein Ausblick auf weitere mögliche Forschungsperspektiven gegeben.

6.1. Zentrale Erkenntnisse

Die Frage, ob es sich bei den befragten Personen um professionelle Dolmetscherinnen handelt, lässt sich nicht eindeutig mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Zwar verfügen die Interviewpartnerinnen über keine formale Ausbildung in Übersetzen oder Dolmetschen, dennoch übernehmen sie regelmäßig Aufgaben der Sprachmittlung in ihrem beruflichen Alltag – oft als ein fester Bestandteil ihrer Tätigkeit. Sie selbst nehmen sich nicht als professionelle Dolmetscherinnen wahr und betonen wiederholt die Grenzen ihrer Kompetenzen. So merkt IP2 kritisch an, dass es eigentlich professionelle Sprachmittler*innen bräuchte, die besser vorbereitet seien als sie selbst (IP2: 29).

Auch die verwendete Fachterminologie zeigt Unterschiede im Selbstverständnis. Während IP3, die ein Studium in Übersetzen und Dolmetschen begonnen hatte, relativ präzise zwischen Übersetzen und Dolmetschen unterscheidet, nutzen die meisten anderen Interviewten die Begriffe zum Teil synonym. IP2 spricht zum Beispiel nicht von einem „Glossar“, sondern von einem „Dossier“ mit häufig vorkommenden Begriffen, was auf eine gewisse Unsicherheit im professionellen Sprachgebrauch hinweist (IP2: 25).

Trotz fehlender formaler Ausbildung nennen die Interviewten Kompetenzen als essenziell, die typischerweise auch in Übersetzungs- und Dolmetschstudiengängen vermittelt werden. IP4 hebt beispielsweise mehrfach die Wichtigkeit der Objektivität hervor – eine zentrale Dolmetschnorm. Sie ist die einzige, die dies nennt, und betont es mehrfach im Verlauf des Interviews, was besonders auffällt, da sie nie eine formale Ausbildung in Übersetzen oder Dolmetschen erhalten hat und auch keinen direkten Kontakt zu entsprechenden Studiengängen hatte. IP3 hingegen hat die Dolmetsch- und Übersetzungsausbildung zwar kurz begonnen und ist damit theoretisch vertraut, hat diese aber sehr früh abgebrochen. Interessanterweise berichtet gerade sie mehrfach, dass Ärzt*innen sie auffordern, Patient*innen nicht die soeben an ihr (IP3)

übermittelte Diagnose weiterzugeben, sondern eine „abgeschwächte“ Version davon zu vermitteln – und sie agiert dementsprechend, also genau entgegen der Norm der Objektivität.

Hinsichtlich weiterer persönlicher Qualitäten zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Befragten: Während IP1 als einzige Empathie nennt, betonen IP1 und IP4 zugleich die Bedeutung von Nähe zu den Patient*innen – ein Ansatz, der im Gegensatz zur üblichen Praxis professioneller Dolmetscher*innen steht, die in der Regel Distanz wahren. IP2 unterstreicht dagegen besonders die Notwendigkeit, klare Grenzen zu setzen. Zudem stimmen IP2 und IP4 darin überein, dass Geduld eine besonders wichtige Eigenschaft ist, was stark mit ihrer Rolle in der Patient*innenbetreuung zusammenhängt. Diese Vielfalt an Perspektiven deutet auf ein intuitives, erfahrungsbasiertes Verständnis professioneller Anforderungen hin, das sich in vielen Punkten mit den Prinzipien der Ethik- und Verhaltenskodizes professioneller Dolmetscher*innenverbände deckt – etwa dem Code of Professional Ethics des AIIC (2022) oder dem National Code of Ethics for Interpreters in Health Care (2004) –, zu denen unter anderem Vertraulichkeit, Neutralität und Genauigkeit gehören.

Die Wahrnehmung durch andere Mitarbeitende zeigt ein vereinfachtes Bild: Einige Kolleg*innen betrachten sie als „Übersetzerinnen“, schlichtweg, weil sie mehrere Sprachen sprechen – eine Reduktion der Dolmetschleistung auf sprachliche Kompetenz, ohne Berücksichtigung kommunikativer, interkultureller oder ethischer Dimensionen.

Wenn man den Definitionsvorschlag von Antonini et al. (2017: 7) heranzieht, nach dem nicht-professionelle Dolmetschende als unqualifiziert gelten, also keine spezifische Ausbildung haben, würden die befragten Personen als nicht-professionell gelten. Allerdings passt die ergänzende Definition von Antonini (2015: 277) nur bedingt, da die befragten Personen für ihre Tätigkeit bezahlt werden: „[...] are often not remunerated for their work as interpreters.“

Vor diesem Hintergrund lassen sich die Interviewpartnerinnen eher als hybride Akteurinnen einordnen. Auch innerhalb der in Kapitel 2.2 skizzierten Typologien des nicht-professionellen Dolmetschens im Gesundheitsbereich passen sie nicht eindeutig in eine Kategorie: Zwar handelt es sich um zweisprachiges Krankenhauspersonal, wie in vielen Studien beschrieben (z.B. Pöchlhammer und Kadric, 1999; Moreno et al., 2007), allerdings ist das Dolmetschen nicht bloß eine gelegentliche Zusatzaufgabe, in der Literatur als „ad hoc“ oder „chance interpreters“ bezeichnet (z. B. Rosenberg et al., 2008; Schouten et al., 2012; Hsieh, 2006), sondern ist ein fester Bestandteil ihres Arbeitsalltags.

Ein zentrales Ergebnis der Analyse ist die Vielfalt an Rollenverständnissen und Zuschreibungen, die die Interviewpartnerinnen selbst mit der Tätigkeit des Dolmetschens verbin-

den. Obwohl keine der Befragten als ausgebildete Dolmetscherin arbeitet, formulieren sie eigene Vorstellungen davon, was eine professionelle Sprachmittlung leisten sollte – Vorstellungen, die in vielen Fällen auch mit persönlichen Erfahrungen verknüpft sind.

Für IP1 wird die Rolle der Dolmetscherin zuweilen mit der einer persönlichen Beraterin oder Sekretärin gleichgesetzt (IP1: 4). Diese Wahrnehmung lässt sich durch ihre eigenen beruflichen Erfahrungen erklären. Sie schildert, dass Patient*innen sie nach einem Gespräch häufig noch mit weiteren Anliegen konfrontieren – etwa zu administrativen Abläufen oder Fragen der Abrechnung. Die Grenze zwischen dem eigentlichen Dolmetschen und darüber hinausgehender Unterstützung sei oft schwer zu ziehen, was sie selbst zu dieser Einschätzung führt.

Ein weiteres wiederkehrendes Thema ist der emotionale Anspruch der Dolmetschtätigkeit. Alle Interviewten berichten von besonders belastenden Situationen, etwa bei sensiblen medizinischen Inhalten, und sehen die emotionale Distanzierung als große Herausforderung. Gleichzeitig äußern sich alle vier durchweg positiv über das Dolmetschen an sich: Es mache ihnen Spaß, bringe Abwechslung in den Arbeitsalltag und werde als sinnvolle Tätigkeit erlebt. Zentrale Begriffe wie „Hilfe“ und „Unterstützung“ fallen in allen Interviews mehrfach – eine starke Orientierung am Wohl der Patient*innen prägt das Selbstbild.

Auch der Umgang mit schriftlichen Übersetzungen wird thematisiert – meist in Form informeller oder pragmatischer Strategien. Vor allem medizinische Berichte stellen eine Herausforderung dar. Hier wird deutlich, dass es an standardisierten Prozessen ebenso fehlt wie an einheitlicher Qualifikation. Nicht alle Interviewten sehen dies jedoch als Herausforderung: Während IP1 dies als eine Aufgabe wahrnimmt, für die sie nicht ausreichend qualifiziert ist, betrachtet IP3 es eher als eine normale Aufgabe ohne besondere Schwierigkeit. IP4 ist die einzige, die zusätzlich betont, dass sie in solchen Fällen einen Hinweis hinzufügen müssen, in dem ausdrücklich vermerkt wird, dass es sich nicht um eine professionelle Übersetzung handelt und die Übertragung lediglich zu Informationszwecken dient.

Uneinigkeit herrscht unter den Interviewpartnerinnen in Bezug auf externe Dolmetschende: Während IP2 und IP4 berichten, dass häufig Patient*innen mit eigenen Dolmetscher*innen erscheinen, schätzt IP3 diesen Anteil auf nur etwa 5 % – eine mögliche Folge individueller Erfahrungswerte oder unklarer Erfassungen solcher Situationen. In jedem Fall wird deutlich, dass externe Sprachmittlung keine konstante oder verlässliche Ressource im Klinikalltag darstellt.

Ein weiteres Ergebnis der Analyse ist die fehlende institutionelle Verankerung der Dolmetschrolle im untersuchten Krankenhaus. Alle Interviewten geben an, dass das Dolmetschen einen beträchtlichen Teil ihrer täglichen Aufgaben ausmacht (IP1: 30–40 %, IP2: 35 %, IP3:

30 %, IP4: 40 %). Dennoch spiegelt sich dieser hohe Anteil in der offiziellen Berufsbezeichnung, die laut allen Interviewten „Patient*innenbetreuung“ lautet, nicht wider. Während dieser Aspekt früher noch im Titel der Stelle benannt wurde, so berichtet z. B. IP1, ist der Begriff „Dolmetscher*in“ inzwischen vollständig verschwunden (IP1: 5). IP1 schildert darüber hinaus, dass vor ihrer Zeit eine Kollegin ausschließlich mit Übersetzungstätigkeiten betraut war – was auf eine Entwicklung hin zu einer multifunktionalen Position hinweist, bei der Sprachmittlung heute nur eine von vielen Aufgaben darstellt (IP1: 16).

Diese fehlende Institutionalisierung steht im Kontrast zu Studien wie Aguilar Solano (2015), in denen nicht-professionelle Dolmetscher*innen im Krankenhauskontext durch längere Tätigkeit und institutionelle Einbindung allmählich professionalisiert werden. Bemerkenswert ist, dass auch jener Fall im Süden Spaniens verortet ist – eine Region, in der aufgrund eines hohen Anteils ausländischer Patient*innen Sprachmittlung ein alltäglicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung darstellt.

Auch im vorliegenden Fall wird deutlich, dass die Existenz der Sprachmittlung weniger Ausdruck eines strukturell verankerten Dolmetschsystems ist, sondern vielmehr eine pragmatische Lösung darstellt, die aus Ressourcengründen gewählt wurde. So erklärt IP4 im Interview, dass das Krankenhaus keine spezialisierten Dolmetscher*innen engagiert, „weil sie teurer sind“ (IP4: 66). Dies deckt sich mit der Literatur, wonach in Regionen mit hoher Migrationsdichte oft auf zweisprachiges Personal zurückgegriffen wird, weil es an Mitteln für professionelle Dolmetschdienste fehlt (vgl. Foulquié Rubio et al., 2018).

Ein weiterer Hinweis auf die inkonsistente Institutionalisierung ergibt sich aus dem Marketing und der Außendarstellung des Krankenhauses. Obwohl Dolmetschleistungen zum Angebot gehören, wird dieses auf der offiziellen Website nicht explizit kommuniziert (vgl. Kapitel 4.3). Nur IP1 erwähnt, dass es früher Werbematerial in mehreren Sprachen gab und gezielt mit dem Dolmetschservice geworben wurde. Über Partnerunternehmen und internationale Versicherungsträger*innen sei das Angebot auch gezielt an ausländische Patient*innen vermittelt worden. In der Praxis erhielten Patient*innen dann mündlich den Hinweis, dass sie sich an „die Frau mit der roten Jacke“ wenden könnten – ein informeller Verweis auf das dolmetschende Personal am Empfang (IP1: 7). Dieses Beispiel unterstreicht, wie sehr die Sprachmittlung in der Klinik zwar faktisch präsent, aber institutionell unterrepräsentiert bleibt.

Zusammenfassend lässt sich bei Betrachtung aller Beiträge der Interviewten feststellen, dass zahlreiche Gemeinsamkeiten bestehen – deutlich mehr noch als Unterschiede. Hinsichtlich der Unterschiede fallen vor allem IP1 und IP3 auf, die in mehreren Punkten von den anderen abweichen. Dies könnte zum einen damit zusammenhängen, dass IP1 die einzige ist, die über

einen längeren Zeitraum in der Position gearbeitet hat und mittlerweile nicht mehr im Dienst ist, während die anderen weiterhin in dieser tätig sind. Zum anderen war IP3 zum Zeitpunkt des Interviews diejenige mit der kürzesten Dienstzeit.

Die vorliegenden Ergebnisse liefern differenzierte Einblicke in die Erfahrungen und Handlungsweisen nicht-professioneller Dolmetscher*innen im Krankenhauskontext und ermöglichen eine gezielte Rückbindung an die drei zentralen Forschungsfragen.

Die Interviewten nehmen ihre Rolle als vielschichtig wahr: Sie verstehen sich nicht nur als reine Sprachmittlerinnen, sondern auch als Ansprechpersonen, Unterstützerinnen, Betreuerinnen. In der Analyse (vgl. Kategorie A) wurde deutlich, dass sie ihre Rolle sehr individuell ausgestalten. IP1 empfindet sich mitunter eher als „persönliche Assistentin“, was auf wiederkehrende Überschneidungen mit nicht-sprachlichen Aufgaben zurückzuführen ist (IP1: 14). IP4 betont die gesellschaftliche Relevanz ihrer Tätigkeit; IP2 und IP3 erwähnen auch die Notwendigkeit, sensibel mit Patient*innen in emotional belastenden Situationen umzugehen. Gemeinsam ist ihnen allen ein starker Fokus auf Hilfeleistung – ein Motiv, das in sämtlichen Interviews mehrfach thematisiert wurde.

Wie in Kategorie B analysiert, entwickeln die Befragten individuelle Strategien, um den Herausforderungen ihres Arbeitsalltags gerecht zu werden. Dazu gehören unter anderem der Aufbau eines medizinischen Fachwortschatzes, der Einsatz digitaler Tools wie Linguee oder DeepL sowie strategisches Positionieren und proaktives Nachfragen. Auch emotionale Selbstregulation spielt eine Rolle, insbesondere im Umgang mit sensiblen Patient*innenanliegen. Dabei wird deutlich, dass viele der Kompetenzen, die sie als wichtig für ihre Tätigkeit benennen – etwa Objektivität, Flexibilität, Empathie oder kommunikatives Geschick – auch zentrale Bestandteile der professionellen Translator*innenausbildung darstellen.

Auffällig ist zudem, dass unter den Interviewten kaum Austausch über Strategien, Herausforderungen oder terminologische Fragen stattfindet. Keine der Befragten berichtet von systematisierten Formen der Zusammenarbeit oder kollegialen Reflexion. Dies steht in deutlichem Kontrast zu der Studie von Pöllabauer et al. (2024), in der dolmetschende Aktivistinnen durch regelmäßige Treffen ihre Erfahrungen teilen, gemeinsam Terminologie und Strategien besprechen und zukünftige Schritte planen (vgl. Pöllabauer et al., 2024: 207). Ein strukturierter Austausch im untersuchten Krankenhaus könnte hingegen mehrere Vorteile bieten: Er würde es ermöglichen, Erfahrungen zu teilen, konsistente Dolmetschsstandards zu entwickeln und schwierige kommunikative Situationen gemeinsam zu reflektieren. Innerhalb des Krankenhauses könnte eine solche Kooperation beispielsweise durch regelmäßige Treffen, interne Schulungen oder die Einrichtung eines digitalen Austauschnetzwerks organisiert werden. So ließen

sich sowohl die Qualität der Dolmetscharbeit als auch die Sicherheit und Zufriedenheit der Patient*innen nachhaltig verbessern.

Die dritte Forschungsfrage steht in engem Zusammenhang mit dem theoretischen Rahmen des *boundary work*. Die Interviewten bewegen sich in einem Zwischenraum zwischen administrativer Tätigkeit und professioneller Sprachmittlung. Dabei betreiben sie auf subtile Weise Abgrenzungsarbeit – sowohl gegenüber professionellen Dolmetscher*innen als auch gegenüber medizinischem Personal. IP2 äußert etwa explizit, dass sie sich nicht ausreichend qualifiziert fühle, um als professionelle Dolmetscherin zu gelten, und betont den Bedarf an speziell ausgebildetem Personal (IP2: 26). Die verwendete Terminologie – etwa das gleichzeitige oder austauschbare Nutzen der Begriffe „übersetzen“ und „dolmetschen“ – verdeutlicht, wie wenig klar die professionelle Grenze selbst im eigenen Selbstverständnis teilweise ist.

Ein weiterer Aspekt dieser Positionierung betrifft das Verhältnis zu anderen Akteur*innen im Krankenhaus. Alle Interviewten berichten von einer sehr guten Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und Pflegepersonal, die ihre Sprachmittlungsarbeit ausdrücklich wertschätzen. Diese positive Anerkennung scheint eine wichtige Ressource zu sein, um die eigene Rolle trotz fehlender formaler Anerkennung zu legitimieren. Gleichzeitig fällt auf, dass der Kontakt zu externen Dolmetscher*innen äußerst begrenzt ist. Es bestehen kaum Berührungspunkte oder Zusammenarbeit, was auch darauf hindeutet, dass diese beiden Gruppen eher parallel als komplementär agieren. Dennoch wird ihre Tätigkeit von den Interviewten häufig als sehr ähnlich eingeschätzt, was erneut auf eine gewisse Unschärfe der professionellen Abgrenzung hinweist.

Diese Dynamiken lassen sich gut im Licht bestehender Theorien analysieren. Wie Lamont und Molnár (2002) betonen, ist *boundary work* zentral für das Verständnis professioneller Rollen: Berufe nutzen symbolische und organisatorische Grenzen, um ihre Zuständigkeit und Legitimität zu definieren. In unserem Fall ist bemerkenswert, dass die Dolmetschaufgabe – trotz ihres Umfangs – offiziell nicht als Teil der Berufsbezeichnung anerkannt wird. Auch das Fehlen eines klar definierten Kompetenzbereichs führt zu einem Spannungsfeld, in dem die Akteurinnen ihren Status ständig neu aushandeln müssen. Die Professionalisierung bleibt in der Schwebe.

Ein weiteres Indiz für die Unschärfe dieser Grenzen zeigt sich auf der räumlichen Ebene: Die Verschiebung der Arbeitsplätze vom ursprünglichen Empfang zu den neuen Empfangsbereichen führte laut IP1 zu Konflikten mit anderen Abteilungen, etwa dem OP-Bereich (IP1: 13). Auch die Tatsache, dass es früher eine eigenständige Übersetzerin mit eigenem Büro gab (IP1: 16), macht deutlich, dass die derzeitige Struktur das Dolmetschen eher als Nebentätigkeit versteht.

Dieser Mangel an klarer institutioneller Verortung kontrastiert stark mit anderen Professionen im Krankenhaus, wie etwa der ärztlichen Diagnose. Während laut Abbott (1988) medizinische Diagnosen durch juristische und akademische Standards klar Ärzt*innen zugeordnet sind, ist die Sprachmittlung nicht durch vergleichbare „jurisdictional monopolies“ geschützt. Das führt dazu, dass auch nicht-ausgebildetes Personal medizinische Berichte übersetzt – wenn auch versehen mit einem Hinweis, dass es sich nicht um eine offizielle Übersetzung handelt (IP4: 60).

Insgesamt zeigt sich, dass das untersuchte Personal eine hybride Position einnimmt: Sie erfüllt eine Aufgabe mit klarer professioneller Relevanz, agiert aber ohne formale Anerkennung oder Ausbildung. Das notwendige *boundary work*, um ihre Rolle gegenüber anderen klar zu definieren, bleibt daher oft implizit, situativ und individuell geprägt. Vor diesem Hintergrund könnte das Krankenhaus Maßnahmen ergreifen, um diese Situation zu verbessern, etwa durch die Einführung klarer Richtlinien, gezielte Schulungen oder Informationsveranstaltungen nicht nur für die Mitarbeitenden, die Dolmetsch- und Übersetzungsaufgaben übernehmen, sondern auch für das übrige Personal – insbesondere Ärzt*innen und Pflegekräfte – damit sie wissen, wie sie in Situationen mit sprachlicher Vermittlung angemessen agieren und die Mitarbeitenden in ihrer Rolle unterstützen können.

6.2. Beitrag der Studie und Limitationen

Diese Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Sprachmittlung im Gesundheitswesen, insbesondere im wenig untersuchten Bereich der nicht-professionellen Dolmetschenden, die fest in die Krankenhausstruktur eingebunden sind. Im Gegensatz zu bisherigen Studien, die sich oft auf Ad-hoc-Dolmetschende oder Familienangehörige konzentrieren (z.B. Flores et al., 2003; Rosenberg et al., 2008; Schouten et al., 2012), untersucht diese Arbeit eine spezifische Form nicht formal ausgebildeter Sprachmittler*innen: zweisprachiges Verwaltungspersonal, das regelmäßig Dolmetschaufgaben übernimmt.

Die Studie beleuchtet, wie diese Akteurinnen ihre Rolle selbst wahrnehmen, welche Strategien sie entwickeln und mit welchen Spannungsfeldern sie konfrontiert sind. Besonders relevant ist die Erkenntnis, dass trotz fehlender formaler Ausbildung viele der genannten Kompetenzen mit jenen übereinstimmen, die in der professionellen Translator*innenausbildung vermittelt werden. Dies deutet auf ein implizites oder erfahrungsbasiertes Verständnis professioneller Anforderungen hin, auch ohne formale Ausbildung im Bereich Translation.

Darüber hinaus bestätigt die Untersuchung, was bereits in der Literatur beschrieben wurde: Dass der Einsatz nicht-professioneller Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen ein

weit verbreitetes Phänomen ist, insbesondere in Regionen mit hohem Migrationsanteil (vgl. Antonini et al., 2017; Foulquié Rubio et al., 2018). Die vorliegende Studie bietet ein konkretes Fallbeispiel, das diese Realität exemplarisch veranschaulicht.

Ein weiterer Beitrag besteht in der theoretischen Einbettung der Ergebnisse in den Rahmen des *boundary work*. Diese Perspektive ermöglicht es, die Prozesse der Aushandlung, Abgrenzung und Hybridisierung beruflicher Rollen im Krankenhauskontext differenziert zu analysieren.

Eine zentrale Stärke der Studie liegt im qualitativen Zugang zu diesen individuellen Perspektiven, die bislang kaum dokumentiert wurden. Sie zeigt, wie institutionelle Strukturen informelle Dolmetschleistungen begünstigen, ohne sie systematisch zu professionalisieren oder sichtbar zu machen. Damit leistet die Arbeit einen Beitrag zur Debatte um Professionalisierung, Sichtbarkeit und Verantwortung im Bereich der Sprachmittlung im Gesundheitswesen.

Gleichzeitig ist die Studie in mehrfacher Hinsicht begrenzt. Zum einen handelt es sich um ein einzelnes Fallbeispiel, das zwar exemplarischen Charakter hat, aber keine generalisierbaren Aussagen über andere Kontexte erlaubt. Auch die Anzahl der Interviews bleibt begrenzt, was zwar eine tiefgehende Analyse ermöglichte, jedoch nicht alle möglichen Perspektiven innerhalb des Krankenhauses abbilden kann. Darüber hinaus wurden keine externen Dolmetscher*innen oder medizinischen Fachkräfte befragt, was eine einseitige Sichtweise begünstigen könnte.

Eine besondere Einschränkung besteht darin, dass die Dolmetschaufgaben nur einen Teil der vielfältigen Tätigkeiten der Befragten ausmachen – laut eigenen Angaben etwa ein Drittel der Arbeitszeit –, jedoch nicht deren Hauptaufgabe darstellen. Entsprechend beziehen sich einige der in den Interviews geschilderten Erfahrungen nicht ausschließlich auf Dolmetsch-situationen, sondern auf die gesamte Tätigkeit im Krankenhaus. Dies erschwert bisweilen eine trennscharfe Analyse der sprachmittelnden Tätigkeit.

Schließlich ist zu betonen, dass viele der in dieser Studie behandelten Themen – einschließlich Rollenverständnis, Kompetenzen, ethischer Dimensionen und institutioneller Rahmenbedingungen – weiterer Forschung bedürfen, insbesondere in vergleichenden oder interdisziplinären Studien.

6.3. Ausblick

Die vorliegende Studie bietet erste Einblicke in die Erfahrungen und Perspektiven nicht-professioneller Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen eines spezifischen regionalen Kontexts.

Um ein tieferes Verständnis dieser hybriden beruflichen Rolle zu gewinnen, wäre es jedoch sinnvoll, weitere Forschung in mehreren Richtungen durchzuführen.

Zunächst wäre eine ausgeweitete empirische Untersuchung wünschenswert, die sowohl mehr Teilnehmer*innen als auch unterschiedliche Einrichtungen des Gesundheitssystems einbezieht. Dadurch ließen sich etwaige Muster oder regionale Unterschiede systematischer erfassen. Auch ein vergleichender Ansatz mit professionellen Dolmetscher*innen oder anderen Formen institutionalisierter Sprachmittlung könnte neue Erkenntnisse über Status, Aufgabenprofile und Fremd- wie Selbstwahrnehmung dieser Tätigkeiten bringen.

Ein zentrales Thema dieser Arbeit ist die Rolle des *boundary work*: Die Arbeit zeigt, wie Dolmetschende in hybriden Positionen aktiv an der Aushandlung professioneller und organisatorischer Grenzen mitwirken, ohne dass ihre Rolle institutionell klar definiert wäre. Dieses Erkenntnis kann als Ausgangspunkt für weitere Forschungen dienen, die sich mit Professionalisierungsprozessen und Statusfragen in translationalen Kontexten beschäftigen.

In diesem Zusammenhang wäre es besonders interessant, nicht nur die Perspektive der Dolmetschenden selbst zu erheben, sondern auch die Sichtweise des übrigen Krankenhauspersonals – etwa von Ärzt*innen, Pflegekräften oder Verwaltungsleitungen. Dadurch ließe sich besser nachvollziehen, wie diese hybride Rolle extern wahrgenommen und eingeordnet wird. Dies würde das Verständnis von *boundary work* als interaktive und kontextabhängige Praxis weiter vertiefen.

Auch aus diachroner Perspektive bietet das Thema großes Potenzial: Eine systematische Erhebung von Erfahrungen über einen längeren Zeitraum hinweg – mit Dolmetschenden, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten im System tätig waren – könnte wertvolle Erkenntnisse über die historische Entwicklung des Aufgabenprofils, institutioneller Anerkennung oder Arbeitsorganisation liefern. In dieser Arbeit deutet lediglich ein Interview mit einer länger zurückliegenden Mitarbeiterin an, dass sich die Rolle verändert hat – ein Aspekt, der weiterverfolgt werden sollte.

Darüber hinaus sollten künftige Studien die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen stärker in den Blick nehmen: Welche politischen, ökonomischen oder organisatorischen Faktoren fördern den Einsatz nicht-professioneller Dolmetscher*innen – und welche behindern dessen Professionalisierung? In diesem Zusammenhang wären Fragen nach Anerkennungsmodellen, Qualitätsstandards sowie Entwicklungsperspektiven für mehrsprachiges Personal mit Dolmetschaufgaben besonders relevant.

Nicht zuletzt eröffnet die Studie auch praxisnahe Anschlussfragen: Wie können solche Dolmetschleistungen besser unterstützt, strukturiert und qualitätsgesichert werden? Neben gezielten Fortbildungsangeboten erscheint insbesondere die Schaffung von Austausch- und Reflexionsmöglichkeiten sinnvoll – etwa durch regelmäßige kollegiale Treffen oder Supervision, wie sie in anderen Beispielen bereits etabliert sind (vgl. Pöllabauer et al., 2024). In der untersuchten Einrichtung hingegen scheint ein solcher Austausch kaum stattzufinden. Ebenso wäre die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen denkbar, etwa durch Feedbacksysteme oder klar definierte Standards im Umgang mit sensiblen Inhalten.

Abschließend kann gesagt werden, dass eine engere Verzahnung von Forschung, Praxis und institutioneller Verantwortung notwendig ist, um die Qualität und Sichtbarkeit nicht-professioneller Sprachmittlung im Gesundheitswesen zu verbessern – zum Schutz und zur Unterstützung aller beteiligten Akteur*innen.

Bibliographie

- Abbott, Andrew (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abbott, Andrew (1995). Things of boundaries. *Social Research*, 62 (4), 857–882.
- Aguilar Solano, María (2015). Non-professional volunteer interpreting as an institutionalized practice in healthcare: A study on interpreters' personal narratives. *The International Journal of Translation and Interpreting Research*, 7 (3), 132–148.
- AIIC Association Internationale des Interprètes de Conférence (2022). AIIC Code of Professional Ethics. https://aiic.org/document/10277/CODE_2022_E&F_final.pdf (Stand: 30.07.2025)
- Angelelli, Claudia V. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, Claudia V. (2014). Interpreting in the healthcare setting: Access in cross-linguistic communication. In: Hamilton, Heidi E. (Hg.) *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. London; New York: Routledge, 573–585.
- Angelelli, Claudia V. (2019). *Healthcare interpreting explained*. London: Routledge.
- Antonini, Rachele (2010). The Study of Child Language Brokering: Past, Current and Emerging Research. *Mediazioni*, 10, 1–23.
- Antonini, Rachele (2015). Non-Professional Interpreting. In: Pöchhacker, Franz; Grbić, Nadja; Mead, Peter und Setton, Robin (Hg.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London; New York: Routledge, 277–279.
- Antonini, Rachele; Cirillo, Letizia; Rossato, Linda und Torresi, Ira (2017). *Non-Professional Interpreting and Translation: State of the Art and Future of an Emerging Field of Research*. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins.
- Baraldi, Claudio und Gavioli, Laura (2016). On professional and non-professional interpreting in healthcare services: the case of intercultural mediators. *European Journal of Applied Linguistics*, 4 (1), 33–55.
- Baraldi, Claudio und Gavioli, Laura (2017). Intercultural mediation and “(non)professional” interpreting in Italian healthcare institutions. In: Antonini, Rachele; Cirillo, Letizia; Rossato, Linda und Torresi, Ira (Hg.) *Non-Professional Interpreting and Translation: State of the Art and Future of an Emerging Field of Research*. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins, 83–106.

- Basalamah, Salah (2021). Ethics of volunteering in translation and interpreting. In: Koskinen, Kaisa und Pokorn, Nike K. (Hg.) *The Routledge Handbook of Translation and Ethics*. London; New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 227–244.
- Bischoff, Alexander und Hudelson, Patricia (2010). Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go? *International journal of environmental research and public health*, 7 (7), 2838–2844.
- Brown, Penelope und Levinson, Stephen C. (1987). *Politeness: some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM) (2022). Padrón municipal de habitantes. Población según zonas de salud y nacionalidad, por sexo. https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/p22/sec30_sec28.html (Stand: 15.02.2025).
- Collins, Randall (2019 [1979]). *The credential society: an historical sociology of education and stratification*. New York: Columbia University Press.
- Corsellis, Ann (2008). *Public Service Interpreting: The First Steps*. London: Palgrave Macmillan UK.
- Crezee, Ineke H. M. (2013). *Introduction to Healthcare for Interpreters and Translators*. Amsterdam: John Benjamins.
- Dresing, Thorsten und Pehl, Thorsten (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.
- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst und Steinke, Ines (Hg.) (2004). *A companion to qualitative research*. London: SAGE Publications.
- Flores, Glenn; Laws, M. Barton; Mayo, Sandra J.; Zuckerman, Barry; Abreu, Milagros; Medina, Leonardo und Hardt, Eric J. (2003). Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *Pediatrics* (Evanston), 111 (1), 6–14.
- Foulquié Rubio, Ana Isabel (2018). Aproximación a la interpretación en los servicios públicos en la Región de Murcia. In: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Vargas Urpi, Mireia und Fernández Pérez, Magdalena (Hg.) *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Editorial Comares.
- Foulquié Rubio, Ana Isabel; Vargas Urpi, Mireia und Fernández Pérez, Magdalena (2018). *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Editorial Comares.

- Foulquié Rubio, Ana Isabel und Nevado Llopis, Almudena (2024). Introducing the ReACTMe Project: Past, Present and Future. In: Foulquié Rubio, Ana Isabel und Nevado Llopis, Almudena (Hg.). *Medical Interpreting. Training the professionals*. Oxford: Peter Lang, 1–7.
- Gieryn, Thomas F. (1983). Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review*, 48 (6), 781–795.
- Gieryn, Thomas F. (1999). *Cultural boundaries of science: credibility on the line*. Chicago; London: University of Chicago Press.
- Gobierno de España: Ministerio de Industria y Turismo (2025). Llegadas de turistas internacionales (FRONTUR). <https://www.dataestur.es/viajes-ocio/frontur/> (Stand: 26.04.2025).
- Goffman, Erwing (1967). *Interaction ritual: essays of face-to-face behavior*. Garden City, New York: Doubleday.
- Grbić, Nadja (2010). “Boundary work” as a concept for studying professionalization processes in the interpreting field. *Translation and Interpreting Studies*, 5 (1), 109–123.
- Grbić, Nadja (2023). *Gebärdensprachdolmetschen als Beruf: Professionalisierung als Grenz-ziehungsarbeit. Eine historische Fallstudie in Österreich*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Grbić, Nadja und Kujamäki, Pekka (2019). Professional vs non-professional? How boundary work shapes research agendas in translation and interpreting studies. In: Dam, Helle V.; Brøgger; Matilde Nisbeth und Korning Zethsen, Karen (Hg.). *Moving boundaries in translation studies*. United Kingdom: Routledge, 113–131.
- Grupo CMV Caridad (2024). Hospital Cartagena. <https://cmvcaridad.com/centro/hospital-cmvcaridad-cartagena/> (Stand: 15.02.2025).
- Hale, Sandra B. (2007). *Community interpreting*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Harris, Brian (1977). The Importance of Natural Translation. *Working Papers on Bilingualism*, 12, 96–114.
- Hlavac, James (2013). A cross-national overview of translator and interpreter certification procedures. *The International Journal of Translation and Interpreting Research*, 5 (1), 32–65.
- Hsieh, Elaine (2006). Understanding Medical Interpreters: Reconceptualizing Bilingual Health Communication. *Health Communication*, 20 (2), 177–186.

- Hsieh, Elaine und Kramer, Eric M. (2012). Medical interpreters as tools: Dangers and challenges in the utilitarian approach to interpreters' roles and functions. *Patient Education and Counseling*, 89 (1), 158–162.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2025). Estadística Continua de Población (ECP). <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECP4T24.htm> (Stand: 26.04.2025).
- Kade, Otto (1968). *Zufall und Gesetzmäßigkeit in der Übersetzung*. Leipzig: Verlag Enzyklopädie.
- Koskinen, Kaisa und Dam, Helle V. (2016). Academic boundary work and the translation profession: Insiders, outsiders and (assumed) boundaries. *The Journal of Specialised Translation*, 25, 254–267.
- Kuckartz, Udo (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lamnek, Siegfried und Krell, Claudia (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Lamont, Michèle (1993). *Race, Class, and Symbolic Boundaries in France and the United States*. CSST Working Paper 104/CRSO Working Paper 513. Ann Arbor: University of Michigan.
- Lamont, Michèle (1995). National Identity and National Boundary Patterns in France and the United States. *French Historical Studies*, 19 (2), 349–365.
- Lamont, Michèle und Molnar, Virag (2002). The Study of Boundaries in the Social Sciences. *Annual Review of Sociology*, 28, 167–195.
- Lázaro Gutiérrez, Raquel (2021). Remote (telephone) interpreting in healthcare settings. In: Spišiaková, Eva und Susam-Saraeva, Şebnem (Hg.) *The Routledge Handbook of Translation and Health*. London; New York: Routledge, 1, 216–231.
- Lázaro Gutiérrez, Raquel und Álvaro Aranda, Cristina (2023). *New trends in Healthcare Interpreting Studies: an updated review of research in the field*. Singapore: Springer.
- Loutan, Louis; Farinelli, Tiziana und Pampallona, Sandro (1999). Medical interpreters have feelings too. *Sozial- Und Präventivmedizin*, 44 (6), 280–282.
- Marin Lacarta, Maialen und Vargas Urpi, Mireia (2018). When the Translator Does More than Translate: A Case Study of Translator Roles in a Digital Publishing Initiative. *Hermes*, 58, 117–137.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.

- Mladovsky, Philipa; Ingleby, David; McKee, Martin und Rechel, Bernd (2012). Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical Medicine*, 12 (3), 248–252.
- Montgomery, Kathleen und Oliver, Amalya L. (2007). A Fresh Look at How Professions Take Shape: Dual-directed Networking Dynamics and Social Boundaries. *Organization Studies*, 28 (5), 661–687.
- Moreno, Maria R.; Otero-Sabogal, Regina und Newman, Jeffrey (2007). Assessing dual-role staff-interpreter linguistic competency in an integrated healthcare system. *Journal of General Internal Medicine: JGIM*, 22 (2), 331–335.
- Napier, Jemina; Skinner, Robert und Braun, Sabine (2018). *Here or there: research on Interpreting Via Video Link*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC) (2004). National Code of Ethics for Interpreters in Health Care. <https://www.ncihc.org/assets/z2021Images/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf> (Stand: 24.04.2025).
- National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC) (2005). National Standards of Practice for Interpreters in Health Care. <https://www.ncihc.org/assets/z2021Images/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf> (Stand: 24.04.2025).
- Nevado Llopis, Almudena und Foulquié Rubio, Ana Isabel (2023). Healthcare Interpreting Training: Present and Future at Spanish Universities. In: Lázaro Gutiérrez, Raquel und Álvaro Aranda, Cristina (Hg.) *New Trends in Healthcare Interpreting Studies*. Singapore: Springer, 129–156.
- Nevado Llopis, Almudena; Foulquié Rubio, Ana Isabel und Pelea, Alina (2024). Language Brokering in Healthcare Settings in Spain: An Insight Based on Testimonies. *English Studies at NBU*, 10 (1), 133–156.
- Ng, Eva N. S. und Crezee, Ineke H. M. (2020). *Interpreting in legal and healthcare settings: perspectives on research and training*. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins.
- Nordberg, Camilla und Kara, Hanna (2022). Unfolding occupational boundary work: Public service interpreting in social services for structurally vulnerable migrant populations in Finland. *Just. Journal of Language Rights & Minorities, Revista de Drets Lingüístics i Minories*, 1 (1–2), 137–162.
- Orellana, Marjorie F.; Dorner, Lisa und Pulido, Lucila (2003). Accessing Assets: Immigrant Youth’s Work as Family Translators or “Para-Phrasers.” *Social Problems*, 50 (4), 505–524
- Parkin, Frank (1974). Strategies of closure in class formation. *The social analysis of class structure*. London: Tavistock Publications, 1–18.

- Pérez-Luzardo Díaz, Jessica und Fernández Pérez, Magdalena (2018). La provisión de la traducción y la interpretación en los servicios públicos de Canarias: retos de un territorio insular. In: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Vargas Urpi, Mireia und Fernández Pérez, Magdalena (Hg.) *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Editorial Comares.
- Pöchhacker, Franz (2016). *Introducing Interpreting Studies*. London; New York: Routledge.
- Pöchhacker, Franz und Kadric, Mira (1999). The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter: A Case Study. *Translator* (Manchester, England), 5 (2), 161–178.
- Pöllabauer, Sonja; Bartłomiejczyk, Magdalena; Zwischenberger, Maria Bernadette und Straczek-Helios, Viktoria (2024). We have a damn duty: What motivates volunteer interpreters to engage in activist interpreting in abortion clinics? *Translation in Society*, 3 (2), 202–225.
- Roat, Cynthia E. und Crezee, Ineke H. M. (2015). Healthcare interpreting. In: Jourdenais, Renee und Mikkelsen, Holly (Hg.). *The Routledge Handbook of Interpreting*. New York: Routledge, 236–251.
- Rosenberg, Ellen; Seller, Robbyn und Leanza, Yvan (2008). Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 70 (1), 87–93.
- Schenker, Yael; Fernandez, Alicia; Kerr, Kathleen; O'Riordan, David und Pantilat, Steven Z. (2012). Interpretation for Discussions about End-of-Life Issues: Results from a National Survey of Health Care Interpreters. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (9), 1019–1026.
- Schleiermacher, Friedrich; Edl, Elisabeth (Hg.) und Matz, Wolfgang (Hg.) (2022). *Über die verschiedenen Methoden des Übersetzens*. Berlin: Alexander Verlag. (Original erschienen 1813).
- Schmeiser, Martin (2006). Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. *Soziale Welt*, 57 (3), 295–318.
- Schouten, Barbara; Ross, Jonathan; Zendedel, Rena und Meeuwesen, Ludwien (2012). Informal Interpreters in Medical Settings: A Comparative Socio-cultural Study of the Netherlands and Turkey. *The Translator*, 18 (2), 311–338.
- Star, Susan Leigh und Griesemer, James R. (1989). Institutional Ecology, “Translations” and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39. *Social Studies of Science*, 19 (3), 387–420.

- Theys, Laura; Wermuth, Cornelia; Salaets, Heidi; Pype, Peter und Krystallidou, Demi (2023). The co-construction of empathic communication in interpreter-mediated medical consultations: A qualitative analysis of interaction. *The International Journal of Translation and Interpreting Research*, 15 (1), 45–73.
- Tiselius, Elisabet (2022). Conference and community interpreting: commonalities and differences. In: Tiselius, Elisabet und Albl-Mikasa, Michaela (Hg.). *The Routledge Handbook of Conference Interpreting*. London: Routledge, 49–63.
- Tse, Lucy (1996). Language Brokering in Linguistic Minority Communities: The Case of Chinese- and Vietnamese-American Students. *Bilingual Research Journal*, 20 (3–4), 485–498.
- Ugarte Ballester, Xus und Vargas Urpi, Mireia (2018). La interpretación en los servicios públicos en Catalunya y las Illes Balears. In: Foulquié Rubio, Ana Isabel; Vargas Urpi, Mireia und Fernández Pérez, Magdalena (Hg.). *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Editorial Comares.
- Valdés, Guadalupe (2003). *Expanding Definitions of Giftedness: The Case of Young Interpreters from Immigrant Communities*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Valero Garcés, Carmen (2006). El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos: un factor a tener en cuenta. *Quaderns* (Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Traducció i d'Interpretació), 13, 141–154.
- Valero Garcés, Carmen (2014). *Communicating across cultures: a coursebook on interpreting and translating in public services and institutions*. Lanham: University Press of America.
- Valero Garcés, Carmen und Martin, Anne (2008). *Crossing borders in community interpreting: definitions and dilemmas*. Amsterdam: John Benjamins.
- Vallas, Steven Peter (2001). Symbolic boundaries and the new division of labor: Engineers, workers and the restructuring of factory life. *Research in Social Stratification and Mobility*, 18 (C), 3–37.
- Vargas Urpi, Mireia (2013). Employers' Role in Public Service Interpreting: Examples from the Catalan Context. *Sendebat: boletín de la E.U.T.I. de Granada*, 24, 43–72.
- Verrept, Hans (2008). Intercultural mediation: An answer to health care disparities? In: Valero Garcés, Carmen und Martin, Anne (Hg.) *Crossing borders in community interpreting: definitions and dilemmas*. Amsterdam: John Benjamins.

- Witzel, Andreas und Reiter, Herwig (2022). *Das problemzentrierte Interview: eine praxisorientierte Einführung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Youdelman, Mara (2013). The development of certification for healthcare interpreters in the United States. *The International Journal of Translation and Interpreting Research*, 5 (1), 114–126.

Abstract: Deutsch

In dieser Masterarbeit wird das Phänomen des nicht-professionellen Dolmetschens im Gesundheitswesen anhand einer Fallstudie im spanischen Krankenhaus Virgen de la Caridad untersucht. Im Mittelpunkt stehen dabei die Erfahrungen mehrsprachiger Mitarbeiterinnen, die neben ihren administrativen Aufgaben regelmäßig als Dolmetschende tätig sind, ohne über eine spezifische Ausbildung im Bereich Translation zu verfügen. Besonderes Augenmerk liegt auf der Grenzziehung zwischen professioneller Dolmetschtätigkeit und informeller Sprachmittlung. Methodisch stützt sich die Untersuchung auf vier qualitative, leitfadengestützte Interviews, deren Auswertung mittels thematischer Analyse erfolgte.

Die Ergebnisse zeigen, dass diese Form der Sprachmittlung eine Zwischenposition zwischen professioneller Tätigkeit und Laienhilfe einnimmt. Einerseits verfügen die Befragten über praxisbasierte Kompetenzen wie Geduld, Empathie oder interkulturelles Verständnis, andererseits treten Spannungsfelder auf – etwa im Hinblick auf Objektivität, Rollenkonflikte und institutionelle Anerkennung. Besonders deutlich wird, dass die Dolmetschrolle im untersuchten Krankenhaus weder formal verankert noch offiziell sichtbar ist, obwohl Sprachmittlung einen erheblichen Teil der täglichen Arbeit ausmacht.

Die Analyse verdeutlicht sowohl Chancen (z. B. niederschwelliger Zugang, Vertrauensverhältnis zu Patient*innen) als auch Herausforderungen (z. B. fehlende Ausbildung, Überlastung, mangelnde institutionelle Unterstützung, fehlender Austausch über Arbeitsabläufe zwischen Kolleg*innen) dieser Praxis. Abschließend wird argumentiert, dass das nicht-professionelle Dolmetschen im Gesundheitswesen einen relevanten Forschungsgegenstand darstellt, der differenzierte Aufmerksamkeit in vergleichenden und interdisziplinären Studien erfordert.

Abstract: Englisch

This master's thesis explores the phenomenon of non-professional interpreting in healthcare through a case study at the Spanish hospital Virgen de la Caridad. The study focuses on the experiences of multilingual staff who, in addition to their administrative responsibilities, regularly perform interpreting tasks without formal training in the field of translation and interpreting. Special attention is given to the boundary work that these staff navigate between professional interpreting and informal language mediation.

The research is based on four qualitative, semi-structured interviews, which were analyzed using thematic analysis. Findings reveal that this form of non-professional interpreting occupies an intermediate space between formal professional practice and lay assistance. Participants demonstrate valuable practice-based skills, including patience, empathy, and intercultural understanding, yet they also face tensions related to objectivity, role conflicts, and institutional recognition. Notably, the interpreting role in the hospital is neither formally established nor officially recognized, despite constituting a substantial part of daily work.

The study highlights both opportunities, such as low-threshold access to services and the development of trustful relationships with patients, and challenges, including the lack of formal training, high workload, limited institutional support, and the absence of mechanisms for knowledge exchange among colleagues. In conclusion, non-professional interpreting in healthcare constitutes a significant area of research, deserving careful attention in comparative and interdisciplinary studies.

Anhang

Interview 1

(Dauer ca. 67 min)

I: [00:00] [01:09] (Einverständniserklärung wird erläutert)

[01:10] [03:36] (Dieser Abschnitt wurde aus Datenschutzgründen entfernt, da er themenfremde und persönliche Informationen enthält)

I: Vale, pues comenzamos si quieres. A ver, primero de todo son. Hay preguntas que sabré la respuesta, pero para tener toda la información, la primera de todas: ¿Qué idiomas hablas? ¿Cómo los aprendiste? ¿Y cuál es tu idioma más fuerte o tu lengua materna?

IP1: (H). Bueno, yo (H). Mi idioma materno lituano (H). Por lo tanto, hablo claro lituano, (H). A raíz de allí un poquito con, (H), por mi abuela, (H), también, que es de Rusia, hablo, aprendí ruso, pero más a nivel doméstico, a nivel coloquial. Entonces podemos decir ruso. Y luego pues desde el colegio, instituto, empecé a estudiar inglés y francés, (H), pero francés a nivel muy básico e inglés ya (H) más fuerte. Empecé a estudiar en el, como comenté, el colegio instituto y luego ya cuando me mudé a España, pues en la universidad de España también iba a escuelas privadas de inglés y ya luego cuando encontré este trabajo ya de práctica, lo puse mucho en práctica y aprendí ya más, mucho más, claro.

I: Vale, muy bien.

IP1: Bien. Vale.

I: Vale.

IP1: Pues te queda, ¿no? Te resumo: lituano materno, español porque ya llevo 20 (...) más de 20 años aquí, entonces ya muchas veces yo creo que tengo que traducir al lituano porque pienso en español. Y luego pues ruso desde mi infancia, ligado a mi infancia, un poquito de francés, lo básico, e inglés pues un poquito más fuerte diría yo. No sé, entre B2 y C1, la verdad, mi nivel. Porque el título oficial solamente tengo B2, ya luego no, no me examiné a más.

I: Vale, perfecto. Muy bien. La siguiente es: ¿Cómo describirías tú la profesión de intérprete? No tu puesto, el que tenías ahí, sino un intérprete. ¿Cómo lo describirías tú?

IP1: Pues, sobre todo. Pues eso. Una persona (H) Con empatía. Muy (H). También tiene que (...) ser muy empática. Y una persona que sepa. (...) Que muchas veces para traducir tienes que

ponerte en el lugar de la persona y no sé decir (...) Me he quedado. No sé describir. Perdona. No.

I: Nada, nada. Sí, como tú/.

IP1: Yo diría ¿el trabajo de intérprete o qué cualidades hace falta para ser?/.

I: ¿Cómo lo describirías? Las cualidades las veremos después también. Pero ¿cómo lo describirías tú? Para ti, ¿qué es ser un intérprete? Si quieres, también céntrate en el ámbito sanitario. (...) Puede ser breve, la descripción, un par de palabras.

IP1: Claro, es, (H), agilizar y facilitar a la persona, sobre todo si es turista o claro está de paso o, aunque esté por trabajo, por diferentes (unv.). Entonces es facilitar y ayudar a esa persona.

I: Vale. Muy bien. La siguiente: ¿Durante cuánto tiempo estuviste en ese puesto, en el Virgen de la Caridad? Si te acuerdas.

IP1: Sí. Entré finales de 2007 (H). Desde noviembre de 2007 hasta (...) marzo de 2024. Bastante ya. No sé cuántos años realmente.

I: Sí, muchos. (H). No soy buena yo con las cuentas, pero. (...) Sí, muy bien.

IP1: Sí.

I: ¿Y entre qué idiomas interpretabas cuando tenías ese puesto? ¿Cuáles eran los idiomas?

IP1: En primer lugar, sí, podríamos decir noven/ sí. Primero, sobre todo fue mucho inglés. Y luego también de vez en cuando ruso. Pero tengo que destacar que en los últimos años ha aumentado muchísimo. Claro. Me imagino que por la guerra de Ucrania, como han venido muchos ucranianos y ellos, muchos, incluso su idioma oficial era/ no, no oficial, sino principal, ruso, porque aunque ellos hablan ucraniano, pero en su país, al final medio país habla ruso y el que a lo mejor no habla de habitual lo sabe. Entonces, sí, en últimos años ha aumentado muchísimo el cliente ruso. Sí, sobre todo eso. Lituano muy, muy poquito, claro, pero sí que me he encontrado con bastante necesidad francés y en tercer lugar, alemán también. Pero menos, pero francés más. La verdad que de vez en cuando.

I: Sí, sí.

IP1: Lo que pasa. Claro, no teníamos en el caso de alemán, ¿no? Y francés, pues muy, muy algo así básico, podía yo de primera ayuda contactar o explicar y alguna vez sí llamábamos pues a otra compañera que no trabajaba como intérprete, pero al hablar perfecto francés por su ámbito familiar, pues venía a ayudar a estos pacientes.

I: Vale. ¿Y ella, esta persona que puesto tenía en el centro médico?

IP1: Sigue trabajando. No, no. Ella era pues administrativa. Puedes decir administrativa, recepcionista. Porque ella ahora está, (H), dedicada al servicio murciano.

I: Sí.

IP1: (H), que como derivan aquí las pruebas, pues ella se dedica a llamar a esta gente a dar estas citas. Como telefonista.

IP1: Ella trabajaba en recepción. De hecho, sí, cuando trabajaba en recepción nos ayudaba y luego se pasó a telefonista, pero igualmente en la oficina. Sí, nos ayudaba.

I: Vale. Muy bien. Y ¿qué te motivó a trabajar en este puesto o cómo llegaste a ese puesto en 2007?

IP1: No fue buscado, fue un poco peculiar. Fue, como yo siempre cuento, cuando me preguntaban ‘¿y cómo has encontrado ese trabajo?’, digo ‘es que el trabajo me encontró a mí’. Porque al final, yo creo que gente como tú y yo, que hablamos muchos idiomas, (H), pues (H), pues nos conoce la gente. Entonces pues fue que este director del hospital necesitaba un intérprete y contactó al director de la universidad donde estaba estudiando yo y el director pues me recomendó a mí y entonces me llamaron desde el departamento de recursos humanos presentándose y invitándome a una entrevista.

I: Ah, muy bien.

IP1: Y así fue.

I: No lo sabía.

I: Vale. Y hablando de estudios y de la universidad, la siguiente pregunta es: ¿Qué estudiaste?

IP1: Sí, estudié Diplomatura de Turismo. Bueno, también tengo un grado Superior de Información turística. Y luego pues diplomatura también estuve ya en el último año con una beca en Oxford y por eso fue justo antes de empezar en Virgen de la Caridad. Ese otoño estuve en Oxford y ya justo fue al volver, ya estando allí me estaban llamando. Y entonces, nada más volver al día siguiente, ya fui a hacer la entrevista y empecé porque ellos la verdad que me contactaron en verano y querían que empezara de inmediato, pero yo les dije que no, no estaba disponible hasta finales y hasta noviembre, así que/.

I: Claro. Vale. ¿Y antes de empezar habías tenido alguna experiencia? ¿Habías hecho de intérprete, aunque fuera de forma más informal?

IP1: Sí, bueno, tuve experiencia. Trabajé en un campo de golf, en un club social, también en una recepción. Bueno, como intérprete, no, más bien para recibir servicio, porque los clientes que teníamos eran todos extranjeros. Pues cuando llamaba al club, pues cualquier necesidad o los habitantes del club, cualquier necesidad que tuviera, trabajé solo como en recepción, donde se necesita hablar más de un idioma, tratar clientes, pero no como intérprete.

I: Vale, ok.

IP1: Aparte para mi intérprete es como asesora personal, como una secretaria muchas veces.

I: Sí, puede ser.

IP1: Sí, es como, (H), como dirigente al final que (...) que les dice que está ocurriendo y qué necesita hacer.

I: Sí. Es difícil de describir, pero bueno, lo que me interesaba a mí es saber cómo lo veías tú. Vale. Otra: ¿Recibiste alguna formación una vez que empezaste allí? ¿Has tenido alguna formación de cara a la interpretación o simplemente con la práctica?

IP1: Nada. Nada. Nunca, nunca, jamás. La verdad, no.

I: Vale. Y ahora ya entramos un poco a ver lo que hacías. Las principales funciones, o sea, del puesto en general, no solamente la interpretación. Si me puedes describir ¿cuáles eran las principales funciones del puesto?

IP1: Sí, el puesto consistía, pues, en dar la bienvenida al paciente y de orientar según el servicio que buscaba, a qué zonas se tenía que dirigir. Sobre todo era esto en el primer lugar. Y sí, segundo, intérprete. Entonces, cuando el médico tenía algún paciente extranjero, pues claro, me tenía que llamar para poder atender a este paciente. Entenderse entre paciente y el médico.

I: Vale, y también brevemente, describir un poco cómo era la jornada laboral. ¿Qué tareas estabas haciendo allí?

IP1: Bueno, pues apertura. En mi caso, apertura o cierre de la clínica. Pues como te he comentado, bienvenida constante, eso sí. Y luego aparte pues indicar las zonas del hospital y también teléfono, también asistencia telefónica y por correo electrónico y acompañar al paciente si fuese necesario o después de su visita, si necesitaba servicio de taxi o ambulancia. Y luego pues todo el procedimiento a lo que refería el tratamiento: si él necesitaba luego servicio de fisioterapia o dental, o bien concertar las citas con estos servicios o facilitarle el teléfono, la dirección. Pero

aparte de esto, como estaba en la recepción: información. Aparte de tratamientos y dónde, también era un poquito como una guía, recomendar algún restaurante o indicar dónde está la estación o números de taxi, llamar al taxi o (...) o algún hotel. Lo que requiera la circunstancia. Sí.

I: Vale. Y ahora, de todas estas tareas, ¿cuánto dirías más o menos que era como porcentaje, no tiene que ser exacto, pero de todo el trabajo, qué porcentaje sería la interpretación?

IP1: Sí, era entre 30 - 40%.

I: Vale. (...)

I: Ok.

IP1: Yo diría.

I: Sí.

I: La siguiente es si trabajabas sola o había otros compañeros o compañeras en el mismo puesto.

IP1: Siempre en turnos. Yo, (H), en mi turno sí que trabajaba sola. Y luego pues como para completar el horario laboral. Segundo turno también persona sola. Sí, tenía compañera, pero trabajábamos como en solitario. Para interpretación estabas sola, no tenías otra compañera que te echara una mano.

I: Sí, en el puesto erais dos y una estaba en un turno y la otra en el otro. Vale. La siguiente no sé si ha cambiado a lo largo de los años, pero me interesa también: ¿cómo se llamaba oficialmente el puesto?

IP1: Sí, al principio estaba como azafata-intérprete, sí, era como azafata-intérprete, luego información-intérprete.

I: Vale. ¿Y piensas, en tu opinión, que se debería llamar de otra forma? O sea, tú ya lo has hecho durante muchos años. ¿Lo llamarías de alguna forma que estuviera más claro o te parece bien alguna de estas dos opciones?

IP1: Sobre todo atención al paciente e intérprete. No, porque era atención al paciente. Sí.

I: Vale.

IP1: Y la verdad es que de últimas, perdóname, era información y luego ya si pusieron como atención al paciente. Sí. Atención al paciente-intérprete. Sí.

I: ¿Y este te parece más acertado? ¿El último?

IP1: Yo creo que sí. Yo creo que sí.

I: Vale.

I: Bueno, ahora vamos también más específicas se van volviendo las preguntas (...) Esta puede ser un poco repetitiva. Si algo te parece repetitivo pues me lo dices y ya está. Pero ahora a lo mejor con un poco más de detalle. ¿Cómo describirías tu rol, el papel dentro del contexto del centro médico?

IP1: No para los pacientes extranjeros, ¿sino en el centro?

I: Sí, tu puesto, ¿qué rol tenías tú allí como empleada?

IP1: Pues como una persona de primer contacto, de dar la bienvenida tanto a los trabajadores, porque era yo era la primera persona que se me encontraba en la puerta principal, salvo urgencias. Pues esa persona que te saluda, que te da buenos días, que te sonríe, que si tienes cualquier problema, intenta solucionar o contactar al siguiente servicio que te puede ayudar y luego pues ya para los pacientes también que entraban por primera vez como un poquito de/ (...) también de dar la bienvenida, hacerles sentir cómodos (...) Y ofrecer tu ayuda. Decir aquí estoy yo, cualquier cosa: ‘¿dónde tenéis que ir? Si les puedo indicar, si les puedo ayudar’. Entonces las personas pues se sienten como, como en casa. Hacerles sentir como en casa. Yo diría, sí.

I: Sí, vale. ¿Y te sentías parte del equipo médico, o sea, de todo el hospital?

IP1: Sí, sí sí, mucho, mucho. Porque era una persona muy querida ahí por todos y los médicos me tenían muchísimo aprecio. Bueno, también las compañeras, por supuesto. (H), sí, porque era como/ sí, me sentía útil, necesaria. Sí, sí.

I: Muy bien. Y la siguiente ya creo que casi me la ha respondido: ¿cómo era tu colaboración con los demás: con los médicos, con el personal de enfermería, con la recepción?

IP1: Sí, pues eso, diría que me tenían mucho aprecio y que valoraban también mi trabajo.

I: Vale. La siguiente es sobre la situación de interpretación, cuando pasaba que tenías que interpretar, ¿me puedes describir paso a paso cómo te informaban, qué hacías, a dónde tenías que ir? Cuando estabas en la consulta ¿cómo lo hacías o dónde te posicionabas, cómo funcionaba todo, toda la situación?

IP1: Por último, en la consulta siempre me posicionaba entre medio de los dos. Si está el médico y la paciente, pues a veces justo al lado de la paciente pero que me vea siempre la cara la paciente y el médico, como un triángulo. Yo siempre intentaba formar un triángulo, ¿no?

I: Sí.

IP1: Sí, más bien haciendo triángulo. Menos ángulo, más, más recto, más inclinado, pero siempre de cara al médico y a la paciente. Eso cómo me posicionaba. Y luego pues eso, que intentaba ser/ traducir o interpretar de la mejor manera, que sabes tú que dependiendo un poco de cada persona, cómo se expresa, pues intentaba dar la mejor versión, por así decir, de la traducción, de lo que quiere decir el paciente. Eso es muy importante. Yo antes de entrar a la consulta siempre lo que hacía, te voy a decir un poco desordenado, perdón, pero lo que hacía mientras esperábamos, yo aprovechaba ese tiempo, le preguntaba que qué le pasaba de su patología para ya saber cuando el médico le va a preguntar qué te duele o qué te pasa, pues ya yo saber todo el historial, toda la historia del paciente para yo luego cuando ella especifique ya entender. O incluso miraba si traía informes médicos, yo ya miraba qué lesión tenía. Todo para hacer entender mejor qué es lo que le pasa al paciente al médico, para que él entienda mejor su problema.

I: Vale, si con esto casi casi creo que me has respondido también a la siguiente, así que bien. ¿Cómo te preparabas? O sea, esto me falta todavía. ¿Cómo se enteraba uno primero de que iba a venir alguien con interpretación y luego cómo lo preparabas si te daba tiempo a preparar algo?

IP1: Mira, te comento. Tenemos varias/. (H). Para empezar nuestro hospital tiene como un eslogan, incluso muchos folletos (...) No sé si ahora en el eslogan debajo pone algo en inglés. Creo que todavía no, pero todos los folletos informativos que tenemos, nuestra página web, todo, tenemos, sí, en dos idiomas siempre. Y nosotros poníamos anuncios que en nuestro centro se habla inglés. Ven aquí, que tenemos intérpretes. Digamos que esta parte comercial ya atraía a ese cliente, ya de por sí mirando él en la página o cuando venía en la póliza también que vendíamos se decía. Y luego pues ya como el centro colabora con diferentes compañías de seguros, también esas compañías ya sabían sobre este servicio que ofrecía Virgen de la Caridad y luego aparte zonas más pobladas de extranjeros como Mazarrón, el campo de golf de la Manga, bueno, todos los clubes tienen ahora una compañía muy fuerte. Yo creo que ellos se han enfocado en ese cliente extranjero que se llama axa. Bueno, hay unos seguros (unv.) que entonces ya ellos conocen nuestro servicio. Esa compañía directamente contacta con nosotros, nos manda datos de ese paciente, en los chequeos médicos que ellos venden con su póliza nos ofrece como clínica este servicio. ¿Sabes? Entonces, aparte de nuestra publicidad, nos mandan las compañías y luego si no por teléfono también siempre se le dice al paciente extranjero: ‘usted cuando venga en la recepción o en la entrada verá una persona con la chaqueta roja’, nos llaman así una chica con chaqueta roja, ‘que si hace falta, ella le va a poder hacer la traducción’. Entonces la persona pues se alegraba mucho de esta facilidad y también cuando entraba, cuando

entraba en el caso de derivados de compañía, nosotras ya teníamos su agenda apuntada, sabíamos la mayoría y otros pues directamente se nos acercaban, saludaban y decían: ‘mira, voy a necesitar de tu servicio, voy a tal consulta’ y luego pues el médico ya una vez que le toca este paciente nos avisaba por la extensión interna y subíamos a ayudarlo.

I: Sí, eso ya me acuerdo también. Vale, vale, aquí si se te ocurre algo, si no, tampoco pasa nada. ¿Alguna cosa, algún reto o desafío específico? ¿Algún ejemplo al que te enfrentarás en este puesto? ¿Algo difícil o algo complicado?

IP1: Diría que sí. Cuando toca (...), cuando se trata de los pacientes de verdad enfermos, cuando se trata de pacientes que hay que hablar de cosas como cáncer o patologías más difíciles. (H) (...), al principio pues claro que cuesta mucho traducir estas palabras, traducir esas palabras del médico, decir el diagnóstico, por así decirlo. Sí. O también cuando teníamos que/ no sé si esto puedo decir que hacíamos como no oficial traducción de informes sí. Que eso también para, por ejemplo, una persona, que no es profesional como ya tú, que has estudiado eso, simplemente el intérprete, poner ese cargo era un poco demasiado a nivel del dominio de idioma que ella podría tener. Entonces, claro, para poder traducir esto, pues (...) ¿sabes? te ponía un poquito en un compromiso que dices ‘¿y si esto no lo traduzco bien?’. Esa responsabilidad extra, ¿sabes?

I: Sí, claro. Vale. Y ahora lo positivo: ¿Qué aspectos de este puesto considerabas positivos o gratificantes para ti? Que luego te sentías//

IP1: //De conocer esas personas. Y luego pues de ver lo felices y contentos que estaban por tu servicio, que les ayudabas, ¿no? (H). Pues eso era muy muy gratificante ver su satisfacción, de que le has podido acompañar en este proceso o en estos, (H) momentos difíciles, de su enfermedad y hacer y hacer agradable y lo más gratificante es eso que, como me decían algunos, que venían a la clínica y de verme ya decían parece que ya me siento 50 % mejor (lacht). Es hacerle sentirles bien y sí, al final se crea con algunos/. De hecho, hoy en día me he hecho verdaderos amigos, de los que eran mis pacientes.

I: Sí (lacht).

IP1: Eso es lo más gratificante. Yo creo que es más interesante conocer gente de pues de diferentes países y de poder (...) e intentar entender cada persona y poder/. El intérprete era muy importante inspirar confianza de ese paciente en ti, que se sienta cercano para no sentirse incómodo o intimidado por contar sus problemas. Sabes por contar... Sí.

I: Sí. Vale. La parte personal. Y ahora la parte solamente lo que es la tarea de interpretación. ¿Te gustaba interpretar?

IP1: Sí, sí, mucho.

I: ¿Y por qué? (lacht).

IP1: (lacht) No sé. Porque tal vez porque me gusta el trato con pacientes, tratar a la gente. No, yo creo que esto en mi aspecto eso, porque yo siempre cuando terminé mis estudios quería trabajar con gente. Yo siempre quería tener trato con la gente. Luego, ya con los años tengo que decir que ya busco (...) más no tanto cara al público (lacht).

I: Ya (lacht).

IP1: Pero cuando era más joven me encantaba tratar con la gente. Sí.

I: Sí. Vale. Esta es ¿cómo crees que te percibían los demás trabajadores del hospital? ¿Cómo te veían a ti? Ya no solo personalmente, que ya me has dicho que tenías muy buena relación con todos, sino ¿cómo te veían en tu puesto? ¿Te veían como la intérprete o cómo? ¿Cómo crees que te ven?

IP1: No...Sobre todo me tenían más bien como información ¿no? En primer puesto de información y luego, sí, como traductora, con las dificultades que ellas podían tener temas administrativos o ahí de recepción, de entender, pues también me tenía ahí como una vía, ¿no? Sí, claro, de comunicación entre uno y otro.

I: Vale.

IP1: Y allí, allí tal vez la parte donde menos me gustaba es administrativa, porque muchas veces con las compañías, cuando surgían problemas, tener que explicar tú algún conflicto, (H), eso era lo más difícil. O cuando sí, cuando la compañía no quiere, al ser una clínica privada y cuando la compañía a lo mejor no quería hacerse cargo y luego tenías que reclamar el dinero al paciente. O de vez en cuando cuando nos hacían llamar por alguna gestión o gestión pendiente de cobro. O por ejemplo, que alguien que se ha ido sin pagar y tener que llamar y reclamar era más incómodo. Una parte un poco más incómoda (lacht).

I: Esa parte más, sí, vale. Y si se te ocurre algún ejemplo, o quizá tienes muchos, pero con alguno me vale de alguna situación en la que te sentiste muy valorada o tu trabajo y que alguien te diera un feedback muy bueno después de hacer alguna tarea, no tiene por qué ser de interpretación. (...)

IP1: Ay, no sé. Como tú dices, no lo sé. Así, ahora, como ya hace tiempo que no sé.

I: Claro, si no, no pasa nada. Pero normalmente te sentías valorada en el equipo.

IP1: Sí (zögert). ¿Con el equipo, dices tú, o con los pacientes?

I: Pues de lo que quieras, si se te ocurre de alguna parte o de la otra, o de ambas, si te sentías normalmente valorada.

IP1: Sí. Sobre todo, tal vez diferente. Sí, cuando a lo mejor alguna vez, cuando algún paciente ingresaba y luego yo ya como más. (...) No, sí, cuando yo lo subía a visitar a la habitación un poco por interesar. No, no, no por, sí, para ver cómo se sentía y luego si necesitaba alguna cosa pues eso ya era ya otro nivel, otro nivel. Se sentían muy muy gratificantes por eso. ¿O cuál dices tú? (...) Sí, en casos de cuando me llamaban para traducir en los pacientes ingresados, en planta yo los veía. (...) La verdad que sí. Muy muy agradecidos. Sí, los pacientes que estaban ingresados, sobre todo, alguna vez que/.

I: Y por parte de los médicos, por ejemplo, cuando interpretabas con el médico y el paciente, ¿por parte de los médicos también has recibido palabras buenas, positivas?

IP1: Siempre, siempre. Decía que bueno, no, no, no, me refiero que no, no es por/. Pero había médicos que a lo mejor claro, como éramos dos turnos, que claro, normal, se entendían mejor, tal vez con una que con otra. Entonces, por ejemplo, había un médico en concreto que me decía ‘ay, cuando estás tú, es que, (H), nos entendemos muy bien’. Que decía que nos entendíamos muy bien, como que cuando yo le traducía que él se entendía mejor con la paciente que cuando le surgía con la otra compañera. Entonces eso te chocaba un poco. Te hacía cuestionar, dices tú, o puede ser que otra persona pues no llega a entender bien al paciente o no llega a empatizar para poder transmitir al médico qué es realmente lo que pasa, pues también a veces pues pasa eso que el médico/. Sí, como yo comenté, que lo más importante es hacer sentir bien a los dos, tanto al médico como al paciente.

I: Sí. Vale. Y alguna vez, al contrario, si te acuerdas de algo o si ha pasado, quizá no pasó nunca, de recibir comentarios negativos por alguna parte, algún compañero o algún paciente, algo así, no tan positivo. ¿Y por qué pasó? (...)

IP1: (H) estoy pensando. Estoy pensando. No sé. (...) ¿Pero te refieres, claro, por traducir, tal vez por traducir algo mal o...?

I: Sí, o en alguna situación de la jornada que algo pasara, aunque no tuviera que ver a lo mejor con un error de traducción, pero que a lo mejor no tenía nada que ver contigo. Pero recibiste tú a lo mejor la culpa entre comillas. No sé, estoy diciendo ejemplos.

IP1: Sí, muchas veces por querer ayudar de más. Pues (...) Sí.

IP1: Por querer ayudar de más muchas veces me metía en alguna situación incómoda. Sí, sí. No sé, (H) (...) No sé. Tal vez porque intento siempre quedarme con buenos recuerdos (lacht).

I: Claro. No. Eso yo lo hago también. Es normal (...).

IP1: Pensar en así cosas feas.

IP1: No sé. La verdad que tampoco.

I: No, eso es bueno. Si no hay ninguna. Así que/.

IP1: No, no tengo así nada.

I: Y también supongo que durante todos esos años tuviste alguna vez también contacto con intérpretes externos. Porque yo, por ejemplo, cuando yo estaba también venían algunas veces intérpretes externos.

IP1: Sí, sí.

I: ¿Y cómo era la relación o cómo era la experiencia cuando venía un intérprete externo? ¿Cómo se comunicaba con vosotras? ¿O nada?

IP1: Normal, no sé, ¿no? (H), (H). Porque como él ya hacía de ese puente entre paciente y recepción, pues lo tratabas como otro paciente, como paciente nacional. Sí, pero siempre dando la información correcta y la necesaria. Bien. Buena relación. No, yo qué sé. No, yo no (lacht). Que venía con intérprete, pues bien.

I: Sí. Vale. Y ¿crees entonces que las tareas que vosotras teníais de interpretación, las demás, evidentemente, son diferentes a las de un intérprete externo, pero dentro de las tareas de interpretación, crees que eran las tareas y las responsabilidades diferentes a las de un intérprete externo o eran las mismas?

IP1: Nooo, muy diferentes, claro. Muy diferentes. Porque él, bueno, yo la verdad luego ya no sé qué otras gestiones puede hacer este intérprete externo con ese cliente, pero lo que refería a la clínica, la visita de la clínica, simplemente claro, bueno también daba, (H), (H), le gestionaba las citas y luego le hacía la interpretación dentro de la consulta. Pero nosotras, (H), además de

esto (...) (H) pues, es que no lo sé. Al principio he dicho muy diferentes, pero mientras más pienso que bastante parecidas.

I: Claro, si piensas solo en la interpretación.

IP1: Él está enfocado solo en el paciente, nosotras teníamos muchas más tareas. Otras tareas que teníamos en la clínica. Pero enfocadas al paciente...sí, sí, claro. Podríamos decir sí que decía nuestro trabajo lo que haría haría yo. Sí, sí, sí, claro.

I: Claro, solamente. Evidentemente las otras tareas son muy diferentes. Pero lo que era interpretar. ¿Dirías que las tareas y la responsabilidad al final de un intérprete externo como el intérprete interno?

IP1: Exacto. Claro.

I: Vale. Y aquí creo que también tengo ya de otra pregunta, una parte de respuesta que era si ha habido situaciones en las que piensas que se te asignaron tareas o responsabilidades que no, que iban más allá de lo//.

IP1: //Sí.

I: Y esto me has dicho un ejemplo.

IP1: Descartaría, sí, lo de traducción de documentos eso ya era demasiado, pienso (H).

I: Y en estas situaciones, ¿tú qué hacías? Aunque pensaras que no te correspondía ¿cómo lo manejabas? ¿se lo decías a alguien o lo hacías?

IP1: Pues, no. Pues con ayuda de diccionarios (lacht), teníamos que echar un poco de ayuda. Lo digo porque, (H), la parte médica, claro, había, claro, términos bastante complicados. (H) (...).

I: Sí. Y bueno, claro, la siguiente pregunta viene con lo mismo: si alguna vez piensas que aceptaste tareas para las que no estabas del todo a lo mejor preparada, ¿dirías que esta también sería un ejemplo?

IP1: Sí, pienso que sí.

I: Vale. Alguna vez. Bueno, esta creo que no te vas a acordar porque cosas malas no ha habido o se olvidan. Yo también me olvido de las partes malas siempre. Pero si alguna vez hubo algún malentendido, algún conflicto.

IP1: No, últimamente, por ejemplo, no. Con extranjeros (H) diría que (...) Nunca. Casi nunca. No, no, no me acuerdo. Como cualquier cliente que se puede (...) enfadar, tal vez por cualquier

cosa. No. Pero. (...) Pero ya con otros compañeros, no refiriéndose a traducción, últimamente, por ejemplo, antes de yo irme de baja porque yo terminé al final con una baja y luego ya al incorporarme, tuve que cambiarme de puesto, pero no por la parte de intérprete, porque es lo que me encantaba, por parte de atención al paciente porque al cambiar la dirección de empresa, (H) ha cambiado, (H) (...) O proceso laboral o toda la estructura que de la cual yo no fui informada. Porque la persona que iba a las reuniones, nuestra responsable, por así decirlo, no lo transmitía o no lo supo retransmitir, entonces como que cada vez se sentía más estrés y más presión, (H) mucho volumen de trabajo, unos cambios de tareas que no entendías por qué. O de pronto como tu manera de trabajar como que ya no les gustaba, pero (H) entonces no tenías claro entonces qué debo hacer, (H). ‘¿Debo hacer trabajo administrativo o dejo trabajo administrativo y me dedico solo al paciente, al oral?’ Entonces era como un un tira y afloja allí y/.

IP1: No, porque tú sabes, últimamente has entrado allí cuando la última vez entraste, viste que han puesto ahí una recepción, ¿verdad? En la entrada, grande. Entonces esa recepción, (H), causó una confusión a la cara del paciente. No cuando antes entraba y la única persona que encontraba era a mí se me dirigían a mí.

IP1: Yo le daba la bienvenida, información, etcétera. Cuando pusieron esa recepción, entonces ya, al estar ese mostrador más pequeñito y ver esa recepción grande, pues la gente, evidentemente, pues se lanzaba digamos, a dirigirse a esa recepción y a mí me ignoraba. Entonces eso es lo que también me cambió un poco (...) sí, que me quitaron, digamos, el protagonismo (lacht).

I: Sí, claro. Pero también confunde un poco. Yo, de hecho, hacía años que no entraba y cuando entré en diciembre también me quedé pensando dónde tengo que ir, ¿dónde está la chica que estoy buscando? O sea que sí entiendo, porque yo lo conocía también de la otra forma.

IP1: (unv.) Me conoce, entonces, claro, directamente se dirige a ella. Entonces eso luego causaba conflicto interno con las compañeras de recepción de quirófano, porque ellas me echaban la culpa, que yo no atendía al paciente. Y no es que yo muchas veces no, es que muchas/. Yo siempre saludo al paciente. Lo que pasa que el paciente ya me saludaba, pero por su problema o su cuestión o cualquier duda que tenía, se dirigía a ese mostrador. Ya no se me dirigía a mí, pero eso ya era, digamos, culpa de reestructuración de la nueva, esta directiva que entró en la empresa, ¿sabes? Pero eso lo hizo/. Sí, sí, sí, a mí eso/. Yo de hecho pienso que no supe adaptarme a ese puesto y no supe ya encajarme ahí, en ese nuevo entorno.

I: Sí, claro. Vale. Estamos ya casi terminando. Tranquila (lacht).

IP1: Sí, sí, conflictos, ya te digo, con las compañeras del mostrador este. Luego, entre esta coordinadora se quejaba a mi coordinadora. Mi coordinadora me presionaba más a mí, entonces ya pues se creó como ahí un poco mal ambiente.

I: Sí, sí. Vale. Lo siguiente sería si piensas que siempre estuvieron bien definidas tus tareas o lo que se esperaba de ti en este puesto. En el caso de que no, ¿cómo lo gestionabas tú, la falta de claridad, a lo mejor estos conflictos de no está claro si es mi tarea o la de otro?

IP1: Bueno, tareas tal vez (H).

I: ¿O las expectativas?

IP1: Exactamente, por ejemplo, en el caso de interpretación, no estaba bien definido. Porque es como ya o muchas veces a lo mejor depende de ti de la persona que a nivel de interpretación o traductora, que muchas veces como que no sabías hasta dónde yo puedo ayudar a este paciente ¿no? ¿Hasta dónde va a seguir mi interpretación o mi ayuda? Porque ya a lo mejor si a ellos les surgía más, más dudas (H) pues tú ya no sabías si tengo que también ayudarles en esto. Por eso yo decía un poco como la asistente, que ya te convertías, que no sabías hasta qué punto muchas veces decir ‘no, mira, yo me baso solamente en entrar contigo a la consulta’. O también te gestiono la parte con tu compañía o ya temas más... o con tratamientos o con otras clínicas que tenían que ir. No, no tenías muy claro hasta dónde a lo mejor tenías que seguir atendiendo a este paciente.

I: Sí. Claro, esto con los pacientes. Y ¿había alguna situación a lo mejor que con algún otro miembro del equipo sea del departamento que fuera, que tenías que marcar tu función o marcar un límite? Pues hasta aquí hago yo o esa tarea no pertenece a mi puesto ¿o simplemente iba todo más fluido? (...)

IP1: No. Digamos que no me podía/. Por ejemplo, a mí me decía mucho medir el tiempo cuando subo ya para para traducir la consulta, para no estar media hora, digamos, antes de que le llamen. Digamos que tenías que prever un poco. O ya esperar hasta que te llame el médico o prever un poco cuando le toque y subir para no estar demasiado tiempo para no ausentarte en otro puesto. Y luego también intentar, (H), bajar otra vez lo antes posible. Tampoco estar ahí, sí, media hora o 40 minutos con el paciente.

I: Vale. No sé esta pregunta cómo formularla. Porque la estoy leyendo y tampoco está clara del todo. Yo sé lo que quiero decir, pero no sé si me entenderás. ¿Ha habido alguna vez que le hayas tenido a lo mejor que explicar a algún compañero que una tarea no es tu tarea o hayas tenido

que marcar un límite o explicarle incluso a algún compañero lo que haces porque no se entendía del todo?

IP1: Pero ¿te refieres a, (H), al puesto de intérprete?

I: Sí. O bueno, tu puesto en general. Si sentiste que alguna vez por parte de otros trabajadores no se entendía bien y tuviste que aclararlo ¿o estaba todo bien? (...) No tiene por qué ser sí. Puede ser no (lacht).

IP1: Vale, vale, estoy pensando. No, porque ahora, como estoy, por ejemplo, en otro puesto de centralita, ahí, sí, tengo ese tipo de conflictos a veces con los pacientes que llaman porque te piden ahí algunas cosas, solucionar, que dices ‘no, mira, esto es la central de citas, tenemos otro departamento, (H), de atención al paciente o el de quirófano que se ocupa de ese problema que yo no puedo encargarme. Desde la central no me dedico a esto’. Ahí sí que tengo digamos más claro en una central de citas. ¿No? Ah.

I: Ahí está más limitado. Es esto lo que hago y ya está.

IP1: Si es un problema de atención al paciente, claro, yo solo le puedo pasar con atención al paciente o darle el correo electrónico. O intentar contactar con atención al paciente. Pero no lo puedo solucionar, digamos, encargarme de ese problema. Entonces, en ese aspecto/. No, yo creo que porque sabían también bien hasta donde eran mis tareas, que tal vez no me pedían. No, no, no sé.

I: Sí, bien, bien. Vale, vale ya las preguntas finales, que es como para resumir un poco o añadir algo si quieres. Primero, ¿cuáles crees que son las cualidades más importantes que hacen falta para tener el puesto del que estamos hablando? ¿Qué es indispensable que una persona tenga como cualidad para hacer ese trabajo?

IP1: Pues sobre todo yo creo que ser cercano, (H) cercano, amable, bueno, también entra buena presencia porque/ sí. Educado. Hay que estar muy educado. (...) Y servicial. Muy servicial. Hay que saber ser servicial, sino no. Humilde. Tal vez, humildad. (H). Y luego, pues, como decía, empatía. Todos estos.

I: Vale, y ¿qué crees que se debería evitar en este trabajo? (...)

IP1: (H) ¿Evitar? Pues sí, también, (H). No pecar de cercanía también. En plan, sí, pero con una medida, hasta cierto nivel. No pecar de cercanía ni de amabilidad. Claro, si eso como ya todo, ¿no?

I: Claro.

IP1: (H)... También marcar muy bien hasta dónde son tus tareas. Que tú, exactamente, que a lo mejor, eso, mira, ahora me acordé. Que a veces parece que como tú ya, (H), has asistido a su consulta, que luego si el paciente necesitaba ir a otro departamento, como que parece que se esperaba que tú le vas a hacer de acompañante. Ah, esa es la diferencia con la intérprete externa, que la paciente te acompañaba a todos y tú a lo mejor muchas veces entre una gestión y otro, tú simplemente le informabas dónde tiene que ir y luego si le surge algún problema o en el otro departamento ya cuando le llame para la otra prueba y te va a necesitar el compañero o el paciente, pues te avisaba otra vez. Digamos que tú no estabas entre (H).

IP1: Acompañándolo todo el tiempo.

IP1: A lo mejor lo dejabas si tenía que ir a otras partes de la clínica. En ese aspecto que no lo acompañabas. Entonces eso había que dejarlo claro también a los pacientes con mucha educación decir ‘mira, ahora tenéis que ir allí’, pero que no quieran, no pretendan que tú los vas a acompañar todo el rato.

I: Sí, importante. Vale. ¿Hay algo que habrías mejorado en esa situación, en ese puesto? Ahora ya no estás. Pero bueno, ¿en ese momento habrías mejorado algo? Y en el caso de que sí ¿qué?

IP1: Sí, sí. Digamos que cuando yo entré en 2007 (H) estaba ya un poco modificado porque (H), antes de mí o antes, la empresa tenía solamente como no sé si intérprete o traductora exclusivamente por poco porcentaje ¿no? O por pocos pacientes que había, digamos, la clínica disponía de este servicio, pero esa persona que tenía no sé si estaba en un despacho, si no hacía algo, tenía algunas tareas, pero ella (...) ayudaba al paciente y se dedicaba nada más que a eso. Sin embargo, ya cuando yo entré (H), nos decía que ya (...), pues nos han puesto un ordenador por si podemos, por ejemplo, (H), consultar alguna cita, o para que viene si un paciente para que podamos nosotros hacer esta atención más completa sin tener que mandarlo a la recepción o no mandarlo erróneamente, que directamente pudiéramos consultar si tienen que ir a radiología o a/. Porque antes entraba por una planta y a lo mejor lo tenías que mandar a diferentes plantas, no como ahora que está modificado y entra ya en la parte baja. Bueno, parecido, pero, digamos que cambió la estructura de la clínica. Entonces, bueno, se limitaba simplemente con un ordenador para poder consultar para dónde van y luego, en caso de extranjeros, poder darles una cita, extranjeros o abonados. Pero yo por ejemplo empecé a decir que (...) pedí que me dieran mejor mesa porque estaba muy incómoda, porque estaba como con una mesita y un taburete pequeñito. Entonces decía que, ah, que podía, sí, a lo mejor, si por ejemplo le daba una cita, ¿por qué entonces no puedo imprimir esta cita? Como que ya solicité atenderlo como dar

una atención más completa, o por si tuviera que imprimir incluso un justificante o...sí, teléfono también teníamos antes también, para poder llamar a un taxi o...sí, normalmente solo al principio era para el servicio de taxi, la mayoría era solamente para taxi y poder ser localizados a nivel interno, el teléfono. Pero mejoré, sí, ampliando el servicio.

I: Para ti, ¿le faltaba eso, le faltaba poder atender mejor al paciente?

IP1: (unv.) Para mí, para dar mejor servicio al cliente, más completo, sí.

I: Vale. Bueno, la última pregunta es si quieres añadir algo más que se te haya ocurrido o que pienses que es interesante que no te he preguntado y si no quieres añadir nada más//

IP1: //Sí, que, bueno en el caso de esta empresa, yo no sé otras. Que allí pues está muy mal valorado, no está bien remunerado (lacht). Sí, en este sentido. Pero no solamente este puesto, en general es que no valoran ni antigüedad, ni experiencia ni la calidad. Bueno yo es que ahora ya no soy muy objetiva porque tengo, como se suele decir, el síndrome de trabajador quemado en la empresa (lacht).

I: Sí, es que tú llevas tantos años ahí, sí.

IP1: Yo ya, sí, porque estoy completamente decepcionada con esta empresa y entonces pues ya no estoy contenta, de hecho, estoy ya viendo para poder irme. Entonces, por eso, por lo mismo, porque llevas ahí ya 20 años y no...es que te han subido 200 euros en 20 años, ¿sabes? (lacht).

I: Eso veo que sigue igual, que no ha mejorado, porque cuando yo estuve también vi cómo estaba la situación y sí, esto no lo han mejorado.

IP1: Nada, nada.

I: Con el cambio de dueño tampoco.

IP1: Exactamente, no, casi casi que el cambio de dueño no sé si decir que peor todavía. Porque más van todavía más apretando las tuercas y todo eso. Entonces (...) no. Ahí no hay perspectiva. Sí, o porque por ejemplo gente ahora en la centralita cuando llama empieza a quejarse porque ‘ah, por fin me coge el teléfono’ o porque tenemos el callback de cuatro y cinco horas ahí, tú devuelves la llamada o incluso por la noche, ya por la tarde-noche, la gente que llamó al mediodía. Con muchas horas de diferencia, que la gente ya dice ‘no, no, si ya he ido a la clínica y ya me han visto’. O quejándose de que no contestan al teléfono. Pero porque para esa dimensión ponen tres operadores, tres o cuatro operadores, entonces es imposible atender todas las llamadas con tan poquita gente. Si no da personal, no hay por dónde cogerlo.

I: No se puede dar un servicio si no hay suficiente personal.

IP1: Claro. Eso por lo menos dices tú, bueno les pagan poco, pero hay muchos. Pero es que hay pocos y les pagan poco (lacht).

I: (lacht) Pues sí. Bueno, pues muchas gracias por la entrevista.

IP1: ¿Te va a servir de algo?

I: Sí claro, de hecho, tengo mucho material ya solo contigo. Necesito más, voy a hacer más, pero contigo tengo ya mucho material, así que muchas gracias.

IP1: Pues nada, encantada de verte y de poder ayudarte.

Interview 2

(Dauer ca. 50 min)

I: [00:00] [01:30] (Einverständniserklärung wird erläutert)

IP2: Perfecto. Muy bien. Pregúntame lo que tú necesites.

I: Vale, pues primero de todo, los idiomas que dominas, con los que trabajas, ¿cómo los aprendiste y cuál es de todos ellos el más fuerte? Bueno, tu lengua materna.

IP2: Sí, sí. Pues yo hablo español, hice bilingüe de francés en el instituto, hice cuatro años de francés; estudiaba biología, matemáticas, física y química, todo eso en francés, y me examinaba en francés también al nivel de B1, pero no me examiné, no es acreditado. Y luego hice (H), en bachiller ya no hice bilingüe de francés, sino que hice el bachillerato normal y empecé a enfocarme más en el inglés y estudié hasta llegar al B2 de inglés. Y entonces pues puedo hablar francés, inglés y español.

I: Vale, muy bien. Hay una cosa que escucho de vez en cuando. Ahora mismo no, pero algo de fondo que no sé. Ah, vale.

IP2: Un momento. Ah, sí. Bájale un poco.

I: Ahora. Que a mí no me molesta. O sea, yo te entiendo perfectamente, pero es que a ver si luego cuando lo transcriba me va a coger la tele.

IP2: Ah, vale, vale. Pues ya está.

I: Que no es por nada, que yo te oigo bien y no me está molestando, pero digo a ver si luego/.

IP2: Por si te sale en el subtítulo.

I: /Me va a salir, aunque ni siquiera yo entiendo lo que/ solo oía ruido. No se entiende. Vale, bien. Vale, pues siguiente pregunta es ¿cómo describirías tú, para ti que es la profesión de intérprete? O sea, no las tareas que vosotras hacéis, sino en general un intérprete.

IP2: A ver, pues yo pienso que un intérprete es una persona que está capacitada para transmitir, no solamente verbal, sino (H) más general (...) lo que quiere decir una persona a otra.

I: Vale (...) ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en este puesto en el centro médico?

IP2: Llevo un año.

I: Un año.

IP2: Un año. Ahora el 6 de/ no, perdón, el 26 de mayo, hace un año. Lo único que yo no estudié ni mucho menos para ser intérprete.

IP2: Yo me dedico a otra cosa completamente distinta. Bueno, que tiene que ver con las letras, pero no en este.

I: Vale, ahora lo vemos en una de las preguntas. Desvelaremos este secreto (lacht). Vale. Ya me has dicho los idiomas que hablas, pero ¿cuáles utilizas en realidad en el centro médico? ¿Los tres o/?

IP2: En el centro médico solamente el español y el inglés. Muy poquitas veces el francés, sí. En algunos pacientes que hablan francés y no inglés, pero muy poquito.

I: Vale, en inglés y español. ¿Y qué te motivó a trabajar, si es que te ha motivado algo, a trabajar en este ámbito, en el ámbito sanitario?

IP2: Pues en el ámbito sanitario, en ayudar a la gente. Yo venía del ámbito de más del comercio y era más de disfrute. No era tan (H) bueno ayuda porque yo hacía financiaciones, hacía (H) gestiones también, no de ayuda, pero bueno, monetaria, que también ayuda a la hora de financiar, pues ayuda a una persona, pero no ayudas tanto como cuando estás en un hospital y eso al final te enriquece de otra forma.

I: Vale, muy bien. Ahora llegamos a ¿qué formación tienes tú? Estudios académicos, carrera universitaria... ¿Cuáles?

IP2: Bueno, hice la ESO, luego hice bachillerato de Ciencias Sociales, luego la carrera de Derecho. Estuve cinco años estudiándola. Luego estuve un año y medio sin estudiar, simplemente viajando. Y ahora estoy haciendo el máster de abogacía, que llevo un año. Me queda medio.

I: Muy bien. ¿Y cómo llegaste a esta posición?

IP2: Pues yo trabajo... bueno, trabajaba justo al lado del hospital, en El Corte Inglés, que está a una calle del hospital. Y entonces pues al final el boca a boca y muchos clientes míos iban al Virgen de la Caridad. Yo(?) era paciente del Virgen de la Caridad, del centro donde trabajo. Entonces al final me presenté a la candidatura y me cogieron porque ya hacía atención al cliente en el comercio y aquí hago atención al cliente y al paciente. O sea que he aprendido también; me ha servido para aprender.

I: Claro. Muy bien. (..) Vale. ¿Habías tenido antes experiencia como intérprete, aunque fuera solo algo aislado antes de entrar ahí?

IP2: Ninguna. Ninguna. Si se puede asemejar un poco a la situación de, por ejemplo, cuando tú estás defendiendo a alguien, el interpretar sus ideas e intentar transmitir las a la otra parte en un juicio. Pero no, no es como interpretar un idioma.

I: De un idioma a otro, claro. Claro. Vale. Y una vez que entraste, ¿recibiste algún tipo de formación adicional para realizar las tareas de intérprete o algún curso?

IP2: Ninguno.

I: Ninguno.

IP2: Ninguno.

I: Vale.

IP2: Ensayo-error (lacht).

I: (lacht) No. Sí. Sí.

IP2: Sí. Sí. Sí (lacht).

I: Vale. ¿Y cómo describirías las principales funciones que tienes en el puesto ahora mismo?

IP2: Pues las principales funciones nunca me las he planteado.

I: Os voy a hacer pensar.

IP2: Sí, Sí.

IP2: La principal es la atención directa. O sea, cuando una persona entra por la puerta, yo tengo que saber hacia dónde se dirige para dirigirle y ayudarle. Esa es la primera. La segunda, los historiales clínicos, se gestionan los historiales clínicos, es decir, las peticiones de documentación que la persona necesita para cualquier trámite: juzgados, para trámites de (...) ayudas sociales, por el hecho de que una persona quiera tener su historial clínico completo. Esa es la segunda función, una de las que hago. La tercera, facturación. Hacemos, ahora que ya no está mi coordinadora en el puesto, pues estamos sustituyendo temporalmente su puesto la compañera y yo y hacemos de los primeros pasos de facturación y de contabilidad también en nuestro puesto. También damos citas, atendemos a pacientes extranjeros en consulta cuando los médicos nos requieren y también gestionamos las incidencias del hospital, en general. Cualquier tipo de incidencia y cualquier tipo de reclamación. El primer paso es entregar la documentación. Entregamos dos tipos de documentación: la reclamación interna o la de consumo, la genérica. Y pues la tramitamos en primera instancia y a rasgos generales eso.

I: Muy bien. Vale. (...) Ahora esta pregunta es muy parecida. Hay algunas preguntas que serán parecidas, otras preguntas que ya me habrás respondido. Entonces me las saltaré. ¿Cómo describirías un día normal, una jornada laboral tú allí? Tus tareas más o menos.

IP2: Pues hay dos tipos de días. El día que yo puedo estar tranquila porque no hay mucha gente, porque claro, si hay mucha atención al público, pues el trabajo administrativo y más interno pues lo dejamos de lado hasta que se pueda. Y el día en el que hay menos gente en el que podemos hacer la facturación, las pólizas tranquilamente, la documentación. Entonces pues, por ejemplo, un día al uso en el que haya poca gente, llego a mi puesto de trabajo, saco el control de consultas externo, de consultas externas, perdón, en el que sé qué tipo de consultas están arriba, los especialistas, qué tipo de pruebas hay y los horarios de cada médico, cuándo empiezan y cuándo terminan. Y me fijo en qué pacientes ingleses o de habla extranjera pueden venir, a qué horas para estar pendiente de a qué hora atender a los médicos para que no, a lo mejor yo estoy haciendo una póliza o atendiendo a alguien, yo sé que a las doce tengo que parar para estar pendiente de ese médico.

I: (H).

IP2: Y luego pues atender llamadas. Hacemos un poco de gestión de cobro, la gestión de los recibos devueltos, de los impagos. Si las personas (H) hay personas que quieren darse de alta o pagar una mensualidad. Pues también los atendemos porque eso también es tarea nuestra y pues depende un poco de lo que nos vaya viniendo. Pero bueno, a rasgos generales, pues lo primero es esta atención y ya es ponernos un poco a la gente y pasar la mañana o la tarde.

I: Muy bien, vale. Y de tu trabajo en general ¿qué porcentaje me dirías que es la interpretación?

IP2: ¿La interpretación? (H) Un 35 %.

I: Vale. (...) Bien. Bueno, esta más o menos la sé, pero te la hago. ¿Trabajas sola o con compañeros o compañeras que tengan tu mismo puesto?

IP2: Sí, Pues yo trabajo sola. Lo único que en el turno contrario hay otra compañera. Entonces al final somos dos. Yo intento, cuando termino mi jornada laboral, transmitirle todo lo que yo he hecho para que no haya confusiones, porque somos dos, no a la misma vez, pero sí somos dos personas que estamos en el mismo ordenador y tocamos la misma documentación.

I: O sea, dos, pero siempre en el puesto, en el turno diferente.

IP2: Sí.

I: Vale. ¿Cuál es el título oficial del puesto? ¿Cómo se llama?

IP2: Pues.

I: Porque ha cambiado a lo largo de los años.

IP2: Sí. A ver. Lo que físicamente/ es atención al paciente, en mi ordenador, o sea, encima de mí, el rótulo. Y en frente, que también es donde hacemos las pólizas y el tema de documentación enfocado a los socios, ahí pone atención al cliente.

I: (H).

IP2: Entonces el puesto al final yo soy una administrativa con inglés capacitada para atención al paciente y atención al cliente.

I: Vale, muy bien.

IP2: Como yo lo concibo.

I: Muy bien explicado.

IP2: Pero, por ejemplo, en las fichas(?) de documentación pone recepcionista, entre paréntesis que no es de hotel.

I: Ah.

IP2: A efectos de seguridad social, administrativo, creo que es eso.

I: Entonces lo siguiente que te voy a preguntar, que creo que es lo que me acabas de decir, es que si el nombre, si tú le pusieras el nombre a lo que haces, ¿cómo se llamaría? ¿Lo que me has dicho o lo llamarías diferente? ¿Y por qué?

IP2: Pues la verdad que nunca me lo he planteado, porque al final son muchas funciones que, bajo mi punto de vista, no las puede englobar solamente un puesto, porque muchos días, para que la atención al paciente sea efectiva y buena, la persona tiene que tener su tiempo, por ejemplo: de nueve a once que sea de contabilidad sin estar cara al público, de once a una que sea traducción, asistencia a consultas, y de una a tres, que sea otra cosa, otra tarea. Pero cuando haces todo a la vez, es muy complicado hacerlo bien. Entonces yo mantendría un departamento de atención al paciente o de atención al cliente y otro de traducción. Bajo mi punto de vista.

I: Vale. Sí. Muy bien. Vale, ahora vamos a ir profundizando un poco más. Como he dicho, algunas serán parecidas. Si te parecen parecidas, que ya las has respondido, pues no tienes por qué repetirme nada. Esta es más enfocada al rol, al papel que tú juegas dentro del contexto del centro médico. ¿Cómo describirías tu papel allí en el contexto del hospital?

IP2: Pues (H) atención y apoyo. Esos dos términos creo que son los que describen el puesto: atención y apoyo.

I: Vale.

IP2: Atención a los pacientes, pero también apoyo a los departamentos porque muchas veces las compañías no hablan inglés y nos requieren. Los médicos no hablan inglés, nos requieren y muchas veces también ayudamos no solamente con el trámite de comunicar, comunicarse a las personas, sino también con la g/, con los documentos, porque también traducimos esos informes de las personas, de las personas que vienen a través de navieras, del puerto de Cartagena. Nosotras también traducimos esos informes para aportar a las navieras y que tenga constancia de toda la documentación tanto en español como en inglés, entonces pues somos un apoyo.

I: Vale. Y estos informes, los traducís, ¿son siempre del español al inglés, del inglés al español o ambas?

IP2: Siempre es del español al inglés.

I: Del español al inglés.

IP2: De lo que escriben los médicos en consulta o en urgencias al inglés.

I: Vale.

IP2: Sí.

I: Ok. Vale. Siguiente pregunta. Si te sientes parte del equipo médico y por qué sí o por qué no.

IP2: ¿Si yo me siento parte?

I: Del equipo médico. Sí.

IP2: Yo no. No, yo creo que en el hospital está como muy, muy dividido el concepto de la administración y el concepto de equipo médico, porque al final el equipo médico son los enfermeros, los auxiliares y los médicos, y la administración es contabilidad, atención al paciente, al cliente y los administrativos de todas las recepciones, con recursos humanos y dirección. Bueno, en los demás departamentos que hay muchos.

I: Sí, vale. Y ¿cómo es tu trabajo con el resto de los profesionales? ¿Cómo es tu relación, tu colaboración con médicos, con enfermeros, con recepcionistas?

IP2: Muy cordial, de asistencia a ellos si lo necesitan y muy cordial y amigable. Y yo lo definiría así.

I: Vale. Sí. ¿Cómo se desarrolla una situación en la que tienes que interpretar? O sea, si me puedes explicar, cuando llega un momento, un día, que tienes que ir a interpretar ¿cuáles son los pasos que se siguen?

IP2: Pues, por ejemplo, yo estoy sentada, como estoy ahora mismo y tengo el teléfono y se llama (H) los médicos nos llaman por teléfono interno a nosotras directamente. ‘¿Puedes subir a la consulta número ocho?’ nos dicen número tal y nosotras como ya sabemos de memoria dónde es cada consulta ya de meses atrás, pues subimos directamente, llamamos a la puerta, entramos, nos presentamos a la persona y empezamos a dialogar, tanto con el médico como con la persona que estamos traduciendo. Luego el documento (H) perdón, el médico nos da la documentación que le quiere explicar y yo se la explico un poco por encima a la persona y si ese paciente quiere que le ayude, por ejemplo, a cómo se toma la cita para la radiografía, cómo se toma la cita para cualquier otro especialista que le haya recomendado ese médico, yo salgo fuera y ya se lo explico, le dirijo. O sea que también es un poco pues ayuda general no solo con el idioma, que también en este momento lo principal es el idioma, pero como esa persona viene un poco que no habla nadie en inglés, en las recepciones, la mayoría de compañeros no hablan en inglés, pues le orientamos. Ese es el día a día en la traducción.

I: Vale, y ¿cómo te preparas y si te preparas para cuando sabes que va a venir, como al principio has dicho que miras si van a venir pacientes que hablan inglés, te preparas para la interpretación de alguna forma o simplemente//?

IP2: //Pues yo al principio, cuando comencé en este puesto de trabajo, había muchas pruebas, muchos nombres de pruebas que yo no recordaba. Entonces tuve que hacerme un dossier, un documento en el que reuní todas las frases, nombres de pruebas más típicas, nombres de especialistas, frases típicas que se usaban en consulta por especialidad de ginecología, traumatología y me lo estudié. Entonces ahora cuando voy a una consulta, pues recuerdo un rato antes lo que yo podría utilizar y (unv.).

I: Se me ha cortado.

IP2: ¿Me escuchas?

I: Ahora sí, se ha cortado un poquitín solo. No sé si es por mí. Ahora va bien.

IP2: Sí, sí. Bueno, al final pues acudo a la consulta y si hay algún término que no recuerdo, utilizo los medios tecnológicos para poder, porque hay algunas pruebas, algunos nombres de pruebas que nunca había oído ni en español. Entonces pues eso es lo que bueno, un poco de apoyo con las tecnologías, pero casi todo en un dossier que tengo y repasarlo.

I: Bien, vale. Esto si se te ocurre algo así, algún ejemplo de algún desafío, algún reto al que te enfrentas tú en el trabajo, algo difícil o algo//.

IP2: //Mira, lo más difícil es alguna asistencia, alguna traducción de algunas especialidades que son un poco complejas a la hora de la situación. Por ejemplo, hay las consultas de cirugía de mama, estás dando malas noticias la mayoría de veces, y el médico lo dice mirando a la paciente, pero la paciente no le entiende. Entonces me mira a mí, soy yo la que lo transmite y a mí eso nadie me ha preparado a decir algo así, porque al final solamente te entienden a ti en esa sala. Las preguntas, hay algunas preguntas un poco (...) impactantes en cirugía de mama, ginecología, en cardiología también. Entonces eso, si tú me preguntas por desafío, yo te digo que esas respuestas a preguntas que te hacen, esas traducciones son las cosas más así desafiantes de afrontar.

I: Claro. Vale. ¿Qué aspectos del trabajo consideras positivos o gratificantes?

IP2: Pues ayudar a las personas en el aspecto emocional, porque por ejemplo, una persona va con una preocupación de que no consigue una cita porque tiene un problema de salud y no consigue la cita para cardiología, por ejemplo, o siente mucho dolor y necesita una cita para el traumatólogo y no se la han podido gestionar. Y yo pongo todo mi empeño en conseguirla o en a pesar de no conseguirla, porque si no hay recursos para hacerlo tempranamente, pues se pone en lista de espera, pero que se vaya con un buen sabor de boca y una esperanza. Entonces eso es muy enriquecedor. La ayuda directa.

I: Sí, vale y en general, la parte de interpretar, de traducir, ¿te gusta y por qué sí o por qué no?

IP2: Sí, me gusta.

I: Sí.

IP2: Pero yo al final no estoy formada al 100 % para ello. Entonces yo creo que me gustaría más si yo me hubiese formado para eso. Yo creo que una persona que traduce y que se dedica plenamente a un traductor e intérprete, si le gusta y también está bien formado, yo creo que es una profesión y un oficio que puede ser muy enriquecedor. A mí me gusta, pero no es lo que más. Obviamente no me dedico a ello al 100 %.

I: Sí. Vale. Vale. ¿Cómo crees que te percibe el resto del personal? Tanto administrativo como personal médico, el resto de compañeros, de trabajadores. ¿Cómo te ven?

IP2: La gente siempre me dice que soy muy simpática, que soy muy amigable y que tengo mucha iniciativa a la hora de ayudar y bueno, siempre me dicen, esas son las notas que más me caracterizan según lo que yo oigo. Amigable, sociable (...) y alegre.

I: Muy bien, vale. ¿Ha habido alguna situación que se te ocurra, te acuerdes, en la que te has sentido especialmente valorada, en la que tu trabajo lo has sentido especialmente valorado, que te han dado un buen feedback?

IP2: Pues muchas veces los pacientes ingleses, fíjate, me dan muy buen feedback, siempre dan las gracias, muchas veces incluso traen bombones y nos dan mucho las gracias, las personas extranjeras. Y bueno, al final/. Por ejemplo, hay un cardiólogo en el hospital que siempre que le ayudo a traducir siempre el hombre es muy agradecido, me da las gracias seis veces en consulta cuando me voy a ir y cuando él sale del hospital se marcha y pasa por delante mía, se va mirándome y dándome las gracias. Yo digo ‘madre mía’ (lacht). Pero sí, sí, sí. La verdad que los médicos siempre son muy agradecidos cuando les ayudamos, sobre todo los médicos mayores, que son los que nos necesitan. Y bueno, pues la verdad es que mis compañeros también muy bien. Siempre que ayudo todo el mundo es muy agradecido y los pacientes también, la mayoría. Luego hay algunos que no, pero bueno.

I: La siguiente es si alguna vez has recibido comentarios negativos.

IP2: Sí, al final, bueno, lo que pasa es que yo intento no relacionar los comentarios negativos, no me los intento tomar personal.

I: Ya, claro.

IP2: Porque al final es un hospital. La gente va con problemas de salud y cada uno muestra cómo se siente en ese momento. Si una persona te pide una cosa y tú no se la puedes dar y se siente ofendida y dice un comentario negativo, yo pienso que eso es un problema que tiene él, no es mío, no tiene que ver con mi trabajo, porque yo sé que mis cosas las intento hacer bien y ya está. Así que bueno, hay ocasiones que los pacientes tienen malos comentarios, pero una ínfima parte del trabajo. O sea que no hay problema.

I: Vale. ¿Has tenido contacto con intérpretes externos también? Porque yo sé que, yo estaba ahí. Yo también he visto que venían de vez en cuando. Sí. Y ¿cómo es? O sea ¿cómo es la experiencia cuando vienen intérpretes externos?

IP2: Pues los intérpretes externos entran con los pacientes y yo lo que percibo es que más que interpretar le gestionas, es como un apoyo que tienes, aparte de interpretarles, pero le llevan la

documentación, hablan con las compañías y con nosotros, nos mandan muchas veces correos y es como un poco, yo lo siento como unos cuidadores (lacht). Lo que yo percibo. Pero bueno, eso es lo que yo/, no sé cómo será.

I: Vale, y esta también relacionada con los intérpretes externos. Tus responsabilidades y tus funciones, las de interpretación, las demás, en este caso, no, ¿crees que son diferentes a las de un intérprete externo? (..) ¿O es parecido? ¿o es igual?

IP2: A ver, yo creo que son parecidas. No son iguales porque al final un intérprete externo, o sea, yo estoy muy acotada a una consulta médica, yo no le puedo gestionar, por ejemplo, una autorización para una compañía. Eso tienen que ser ellos. Si (...) muchas veces se ha dado el caso de que ellos llaman a Asi/, no sé si puedo decir nombres.

I: Sí.

IP2: Asisa o Axa. Ellos llaman y me dicen ‘oye, perdona, ¿puedes hablar tú, que el contestador o la locutora es en español?’ y yo les digo ‘es que yo tengo que seguir con mi trabajo, no te puedo ayudar tanto, no me puedo tirar una hora para conseguirte la autorización’. Pero un traductor externo al hospital, si tiene un contrato con esos pacientes, pues una ayuda de tres o cuatro horas, sí que les puede ayudar a eso, sí que les puede ayudar a ir a una consulta en otro sitio, en oftalmología, por ejemplo, que está y tramitar esa operación. Entonces yo al final es como muy acotado. Mi traducción es 15 minutos, 20 minutos, yo veo que las otras personas les acompañan les/ su traducción es en la recepción, en consulta, a posteriori y a priori, es una traducción más completa.

I: Vale, bien, pasamos a la siguiente fase. Bueno, ya llevamos más de la mitad de las preguntas. Bien, vale. ¿Ha habido alguna situación en la que se te ha asignado alguna responsabilidad que va más allá de lo que tú piensas que le corresponde a tu puesto? Que se te haya asignado alguna tarea o alguna responsabilidad que en realidad tú piensas que no pertenece a tu puesto.

IP2: Yo creo que no, yo creo que no, hay veces que, a lo mejor, es que hay tantos supuestos... Ya te digo que ahora mismo llevo tantas ramas del departamento que puede ser que no se me haya asignado, pero que yo haya mezclado. Es decir, lo que te digo antes de dividir los tiempos. Por ejemplo, si yo tengo que asistir a una traducción, pero estoy a mitad de una factura, ahí sí que veo un poco de sobrecarga de trabajo y viene alguien a que yo le haga una póliza. Imagínate yo estoy haciendo una factura, viene, entra alguien a que yo le haga una póliza, pero a la vez me está requiriendo el doctor, pues ahí tengo sobrecarga, pero no está fuera de lo que al final esperan de mí laboralmente. Así que.

I: Claro. Vale. (...) ¿Alguna vez has asumido alguna tarea para la que tú pensabas que no estabas preparada?

IP2: Pues, por ejemplo, la que te he comentado antes. Hay algunas consultas que son un poco delicadas, que yo pienso que eso debería hacer un traductor que tenga las capacidades y la experiencia también. No solamente la formación, sino también la experiencia para afrontarlo, porque hay traducciones que no es simplemente decir ‘mira, tienes que echarte esta crema’, sino ‘esto es, este tratamiento, es este procedimiento, psicológicamente esto, puedes sobrevivir, no puedes sobrevivir’... todo eso. Entonces, claro, al final yo creo que para eso (...) se debería (...) debería afrontarlo una persona que sepa bien. No digo que yo no sepa, pero al final yo me falta formación y experiencia para eso.

I: Vale, vale. ¿Alguna vez ha habido algún malentendido? ¿Has experimentado algún malentendido con relación a tu papel, tu papel como intérprete, por ejemplo, por alguna de las partes, ya sea el interpretado, el paciente, o el doctor, que se haya malentendido tu papel ahí?

IP2: No, yo creo que no.

I: ¿Siempre está claro?

IP2: Cuando me transmite algo el doctor, yo lo transmito y muchas veces lo repito para que quede claro y si no me entienden, yo pregunto ‘¿me has entendido o no me has entendido?’ Y ellos me dicen ‘ah, pues esto’ con alguna pregunta e intento preguntarlo de nuevo al doctor y recalcarlo para que no haya duda. Luego lo repaso cuando el doctor imprime el informe de esa consulta, repaso el tratamiento, repaso el diagnóstico, es decir, lo vuelvo a leer. Para que no haya duda. Yo creo que malentendidos no hay.

I: Ok, vale. Las expectativas sobre tu puesto, sobre tu trabajo, ¿siempre están claras, siempre han estado bien definidas? ¿Lo sientes así? ¿O hay algunas veces algunas cosas que no están claras?

IP2: ¿En cuanto a la función?

I: Lo que se espera de ti en tu puesto.

IP2: A ver, lo que se espera de mí (...) es que ha habido un cambio este año. Ya te digo, por el cambio de que mi jefa ya no está en el departamento y ahora mismo estamos llevando varias cosas a la vez. Entonces pues eso al principio no era así. Yo me dedicaba a unas tareas y ahora me dedico a esas, más (...) otras. Entonces, claro, ahí ha habido un punto de inflexión que ha sido complicado porque no estaban bien definidas las funciones. Ahora ya lo están (...), pero

va a volver a cambiar el departamento. Justo la semana que viene, entonces pues (...) es otro punto de inflexión.

I: Claro.

IP2: Es complicado, pero sí, bueno, sí, más o menos. Si no a rasgos generales, día a día si las vamos definiendo e intentamos hacer lo que nos toque.

I: La que te quería preguntar ahora también relacionado a esto. Sí, cuando ha habido estos cambios, por ejemplo, que no está claro ¿cómo lo afrontabas o cómo has gestionado, a lo mejor la situación?

IP2: Pues la situación yo la verdad que me ha costado bastante, porque si esto si es solamente trabajo interno, no pasa nada porque se queda para el día siguiente o te puedes ir haciendo un poco tu itinerario y tu organización. Pero cuando estás llevando a cabo trabajo interno y a la vez cara al público, no sabes si lo que te vas a dejar para mañana que no has hecho hoy vas a llegar, porque depende del volumen de pacientes que tengas ese día, depende del volumen de traducciones y depende de (..) cosas externas que haya (..) Pues a lo mejor no da tiempo a hacer lo que te has dejado para el día siguiente. Entonces al día siguiente, pues se te junta más. Es complicado. Pero bueno, ahora ya vamos viento en popa (lacht). Va mejorando.

I: (lacht) Muy bien. Vale, antes de pasar ya a las preguntas finales, ¿ha habido algún momento en el que tú hayas visto necesario marcar límites? Yo que sé, un ejemplo, pues alguien te ha pedido hacer algo que en realidad no/ y has tenido que marcar tú ahí tu límite. Pues ¿algún ejemplo me puedes nombrar?

IP2: Sí. Sí. Pues mira, por ejemplo, a la hora de rellenar un historial clínico, una solicitud de histórico clínico, viene una persona mayor de edad a requerir la documentación de un menor de edad. Por ejemplo, una madre divorciada de su hijo. Y para eso, por ley, se requiere el libro de familia o el certificado de nacimiento, el documento de la persona que lo requiere y el documento de identidad de la persona de la que requiere la documentación. Y decir ‘pero ¿cómo que el libro de familia si es mi hijo?’ Y entonces te insisten en hacer el trámite de la forma que no procede. Y ahí tienes que marcar el límite y explicarle y volver a explicarle. Y en verdad yo no tendría por qué explicarle, simplemente le digo ‘si usted me aporta esto, bien, si no, no’, pero bueno, ellos siguen existiendo y tengo que marcar un límite. Ese es uno de ellos, uno de los numerosos límites (lacht). Bueno, hay de todo.

I: Hay de todo. Ya me imagino.

IP2: Y en consulta, bueno, en consulta también, cuando a lo mejor el médico ya le ha dicho al paciente 30 veces que se tiene que hacer la radiografía. ‘Y ¿por qué? ¿por qué? Y ¿por qué? Y ¿operarme de esta forma? Y ¿por qué (unv.)?’ Y bueno, muchas cosas así.

I: Y ¿qué haces entonces en esa situación? ¿Le sigues preguntando tú al médico por qué?

IP2: Claro, yo, por ejemplo, intento ser muy amable, pero hay muchas veces que ya me ha costado. Quiero decir, es que ya no sé gestionarlo, ya no me dan herramientas de amabilidad. Yo tengo que decirte ‘mira, se terminó’.

I: Ya está. (unv.)

IP2: Sí sí o mucha gente que requiere citas, las que hay lista de espera, pero hay lista de espera porque no hay médico disponible. Si el traumatólogo no ha pasado todavía su agenda de mayo, en abril no te puedo dar cita para mayo, porque depende del médico. Quiere cita con el traumatólogo, con ese y no con otro. O se espera o se espera. ‘Llama al médico. ¿Tienes el teléfono del médico?’ Así, o sea, cosas que no proceden. Pues eso. Pero bueno, hay de todo en la viña del Señor.

I: Sí, de cara al público. Es lo que hay.

IP2: Claro, es lo que hay.

I: Hay de todo. Vale, bueno, ya para concluir, las últimas, ya en general, ¿cuáles crees que son las habilidades o las cualidades

más importantes que se necesitan para realizar el trabajo que tú realizas?

IP2: Pues yo creo que: amabilidad, organización, (...) paciencia. Amabilidad, organización, paciencia (...) saber estar muy importante porque al final estás dando una imagen. Con esto me refiero a que eres la primera persona que trata al paciente cuando entra por la puerta del hospital. No sabes si ese paciente entra y tiene un tratamiento de quimioterapia o viene a una simple consulta de medicina general. Entonces al final es una caja de sorpresas. Tienes que tener pues esa, esa saber estar, esa tranquilidad, guardar la compostura. Es decir, si tú ese día pues estás un poco enfadada o pues no la puedes pagar con la gente, aunque te cueste. Y bueno, pues disponibilidad para ayudar.

I: Muy bien. ¿Qué se debería evitar en este puesto de trabajo?

IP2: Vale (H) ¿Me puedes concretar un poco más?

I: Pues igual que me has dicho qué es lo más importante, ¿qué no deberías hacer o qué a lo mejor no se debería mostrar?

IP2: Vale, pues por ejemplo, cuidar la postura, muchas posturas que yo veo que las personas toman a lo mejor malas posturas en el trabajo que pueden dar mala imagen (...) Cuando alguien te pide ayuda, no mostrarte receptivo o (...) mostrarte como una persona, es que ahora no me acuerdo de la palabra, del término. Lo contrario a ser sociable. Y como (...)

I: No me sale tampoco.

IP2: Como muy.

I: Reservado o.

IP2: Reservado, muy ensimismado, porque al final, pues la persona viene a pedirte ayuda y tú estás como muy ensimismado y muy que no le miras a los ojos y que te centras como a mirar la pantalla y le ignoras. Muchas veces eso no ayuda a la gente, que están con atención al paciente, entonces tú al final tienes que atenderles. Pues eso, yo creo que habría que evitar el estar ensimismado y la mala postura, el mal habla, no hablar de usted. También es importante al hablar con las personas mayores, mostrar respeto al paciente y también, como beneficio propio, yo me he dado cuenta de que cometí el error de no poner límites a las personas. Está bien mostrar respeto, el mostrar amabilidad, disponibilidad para ayudar, pero también no debemos olvidar que el trabajador es una persona también que está cara al público. Cuando una persona te habla mal, te grita, te menosprecia, porque a lo mejor no le has ofrecido la ayuda que él esperaba. Cualquier mal, mala acción que alguien acometa sobre ti, poner un límite, levantarte y que le atienda otra persona, que no pasa nada. Eso me parece también muy importante. No dejar de poner límites.

I: Vale. Muy bien (...) Ya he tomado mis notas. Vale. ¿Hay algo que mejorarías de la situación actual allí, en tu puesto?

IP2: En el hospital, en mi puesto. Mejora en la definición de las funciones del puesto. (...) Incremento del personal. (...) Reducción en un par de horas de la jornada laboral.

I: ¿Cómo? Esto último se me ha medio cortado.

IP2: Sí. La tercera. La reducción en pequeña escala de la jornada laboral para la conciliación familiar. (...) Porque hacemos un día que son 13 horas, que se llama “refuerzo” para cumplir las 40 semanales y al día siguiente yo me siento muy cansada.

I: Normal.

IP2: Al día siguiente me siento muy cansada. Cuando llego de nuevo, siento que no he desconectado lo suficiente y bueno, al final mejora de un poco de mobiliario también. Una silla que, no sé si se denomina ergonómica, una silla ergonómica, una (...) que nos proporcionen gafas de luz azul. (...) Para la gente que es administrativa, que es 13 horas delante de una pantalla más teléfono cuando llegas a tu casa me parece muy mal. Yo por ejemplo tengo la vista muy perjudicada, llevo gafas, lentillas y bueno, al final todo ergonómico y bueno, el ambiente laboral es bueno, así que eso.

I: Vale. Genial. Última pregunta. ¿Algo que quieras añadir?

IP2: Nada, nada (lacht).

I: Vale, pues esta era la última, por si tenías que añadir algo que a lo mejor no hayamos tratado y tú querías que constara.

IP2: Nada. Nada. Todo muy bien. Yo creo que todo muy bien.

I: Vale, pues aquí.

I: Muchas gracias otra vez.

IP2: A ti.

Interview 3

(Dauer ca. 61 min)

I: [00:00] [02:00] (Einverständniserklärung wird erläutert)

I: Vale, sí, si te parece entonces comenzamos con las primeras preguntas. Vale. Bueno, primero de todo, ¿qué idiomas son los que hablas? ¿Cómo los aprendiste? Y ¿cuál es tu idioma más fuerte? O en este caso, tu lengua materna.

IP3: Hablo varios. Hablo alemán, español, inglés y francés. Y sí que es verdad que un quinto lo entiendo, pero no lo hablo, que es el italiano. (...) Y el alemán y el español. El alemán como lengua materna. El español porque como yo, realmente como tal, en Alemania solo voy de vacaciones, pero sí que vivo aquí en España, pues desde pequeña he ido al cole aquí, por lo tanto (...) el inglés mediante el colegio y porque donde yo vivo tengo también un montón de vecinos ingleses y el francés mediante el colegio también. También porque tengo un montón de vecinos franceses, pero también me fui de intercambio a Francia. Entonces eso es lo que me ayudó realmente a la hora de la fluidez. Ya hablaba francés antes de irme de intercambio, pero sí que es verdad que al final, (H) tener esa experiencia de poder estar en el país del que estás aprendiendo el idioma ayuda mucho.

I: Sí, y tanto. Vale, muy bien. Bueno, pero el español es que es casi nativo. Vamos, lo que yo oigo, por lo menos.

IP3: Todo el mundo me lo dice. Me escuchan hablar español y me dicen ‘¿que no eres española?’ y yo ‘no’, y digo ‘si quieres te enseño mi pasaporte’, mi documento, mi DNI, básicamente.

I: Pero sí, muy bien, vale. La siguiente pregunta es un poco tu opinión. O sea, no tiene por qué ser una definición, es para saber yo más o menos lo que tú piensas. ¿Cómo describirías desde tu punto de vista, la profesión de intérprete?

IP3: A ver, desde mi punto de vista, realmente, (H), a mí me cuesta mucho. Hay algunas palabras en español que a mí, (H) aunque lleve tiempo aquí, me cuesta saber cuál es la diferencia. Entonces, realmente yo a mí lo de la (H), la definición de intérprete, lo veo como la persona que por así decirlo, ayuda al extranjero cuando no entiende el idioma en una cierta situación.

I: Vale. Sí, no hay respuesta incorrecta, así que no te preocupes. Vale.

IP3: Pero, una cosa, es que YO iba a estudiar interpretación.

I: Sí. ¿Y al final no?

IP3: Y en alemán, de hecho. Y no lo hice.

I: Bueno, entonces por eso me sirves para esta entrevista. Si no, no me servirías. Pero bueno, todavía estás a tiempo quizás de hacer otra carrera.

IP3: No, ya sé. Haré. Pero todavía no.

I: Vale. Muy bien. Vale. Y ¿cuánto tiempo llevas en el centro médico? ¿En el Hospital Virgen de la Caridad?

IP3: Pues llevo un mes. No tanto, realmente, porque estoy de prácticas ahora mismo.

I: Sí. Vale. Y ¿hasta ahora, en este mes, en qué idiomas has podido interpretar?

IP3: Sobre todo en inglés. Y en alemán fue una vez solo, pero sobre todo, generalmente, inglés.

I: Inglés sobre todo. Vale. Y ¿qué te motivó para hacer las prácticas en este sitio?

IP3: Por ejemplo. Mi cosa es que yo no elijo el centro donde hago las prácticas. A mí mi centro, donde yo estudio, que es el Claudio Galeno, que estoy a distancia, es el que nos adjudica el centro de prácticas. Sí que es verdad que yo en las anotaciones puse (H), ‘por favor, intentad que sea este centro’ por el hecho de que el Virgen de la Caridad también es mi hospital como paciente. Entonces ya lo conocía. Conocía a muchísima parte del personal. Entonces pues dije si hay una pequeña oportunidad, de a lo mejor poder hacer las prácticas ahí, pues lo intento. Y ahí estoy.

I: Ah, perfecto. Vale, pasamos a la siguiente. Un poco sobre tu formación y estudios. ¿Qué formación o qué carrera universitaria en este caso? ¿Qué estás haciendo? ¿Qué estudios tienes?

IP3: Carrera universitaria ahora mismo no estoy haciendo.

I: Un grado.

IP3: O sea, terminé bachillerato, empecé la carrera de traducción en Granada, en alemán. No es que no me gustase, sino que no me gustó la forma en la que se me trató en la facultad por el hecho de ser nativa alemana. Entonces también fue un punto en el que (...) sentimentalmente habían pasado muchísimas cosas durante el verano. Y tampoco es que al final me agobié y tardé como mes y medio en decidirme qué quería estudiar y al final elegí el Grado Superior de Documentación y Administración Sanitaria.

I: Vale. Bueno, lo de cómo llegaste al centro médico ya lo sé, porque era la siguiente pregunta, pero ya me la has respondido antes, porque son las prácticas y te asignaron el centro. ¿Tenías

experiencia previa como intérprete, aunque fuera de forma informal, que alguna vez, en alguna situación de tu vida, has hecho de intérprete? Antes de entrar en el centro médico.

IP3: Sí. Ya he hecho varias veces de intérprete en alemán. No para el Santa Lucía, sino porque yo, antes de hacer las prácticas en el hospital, trabajaba en una inmobiliaria y ahí también se hacían servicios de interpretación y para nuestros propios clientes que necesitaban ir al hospital, pues (...) pedían un intérprete y pues iba con ellos y los acompañaba al hospital. Aparte de que yo sí que es verdad que nunca he necesitado cuando he ido al médico o al hospital la asistencia del intérprete. Pero sí que es verdad que yo misma lo he vivido haciendo de intérprete para mis padres, que tampoco tienen/ hablan español, pero a lo mejor cosas, (H), por así decirlo, palabras más complicadas pues ya no lo entienden o palabras específicas tampoco lo entienden. Entonces era/ había veces que o yo misma hacía de intérprete o que ya directamente pues se usaba el intérprete del propio hospital(?).

I: Ah, vale. O sea que antes de estar en el centro médico y ya habiendo dejado la carrera, o sea, la empezaste y luego volviste, sí que has acompañado a pacientes como intérprete al hospital. Vale, ok, bien. Una vez en este contexto del Virgen de la Caridad, ¿has recibido en este tiempo, ya sé que es poco, alguna formación adicional, algún curso específico que te haya preparado a lo mejor para la situación de interpretar en el centro médico o nada en especial?

IP3: No.

I: Nada. Vale, que tú ya tenías esa experiencia, pero bueno//.

IP3: //Por el hecho de que a mí, realmente, a mí desde el principio se me preguntó ‘oye, y ¿qué idiomas hablas?’ Y en el momento en el que escucharon cuatro idiomas hicieron los ojos así (öffnet die Augen weit). ¡Wow!

I: Sí, sí, eso es lo que cuenta.

IP3: Yo he pasado por centralita también, así que/.

I: Yo también. Yo también estuve en recepción, así que. Sí, un poco de todo. Vale. (...) Siguiente pregunta. En el puesto ahora en el que estás/. Porque me comentó (P) que ahora estás en su departamento, con (P) y (P).

IP3: Sí. O sea, yo realmente empecé. Primero me pusieron en atención al paciente. O sea, en su departamento. Después he estado dos semanas en centralita y ahora me han vuelto a pasar a atención al paciente. O sea, justo desde ayer volví a atención al paciente.

I: Vale. Bueno, algunas preguntas. Claro. Como llevas poco tiempo, tú me la respondes con la información que tienes. Porque la siguiente, si me puedes describir. Bueno, sí que ha estado algunos días y supongo que a lo mejor las chicas te han explicado un poco cómo funciona. ¿Cómo describirías tú las funciones principales de atención al paciente? ¿Cuáles son para ti las tareas principales que tiene esta posición?

IP3: Realmente, (H), las funciones principales (H) creo que de las más principales es (H) ayudar a los pacientes cuando entran por la puerta y no saben a dónde tienen que ir, porque a lo largo del día es lo que más preguntan. O sea, siempre nos preguntan dónde está radiología, dónde está esta consulta, dónde está extracciones. Entonces sí que es verdad que una de las más importantes es guiar al paciente. Y obviamente, para eso tú también tienes que saber bien dónde están todas esas áreas. Pero sí que es verdad que no es solo eso. O sea, detrás de todo lo que ven los pacientes cuando entran, pues también está, (H) todas las solicitudes de documentación clínica. Si tú misma has estado en la atención al paciente, lo sabrás, supongo. Y después gestionar también los socios. Bueno, ya las quejas y reclamaciones y eso.

I: Vale. Esta es muy parecida. Es para que me describas un poco cómo es la jornada laboral. O sea, un día en atención al paciente, desde que entras hasta que sales más o menos ¿qué se hace?

IP3: Es que depende, porque como no soy la única que está en prácticas y somos otras dos compañeras más, lo cual significa que somos cinco en atención al paciente y solo hay (...) tres sitios. Entonces a mí me han pasado con (P), que es la encargada de atención al cliente, encargada de atención al paciente, para ayudarla a ella con toda la gestión de solicitudes de documentación clínica, hojas de reclamaciones y todo eso. Ya pues cuando mi otra compañera, no me refiero ni a (P) ni (P), que son las que sé que están trabajando fijas, sino que cuando mis otras compañeras de prácticas o bien no están o bien no pueden venir, si (P) no me necesita, sí que es verdad que me dicen ‘bájate y ayuda’ y tal.

I: O sea, que estás casi todo el tiempo con (P) con documentación.

IP3: Sí que es verdad que al principio estaba abajo. (H) Pero ya después vieron que era como más efectiva, porque a mí se me da muy bien, tengo una rapidez, pero me lo dice muchísima gente, (H) para trabajar por ordenador y mediante ordenador. (H) Entonces claro, abajo estando (H) (P), que es una de las trabajadoras fijas, más yo y otra chica más, que es la que más tiempo lleva, en el otro ordenador y habiendo solo dos ordenadores, pues no, no podía hacer nada prácticamente todo el día. Entonces ya (P) dijo ‘vale, te paso arriba y así me puedes ayudar desde arriba’. Y tampoco hay tanta gente aglomerada abajo.

I: Vale. Vale. Siguiente pregunta. Esto también, teniendo en cuenta siempre que es poco tiempo. ¿Qué porcentaje dirías de todas estas tareas que has hecho hasta ahora en atención al paciente, qué porcentaje ha sido la interpretación?

IP3: (H) A ver, ¿interpretación como tal de acompañar al paciente a la consulta o en qué sentido?

I: Sí, interpretación de acompañar y hacer entre el médico y el paciente. Sí.

IP3: Es que como mi compañera y yo. Bueno, y falta una más, pero no sé si ella como tal hace traducciones. (H) como mi compañera, que lleva más tiempo porque lleva un mes más de prácticas que yo. Pues nos solemos alternar siempre las interpretaciones para que no suba siempre la misma. Cuando estaba abajo. Desde que no estoy abajo, pues sí que es verdad que cuando estaba abajo, pues a lo mejor era un 20-30 %. Por el hecho de que también era subir a hacer las interpretaciones y ya después bajar y también/ o traducir el mismo informe médico de esa interpretación que has subido a hacer, o ya algunos médicos que pedían específicamente traducir los informes para las navieras y todo eso.

I: (H) ¿O sea que también has hecho traducciones escritas de documentos?

IP3: Sí.

I: Vale.

IP3: Pero muy poquitas. De eso sí que es verdad que muy poquitas.

I: Vale, bueno, esta más o menos ya me la has respondido, pero te la vuelvo a preguntar y así lo tengo del todo claro. ¿Cuántos compañeros o compañeras, si estás sola en el departamento, cuánta gente hay? Así que me expliques un poco, aunque ya sé más o menos, pero si me explicas.

IP3: Es verdad que por ejemplo abajo como han cambiado un poco lo que viene a ser (H) la parte de la entrada central donde estaba atención al paciente antes, que solo había una mesa y había a lo mejor una o dos personas, pues ahora están (P) y (P), que son las, por así decirlo, las dos trabajadoras fijas y de prácticas somos tres, o sea, no tres y yo, sino dos.

I: Tres en total. Vale. Esta es más, al estar de prácticas no sé si se aplicaría porque no sé si os han dado un nombre. Te explico. La siguiente pregunta es ¿cuál es el título oficial del puesto? En este caso no sé si, al ser de prácticas no tienes un nombre o tienes un contrato de prácticas imagino. ¿Se especifica en algún momento cómo se llama tu puesto? O sea a qué te dedicas tú en ese caso de las prácticas

IP3: No.

I: Es simplemente contrato de prácticas. Vale. Y bueno, entonces hablamos del//

IP3: //Estoy dada de alta en la seguridad social, pero sí que es verdad que no hay especificación.

I: No pone nada.

IP3: Claro.

I: Vale, claro. Entonces, hablando del departamento en general, que el puesto es atención al paciente. Si tú trabajaras, si te contratan de atención al paciente. Si le pudieras cambiar el nombre, si piensas que es oportuno cambiárselo. Ahora que has visto las tareas que se hacen un poco, puedes decirme. ‘No, yo creo que es acertado el nombre’. Y perfecto. Si piensas que pudiera tener otro nombre, ¿cómo crees que debería llamarse para ser a lo mejor más acertado con las funciones? Y ¿por qué? Y si no debería cambiarse también ¿por qué?

IP3: (unv.) realmente (H) hay como un poco una confusión. Porque ahora mismo en el hospital mismo hay dos nombres: está atención al cliente y atención al paciente, que son realmente lo mismo, pero son dos cosas totalmente diferentes. Entonces yo veo mal la parte de atención al o sea, no lo veo mal del todo, pero tampoco lo veo bien del todo el nombre de atención al cliente en una de esas partes, por el hecho de que los pacientes que entran sí que es verdad, pues que los que se hacen socios del propio hospital pues ya pasan a ser clientes. Y eso si yo lo entiendo, pero realmente yo creo que se debería de quedar con atención al paciente por el hecho de que al final se hagan socios o no de ese seguro como tal que hay en el hospital, siguen siendo pacientes.

I: Claro.

IP3: Entonces tú al final prestas asistencia, no prestas asistencia solo a los clientes del hospital, sino que prestas asistencia a todos los pacientes que entran por la puerta.

I: Claro. Vale. Bien. Si alguna te parece que ya la has contestado, pues me dices. Ahora ya vamos a hablar un poco más de lo que es la posición en este departamento. ¿Cómo lo describirías? ¿Cómo describirías la posición o el papel que juega una persona de atención al paciente en el Virgen de la Caridad?

IP3: Déjame que lo piense porque (H). Muy parecida a la que me has hecho antes, al principio. Y. (...) Es que el rol. Pues (H) es que te voy a decir prácticamente la misma. Te voy a decir la misma respuesta que al principio, porque yo lo veo/ para mí interpretación como tal (H) lo veo

pues asistencia a los pacientes con cualquier duda que tengan y después pues toda la gestión de datos, solicitudes, informes.

I: Vale. Sí. Está bien. Vale. Siguiente. ¿Te sientes parte del equipo médico? Trabajando en el departamento que estás trabajando, ¿tú crees que eres parte del equipo médico? ¿Por qué sí? o ¿por qué no?

IP3: A ver. En parte sí. Porque sí que es verdad que cuando subimos a hacer las interpretaciones los propios médicos nos tratan en parte como médicos intérpretes cuando no lo somos. Pero sí que es verdad que (H) realmente como tal no, porque no somos gente que nos especializamos (H) o sea, en ese ámbito. Sí que es verdad que, por ejemplo (H) (...) No me considero parte del equipo médico como tal, pero sí parte del equipo sanitario, que es diferente. Porque al final yo no estoy estudiando. O sea, hay mucha gente haciendo prácticas en el hospital que son los que solo estudian administración y yo no estoy estudiando solo administración, yo estoy estudiando administración y documentación sanitaria, que es como si fuese la especialización en el ámbito sanitario.

I: Sí. Vale, perfecto. La siguiente ya me has empezado a hablar un poco de esto, ahora un poquito más. ¿Cómo es la colaboración con el resto del equipo? Con médicos, con enfermeros, recepción, con todo el resto del hospital. ¿Cómo es el trabajo conjunto?

IP3: Pues sí que es verdad que si, por ejemplo, si estamos cerca, por ejemplo atención al paciente que está súper cerca de la recepción del mostrador de radiología, pues a nosotros desde radiología abren la puerta y nos preguntan si alguna de nosotras puede ir para ayudarles o bien entrar al mostrador o bien desde fuera (H). Con los enfermeros súper bien, o bien llaman (H) por las extensiones para preguntar o bien por mí o bien por mi compañera o bien por la intérprete que esté disponible en ese momento, o bien bajan ellas mismas (H) para preguntarnos. Los médicos sí que es verdad (H) los médicos os suelen llamar ellos directamente también por las extensiones, pero no bajan porque obviamente tienen las consultas llenas y las salas de espera llenas. Y otras recepciones o mostradores, pues es que realmente nos llaman por las extensiones, entonces la verdad es que la colaboración bastante bien.

I: Vale. Muy bien.

IP3: Porque al final (H) son ellos los que no entienden y nos necesitan a nosotras para ayudar a entender ese idioma.

I: Perfecto. Vale, esta también me las he empezado a responder, así que bien. ¿Cómo se desarrolla la situación de interpretación en el hospital? O sea, desde que te enteras de que tienes que

interpretar, cuando vas, mientras estás interpretando cómo te posicionas en la sala y hasta que ya te despidas del paciente. Explícame un poco ese proceso.

IP3: Empieza realmente desde el mostrador en el que estamos en atención al paciente. Y pues como te he dicho, como te he empezado a explicar, o bien bajan y nos avisan directamente para que vayamos (H) o bien llaman por la extensión para que subamos a planta o a hospitalización. Y ya cuando llegamos, antes de entrar nos explican un poco. (H) En hospitalización sí que es verdad que te explican un poco más y en consulta simplemente te dicen (H) o sea, antes pasas por recepción y desde recepción de consultas externas pues ya te dicen ‘te pide el doctor tal consulta’ por ejemplo, como es el caso del doctor (P), (H) ya, pues sí que es verdad que hay médicos que en cuanto a la interpretación, todos los médicos están agradecidos por hacer la interpretación, unos más, unos menos, pero sí que es verdad que realmente ese comportamiento de los médicos a la hora de tú hacer la interpretación, (H) obviamente con predisposición en todo momento, porque al final, (H) son, o sea, al final, en ese momento, cuando yo cuando entro a hacer interpretaciones, yo me siento realmente en parte como si yo en ese momento soy el médico, porque soy yo la que le pregunta al paciente los datos que el médico no sabe preguntarle.

I: Claro.

IP3: Y ya pues, cuando termina, hay algunas veces (H) que sí que es verdad que yo les acompaño si necesitan, por ejemplo, una prueba más o una cita para otro día y no, y sé que en ese momento en recepción no hay nadie que les pueda ayudar, que me quedo un poco, pero tampoco me puedo quedar mucho porque desde abajo, desde arriba, desde (H) la encargada nos dice ‘quedaos como intérprete, pero tampoco es el paciente que os ha pedido a vosotros, que hay más cosas que hacer’, que les acompañe un rato hasta que vea que esté todo solucionado. (H) Porque que si yo hago una interpretación dentro de consulta y me voy y después van a otro mostrador y esas personas que están en recepción no saben tampoco el idioma, pues nos vuelven a llamar, entonces sería más tiempo perdido. Entonces por eso me suelo quedar unos cinco minutos más y ya. Pues después ya me voy.

I: Vale, genial. ¿Cómo te preparas? Si te preparas para una situación de estas de interpretación que tienes que interpretar.

IP3: No, la verdad es que preparación no hay ninguna, porque realmente a nosotros nos avisan por la extensión y nos dicen (H) ‘tienes que ir a la segunda planta con el doctor (P)’.

I: Y ya está.

IP3: Y ya está. O ya directamente hay también veces que nos dicen ‘sube a la segunda planta, al mostrador que está cerca de esta consulta y pregunta por qué médico ha pedido el intérprete’. Y ya está. A mí, una vez que yo, yo subí a hacer una traducción, a una interpretación y terminé haciendo cinco con cuatro médicos diferentes.

I: Madre mía, si no, si tiempo de preparación no hay, lo sé, pero por si acaso. ¿Qué retos específicos, desafíos específicos ves que te enfrentas, te puedes enfrentar en este tipo de situaciones? O en general en el departamento, ¿qué retos has encontrado? Si has encontrado alguno o si no te ha pasado hasta ahora, pues ¿qué crees que te puede surgir que sea un reto a superar o una situación más difícil?

IP3: A ver, es que realmente a mí, a lo que yo siento como tal, un reto (H) de momento todavía no (unv.). Sí que es verdad que (H) a mí me gusta trabajar bajo mucha intensidad. Entonces, (H) trabajo más productivo. Yo trabajo más productivamente cuando hay más intensidad que cuando hay menos. Entonces sí que es verdad que al final hay días en los que hay más intensidad y días en los que menos. Pero como últimamente he cambiado tanto de subir y bajar, despacho, centralita, tampoco te puedo responder a eso como tal ahora mismo por el hecho de que es que llevo tanto tiempo fuera de esa posición que no. Si quieres te respondo a la posición de intérprete, porque eso ya es también un poco diferente. Pero al final, (H) sí que es verdad que cuando vamos a la mayoría de consultas. (...) Pues bien. Pero sí que, por ejemplo, a mí en el Virgen de la Caridad de momento no me ha tocado ir a oncología, pero sí que es verdad que afuera del Virgen de la Caridad cuando he estado haciendo de intérprete antes. A mí me tocó ir a urgencias del Santa Lucía con la cliente, que se cayó de la cama y no sentía parte/. O sea, sí sabía y podía/. O sea, ella movía inconscientemente la parte del hemisferio izquierdo del cerebro. Pero sí que es verdad que después, (H) ella no sentía. Ella a lo mejor iba andando, pero ella no sentía ni el brazo ni la mano. (...) Y ya después (H) pues se le hicieron todas las pruebas necesarias y tal. Entonces se pasó al neurólogo y claro, ya el neurólogo es el que un poco también te dice (H) ‘ya no le traduzcas tan literalmente en el tema sanitario’ porque fue la primera traducción que yo hice. (H) Como intérprete. Y el neurólogo me dijo ‘no se lo traduzcas literalmente por el hecho de que no es bueno’. Entonces, era una persona un poco más mayor y ya pues creo que yo, como he vivido bastantes situaciones, en esos casos, sí que es verdad que estoy preparada por el hecho de que he vivido situaciones familiares. (H) También no es que sea la primera vez que estoy implicada como tal en el ámbito sanitario. Entonces, yo sí que me mentalicé un poco mejor. Pero sí que es verdad que yo creo que para algunas consultas cuando te dicen sube a

oncología, sube a neurología, sube a esto, ve a esto... te tienes que mentalizar un poco más o menos, porque sabes que si por ejemplo sabes que si entras a oncología, sabes a lo que vas.

I: Claro. Y en este caso, por ejemplo, ¿tú cómo lo gestionaste? Cuando el médico te dice ‘no le digas exactamente porque es malo’ ¿tú qué haces? ¿Se lo intentas explicar?

IP3: A mí realmente en ese momento fue, (H). Antes el médico me preguntó si yo entendía más o menos el lenguaje que él estaba usando, porque él no sabía que yo, que yo estaba estudiando administración y documentación sanitaria, que al final sí que es verdad que vemos una gran parte de la administración, pero la mayoría de nuestro temario es aplicado al 100 % al ámbito sanitario. Entonces no estudiamos las cosas como tal, como un médico, como un enfermero, pero sí que es verdad que tenemos que estar muy bien familiarizados con los términos, con terminología clínica, que es una asignatura que tenemos por el hecho de que al final tú tienes que saber (H) ayudar e interpretar lo que te está diciendo cuando subas. Pero sí que, por ejemplo, el médico lo primero que me dijo fue ‘¿me entiendes en la manera en la que te estoy hablando?’ Pero no lo dijo a malas, lo dijo por si no entendía. Y yo ‘sí, sí, tú tranquilo, si te estoy entendiendo, estudio documentación sanitaria, es que he entendido todo lo que has dicho’ y me dice ‘vale’. O sea, me lo dijo como con mucha suavidad, dice pero (...) ‘no se lo digas como te lo he dicho yo por el hecho de que es una persona mayor, no sabemos al 100 % todavía si eso que tiene es bueno o malo, e intenta decírselo de una manera más suave’. Y pues yo se lo traduje de la manera más suave posible que se puede. (...) Pues traducir esas situaciones.

I: Sí, Ok, vale. Esta es la parte de las situaciones difíciles. Ahora vamos al contrario, las cosas positivas. ¿Qué aspectos del trabajo consideras positivos o gratificantes?

IP3: Por ejemplo, perfectamente el ejemplo de que (..) hay algunos, no muchos (H) del equipo médico como tal no me refiero a médicos, me refiero a personal sanitario y todo eso. Que sí que es verdad que en cuanto a interpretaciones pues reaccionan de aquella manera un poco más mal, pero sí que es verdad que lo positivo es los médicos siempre nos acogen. (H) De hecho, mientras vas traduciendo sueltan bromas tanto para que tú se lo digas al paciente como para que solo lo escuches tú. (H) Hay momentos en los que los pacientes ya se van de la consulta y el médico se queda contigo hablando, preguntándote sobre, cómo hablas tantos idiomas o eso y al final todo el personal clínico como tal, agradece tener a gente que pueda aportar esa traducción o esa interpretación.

I: Vale. Ok. Esta pregunta fácil: es un sí o un no. Y el por qué. ¿Te gusta interpretar en el hospital? ¿Te gusta cuando te llaman para ir? ¿por qué sí o por qué no?

IP3: A mí en mi caso es sí, por el hecho de que sí que es verdad que me gusta trabajar por ordenador, pero también me gusta subir a hacer las traducciones con los pacientes. O bien realmente nosotros no hacemos la traducción para el paciente, hacemos la traducción para el médico facultativo porque es él el que nos necesita en el caso, por no hablar ese idioma. Y entonces al final a mí me gusta porque no estoy (...) quieta o sentada en el mismo sitio todo el rato, sino que me muevo más. Sí que es verdad que, por ejemplo, hay a gente a la que le puede parecer un poco más cansino de estar todo el rato subiendo, bajando, subiendo, bajando, subiendo, bajando. Pero al final, como me intercambio con mis compañeras no lo veo tan mal tampoco.

I: Vale, bien, la siguiente es ¿cómo crees que te perciben, te ven otros miembros del personal, ya no solo médicos, sino administrativos, recepción... cómo os ven a vosotras, a las que estáis en la misma posición que tú, os ven como la intérprete o atención al paciente, o esta chica que hace de todo? ¿Cómo dirías que os ven los demás?

IP3: Realmente (...) Al estar de prácticas, nuestro nombre es la de prácticas. La compañera de prácticas, obviamente bajo nuestro propio nombre. Pero sí que es verdad que, por ejemplo (H) a mí me ha pasado con nuestras compañeras de quirófano, que directamente (H) en el momento en el que, ya no me acuerdo ni quién fue, si fue (P) o si fue (P), (H), que antes estaba quirófano y atención al paciente al lado prácticamente y ahora han subido a recepción de quirófano a primera planta y atención al paciente donde estaba recepción de quirófano. Y entonces a mí siempre se me quedaban ‘bua, ¿cómo sabes cuatro idiomas?’ y ‘qué guay, qué chulo’ y haciéndome preguntas sobre eso, tanto a mí como a mis compañeras que a lo mejor no saben tanto pero saben otros que por ejemplo yo no sé. La verdad es que, (H) ya no solo los médicos sino todo el resto del equipo de un hospital (H) pues siempre súper acogedores, abiertos, ya no solo como intérpretes sino (H). Sí que es verdad pues al final como intérprete sí que es verdad que todos son más acogedores porque te hacen preguntas todo el rato, porque les interesa también saber el hecho de cómo hablas tantos idiomas o cómo se te da tan bien. Pero como atención al paciente sí que es verdad, pues (H) realmente es como si fueses uno más del equipo, porque cuando te necesitan preguntar algo es ‘llama la atención al paciente, te responderá alguna de las que esté’ o ‘dáselo a tal persona de atención al paciente que es la que sabe de esto’.

I: Claro. Vale. Bien. En el tiempo que llevas, ¿ha habido alguna situación en la que has sentido tu trabajo especialmente valorado? Y en este caso, si ha habido alguna situación, pues me he explicas un poco. Y ¿cómo fue el feedback que recibiste en este caso? Si hay.

IP3: ¿Pero valorado en qué sentido? ¿Por parte de//?

I: //De quien sea, ya sea de parte de un paciente que te agradeció mucho tu ayuda en algo o parte de algún compañero, algún médico, que te sentiste de verdad ese día, pues valorado esto que acabo de hacer.

IP3: A ver (H) a mí me pasa que (H) ahora, mientras he estado ya en el periodo de prácticas, valorada como tal, como tal, no. A mí me pasó fuera del periodo de prácticas, que yo tenía consulta con el traumatólogo por una lesión y que justo en la consulta de enfrente se necesitase a alguien que hablase ese idioma. Entonces, claro, en ese momento (H) intérpretes en alemán no había. Y esta soy yo. No, no, eso no lo he dicho a malas (lacht). Entonces, claro, yo dije uy, ya la decisión de o tener que entrar más tarde a la consulta del traumatólogo o ayudar al otro médico que estaba en frente y que también necesitaba ayuda para traducir, porque si no es que no había manera. Y yo dije nada, me levanto súper rápido, porque al final si ese médico le dice al otro que he llegado tarde por este motivo lo tienen que aceptar. (...) Y sí. O sea, yo me asomé. Yo dije ‘yo hablo alemán, tengo consulta con el traumatólogo, pero si necesita ayuda’. Y el médico dijo ‘pasa, pasa, pasa, tú bienvenida, tú cuando quieras vienes, que no pasa nada’. Y nada. Y al final pues la ayudé a traducir para una pareja un poco mayor y cuando se fueron pues empezó a hacerme preguntas súper agradecido y eso y que me dijo que sin problema, que se lo iba a decir al traumatólogo. En el caso de que me hubiese llamado, que en ese tiempo en que traduje no había llamado todavía mi número. (H). Pero en el caso de que me hubiese llamado ya le iba a decir oye, no pases a más pacientes antes de que entre yo, por el hecho de que no es que haya llegado tarde, es que ha llegado tarde por haberme ayudado a mí en una consulta, cuando realmente no tenía por qué hacerlo.

I: Claro, porque en ese momento tú ni siquiera habías empezado las prácticas allí. Eras solo una paciente más. Claro.

IP3: Yo en ese momento ni siquiera sabía que me habían adjudicado todavía el centro como centro de prácticas.

I: Vale, Ok. Vale. Y ahora el contrario. Si ha habido alguna situación. Si no, tampoco pasa nada. ¿Hasta ahora has tenido alguna situación más negativa, que has recibido algún comentario no tan positivo, ya sea de quien sea, algún paciente, algún compañero en este caso, pues qué pasó? ¿Cuál fue el motivo y cómo te lo dijeron? (...)

IP3: Como tal, hacia la posición de intérprete no, la verdad es que (H) (...) De momento todavía no, sí que es verdad que realmente comentario negativo no es que haya recibido yo, sino es que

hay algunos médicos pues que son un poco mayores, que la posición de que el extranjero venga a España sin hablar el idioma español, pues.

I: No les gusta.

IP3: No me voy a meter en detalles porque todos sabemos que al final hay ciertas personas mayores que ese sentido lo tienen un poco más abierto y otras pues que no tanto. Y me tocó un médico que yo en mi cabeza me quedé. Lo está diciendo delante del paciente sin que el paciente se entere lo que está diciendo el médico. Y ya está. Pero comentario negativo como tal hacia mí no he recibido.

I: Vale, bien, bien, bien. Vale, ¿hasta ahora has tenido alguna vez contacto con intérpretes externos? Es decir, en el tiempo que llevas, ¿has visto que alguna vez hayan venido pacientes ya con su intérprete y entonces ya no os necesitan? ¿Alguna vez ha pasado?

IP3: Contacto como tal, no, pero de estar en recepción y ver que algunos pacientes ya entran con su intérprete, sí.

I: Sí, vale. Pero nada de hablar//.

IP3: //No muchos. A lo mejor te diría del 100 % un 5 % que entra con su propio intérprete.

I: Vale, perfecto. (..) Vale. La siguiente es también con relación a los intérpretes externos, tú has hecho también de intérprete externo, aunque fuera también de forma informal, porque no era tu profesión. ¿Crees que las funciones y responsabilidades en el caso de atención al paciente, ahora solo sí que me estoy refiriendo a las funciones de interpretación, cuando tú interpretas en la consulta, las funciones y las responsabilidades que tú tienes como atención al paciente interpretando son diferentes a las funciones de un intérprete externo que ya viene con el paciente contratado por el paciente?

IP3: El hecho de que al final, cuando nosotros venimos contratados por el paciente y estoy hablando de mi posición porque como he hecho los dos, puedo explicarte las dos partes. Al final, cuando nosotros venimos contratados por el paciente, nosotros sí que es verdad, pues que más o menos cumplimos una función parecida, pero no hacemos lo mismo realmente. Cuando venimos contratados por el paciente venimos a acompañar al propio paciente dentro de toda la estancia en urgencias o en cualquier consulta. Obviamente después se les traduce dentro de la propia consulta del doctor, pero sí que es verdad que como también lo he vivido como atención al paciente, (H) no solo es eso. Nosotros después. Si ese mismo médico, nos pide traducir el informe, nosotros traducimos ese informe. Pero sí que es verdad que las traducciones de informe

lo solemos hacer solo para las navieras, lo que viene a ser personal de cruceros, de barcos de mercancías, de petroleros. Para eso son las traducciones de los informes, porque al final no están presentes.

I: Vale, ok, muy bien. Pasamos a la siguiente fase. Ya no me queda tanto. No te preocupes.

IP3: Estaba descansando y como tal no me toca ponerme con el TFG hasta dentro de un ratito. No tanto tampoco, pero me queda todavía (lacht).

I: (lacht) Vale ¿Has experimentado hasta ahora alguna situación en la que se te han asignado responsabilidades o tareas que tú piensas que iban más allá de lo que se espera de ese puesto? Que te hayan dicho o te hayan hecho hacer alguna tarea o te hayan puesto alguna responsabilidad que tú consideres que no, que va más allá del puesto de atención al paciente.

IP3: Pues la verdad es que no.

I: Vale, no hay respuesta incorrecta. Vale, esta es parecida, pero no exactamente lo mismo, con otro matiz. ¿Alguna vez has asumido alguna tarea para la que tú piensas que no estabas del todo preparada?

IP3: (...) Por ejemplo, con las encuestas. Con las encuestas de satisfacción por el hecho de que (H), yo soy una persona que. (...) Yo no sueno convincente por teléfono. Entonces, aunque yo lo intenté y a mí se me diga cómo hablar, no sé si es por mi tono de voz o por cómo me expreso yo a mí hacer una encuesta telefónica. No es que me cuesta hacerlo a mí, sino que la credibilidad a la hora de transmitírselo al paciente, a mí esa persona no me llega a creer. Entonces, realmente, aunque yo diga no es que no quiera hacerlas, si yo las tengo que hacer, lo hago, pero yo aviso de que es que no solo desde que estoy en atención al paciente, sino desde muchísimo antes, yo no sueno convincente por el teléfono. Entonces yo digo oye, pero que yo no sueno convincente por el teléfono, que es que no va a funcionar. Y ya después cuando se dan cuenta de que no funciona, pero no porque no quiera, sino porque yo lo intento, pero la gente no colabora, dicen vale.

I: Vale. Bien. (...) En este tiempo, ¿te has enfrentado alguna vez a algún tipo de conflicto, algún malentendido? De cualquier tipo.

IP3: (...) A la hora de atención al paciente o de/.

I: Sí en general, tanto de tareas de atención al paciente como a lo mejor interpretando. No tiene por qué basarse solo en la interpretación.

IP3: (...) Realmente en atención al paciente YO no. Que sí que es verdad que, por ejemplo, ver a (P) o (P) (H) tener que aceptar que venga un paciente cabreado por una cosa, que nosotras no tengamos nada que ver, sí. Lo mismo que, aunque no tenga que ver con atención al paciente, en centralita, por ejemplo, (H) tener que llamar a un paciente por X motivo y que ese paciente (H), por ejemplo, una confirmación de consulta y al final acabe preguntándote 50 cosas más de ¿por qué esto no es así? ¿por qué esto no es así? ¿por qué esto no es así? Y acabas comiéndotelo tú. Y aunque se lo expliques al paciente de que tú no tienes nada que ver con esa zona en concreto o con ese departamento en concreto, al final el paciente te sigue echando la culpa a ti. Eso es lo único, por así decirlo, más que he tenido. No he tenido más.

I: Vale. (...) La siguiente es sobre las expectativas que se tienen sobre tu trabajo, sobre el puesto. Para ti desde el principio, desde que empezaste, ¿han estado bien definidas las expectativas, lo que se espera de ti, lo que se espera que hagas? Si han estado claras. Bien, vale. Y si no, pues me explicas un poco. Y cómo te enfrentas a la falta de claridad en ese caso, si no están claras.

IP3: Si yo (H), no sabría explicarte ni definirme como tal por el hecho de que hasta yo misma, cuando empecé, que el primer día de prácticas realmente te enseñan un poco el hospital y poco más, y a mí hasta el segundo día no sabían todavía dónde ponerme. Entonces, al principio sí que es verdad que no tenían claro como tal dónde ponerme. Ya no sé si por el hecho de que había demasiada gente haciendo prácticas, pero hay un montón de gente de prácticas ahora mismo o por el hecho de que hacen falta personas con idiomas en todos los departamentos, prácticamente no sabían realmente en qué departamento como tal ponerme. Así que como tal es que no te lo puedo definir tampoco.

I: Bueno, pero sí me has respondido con eso que no está claro que era la pregunta. Vale. (...) Ya sé que tu caso es especial porque es de prácticas, pero ¿te has sentido con la necesidad en algún momento de definir tus funciones dentro del equipo? O sea, de preguntar ¿hasta dónde? O tú misma decirle a algún compañero de otro departamento ‘no, yo hago hasta aquí’ o ‘esto no es mi tarea’. ¿Ha habido alguna situación, algún momento que has necesitado esto?

IP3: Como tal, de que haya pasado una situación mala, de que otro compañero diga ‘tienes que hacer esto y esto’, no. Sí que es verdad que por ejemplo hay pacientes pero que después vienen como un poco ya enfadados, sino alterados por una cierta situación mala que hayan pasado dentro del hospital y nos pregunten cosas que no tiene que ver con nuestro departamento. Y nosotros respondemos ‘no, eso tiene que ver con quirófano, primera planta’ o ‘eso pregúntelo en la segunda planta, en el mostrador central’ y todo eso. Pero situación mala como tal, no.

I: Sí, Ok, bueno, la siguiente era si has tenido que poner límites, pero esta te la he incluido ya en la anterior, que es lo mismo, se refiere a lo mismo. Y ya las preguntas finales que son en resumen, por así decir. (...) Esto me refiero al trabajo en general, tanto a la parte de interpretación, pero también de atención al paciente. ¿Cuáles crees que son las habilidades o cualidades más importantes para poder realizar este trabajo bien?

IP3: (...) En atención al paciente, diría realmente (H). Tienes que conocer un poco de terminología clínica o también mostrar interés. (H) Y también (H) saber un idioma extranjero mínimo porque es que si no. (...) Es que al final si no sabes de terminología clínica o no demuestras interés por intentar aprender de ese departamento, o no conoces ningún idioma (...)

I: Difícil.

IP3: Difícil.

I: Sí. Vale. ¿Qué debería evitarse en este trabajo? Y ¿en qué se debe prestar especial atención?

IP3: (...) Debería evitarse no te lo sé responder, pero sí que es verdad que yo creo que prestar especial atención a la hora de hablar o comunicarle algo a un paciente, porque hay muchos pacientes que lo entienden de una manera y después hay pacientes que lo entienden de la manera totalmente contraria y te la lían, pero te la lían bien liado. Entonces. (...)

I: Comunicar bien, ¿no? Vale. (...) ¿Hay algo que mejorarías en el puesto? Imagínate que en un futuro acabas trabajando en ese puesto y ya has visto un poco cómo funciona. ¿Mejorarías algo? Y en este caso, ¿qué?

IP3: (...) Realmente yo a la hora de estar de prácticas, (H) no meter a tanta gente de prácticas, porque es que no hay. O sea, no es que no intenten explicarnos cómo van las cosas y de hecho hacen eso y más porque al final ellas son las encargadas que (H) saben más cosas que nosotros y, o sea, no las encargadas, sino las que son fijas saben más cosas que nosotras. Nos intentan explicar para nosotras aprender, pero ellas tienen que seguir trabajando con las cosas que hacen. Entonces, teniendo una persona de práctica, vale, dos ya lo veo un poco (H) demasiado, porque al final (H) es muy raras veces que las dos trabajadoras fijas coincidan a la misma vez con las de prácticas, pero sí, normalmente está la trabajadora fija y una de prácticas. (...) Entonces, al final yo creo que realmente debería de haber una persona solo de prácticas, porque así te puedes centrar al principio en esa persona, explicarle cómo funciona ese departamento y cómo va de prácticamente todas las tareas de las que se encargan. Dos todavía, pero tres ya es demasiado.

I: Sí.

IP3: Y lo digo por experiencia de que me mueven como peonza por ser la última en llegar.

I: Claro. A mí me ha sorprendido que haya tantas. Cuando yo estaba no había nadie en prácticas.

IP3: No solo en atención al paciente, sino en marketing, en compras, en facturación no lo sé, arriba en recepción, en urgencias...hay un montón. Y ya dentro pues radiología y todo eso. Hay un montón de gente en prácticas.

I: Sí. Vale, pues esta era la última. Me falta preguntarte si hay algo más que te gustaría añadir sobre el tema, en general.

IP3: (unv.) Como realmente solo estuve las dos primeras semanas, ya después me pasaron a despacho y después me pasaron a centralita y justo ayer he vuelto a despacho, no.

I: Claro. Bueno tengo bastante información. Muchas gracias.

IP3: No sé si lo sabes, pero nosotras cuando subimos a traducir tenemos que registrar en un Excel el tiempo empleado para hacer la traducción y con qué doctor lo hemos hecho. O, por ejemplo, si es una traducción de informe también tenemos que ponerlo.

I: ¿Y esto lo hacéis solo vosotras o también (P) y (P)?

IP3: No (H) (...). No es que se registre solo las traducciones y las interpretaciones. Si no que se registran todas las tareas que son fuera del puesto. Se registran bajo, si tenemos que subir a consulta con el doctor: el nombre del doctor, nuestro nombre y el tiempo que se ha empleado y en qué. Y ya después si es abajo dentro del propio mostrador, se registra abajo tu nombre, el qué y el tiempo empleado.

I: Ah vale, con todas las tareas.

IP3: Sí, un registro de tareas.

I: ¿Y esto lo hacéis todas?

IP3: Sí.

I: Ah, vale. Pues muchas gracias de nuevo.

Interview 4

(Dauer ca. 65 min)

I: [00:00] [02:00] (Einverständniserklärung wird erläutert)

IP4: Sí, no te preocupes.

I: Vale, vamos a empezar. Las primeras preguntas son un poco más generales y luego te iré haciendo preguntas más específicas del puesto. Sé que estáis de prácticas. Entonces no es el mismo caso que las que llevan allí más tiempo. Pero bueno, que también me sirve esta información. (...) Vale, entonces para empezar. Primero de todo, bueno, esto no te lo he dicho, pero es anónimo. Evidentemente nunca voy a poner nombres. Siempre será entrevistado número uno, número dos, número tres, número cuatro. Sin nombre. Vale. Primera pregunta sería que me digas qué idiomas son los que tú dominas. Y de estos idiomas que hablas, ¿cómo los aprendiste y cuál de ellos es tu idioma más fuerte o tu lengua materna?

IP4: Sí, a ver, yo como tal domino, digamos entre comillas a la perfección, que me puedo expresar abiertamente sin problemas: el español, el ruso y el inglés. Luego, a partir de ahí también hablo un poco de ucraniano, porque yo nací en España, pero toda mi familia es de Ucrania. Entonces esencialmente hablamos ruso por el tema de la URSS, como ahí predominantemente era el ruso el que se hablaba, pues se ha ido conservando con los años y entiendo el ucraniano y también lo hablo, pero no a la misma medida. Y ya, pues lo que me quedó de francés, sobre todo del instituto y poco/. O sea, eso sería lo esencial.

I: No es poco (lacht). ¿Cuál es entonces la más fuerte para ti? ¿sería el ruso o el español?

IP4: Pues el ruso fue la primera lengua que yo aprendí, porque es lo que hablábamos nosotros en casa desde siempre. Pero (H) me abro mejor con el español debido a que solo lo puedo hablar con mis padres, el ruso, entonces se queda un poco limitado el vocabulario, vocabulario cotidiano. De cosas sanitarias no entiendo tanto. Me puedo expresar sin problema, pero no es lo mismo que el español, porque además en el colegio he ido aprendiendo español. No he tenido un colegio de habla rusa. Nunca.

I: Claro, la formación la has hecho en español. Vale. Entiendo. Muy bien. Perfecto. Siguiente pregunta. Esta es tu opinión, o sea, no me tienes que dar una definición de libro, es solo para ver cómo lo ves tú. ¿Cómo describirías tú, desde tu perspectiva, la profesión de intérprete?

IP4: A ver, yo la profesión de interprete la veo primero muy admirable, porque sobre todo en términos de carreras, tú una carrera normalmente la empiezas a partir de los 18 años y aprender

un idioma con algo que no has ido aprendiendo a lo largo de tu infancia me parece muy difícil. Me parece difícil. Y también lo veo un trabajo muy importante. Ya sea que se tenga la carrera o no se tenga la carrera, porque personas que hablen distintos idiomas se han necesitado siempre y se van a necesitar siempre, sobre todo idiomas de habla como general, como el inglés, porque no todo el mundo sabe inglés y no todos los países saben inglés. Igual en Europa porque está más aceptado. En América sí está más aceptado que se hable en inglés, pero en países como Asia no, no es de la misma forma. Entonces sí que lo veo muy, muy necesario.

I: Vale, y ¿cómo lo describirías? O sea, para ti, ¿qué hace un intérprete?

IP4: Un intérprete tiene que, como el nombre indica, interpretar de la forma más objetiva posible algo que se le proporciona. Es decir, si a ti te dan algo que traducir, sea oral o sea escrito, o sea bajo el formato que sea. (H) Es saber ser objetivo. Que una persona no puede meter sus opiniones, no puede simplemente cambiar palabras. Tiene que saber cómo ceñirse muchas veces a la realidad. Y esto, por ejemplo, sí que es algo que veo mucho en el trabajo que estoy ejerciendo, que muchas veces los médicos me dicen cosas y yo conozco ciertos procesos que van asociados a ellos, pero yo hasta que salgo de consulta yo no puedo decírselo al paciente porque yo intento ceñirme a lo que me está diciendo el doctor únicamente.

I: Vale, perfecto, genial. Vale, siguiente pregunta. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en este puesto? A ver, según entendí, tú estás en el puesto de atención al paciente con (P) y con (P). ¿Cuánto tiempo llevas en el Virgen de la Caridad en este puesto?

IP4: Llevo poquito. Cumplí hace seis días, dos meses. Llevo poquito.

I: Vale. Y hasta ahora, ¿en qué idiomas has interpretado?

IP4: Hasta ahora he interpretado en inglés, en ruso y un poquito en francés. Sobre todo porque la gente que viene de Francia no tiende a saber tanto otros idiomas. De hecho, creo que es el país europeo que menos inglés sabe. Entonces, comunicarse con ellos en inglés es difícil. En español también es difícil. Entonces, entre mi compañera (P), que estudió el bilingüe en un instituto en el que el bilingüe era francés y yo que sabía algo de francés de lo que me quedaba el instituto, pues lo llevamos adelante.

I: Vale, perfecto. ¿Qué te motivó a trabajar en este ámbito?

IP4: A ver, yo te puedo contar acerca del grado de por qué elegí un poco el grado y tal. Yo nunca. A mí personalmente nunca me ha gustado la corriente administrativa, o sea, no es algo que a mí me haya llenado jamás. Sin embargo, lo veo bastante importante dentro del ámbito

sanitario, aparte de saber lo que es la parte biológica de los procesos corporales, en este caso del ser humano (H) y tal. Los procesos administrativos, si tú te sabes llevar de forma libre, de forma sanitaria, si eso lo juntas con que te sabes llevar bien del ámbito administrativo, yo creo que es un plus muy grande. Entonces yo que planeo estudiar también Anatomía Patológica, que vengo del bachillerato científico y tal, pues yo creo que es como un complemento muy grande, saber por ejemplo el tema de consentimientos informados cuando tú eres un doctor. Que bueno que eso por protocolo lo tienes que saber, pero si tú estás familiarizado con la documentación que con la que trabajas, con la que trabajan en el hospital. Pues eso, yo creo que se complementan muy bien.

I: Vale, bien, ahora ya vamos un poco a la siguiente parte de la entrevista, un poco ya sobre pues estudios y lo que habías hecho antes de estar en el Virgen de la Caridad. Primero, ¿qué formación tienes? ¿Qué estudios académicos hasta ahora?

IP4: Sí, pues que haya completado al 100 %, bachillerato científico y ahora, dentro de un mes habré terminado el Grado Superior de Documentación y Administración Sanitarias. Ambos los he estudiado en Cartagena. El bachillerato lo he estudiado en IES Los Molinos y el grado superior en ISEN FP.

I: Vale, perfecto. ¿Cómo llegaste al Virgen de la Caridad?

IP4: Sí, a ver, porque nosotros no elegimos donde nos ponen de prácticas y es nuestro tutor de prácticas el que se encarga de ponernos a cada uno igual por cercanía de donde vivimos. Igual porque (H) dicen vale, igual en este sitio necesitas más idiomas al ser un sitio muy grande o algo así. Entonces pues a cada uno nos pusieron en un sitio, nos asignaron un sitio.

I: Sí, vale. (..) ¿Tenías experiencia previa como intérprete antes de empezar allí o era la primera vez que interpretabas?

IP4: ¿Pero de una forma//?

I: //Aunque fuera de forma informal, que tú hayas tenido que hacerlo para algún familiar. ¿Era la primera vez o ya tenías alguna experiencia?

IP4: No, no, no, no. No había sido la primera vez. Yo dentro de un ambiente así, más laboral, digamos, jamás, pero en un ambiente informal, un montón. Siempre, tanto en el inglés como en el ruso, como en todos los idiomas que alguna vez he hablado, en todos. Desde que era pequeña, porque como te digo, yo como había ido a un colegio español, controlo el español mejor que mis padres. Mis padres, mi madre directamente no habla español y mi padre de su trabajo.

Entonces yo siempre he sido la que si tiene alguna duda con algún documento, era a mí. Si necesitaban pues yo que sé, algo de la declaración de la renta, a mí. Lo mismo con yo que sé con amigos. Si algún amigo no sabía inglés o cualquier cosa, pues a mí.

I: Vale, muy bien. Y para hacer las interpretaciones ahora en el Virgen de la Caridad, ¿recibiste algún tipo de formación? Un curso específico antes de lanzarte. Me imagino cuál es la respuesta, pero la tengo que hacer.

IP4: ¿En temas de idiomas te refieres?

I: En temas para interpretar, no solo idiomas, sino la situación de interpretar en el hospital.

IP4: Claro. Pues yo me saqué el B2 de inglés. Me gustaría sacarme más niveles, pero ahora mismo no cuento ni con el tiempo ni con el dinero. Pero aparte de hacer las típicas cosas, los típicos cursos de academia de inglés, no. Y lo que he aprendido pues en el instituto y tal de francés. El ruso lo hablábamos siempre en casa.

I: Vale, vale. ¿Cómo describirías las funciones principales que tú tienes ahora mismo? Ya no solo de interpretación, porque sí, eso es solo una parte de todo lo que hace atención al paciente. ¿Cómo me resumirías las funciones principales?

IP4: A ver. Sí, bueno, primero, si te lo tuviera que resumir en una palabra, sería guía. A partir de ahí, nosotros somos atención al paciente. Pero eso es lo que ven los pacientes. Es decir, los pacientes acuden a nosotros porque saben que nosotros les vamos a ayudar. Pero aparte del administrativo que está, o sea, aparte de la función de ayudar al paciente, también ese administrativo, esa administrativa tiene otras funciones de documentación, ciertas de facturación, de interpretación. También algunas que sí que se espera de administrativo porque son es por ley, es decir, la ley dicta que este administrativo tiene que hacer tal, tal y tal. Pero también tenemos otras funciones aparte. (...) Yo lo describiría como guía y gestión de documentación.

I: Vale. Ok. Bien. Ahora, si pudieras describirme una jornada laboral normal allí en el puesto de atención al paciente en el Virgen de la Caridad. Desde que entras hasta que sales. Ya sé que los días serán diferentes, pero un poco así tu rutina.

IP4: Sí, en general, vale. Pues si entro por la mañana, entonces soy la encargada de abrir algunas puertas, algunas secciones del hospital que están cerradas por la noche. Y a partir de ahí preparo lo que es el control de consulta, es decir, qué consultas de qué médicos hay ese día, a qué hora más o menos. Entonces lo tenemos en frente por si alguien nos pregunta algún paciente ‘oye, que está este doctor hoy’ y le decimos ‘sí’ o decimos ‘no’ y a partir de ahí miramos qué correos

nos han llegado a lo largo de la tarde anterior o de la noche, porque hay gente que también te mandan correos por la noche para saber cuáles podemos contestar, a cuáles redirigimos. Simplemente lo que es la gestión de correos que nos llegan al hospital y a partir de ahí es un poco esperar. Si te viene algún paciente, es ayudar a ese paciente dentro de tus posibilidades o derivarlo a otro sitio. Si es traducir, tenemos sobre todo dos tipos de traducciones en el hospital. La primera, que es oral, es decir, un médico, llama directamente a la extensión de atención al paciente y nos dice necesitamos un intérprete en la consulta X o la consulta Y. Entonces nosotras decimos ‘vale, ahora estamos ahí’ o ‘vamos dentro de cinco minutos’ porque tenemos muchas funciones dentro de atención al paciente. Entonces muchas veces no podemos acudir a él. (...) Si nos mandan para traducir a consulta, vamos en cuanto podemos. Y si es y también tenemos la otra traducción que te dije, que es que las compañías navieras nos mandan unos informes porque los pacientes de esas compañías navieras van a nuestro hospital y tras la consulta el médico hace un informe. Pues es traducir ese informe al inglés y mandarlo de vuelta a la compañía naviera. Entonces esas son las dos esenciales y tenemos distintos tipos de informes. Es decir, está el típico informe que te hace un médico de urgencias, está el informe que te puede hacer un ginecólogo, un traumatólogo, está el informe de radiodiagnóstico. Es decir, si te hacen alguna prueba, como un TAC, como una radiografía, como una ecografía, hay un informe específicamente de eso, de cuáles son los hallazgos (H). Y ahora mismo no me suena que más, bueno informes de clínicas dentales también tenemos.

I: Vale.

IP4: Y a partir de ahí. Pues es eso, esperar a que nos venga algo. (H) También nos encargamos nosotros, en parte, de hacer encuestas a los pacientes tanto en español como en inglés. Es decir, si ha ido algún paciente a ver un médico, de ahí se saca una especie de control de consulta para saber para nosotros llamar a los pacientes y preguntarles ‘oye, ¿ha estado usted satisfecho con con el trato?’ Y eso a veces hay pacientes que son españoles y a veces hay pacientes que son ingleses. (...) También están las encuestas de hospitalización. Es decir, una persona del personal directamente nuestro del hospital va directamente a las habitaciones de personas que están hospitalizadas. Eso primero se mira porque no puedes entrar a cualquier habitación y ya está. Eso es que tú preguntas en la recepción que corresponde qué personas hay, en qué planta o en qué habitación, por qué motivo está. No es lo mismo una persona que entra por medicina interna que una persona que entra porque ha tenido una cirugía muy sensible. Intentamos evitar esas, esas habitaciones porque normalmente la gente no quiere contestarlas y si quiere contestarlas, pues se sienten molestas.

I: Claro, sí.

IP4: Y a partir de ahí, pues eso, esperar a que nos llegue alguna orden. Igual algún jefe nos dice que tenemos que hacer algo en particular. Y nosotros lo hacemos. Básicamente eso. Sí.

I: Vale. (...) Vale. Siguiente. ¿Qué porcentaje dirías de todas estas funciones que me has dicho? ¿Qué porcentaje del trabajo de atención al paciente implica la interpretación?

IP4: Pues. (...) Yo te diría que si tú eres una persona que sabe inglés como tal y te han cogido porque saben que sabes inglés, yo te diría que en torno a un 40 %.

I: Vale. (...) Ok. Bien. Vale, la siguiente. ¿Trabajas sola o con otros compañeros o compañeras? Y en este caso, ¿cuántos son y cómo está organizado en turnos?

IP4: Pues trabajo siempre con una persona al lado. Es decir, hay dos personas de turno por la mañana y dos por la tarde. Entonces yo siempre trabajo con una persona y esta persona sabe inglés. Por el momento con los trabajadores que contamos, excepto una chica que no me toca con ella porque está también en proceso de aprendizaje, somos en total de cara al público somos tres que hablamos inglés. (...) Tres a las que nos llaman por consulta y tal, pero de todo atención al paciente, porque hay algunas que no están de cara al público, sino que están pasando reclamaciones o algo así. Somos cuatro. Hay otra chica que también habla varios idiomas y tal.

I: Vale, ahora. (...) Estoy pensando cómo hacértela, porque en tu caso, claro, tú tendrás un contrato de prácticas. Pero bueno, esta es sobre el título del puesto. ¿Cuál es el título oficial del puesto? Y luego, ¿crees que debería cambiarse para que estuviera mejor representado lo que es el trabajo que se hace o no? Si estás de acuerdo con que se llame así porque es acertado, ok. Y si no, ¿cómo lo llamarías?

IP4: A ver (H). Teniendo en cuenta que nosotras tenemos muchísimas, muchísimas funciones y yo, por ejemplo, ya no siendo solo compañera de prácticas, sino incluso si a mí me cogieran de contrato para el día de mañana, me dicen vale, mañana oficialmente trabajas. Yo tampoco estaría tocando todo lo que es atención al paciente. O sea, hay muchas funciones, digamos (H). Nosotros somos el departamento de atención al paciente, pero también somos lo que se considera el departamento de abonados, el departamento de reclamaciones, el departamento de muchas cosas. Entonces, atención al paciente, me parecería acertado porque es algo corto, es algo escueto y es algo que tú dices ‘vale, no sé a dónde ir, voy a atención al paciente y a ver a dónde me derivan’. Pero sí que es verdad que hay ciertas funciones como facturación que sí que hacemos en nuestro departamento, pero que no aparece reflejado en el nombre.

I: Claro, que no representa con atención al paciente.

IP4: Sí, claro.

I: Vale, bien, ahora vamos a hablar ya un poco más de situaciones específicas dentro del puesto. Bueno, primero como siempre, de general a específico. Esta es muy parecida. Habrá preguntas que te resulten parecidas. Tú me dices y dices pues mira, esto es lo que te he dicho antes.

IP4: Sí.

I: ¿Cómo describirías el papel, la posición de una persona en atención al paciente? ¿Cuál es tu papel en el hospital?

IP4: Pues a ver, ahora mi papel es esencialmente aprender, aprender lo máximo que pueda por si el día de mañana me tuvieran que contratar. (H) Y sobre todo, aprender a tocarlo todo bien, porque hay tantas situaciones en el día a día. Ya, ya, aparte de las funciones, que eso es otro. Pero las situaciones, porque cada persona te viene con una cosa distinta. Al final te terminas acostumbrando a las que son parecidas de ‘oye, ¿a dónde voy?’ Y tú ya sabes, más o menos con un mapeo mental de a dónde tiene que ir esta persona. Pero muchas veces te viene gente de cosas que tú no sabes. (...) Entonces la función, aparte de aprender, ya no solo para mí, que soy compañera en prácticas, sino en general, porque cada día te vienen gente con preguntas nuevas, ya es aparte de aprender, es saber actuar, ya no solo con tema de modales, sino vale, yo no sé qué hacer aquí, es decir, a mí una persona me viene con una pregunta nueva, es saber qué hacer, saber a quién puedo llamar, saber a quién puedo acudir, saber dónde puedo buscar todas esas cosas.

I: Vale. Sí. Bien. (...) ¿Te sientes parte del equipo médico? ¿por qué sí o por qué no?

IP4: ¿El equipo médico? ¿Te refieres a médicos, enfermeras...?

I: Exacto. Sí.

IP4: Pues a ver. No del todo. Porque al fin y al cabo yo soy una administrativa. Pero sí que es verdad que cuando me llaman a traducir a consulta, a mí, por ejemplo, yo sí que siento que conecto mucho con los médicos, que al fin y al cabo termino pillando palabras que son tecnicismos, de traducir informes. Entonces sí que siento que es un 50-50, porque mi labor no es la de medicina, ni la de enfermería ni nada similar. Pero sí que empiezas a coger cosas, comprender conceptos, ver ciertos procesos. Es decir, si tú vas a traumatología a traducir porque te llama el traumatólogo, tú ves cuál es el examen que le realizan. Empiezas a aprender cómo se dicen,

pues cómo se dice TAC, cómo se dice radiografía, cómo se dice artrosis, cómo se dice lordosis, lo que sea.

I: Vale, muy bien. ¿Cómo es tu colaboración o cómo trabajas con los demás compañeros médicos, recepción, enfermería, todo lo demás, como es la colaboración con vosotras? Bueno, contigo en este caso.

IP4: Sí, a ver, con los médicos es bastante repetitiva. No, no, no para mal en absoluto. Es. Normalmente nos llaman a consulta, nosotras traducimos y a partir de ahí, pues si el paciente necesita ‘oye, ¿a dónde voy?’ Pues nosotros le indicamos a dónde ir. Pero con los médicos es esencialmente eso. Y me parece esto ya como un apunte aparte en tema de medicina y tal, para quedarte con el nombre de los médicos, porque como los médicos tienen un convenio con el hospital, tienen un contrato con el hospital, te quedas, vas quedando con las caras, te vas quedando con los nombres y ese proceso me parece bastante bonito. Es decir, de pasa un médico y dices ‘buenas, doctor’, ‘hola, doctor’ directamente, no es un típico ‘hola, buenos días, ¿en qué puedo ayudarle?’

I: Muy bien, vale.

IP4: Y ya con el resto de personal en tema, por ejemplo, administrativo y tal, es sobre todo (H) ver cómo actúa. Es mucha observación y mucha más observación que con los médicos o con las enfermeras, porque tienes que ver cómo actúan las personas que llevan ahí más tiempo para saber tú cómo actuar. Y aparte de eso, pues sí. O sea, tú tienes algún problema, es a tu compañera de atención al paciente o a tu compañera que está en el mostrador de enfrente porque está en otro mostrador. Es mucha ayuda, mucha colaboración. También saber cómo ayudar, saber cuándo le puedes preguntar algo sin molestarla, porque como todos están trabajando, es intentar no molestarles, es intentar colaborar. Es también (H) el saber agradecer muchas veces la ayuda que te están proporcionando. Porque claro, tú al paciente siempre le vas a decir gracias, buenos días. Porque ya es automático, ya es por cómo se dice, por ser una persona modesta, en tu trabajo. Pero también, si una compañera te enseña algo, te rectifica algo y saber decirle ‘oye, gracias por rectificarme’ o saber pedirle ‘oye, si en algún momento no hago algo bien o podría hacerlo mejor’, es saber pedirle ‘oye, por favor, dímelo’. ‘Dime cómo puedo mejorar. Dime cómo tal’.

I: Exacto. Vale. Muy bien. La siguiente específicamente sobre una situación de interpretación que ya me has medio explicado en realidad. Pero ahora, para detallarlo así, a lo mejor desde que empieza hasta que acaba una interpretación. ¿Cómo se desarrolla esa situación? Desde que

te llaman. Bueno, ¿cómo te llaman? Tú vas, hasta que ya terminas y te despidas a lo mejor del paciente y del médico.

IP4: Como te he dicho antes, hay dos situaciones de traducción. La primera es cuando directamente te llaman a consulta, te llaman a la extensión donde tú estás y muchas veces te aparece directamente el nombre del teléfono. Consulta diez. Vale, ya sé que tengo que ir a traducir. Te llaman y dicen ‘necesitamos un intérprete en la consulta X’. Entonces vamos a esa consulta. Llamas a la puerta, dices ‘buenas, doctor, ¿se puede?’ Te dicen que sí que pases o te dicen ‘espérate cinco minutitos que estaba terminando con esta paciente o este paciente’. Y ya cuando pasas con los pacientes pues lo típico de presentarte. ‘Hola buenos días, ¿en qué le puedo ayudar? ¿qué problema tienen?’ Hay algunos médicos que son directamente al grano de ni buenos días ni nada. ‘Pregúntales qué tienen’. (...) (H) Entonces es simplemente observar conforme el médico va diciendo algo. Es decir, te voy a poner la situación de traumatología. El médico dice ‘díles que en esta radiografía aparece X’. Y es tal cual decirles ‘en esta radiografía aparece X’. Los pacientes te preguntan ‘¿Y qué significa X?’ Entonces yo le pregunto al médico ‘¿y qué significa X?’ Es básicamente intentar traducir de la forma más objetiva lo que te dicen. (...) Es esencialmente eso. O si tienen que hacer algún tipo de prueba, por ejemplo, un chequeo físico que muchas veces se hace, pues es conforme vayan pidiendo los médicos, por ejemplo, ‘siéntate así’. Es decir ‘siéntate así’ en el idioma que corresponda. Depende mucho del especialista. En ginecología hay una cortinita, la típica para que no se vea, no se vea lo de dentro de lo que pasa, lo que pasa dentro de lo que pasa afuera. Y tú como intérprete no te vas a meter adentro donde hay una camilla por si estuvieran examinando al paciente. Te pones detrás y si el médico necesitase algo o si te llamase el paciente de ‘oye, necesito que pases conmigo dentro’. Tú no pasas, tú haces lo que el paciente y el doctor te diga. O la enfermera o enfermero que esté, correspondiente.

I: O sea, en este caso, por ejemplo, el de ginecología. Si tienes que interpretar, o sea, ¿interpretas también detrás de la cortina, por así decir, sin ver a la persona?

IP4: Sí, sí, sí. O sea, si el paciente me dice ‘oye, dile que el espéculo, por ejemplo, el típico espéculo ginecológico, me duele’. Entonces yo le digo al doctor ‘doctor, la paciente está diciendo que el espéculo le duele’. O si el doctor dice ‘uy, a esta paciente le tenemos que hacer una citología’. Entonces yo le digo al paciente ‘el doctor está diciendo que usted necesita una citología’ todo detrás de la cortina, a menos que específicamente me pidan que yo pase.

I: Vale. Sí.

IP4: Normalmente pocas especialidades requieren que tú estés detrás de una cortina o de una zona que tal. Normalmente es en caso de que el paciente se tenga que quitar algo de ropa, pero en el resto, normalmente tú estás de cara al paciente y vas mirando el doctor según lo que diga y al paciente según lo que diga.

I: Vale.

IP4: Y luego ya la segunda situación de los informes es mucho más rápida. Simplemente nosotros tenemos un correo desde donde nos llegan todos los informes de navieras, específicamente de compañías navieras. De ese correo nos mandan los informes que hay que traducir. Nosotros los traducimos de la forma más objetiva posible y también nos encargamos, que esto sí que es un apunte, como nosotras no tenemos la carrera de interpretación, nosotras no podemos hacer como que somos traductoras e intérpretes. Entonces siempre ponemos abajo que esta traducción está hecha con fines únicamente informativos. Porque claro, si nosotras ponemos que o si no lo ponemos, o si alguien supone que nosotros tenemos la carrera de traducción e interpretación o estamos traduciendo con esos fines, se nos cae el pelo básicamente.

I: Sí. Pues esto es muy interesante. Me gusta que me lo hayas dicho tú, porque las demás sí que mencionaron las traducciones, pero no esta notita. Y esto me interesa mucho.

IP4: Entonces abajo sí que ponemos ‘traducción hecha con fines únicamente informativos’, tanto en español como en inglés. (...) Y básicamente es eso. Una vez terminas te aseguras de que todos los datos del paciente estén hechos de manera correcta, es decir, el número de colegiado del doctor, la identificación del paciente, el nombre y apellidos, edad, todo que esté bien y luego ya lo escaneas y lo mandas de vuelta al correo que te ha pedido ‘oye, tradúceme esto’ y ya está.

I: Vale, perfecto. Bien, vale. La siguiente es si es que te preparas ¿cómo te preparas? Sé que estas situaciones surgen así espontáneamente, pero ¿te has llegado a preparar de alguna forma para interpretar o para alguna situación de estas, o simplemente vas//?

IP4: //A ver yo al principio, como no entendía mucho de este mundillo, normalmente solía ir de primero, las primeras veces iba acompañada de alguna compañera, si estaba (P), (P) y si estaba (P), (P). Y entonces veía como traducían ellas un poco y ya está. Eso en caso de ir a consulta con el doctor. Entonces como tal prepararme, no. Pero sobre todo, lo que sí que es vocabulario escrito para el tema de las traducciones de navieras, de informes, sí que tengo algunas cosas apuntadas, es decir, tengo varios excels de palabras, tecnicismos que no entiendo. Entonces me lo voy apuntando en el excel junto con la traducción al lado. O también algo muy

curioso es que, a ver, los médicos siempre utilizan siglas, o sea, en vez de decir (H) ‘frecuencia cardíaca’, dicen ‘FC’. FC es algo que puedes llegar a entender, pero es que hay algunas siglas que tú dices, es que ¿qué hago con esto? Porque claro, hay médicos que solo te hablan en siglas prácticamente. Entonces, claro, tú no puedes estar cada dos por tres yendo al doctor para decirle ‘oiga doctor, ¿qué significa esto?’. Entonces claro, algunas veces sí que les llamamos y le preguntamos ‘oye, doctor, ¿qué significa esto?’ Entonces lo que nos dicen lo apuntamos. Yo, por ejemplo, me lo apunto en un excel para que si se me olvida mirarlo en el excel y no tener que llamar al doctor.

I: Ah, muy bien. Vale.

IP4: (H) Y poco más. O sea, es sinceramente, excel de siglas, excel de palabras que no, que no, que no, porque son tecnicismos muy raros, médicos, en inglés o en español, para saber lo que significan. También tiramos. Yo sobre todo, también tiro mucho, el resto de compañeras, no sé hasta qué punto, pero yo sí que tiro mucho de herramientas de traducción: del linguee, que además ha sacado ahora un traductor que se llama DeepL.

I: Sí, sí.

IP4: E intentamos tirar, sobre todo de fuentes más oficiales. ¿Traductor de Google? Pues no, no está mal. Últimamente, cada vez intentan mejorar. Sí, si es algo que necesitas hacerlo rápido, te saca de un apuro. Muy bien, porque igual hay muchos pacientes y necesitas traducir y todo a la vez no puedes. Entonces copia-pegas, traductor de Google y palante. Pero si hay tiempo, yo intento/. Si necesito tirarme 20 minutos traduciendo un informe, me tiro 20 minutos traduciendo el informe para que sea lo más objetivo posible.

I: Vale. (...) El siguiente es ¿a qué desafíos o retos específicos te enfrentas? Ya no me refiero solamente a traducción e interpretación, sino en general en este puesto.

IP4: Pues en términos de atención al paciente general, es decir, como administrativo, es el tema de la recepción. Puede parecer bastante sencillo desde fuera porque lo parece, pero es bastante más duro, porque es ver cómo hay pacientes que te gritan porque les ha pasado algo, pacientes que lloran porque igual se les ha muerto algún familiar. Es decir, hay una carga psicológica bastante importante. Sí que es verdad que yo, por ejemplo, estoy muy contenta con el puesto porque no es gran esfuerzo en término, por ejemplo, físico. Igual tengo que estar yendo de aquí de un lado para otro, pero no es un esfuerzo físico. Es decir, no tengo que levantar cosas pesadas. No tengo que/. Pero psicológicamente, de que te venga un paciente exigiéndote cosas, de que hay pacientes que directamente ni te dan los buenos días, te dicen el DNI y toma, ya está. Cosas

así. En términos de atención al paciente, a mí en lo personal eso me parece lo más duro de que hay gente que no tiene modales, no tiene modales. Y en términos de interpretación, yo en lo personal no me he encontrado tantos obstáculos. Igual alguna palabra que no conocía. Entonces tienes que saber cómo rápidamente enmascarar que no lo sabes. He tenido una profesora en su momento que decía que si tú no sabes algo, no lo demuestres. Es decir, si eres ignorante en algo, no te muestres ignorante. Entonces siempre intenta explicar algo. Lo típico que dice la profesora de inglés: ‘si no sabes una palabra, descríbela’. Si tú no sabes decir la palabra ‘alto’ en inglés, di ‘alguien que es muy grande’. Pues lo mismo, pero con tecnicismos. Eso, en términos de interpretación, es lo que más difícil me parece.

I: Vale.

IP4: O eso, o también pacientes que, como vienen de otros países, no están acostumbrados igual a las costumbres ya no solo culturales, sino también sanitarias, en España. Entonces les tienes que explicar ciertos protocolos y ellos dicen ‘no, no, pero es que en mi país se hace de esta forma’, es como ‘ya, pero es que este no es su país, entonces aquí se hace de una forma distinta, aquí hay un protocolo distinto’ y tienes que explicarles eso y que ellos muchas veces se quejan de ‘no, pero es que cómo puede ser esto si es que en mi país tal’. Muchas veces también es explicarles eso.

I: Muy bien, vale. (...) Siguiendo. ¿Qué aspectos consideras de este trabajo positivos o gratificantes? Ahora lo contrario.

IP4: Pues el hecho de poder tocar tantas cosas y poder decir vale, estoy empezando a controlar esto. Es decir, yo creo que es más el sentimiento de oye, estoy logrando aprender porque es muy sencillo, o sea, no es sencillo si no (...) te vienen tantas cosas que ya solo por inercia terminas aprendiendo, o sea, incluso algo que no te han explicado tus compañeras, ya empiezas a intuir dónde puede ser. Entonces, el sentimiento de vale, estoy aprendiendo a hacer esto, estoy aprendiendo a hacer lo otro o sentirte como con más libertad en el trabajo. Yo diría que es eso.

I: Vale. (...) Ahora otra vez interpretación. Ya no solo el puesto en general. ¿Te gusta en general interpretar? Y en el caso de que sí, ¿por qué?

IP4: Sí. A ver, yo desde pequeña me han encantado los idiomas y cuando vi que se me daban bien, dentro de lo que cabe, que al aprender un idioma es como que me notaba con más libertad, es como que me llenaba. Es como hago algo que, aparte de que no todo el mundo hace, que eso ya de por sí es gratificante, pero eso de forma natural. Cuando tú haces muchas cosas o haces algo que la mayoría de gente no hace, ya se siente gratificante de por sí. Pero también es el

hecho de sentirte como una persona útil, que puedes ayudar. Yo siempre he dicho que yo no podría estar en un trabajo que no fuera de cara al público. O sea, yo necesito hablar con gente, yo necesito hablar con gente, aunque tenga sus aspectos negativos de que hay gente que no tiene modales y tal, pero es que a mí me gusta lo que es ayudar a la gente de ‘oye, ¿en qué te puedo ayudar? ¿qué necesitas, a dónde te puedo guiar?’ y el poder ayudar a una persona que no tiene ni idea del idioma. Muchas veces hay pacientes que directamente me vienen y me dicen ‘oye, ¿tú hablas inglés?’ Y les digo ‘sí, sí, hablo inglés’. ‘Ay, menos mal’. ‘Menos mal que hay alguien que habla inglés aquí’. Entonces es el sentirte útil, ya no solo por gratificación propia, sino también porque sabes que puedes estar ayudando a otra gente. Aquí hay muchísimos turistas, sobre todo en la zona costera de España. Y es eso, es eso. Los pacientes que aprecian que tú también sepas el idioma.

I: Genial. Vale. Ahora otra vez todo el personal del hospital. ¿Cómo crees que te perciben el resto de los trabajadores?

IP4: Pues a ver, según lo que me dicen de forma directa, dicen que, (H) agradecen mucho que pueda hablar tantos idiomas, que pueda traducir. Lo agradecen mucho. (H) Recuerdo el caso de una enfermera, de una auxiliar de enfermería que estaba presentándonos a otra auxiliar que había entrado nueva. Entonces nos estaba presentando a cada una de ‘Mira, estas son las chicas de atención al paciente. Esta es tal.’ (...) Y cuando fue a presentarme a mí y me dice ‘bueno, y esta es nuestra chica, la que habla aquí un montonazo de idiomas’, entonces pues me perciben un poco como eso. Como saben que hablo varios idiomas, pues me perciben sobre todo como traductora.

I: Vale.

IP4: Puedo acudir a esta persona si necesita ayuda con alguna persona extranjera.

I: Perfecto. (...) Vale. Siguiente pregunta. ¿Ha habido alguna situación en la que has sentido tu trabajo especialmente valorado?

IP4: Sí, sí. Hubo una situación. Sí que es verdad que tuvo más que ver con temas administrativos y temas de dinero más que otra cosa. Pero sí que es verdad que los pacientes a los que esta situación tocó eran extranjeros (H). Simplemente era un caso de/. Es que fue un lío muy muy gordo, pero así, en resumidas cuentas, fue que se equivocaron en el seguro a la hora de cuando estos pacientes entraron por urgencias, se equivocaron en qué seguro tenían a la hora de ponerlo en el sistema y claro, como ellos tenían un seguro extranjero, lo que pasa es que tú si tienes un seguro extranjero, TÚ pagas por todo y luego tu seguro te devuelve el dinero en tu país. Pues

ellos estaban diciendo que no, que la compañía les estaba diciendo otra cosa y se negaban a pagar, básicamente. Entonces tuve que subir junto con mi coordinadora y con otra compañera y estábamos todo el rato traduciendo, mi coordinadora me estaba diciendo algo, yo le tenía que decir eso a los pacientes, los pacientes me decían algo y yo tenía que decírselo a mi coordinadora. Tuvieron que llamar a la compañía y yo tenía que hablar con la persona que estaba en la recepción de la compañía directamente. Y al día siguiente, pues mi coordinadora me dijo ‘oye, me gusta como trabajas’. Eso a mí me sentó muy bien porque estábamos ahí casi casi dos horas con estos pacientes, que tuvo que subir el director del hospital y todo. Y sí que es verdad que fue un entorno muy estresante en ese momento, porque era intentar decirlo lo más objetivo sin intentar mezclar cosas. Decir lo que estaba diciendo mi coordinadora a la persona de la compañía, lo que estaban diciendo los pacientes y en un momento tuve que saltar yo misma y decir ‘oye, vosotros sois los representantes de esos pacientes y no nos podéis tener esperando, necesitamos respuestas ahora por vuestra parte’. Entonces decir cosas así. Eso a mi coordinadora me dijo que le gustó. Entonces el poder ayudar en una situación así, porque yo, por ejemplo, me llegué a imaginar esa situación sin intérprete. Es decir, imagínate que en ese momento no hubiera personas que hablen en inglés o personas que no, que no se pudieran comunicar con los pacientes. Eso sería un millón de veces más difícil. Entonces eso sí que se sintió valorado por la utilidad que tuvo en ese momento.

I: Muy bien, vale, en las siguientes lo contrario. Si tienes algún ejemplo de justo lo contrario. ¿Alguna vez has recibido comentarios negativos, ya sea de algún paciente o de algún compañero o lo que sea? Si no, sin problema.

IP4: En el hospital, no. Como tal, en el hospital nadie jamás me ha dicho de/. Yo creo que nunca nadie habría visto algo negativo en el hecho de saber idiomas. En lo personal creo que nadie piensa eso, pero sí que es verdad, que no sé si te servirá de ejemplo, que ahora con todo el tema este de la guerra de Ucrania y de Rusia, yo soy ucraniana, pero yo esencialmente hablo ruso, no hablo tanto ucraniano. Y mi madre me dijo ‘oye, cuidado con eso, porque hay ciertos ucranianos que por el tema de no Rusia no tal, se niegan a hablar en ruso’. Entonces yo que controlo mejor el ruso me dijo ‘oye, ten cuidado, si te viene alguna persona tal te dice no, no, no, yo no quiero hablar en ruso, quiero hablar en ucraniano’. Pues saber qué decirle. Mi madre me dijo ‘ten cuidado con eso’. No es algo como tan negativo, pero me dijo ‘ten cuidado, por si pudiera ser algo negativo’.

I: Pero no te ha pasado.

IP4: No.

I: Vale. Bien, la siguiente pregunta es si en estos meses has tenido contacto con intérpretes externos, pues gente que ya viene con su intérprete.

IP4: Sí, sí, sí vienen. Hay muchas personas, sobre todo al inglés, aunque sí que también me encontré con una persona que vino con una familiar o con un familiar. No sé qué idioma hablaban, la verdad. Era un idioma europeo, pero no, no tengo ni idea. Hay mucha gente que viene con sus intérpretes, sobre todo ingleses. Y entonces los intérpretes se encargan de hablar con nosotras en la recepción y luego le dicen lo que sea a los pacientes que paga ese intérprete. Sí, hay bastantes.

I: O sea, la relación, por así decir, que es mínima con vosotras, es simplemente pues de cuando entran preguntar a dónde van y ya está y ellos hacen el resto con su cliente.

IP4: Claro, claro.

I: Vale. (...) Ahora, la siguiente es con relación a las funciones y responsabilidades que tú tienes cuando interpretas, ahora mismo solo del tema cuando interpretas. ¿Crees que estas funciones y responsabilidades son diferentes a las de un intérprete externo?

IP4: Sí (zögert), son distintas. No del todo. Son parecidas, pero son distintas al final del día. Porque nosotras, como te he dicho antes, no somos intérpretes y traductoras per se, no tenemos la carrera de traducción e interpretación. Entonces, (H) hacemos la labor de traducir e interpretar que eso en eso sí que coincide, pero no de la misma forma que un traductor y un intérprete, porque al fin y al cabo, si tú te especializas en traducción e interpretación, es porque son cinco años en los que estás todo el rato aprendiendo vocabulario. También te puedes, según entiendo, especializar en ciertos campos. Es decir, no es lo mismo traducción e interpretación sanitaria, que administrativa o de abogados. No es lo mismo. Entonces especializarte en ciertos campos es algo que nosotras no tenemos, no tenemos esa especialización, tenemos vocabulario general. De igual B2 o una compañera que tiene la carrera de profesor de magisterio y de inglés específicamente. Pero no, no es lo mismo esencialmente. Si tenemos que poner lo que te he dicho antes, esa nota de traducción hecha de manera informativa, es porque no tenemos esa misma labor que un traductor o intérprete.

I: Vale. Bien, el siguiente grupo de preguntas y ya no queda mucho. Ya hemos hecho más de la mitad. (...) Es un poco en el tema de limitación, o sea, poner límites, hasta dónde llegan mis tareas y estas cosas. ¿Has experimentado en estos meses alguna situación en la que se te ha

asignado alguna tarea, alguna responsabilidad que tú crees que va más allá de lo que se espera de tu puesto? Y en este caso, pues si me explicas un ejemplo y cómo lo has manejado.

IP4: Sí. Esto sobre todo lo han manejado mis compañeros más que yo, porque yo no, no tengo esa labor de poder decidir como tal. Soy una alumna en prácticas, pero sí que es verdad que muchas veces nos vienen de consultas diciendo ‘necesitamos un intérprete’, pero es que nosotras, no es nuestra prioridad traducir e interpretar, porque nosotras no somos traductores e intérpretes. Para eso tendrían que contratar a un traductor y un intérprete cuya prioridad sea esa. Pero claro, muchas veces no le conviene a una empresa contratar traductores intérpretes porque son más caros. Entonces tiran de gente que saben esos idiomas y nosotros tenemos que poner esos límites de ‘oye, es que ahora mismo no es nuestra prioridad, porque nuestra prioridad es atención al paciente ahora mismo’. Y una vez nos preguntaron ‘pero es que claro, y los pacientes ingleses que están esperando en la consulta, ¿qué?’ ‘Ya, pero es que esa no es la labor de atender al paciente, esa es la labor de traducir, que es distinta’.

I: Vale, ok, siguiente pregunta. ¿Alguna vez has asumido alguna tarea, pero pensabas que no estabas preparada del todo para esa tarea?

IP4: Pues ahora que tal/. Muchas veces como me he tenido que quedar sola por X razón, lo típico de que una compañera se va al baño o que tiene algún problema, que te quedas sola en la recepción, pues es eso, el tener a una persona igual con algo y no sabes cómo actuar. Entonces tienes que activar el modo inercia y saber qué decirles o saber decidir. ‘Tiene que tomar usted asiento porque de esto se encarga mi compañera’. O muchas veces el decir algo que suene más profesional de lo que es. Es decir, no es lo mismo decir ‘yo no sé, de esto se encarga mi compañera’ a decirle que tú no eres el encargado de esta sección del departamento. Eso, por ejemplo.

I: Vale, vale. (...) ¿Te has enfrentado en algún momento a algún tipo de conflicto o algún malentendido? A ver, el ejemplo que me has contado antes, de que esperan que estéis todo el tiempo dispuestas a interpretar cuando no es vuestra prioridad, sería un ejemplo. Si se te ocurre algún otro ejemplo que se haya malentendido, a lo mejor vuestro papel o bueno, podríamos coger ese ejemplo.

IP4: Pues sí, muchas veces, (H). Cuando alguien del personal que es natural que no lo sepa todo, muchas veces cuando no saben a dónde tienen que mandar una persona, nos lo mandan a nosotras porque somos atención al paciente, que es como muy general. Entonces dicen ‘eso te lo dice las compañeras de atención al paciente’, cuando eso no tiene nada que ver con nosotras. Eso tiene que ver con otros departamentos, pero nosotras somos, entre comillas, como el cajón

desastre de ‘uy, no sé a dónde mandar a esta persona, la mando a atención al paciente a ver qué hacen con él, con este paciente’.

I: ¿Y cuál sería un ejemplo de esas cosas que los han mandado y no os toca a vosotras?

IP4: Pues, por ejemplo, muchas veces solicitar informes clínicos, porque nosotras también nos encargamos de ‘quiero solicitar un informe clínico de hace tres años con el hematólogo’. Entonces hay que rellenar una solicitud y eso se pasa a dirección médica tal y cual. Y muchas veces, hay veces en las que una compañera o un compañero escucha la palabra informe y automáticamente es atención al paciente. Entonces no piensan exactamente dónde tienen que mandar a esas personas, entonces es atención al paciente.

I: Vale. (...) Las expectativas del puesto de trabajo, ¿las has tenido claras desde el principio? ¿las tienes claras ahora mismo? ¿han estado siempre bien definidas? En el caso de que no, pues ¿cómo lo has gestionado o cómo lo gestionas? Si hay falta de claridad.

IP4: A ver, yo en lo personal, yo nunca he tenido contacto con el entorno laboral, es la primera vez que trabajo como tal, entonces yo siempre me preparo para lo peor. Antes que nada, digo vale, esto va a ser duro, me preparo para lo más duro y tengo una coordinadora que es una persona que impone mucho, que desde el primer momento te dice ‘esto es lo que tienes que hacer, esto es lo que no quiero ver, esto es lo que sí quiero ver en este puesto de trabajo’. Entonces, entre comillas, que te abofeteen con esta es la realidad y tienes que ajustarte a ella. Me parece mucho mejor que intentar maquillarla, intentar decirle ‘oye, que todo ya va, ya saldrá bien, ya saldrá bien’. No, tiene que ser ahora el momento en el que yo me prepare para que en un futuro imagínate que no estás tú para guiarme.

I: ¿Entonces sí que ha estado claro?

IP4: Las expectativas las tenía claras. Sabía que iba a haber momentos difíciles, pero no me llegaban de sopetón, que yo ya sabía. Vale, va a haber momentos difíciles. Ya llegarán. Para eso sí que me preparé mentalmente.

I: Muy bien, vale, Ok. (...) Vale. ¿Ha habido algún momento o momentos en los que has tenido que marcar límites, que tú has tenido que poner un límite? A lo mejor un paciente te ha pedido algo que en realidad tú no puedes hacer. No está en tu competencia.

IP4: Pues. (H) Sí, sí, sí. Pero normalmente, yo por el momento y por suerte no me he encontrado con ningún paciente que me haya dicho algo negativo al respecto. Como te digo yo normalmente si vienen con algo con el que realmente no es mi función en el departamento, yo por

ejemplo, hay una función de abonados, es decir, una persona que paga todos los meses para hacerse socio entre comillas. Yo de eso no me encargo, porque mi jefa desde el primer día me dijo ‘tú de esto no te vas a encargar’. Entonces siempre tiene que ser la compañera de al lado. Y por eso, el poner límite de ‘tiene usted que tomar asiento’. Y me dicen, ‘pero si eres compañera de atención al paciente, pero ¿cómo no vas a poder hacerlo?’ Digo ‘ya, pero es que no, no es mi función’. Algo así, por ejemplo. O muchas veces tú no te puedes encargar de algo aunque tú sea tu función, pero en ese momento tú no te puedes encargar de eso porque tienes ahora mismo otra función. Es decir, si yo estoy ahora mismo haciendo algo y me viene un paciente diciéndome una cosa totalmente distinta y lo prioritario es lo que ya estoy haciendo, se tiene que encargar la compañera. Pero claro, mientras la compañera viene porque no está o por cualquier cosa, tú tienes que escuchar al paciente antes que todo. Eso es lo prioritario. Si te viene un paciente, tú lo escuchas. A partir de ahí ya se ve lo que se hace. Pero tú lo escuchas. (H) Y claro, una paciente que me vino por tema de una reclamación que se puso a llorar, también se encontraba mal porque dice que la habían tratado mal y yo la estuve escuchando durante unos minutos y de repente entra mi compañera, que había venido de estar en otro lado y dice ‘pase conmigo para comentármelo, que me encargo yo de la reclamación’ y la paciente me dice ‘podrías habérmelo dicho antes’. Entonces, claro, fue mi compañera la que en ese caso puso un límite de ‘oye, usted no le puede hablar así a la compañera’.

I: Pues sí. Vale. Preguntas ya finales. Un poco ya de resumen, casi. ¿Cuáles dirías tú que son las habilidades o cualidades más importantes que tiene que tener una persona que va a trabajar o que está trabajando en este puesto?

IP4: Pues te diría primero que creo que es bastante obvio la paciencia, el saber ser paciente. También muchas veces el saber contestar, porque las personas muchas veces sentimos muchas cosas y muchas cosas negativas y podemos pensar y sentir una cosa y decir otra completamente distinta. Entonces es saber, digamos, controlar eso, controlarlo bien, porque tú puedes tener un día muy malo, pero tú no le puedes hablar mal a un paciente, aunque tengas un día muy malo. Sí que hay gente que lo termina haciendo igual. Trabajadores, no digo en el hospital, digo en general que trabajadores que tienen un día mal y entonces le hablan mal a la gente que tienen enfrente, pero no debería. O al menos yo opino eso. (...)

I: Vale.

IP4: Es eso. El saber qué decir, en qué momento decirlo.

I: Vale. Bien. Y ahora. ¿Qué piensas que se debería evitar al estar trabajando en este puesto? Y ¿en qué se debe prestar especial atención? Que es un poco parecido a la de antes.

IP4: Pues te diría que hay que prestarle mucha atención al vocabulario muchas veces de cómo hablas. Como te he dicho antes, lo de no es lo mismo decir ‘yo no sé hacer esto’ que decir que no es tu función en este departamento, es saber muchas veces el comunicarte con un paciente para, digamos entre comillas, controlar sus emociones para que no piense ‘pero si este no tiene ni idea’ o que este diga ‘¿con quién estoy hablando?’. O sea, quién me ha venido aquí a hablarme. Pues habría que prestarle especial atención a eso y también muchas veces, que esto se nos termina olvidando como trabajadores, a saber que seguimos siendo personas y que no es nuestra función hacerlo todo y siempre. Muchas veces, aunque tu superior esté más ocupado que tú en ese entonces, es saber llamar a tu superior y decirle ‘oye, aquí hay un problema muy gordo y necesito que bajes tú aquí a solucionarlo’. Es muchas veces prestarle especial atención a eso, pero cosas específicamente que hay que evitar. Evitar no parecer profesional, sigues siendo una persona, pero estás en un entorno laboral. Tienes que saber actuar profesional, no parecer, como te lo diría, no parecer vago o no parecer como que te da igual el puesto en el que estás o como que te da igual el paciente que tienes en frente.

I: Ser profesional. Sí, vale, muy bien. ¿Hay algo que mejorarías? ¿Ves ahí margen de mejora? Y en este caso, ¿qué mejorarías? ¿qué cambiarías?

IP4: Sí. Pues la verdad es que sí que me gustaría sugerir muchas mejoras, ya no solo en mi puesto, sino en general en el hospital, en términos de administración, de recepción, de cara al paciente. El hecho de que falta personal, es decir, falta personal, pero más allá de que falta, falta asignarle una función específica a cada persona. Porque claro, en atención al paciente, como hacemos mil cosas, al final no podemos estar en todo a la misma vez. Por ejemplo, falta personal de interpretación específicamente porque no podemos simplemente dejar el puesto e irnos a traducir y los pacientes que vienen ¿qué hacen cuando no se encuentran a nadie al principio de la puerta que les pueda ayudar? No saben a qué planta ir, no podemos simplemente coger y dejarlo todo. O personal que se encargue específicamente de hacer encuestas, porque nosotras mientras atendemos a los pacientes también tenemos que hacer encuestas y no podemos estar haciendo encuestas mientras estamos traduciendo, mientras estamos haciendo cosas de socios y de facturación, no podemos básicamente. Entonces personal que se encarga de las encuestas, personal que se encargue de facturación, personal que se encargue de tal, de tal, de tal.

I: Vale.

IP4: Eso sería la mejora esencial, la verdad.

I: Sí. Vale. Ya está. Bueno, me queda una. Es simplemente si quieres añadir algo más sobre el tema que no hayamos hablado.

IP4: Pues así en particular, no. Yo creo que hemos abordado bastantes cosas.

I: Sí. Tengo mucha información ya con todo lo que lo que me has contestado, así que muchas gracias, con esto ya sí que tengo suficientes datos para mi trabajo.

IP4: Perfecto.

I: Muchas gracias por tu ayuda.

IP4: De nada. Sin problema. Me alegro de que te haya servido y te haya completado más información.