



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Dolmetschen im Krankenhaus -
Eine Fallstudie zum rumänischen Medizintourismus“

verfasst von / submitted by

Maria-Luiza Slavu, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna 2017

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

A065 354 342

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

Masterstudium Dolmetschen Rumänisch Englisch

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Pöchhacker

Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während meiner Masterarbeit motiviert und unterstützt haben.

Zunächst möchte ich Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Pöchhacker danken, der stets ein offenes Ohr für mich hatte und mir auf meinem Weg durch diese Masterarbeit mit Rat und Tat zur Seite stand.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern und meinen Freunden, die mich auf jede nur erdenkliche Weise unterstützt haben. Ihr wart stets an meiner Seite und habt mir Kraft und Motivation gegeben. Euch verdanke ich diesen Erfolg.

Abschließend möchte ich mich recht herzlich bei allen StudienkollegInnen und anderen Personen, die mich während meiner Studienzeit begleitet haben, bedanken.

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung	8
1. Community Interpreting (CI)	9
2. Dolmetschen im medizinischen Bereich	15
2.1. Besonderheiten des Dolmetschens im medizinischen Bereich	17
2.2. KommunikationsexpertInnen und LaiendolmetscherInnen: Aspekte der (Nicht-) Professionalität	21
2.2.1. LaiendolmetscherInnen	22
2.2.2. KommunikationsexpertInnen	24
2.3. Resultierende Probleme und Auswirkungen unzureichend qualifizierter DolmetscherInnen in der Arzt-Patient-Kommunikation	25
2.4. Das Rollenbild der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen	28
2.4.1. Allgemeines zum Rollenbild der DolmetscherInnen	28
2.4.2. Die Rolle der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich	29
3. Medizintourismus	32
3.1. Historische Entwicklung des Medizintourismus	33
3.2. Definition Medizintourismus	36
3.3. Motive und Ursachen für eine medizinische Behandlung im Ausland	38
3.4. Vermittlungsinstanzen – Rumänische PatientInnen in österreichischen medizinischen Einrichtungen	41
3.5. Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus	49
4. Dolmetschen im Krankenhaus: Eine Fallstudie zum rumänischen Medizintourismus	51
4.1. Methodik	52
4.2. Das Arzt-Patient-Dolmetscher Gespräch	53
4.2.1. Kontaktaufnahme, Auswahl und Darstellung des Dolmetschers	53
4.2.2. Vorgehensweise und Durchführung	54
4.2.3. Transkriptionsmethode nach EXMARaLDA	55
4.2.4. Gesprächsanalytisches Vorgehen und Aufbau der Analyse	57
4.3. Interviewleitfaden	61

5. Ergebnisse.....	63
5.1. Interview mit dem Dolmetscher	63
5.1.1. Soziodemographische Daten.....	63
5.1.2. Rolle und Tätigkeiten.....	64
5.1.3. Translatorische Kompetenzen	67
5.1.4. Schlussfolgerungen der Analyseergebnisse.....	69
5.2. Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch	71
5.2.1. Beteiligungsrahmen, Rederecht	73
5.2.2. Nicht-dolmetschendes Sprechen anstelle von jemandem	75
5.2.3. Fachsprache vs. Umgangssprache.....	79
5.2.4. Perspektivenwechsel.....	82
5.2.5. Beteiligung der Patientin	86
5.2.6. Zusammenfassung der Ergebnisse des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräches.....	90
6. Diskussion und Schlussfolgerungen	92
Bibliographie.....	95
Anhang I: Leitfadeninterview Dolmetscher.....	101
Anhang II: Transkription des Leitfadeninterviews.....	103
Anhang III: Transkription der Aufnahme nach EXMARaLDA	107
Anhang VI: Curriculum Vitae	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang V: Abstract (Deutsch)	123
Anhang VI: Abstract (Englisch)	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Entwicklung des Medizintourismus.....	35
Abbildung 2: Webseite Intermed Consulting (2017).....	44
Abbildung 3: Webseite INLIFE (2017).....	46
Abbildung 4: GoldenMed Viena (2014).....	47
Abbildung 5: GoldenMed Viena (2017).....	48
Abbildung 6: Sitzordnung der GesprächsteilnehmerInnen.....	56

0. Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Thema Community Interpreting in Österreich und legt dabei ein besonderes Augenmerk auf das „Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus“. Das Phänomen „rumänischer Medizintourismus“ ist in der gegenwärtigen Fachliteratur wenig beschrieben. Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, dieses Phänomen zu beleuchten.

Des Weiteren fokussiert die Arbeit auf das Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus. Hierbei wurde ein nicht professionell ausgebildeter Dolmetscher interviewt, der für rumänische PatientInnen in einer privaten Gesundheitseinrichtung in Wien tätig ist. Im Fokus steht besonders die Wahrnehmung der Rolle des Dolmetschers. Zusätzlich wurde ein Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch aufgezeichnet und diskursanalytisch untersucht. Dabei geht es vor allem darum zu beschreiben, wie sich der Dolmetscher in einem Arzt-Patient-Gespräch verhält.

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich wie folgt: Zunächst wird im ersten Kapitel der Begriff *Community Interpreting* definiert und beschrieben. Anschließend wird im zweiten Kapitel auf das Dolmetschen im medizinischen Bereich näher eingegangen, mit besonderem Augenmerk auf das Rollenbild des Dolmetschers im Gesundheitswesen. In Kapitel drei wird der Medizintourismus behandelt, ein Bereich, der noch wenig in der Fachliteratur erforscht wurde. In weiterer Folge des Kapitels wird auf das Phänomen des rumänischen Medizintourismus eingegangen, welches noch relativ neu ist. Dazu werden Vermittlungsinstanzen, die rumänische PatientInnen helfen, medizinische Behandlungen in Österreich in Anspruch zu nehmen, analysiert und aufgezeigt. Kapitel vier und fünf bilden den empirischen Teil der Masterarbeit, die qualitative Fallstudie. In Kapitel vier wird zunächst auf die Fragestellungen und die Methodik eingegangen. Kapitel fünf widmet sich letztendlich der Auswertung des Interviews sowie der Analyse des Arzt-Patient-Gesprächs mit dem Dolmetscher.

1. Community Interpreting (CI)

Der Begriff *Community Interpreting* (CI) wurde in den frühen Achtzigerjahren des 20. Jahrhunderts durch eine Arbeitsgruppe des *Institute of Linguists* in London geprägt. Darunter wird das Dolmetschen für Einzelpersonen oder kleine Gruppen, wie beispielsweise Familien, verstanden. *Community Interpreters* übernehmen eine wichtige Aufgabe, indem sie für EinwanderInnen, Flüchtlinge oder GastarbeiterInnen Gespräche bei Behörden, Sozialämtern, in Schulen oder in Gesundheitseinrichtungen des Aufnahmelandes dolmetschen (vgl. Bowen 1998: 319). Der Begriff *Community Interpreting* wird des Weiteren von Roberts (1997: 8) als

type of interpreting done to assist those immigrants who are not native speakers of the language to gain full and equal access to statutory services (legal, health, education, local government, social services)

definiert und ist demzufolge als das Dolmetschen bei der Inanspruchnahme gesetzlich geregelter Leistungen bei öffentlichen Einrichtungen durch MigrantInnen zu verstehen. Bei dieser Definition ist jedoch der Bezug auf die muttersprachliche Kompetenz nicht eindeutig, denn durch die Formulierung „native speakers“ könnte davon ausgegangen werden, dass es lediglich MuttersprachlerInnen möglich ist, mit den Behörden und öffentlichen Einrichtungen des betreffenden Landes zu kommunizieren. Dabei werden fremdsprachenkundige Personen außer Acht gelassen (vgl. Pöchhacker 1998: 40).

Die Definition des Begriffes *Community Interpreters*, die in der Ankündigung der 1. Internationalen Konferenz zum Thema *Interpreters in the Community* verwendet wurde, wird dafür von Pöchhacker (1998: 40) als eine gelungenere Formulierung angesehen:

Community interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language(s) of the country to communicate with the providers of public services so as to facilitate full and equal access to legal, health, education, government, and social services.

Diese Definition schließt durch den Ausdruck „people“ auch Reisende, TouristInnen und Geschäftsleute als potentielle KlientInnen von Community Interpreting-Leistungen mit ein. Pöllabauer (2002: 197f.) zählt zu den KlientInnen von *Community Interpreters*

MigrantInnen, AsylwerberInnen, GastarbeiterInnen und Flüchtlinge. Sie definiert diese Personen als jene, die im Gastland wenig Macht und Einfluss besitzen, oftmals ein geringes Ansehen haben und auch häufig mit Vorurteilen kämpfen müssen (vgl. Pöllabauer 2002: 198). Pöchhacker (1998: 40) stellt fest, dass die Definitionen von *Community Interpreting* eines gemeinsam haben, nämlich, dass sie die spezifischen Einsatzbereiche (*settings*) aufzählen, die verschiedenen Subtypen von *Community Interpreting* zugeordnet werden können.

In der Literatur herrschen indessen unter den Fachleuten, die sich ausführlich mit dem Begriff beschäftigen, nach wie vor Auffassungsunterschiede über den Inhalt und Umfang von *Community Interpreting (CI)* (vgl. Pöchhacker 1998: 39). Viele WissenschaftlerInnen sind mit dem Oberbegriff CI für verschiedene Einsatzbereiche nicht einverstanden, denn sehr oft wird CI als eine dritte Form des Dolmetschens angesehen, neben Konferenzdolmetschen und Gerichtsdolmetschen (vgl. Pöllabauer 1998: 20).

In der Fachliteratur herrscht Uneinigkeit darüber, ob das Gerichtsdolmetschen auch zum *Community Interpreting* zählt oder ob dieses als eigenständiger Bereich anzusehen ist. Während in Nordamerika und den meisten europäischen Ländern das Gerichtsdolmetschen als eigenständiger Bereich betrachtet wird, werden in Australien, Großbritannien und Schweden alle *legal services*, d. h. der gesamte Bereich des Gerichtsdolmetschens, als Teil von CI verstanden. Diese Trennung zwischen *court interpreting* und *community interpreting* lässt sich dadurch erklären, dass ersteres einen höheren Entwicklungs- und Professionalisierungsgrad in einigen Ländern aufweist (vgl. Pöchhacker 1998: 40f.). In Österreich ist das Gerichtsdolmetschen ein eigenständiger Bereich, der über das *Bundesgesetz über die allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetscher* geregelt ist.

Der Begriff *Community Interpreting* ist mittlerweile international verbreitet. Dennoch werden unterschiedliche sprachliche Bezeichnungen verwendet. In Australien wird der Begriff *liaison interpreting* oder *three-cornered interpreting* (vgl. Gentile et al. 1996: 17) verwendet, in Kanada der Terminus *cultural interpreting* (vgl. Garber 2000) und in Großbritannien *ad hoc interpreting* oder *public service interpreting* (vgl. Gentile et al. 1996: 17). Aber auch im europäischen Sprachraum gibt es unterschiedliche Bezeichnungen. So wird in skandinavischen Ländern, wie beispielsweise in Schweden,

der Begriff *dialogue/contact interpreting* (vgl. Wadensjö 1992) für das CI verwendet. In Österreich hat sich der Begriff *Kommunaldolmetschen* (KD) etabliert, wobei dieser das Dolmetschen bei Gericht nicht miteinbezieht. Bahadır (2000: 217) ist der Auffassung, dass der Begriff *Kommunaldolmetschen* in Deutschland aufgrund von Assoziationen mit Kommunalwahlen oder Kommunalpolitik schwer durchsetzbar sei. Sie spricht vielmehr vom *Dolmetschen im medizinischen, sozialen und juristischen Bereich* und unterstützt damit die von Dizdar vorgeschlagene Benennung des *Fachdolmetschers* mit Spezialisierungsbereichen (für den medizinischen und/oder sozialen und/oder juristischen Bereich) für das entsprechende Kulturpaar (vgl. Bahadır 2000: 215f.).

In der Literatur lassen sich nicht nur zahlreiche Benennungen für den Terminus *Community Interpreting* finden, sondern auch verschiedene Definitionen. Slapp (2004: 12) definiert das *Community Interpreting* als

das Dolmetschen spontaner Gespräche zwischen Menschen (Einwanderer, Gastarbeiter, Flüchtlinge, aber auch Touristen) und Angestellten (Fachpersonal) öffentlicher Einrichtungen der medizinischen und sozialen Bereiche eines Aufnahmelandes.

In dieser Definition werden die Settings des CI genannt und es geht daraus hervor, wer die KlientInnen sind, die die Dienstleistungen der KommunaldolmetscherInnen in Anspruch nehmen. Das Besondere an Slapps Definition ist, dass diese auch TouristInnen miteinbezieht, denn MigrantInnen, GastarbeiterInnen und Flüchtlinge kommen, wie oben gezeigt, in vielen Definitionen vor.

In der Definition von Gentile et al. (1996: 17) liegt der Schwerpunkt auf dem Dolmetschmodus: „*Liaison interpreting* is the name given to the genre of interpreting where the interpreting is performed in two language directions by the same person.“

Laut Pöllabauer (2002: 197) ermöglichen KommunaldolmetscherInnen Menschen, welche die Sprache des Gastlandes wenig bis gar nicht beherrschen, einen Zugang zu öffentlichen Einrichtungen, wie zum Beispiel in Krankenhäusern, bei Gericht, auf Polizeistationen, in Sozialeinrichtungen oder auch in Schulen. Des Weiteren helfen sie, eine zufriedenstellende Kommunikation zwischen zwei oder mehreren GesprächsteilnehmerInnen herzustellen, die nicht über den gleichen sprachlichen bzw. kulturellen Hintergrund verfügen (vgl. Pöllabauer 2002: 197). In ihrer Definition beschreibt Pöllabauer umfassend die Tätigkeit der KommunaldolmetscherInnen, die meistens für Angehörige einer ethnischen Minderheit

dolmetschen. Dabei handelt es sich um MigrantInnen, GastarbeiterInnen, Flüchtlinge, AsylbewerberInnen oder TouristInnen.

Pöllabauer (2002: 198) ist der Auffassung, dass KommunaldolmetscherInnen im Unterschied zu KonferenzdolmetscherInnen nicht ausschließlich nur in institutionellen oder behördlichen Settings dolmetschen. Pöllabauer (2002: 198) beschreibt ausführlich die prototypischen Settings des CI und zählt dabei folgende auf:

- Ämter, Behörden und Institutionen: Einwanderungs-, Aufenthalts- und Fremdenbehörden
- Medizinische Einrichtungen: Krankenhäuser, Ambulatorien, Arztpraxen, Krankenversicherungsanstalten, Therapiezentren
- Psychologische, psychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen: Familien-, Gruppen-, Gestalt- und Logotherapie
- Soziale Einrichtungen: Gespräche mit SozialarbeiterInnen, Fürsorge
- Bildungseinrichtungen: Orientierungs-, Integrations- oder Berufsfindungskurse
- Schulische Settings: Elternsprechtag, Elternabende
- Wirtschaftliche/rechtliche Settings: Kreditverhandlungen, Kontoeröffnungen oder andere finanzielle Angelegenheiten bei Banken, Vertragsabschlüsse, wohnungsrechtliche Angelegenheiten, Rechtsberatung

Beim Kommunaldolmetschen ist darüber hinaus zu erwähnen, dass die Kommunikation in einer (inner)gesellschaftlichen Interaktion stattfindet. Dies bedeutet, dass die Handlung zwischen Mitgliedern derselben Gesellschaft (*intrasozietär*) und nicht, wie beim Konferenzdolmetschen, zwischen Mitgliedern zweier Gesellschaften (*intersozietär*) erfolgt (vgl. Pöchlacker 1998: 42f.). Aufgrund der Migrationsbewegung, der erhöhten Mobilität und der dadurch entstandenen multikulturellen Gesellschaft ergibt sich folglich ein steigender Bedarf an *intrasozietärer* Kommunikation für die öffentlichen Einrichtungen eines Staates und somit auch die Notwendigkeit, diesen Kommunikationsbedarf für alle Personen, wie auch für unterschiedliche Ethnien und Kulturen, zu erfüllen (vgl. Pöchlacker 1998: 12f.).

Die Unterscheidung zwischen Konferenz- und Kommunaldolmetschen lässt sich nicht nur anhand des inter- bzw. intrasozietären Handlungszusammenhangs erklären, sondern auch anhand von Merkmalen, die, wie Pöchlacker (1998: 43) feststellt, eine

Ungleichheit der Kommunikationspartner zeigen. Er meint damit in erster Linie die Rollenkonstellation zwischen einer (Privat-)Person und einer Institution, wie beispielsweise Staat, Polizei, Gericht oder Krankenhaus. Folglich ergibt sich die Frage des Machtverhältnisses in der Interaktionssituation, da beim Kommunal Dolmetschen meistens Angehörige einer Minderheit beteiligt sind (beispielsweise Flüchtlinge oder MigrantInnen), die das institutions- bzw. rollenbedingte Machtgefälle und somit die Ungleichheit hinsichtlich des sozialen Status und Bildungshintergrunds verschärfen (vgl. Pöchlhammer 1998: 44).

Pöchlhammer (2000: 198f.) spricht in diesem Zusammenhang auch davon, dass oftmals ein „asymmetrisches Machtgefüge“ zwischen den Gesprächsparteien herrsche, was jedoch charakteristisch für das CI sei, da die VertreterInnen des Gastlandes oftmals einen anderen Wissensstand und andere Erfahrungen als die Angehörigen der jeweiligen Minderheit besitzen. Hinzu kommt, dass die Angehörigen einer sprachlichen oder kulturellen Minderheit eine untergeordnete Position in der sozialen Hierarchie einnehmen und die MigrantInnen somit einen niedrigen sozialen Status in der Gesellschaft besitzen, während die andere Gesprächspartei der sogenannten dominanten Mehrheit angehört (vgl. Pöchlhammer 2002: 199). Dadurch entsteht ein ungleiches Machtverhältnis und es herrscht nicht nur ein ungleicher Bildungsstand zwischen beiden Gesprächsparteien, wie Pöchlhammer (1998: 44) feststellt, sondern es herrschen auch unterschiedliche soziokulturelle Normen und Konventionen. Auch Shackman (1987: 18) erklärte bereits 1984, dass *Community Interpreters* für ungleiche Gesprächsparteien dolmetschen und dadurch die Machtverhältnisse anders sind.

Charakteristisch für das CI sind außerdem die *face-to-face*-Gesprächssituationen. Beim Konferenzdolmetschen erfolgt die Kommunikation oftmals monologisch. Der/die DolmetscherIn sitzt hierbei in einer Kabine hinten im Saal. Anders als beim KD liegt der Schwerpunkt beim *Community Interpreting* dagegen in der dialogischen Kommunikation zwischen den jeweiligen Gesprächspartnern sowie der physischen Nähe der DolmetscherInnen im Kommunikationsprozess (vgl. Pöchlhammer 2002: 199). Der/die DolmetscherIn ist aktiv an dem Gespräch beteiligt und in den Gesprächssituationen stärker präsent als beim Konferenzdolmetschen. Dadurch wird „[d]ie Rolle von *Community Interpreters* [...] in vielen Fällen von der Funktion des mechanischen, neutralen ‚Sprachrohrs‘ ausgeweitet zur Funktion eines aktiven dritten

Gesprächsteilnehmers [...]“ (Pöllabauer 2002: 199). Sie ist der Meinung, dass sowohl die Unsichtbarkeit der DolmetscherInnen durch ihre Präsenz aufgehoben wird, wie auch, dass die Richtung und das Ergebnis eines Gesprächs durch die Präsenz stark beeinflusst werden können (vgl. Pöllabauer 2002: 199).

Ein weiteres Merkmal der *Community Interpreters* ist, dass diese in zwei Sprachen arbeiten und in beide Richtungen dolmetschen. Aufgrund der dialogischen Gesprächssituationen müssen KommunaldolmetscherInnen sowohl ihre Muttersprache als auch die Fremd- bzw. Zweitsprache, in die sie dolmetschen, sehr gut beherrschen (vgl. Pöllabauer 2002: 199). Charakteristisch für *Community Interpreters* ist dabei, dass diese für verschiedene Minderheitensprachen und osteuropäische Sprachen, wie beispielsweise Rumänisch, Serbisch und Bulgarisch, und viel weniger für die sogenannten „großen“ westeuropäischen Sprachen, wie Englisch oder Französisch, benötigt werden. Daher ist es gerade für diese Sprachkonstellationen schwierig, professionelle DolmetscherInnen zu finden, die in diesen Sprachen ausgebildet wurden (vgl. Slapp 2004: 16, Pöllabauer 2002: 199).

Auch das Dolmetschen im medizinischen Bereich bzw. das Dolmetschen im Gesundheitswesen wird als Bereich des CI verstanden. Aufgrund des inhaltlichen Schwerpunktes der vorliegenden Masterarbeit wie auch der Komplexität dieses Einsatzgebietes für DolmetscherInnen wird dieses im nächsten Kapitel ausführlich behandelt.

2. Dolmetschen im medizinischen Bereich

Heutzutage benötigen immer mehr Menschen aufgrund ihrer begrenzten Sprachbeherrschung Dolmetschdienste. Die Einwanderung der letzten Jahrzehnte, aber auch die aktuelle Flüchtlingskrise haben in Österreich eine Gesellschaft entstehen lassen, die viele verschiedene Ethnien aufweist. Dies führt zu einem immer weiter ansteigenden Bedarf an intrasozialer Kommunikation (vgl. Pöchhacker 2000a: 141). Bei der Überbrückung der Sprach- und Kulturbarrriere können professionell ausgebildete DolmetscherInnen einen erheblichen Beitrag leisten (vgl. Pöchhacker 1997: 35). Einen großen Teil dieser Kommunikation wickeln die DolmetscherInnen im Gesundheitswesen, vor allem in Krankenhäusern, ab.

In der Literatur werden hinsichtlich der Bezeichnung für das Dolmetschen im Gesundheitswesen mehrere Termini verwendet. Auf internationaler Ebene wird von *healthcare interpreting* (Pöchhacker & Shlesinger 2007), *medical interpreting* (Angelelli 2004a) oder von *interpreting in medical settings* (Frishberg 1994, Hale 2007) gesprochen. Im deutschsprachigen Raum werden die Begriffe *Medizindolmetschen* oder auch *Krankenhausdolmetschen* verwendet. Diese Bereiche des Dolmetschens gehören, wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, dem sogenannten Kommunaldolmetschen (*Community Interpreting*) an.

MedizindolmetscherInnen fungieren in einer Gesundheitseinrichtung als Sprach- und KulturmittlerInnen. Sie arbeiten in beide Sprachrichtungen und sind gleichzeitig (Ver-)MittlerInnen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Sie sind unter anderem in der Lage, Fachbegriffe zu umschreiben und somit den fremdsprachigen PatientInnen die komplexe Terminologie in vereinfachter Form wiederzugeben oder zu erklären (vgl. Angelelli 2004a: 148). Als KulturmittlerInnen können sie wichtige und objektive Informationen über die Kultur der fremdsprachigen PatientInnen an ÄrztInnen und anderes Personal der Gesundheitseinrichtung vermitteln (vgl. Kaufert & Koolage 1984: 284).

Laut Frishberg (1994: 118) können MedizindolmetscherInnen im Gesundheitswesen vielseitig eingesetzt werden. Ihr Tätigkeitsfeld reicht von einem Routinegespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen bis hin zum Dolmetschen bei medizinischen Notfällen oder auch als Unterstützung bei Befundbesprechungen oder

Aufklärungsformularen vor einer Operation. Die zu überbrückende Sprach- und Kulturbarriere ist eine Hürde, die den eingesetzten AkteurInnen höchste Professionalität abverlangt, da sonst Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen oder teure Folgebehandlungen die Folge sein können (vgl. Pöllabauer 2009: 98).

Der Beruf der DolmetscherInnen stellt in Österreich – mit Ausnahme der GerichtsdolmetscherInnen – nach wie vor einen ungeschützten Beruf dar und ist somit nicht geregelt. Dies bedeutet, dass sich jede bzw. jeder als DolmetscherIn bezeichnen kann, ohne eine fachspezifische Ausbildung in diesem Bereich zu besitzen. Dies führt dazu, dass oft Angehörige, Freunde oder fremdsprachenkundige MitarbeiterInnen der Gesundheitseinrichtung als DolmetscherInnen in der Arzt-Patient-Kommunikation eingesetzt werden (vgl. Pöchhacker 1997: 52). Die Sprachkenntnisse der, in der Literatur als LaiendolmetscherInnen oder Ad hoc-DolmetscherInnen bezeichneten, nicht professionellen DolmetscherInnen reichen aber oftmals nicht aus, um eine zufriedenstellende Kommunikation zu gewährleisten.

Pöchhacker (2000a: 142) plädiert in diesen speziellen Fällen der medizinischen Dienstleistung für den Einsatz von zweisprachigem Fachpersonal. Bedingt durch die Demografie der jeweiligen Länder ist dies jedoch selten realisierbar und oft wird bei der Einstellung des Personals nur die fachliche Qualifikation geprüft, nicht jedoch die Sprach- und Kulturkenntnisse. Der Einsatz von Informationsbroschüren und Formularen in der Muttersprache der PatientInnen stellt eine Möglichkeit zur Erleichterung der Kommunikation zwischen PatientInnen und Krankenhauspersonal dar, wobei hier die Qualität der Übersetzung ausschlaggebend sein dürfte. So auch bei der Verwendung von mehrsprachigen Phrasenbüchern, die in der Literatur mancherorts als Alternative genannt werden, die aber auch nur einen minimalen Bereich der Kommunikation zwischen Personal und PatientInnen abdecken können. Weiters stellt sich hier das Problem des Analphabetismus, dessen Grad in vielen der Ursprungsländer der PatientInnen immer noch sehr hoch ist. Als Zusatzhilfe könnten Beschreibungen mit Bildern (z. B. von verschiedenen Symptomen) sorgen, den verbalen Austausch können diese aber nicht gänzlich überflüssig machen, sodass DolmetscherInnen weiterhin unersetzbar bleiben (vgl. Pöchhacker 1997: 184f.).

Eine weitere Dimension der Kommunikation, die sich als problematisch erweisen kann, ist jene zwischen den PatientInnen und den Institutionen im jeweiligen

Land. Die PatientInnen bringen nämlich ein Vorwissen über den Umgang mit den Institutionen ihres Heimatlandes mit. Hierbei kann es grundlegende kulturelle Unterschiede im Verhalten gegenüber Behörden geben. Gleichzeitig besitzen die Zugezogenen oft nur ein eingeschränktes Wissen über die Funktionsweise der Institutionen ihres Gastlandes, was sie in der Kommunikation mit diesen und beim Bezug von Leistungen gegenüber einheimischen BewohnerInnen benachteiligen kann (vgl. Rehbein 1985: 18f.).

2.1. Besonderheiten des Dolmetschens im medizinischen Bereich

Die Qualifikation der Personen, die in den Gesundheitseinrichtungen dazu beitragen, sprachliche und kulturelle Barrieren zu überbrücken, weist eine hohe Bandbreite auf. LaiendolmetscherInnen, meist Begleitpersonen der PatientInnen, und professionell ausgebildete DolmetscherInnen kommen ebenso zum Einsatz wie zweisprachiges Krankenhauspersonal, das in österreichischen Krankenhäusern auch eher als professionell ausgebildete DolmetscherInnen eingesetzt wird (vgl. Pöchlacker 1997, Szakacs 2010).

Somit stellt sich die Frage, ob LaiendolmetscherInnen die Anforderungen für eine professionelle Abwicklung der Kommunikation in den Gesundheitseinrichtungen erfüllen, denn neben Sprach- und Kulturkompetenz in der zum Einsatz kommenden Sprachenkombination sollten sie zusätzlich über ein gewisses Maß an fachterminologischem Wissen verfügen. Zu ihrer Aufgabe gehört unter anderem, die Behandlungsabläufe im Fall der einzelnen Krankheitsbilder nach deren Diagnostizierung zu erklären wie auch notwendige Stationsabläufe zu erläutern, die durch die weiteren Behandlungen bedingt werden (vgl. Allaoui 2005: 146). Denn oft haben PatientInnen kein oder nur beschränktes Wissen über anatomische und funktionelle Zusammenhänge. Sogar wenn PatientInnen und das medizinische Personal demselben Kulturkreis angehören und dieselbe Muttersprache sprechen, kann es zu Kommunikationsproblemen kommen, da ÄrztInnen oft sehr viele Fachausdrücke verwenden (vgl. Rásky *et al.* 2003: 110).

Bei den Begleitpersonen handelt es sich oft um Familienmitglieder der PatientInnen. Diese können schon mit der Wiedergabe von einfachen medizinischen

Fachausdrücken überfordert sein, geschweige denn, dass sie mit dem Thema reflektiert umgehen können. Ein/e professionelle/r DolmetscherIn hatte hingegen wahrscheinlich schon im Laufe des Studiums Berührung mit Fachausdrücken und kann alleine schon dank der dolmetschtechnischen Kompetenzen einen bewussteren Einsatz an den Tag legen (vgl. Felgner 2009: 47).

Auch Dialekte und umgangssprachliche Codes der PatientInnen sollten für die Dolmetschenden in der Sprachmittlung kein Hindernis darstellen (vgl. Pöllabauer 2002: 201). Weiters ist, wie schon oben erwähnt, institutionelles Wissen notwendig, nämlich die Kenntnis der Struktur und Funktionsweise der Institutionen innerhalb der Sozial- und Gesundheitssysteme der beiden Länder und Kulturen, um die Benachteiligung der PatientInnen durch ihre Wissenslücke soweit wie möglich zu vermeiden (vgl. Rásky *et al.* 2003: 122-123). Pöchlhammer (1997) untermauert in seiner Arbeit die Notwendigkeit dieser Fähigkeiten, indem er zum Schluss kommt, dass Faktoren wie Rollendistanz, ein hohes Gefälle in Hinblick auf das Bildungsniveau oder die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Schichten den Kommunikationsaustausch in den verschiedenen Institutionen sogar unter Angehörigen desselben Sprach- und Kulturkreises beeinträchtigen können (vgl. *ibid.*: 53).

Pöllabauer (2002: 201) fügt noch ein weiteres Kompetenzfeld hinzu, nämlich die Fähigkeit, unter Stress und Zeitdruck zu arbeiten. Geduld und Belastbarkeit seitens des Dolmetschers sind genauso erforderlich wie die fachliche Kompetenz, denn alleine schon das Arbeitsumfeld der DolmetscherInnen, die im Gesundheitswesen tätig sind, verlangt ein hohes Maß an Stressresistenz. PatientInnen müssen in kürzester Zeit über komplexe Operationen aufgeklärt werden. Traumatisierte Flüchtlinge in Schubhaft und psychisch labile Personen in der Psychiatrie, die der Landessprache nicht mächtig sind, bedürfen ebenfalls der Mittlung durch DolmetscherInnen (vgl. *ibid.*). Es gilt, Situationen zu bewältigen, in denen die PatientInnen möglicherweise unter dem Einfluss von Psychopharmaka stehen, ans Bett gefesselt oder in irgendeiner anderen Weise der Fixierung bedürfen, da sie eine Verletzungsgefahr für das Personal oder sich selbst darstellen (vgl. Felgner 2009: 60). Es ist nicht selbstverständlich, dass LaiendolmetscherInnen mit solchen Situationen umzugehen vermögen, Gefahren richtig einschätzen können oder gar Anweisungen des Fachpersonals überhaupt nachvollziehen können.

In der speziellen Situation des Dolmetschens im Gesundheitswesen spielt sogar das Geschlecht des Dolmetschenden eine Rolle. Für Patienten aus patriarchalischen Gesellschaften etwa könnte es ein Problem darstellen, wenn sie von einer Dolmetscherin betreut werden, da in diesen Kulturen die Gleichstellung oder gar Höherstellung einer Frau gegenüber einem Mann undenkbar ist. Umgekehrt können Situationen auftreten, wie z. B. bei einem medizinischen Gespräch nach einer Vergewaltigung, in denen der Einsatz eines Dolmetschers sich als nicht akzeptabel erweisen kann. Darüber hinaus würden sich Frauen aus den obig genannten Kulturen nie einer, oft notwendigen gynäkologischen Untersuchung in der Gegenwart eines Mannes unterziehen (vgl. Pöllabauer 2002: 201-202). Auch im Falle von Geburtshilfe-Untersuchungen bei muslimischen Frauen sollten diese nicht nur von Ärztinnen untersucht werden, sondern die dolmetschende Person auch eine Frau sein (vgl. Uluköylü 2006: 189). Umgekehrt können Männer ein Problem damit haben, Gespräche zu führen, die sensible Themen wie ihre Sexualität betreffen (vgl. Rásky *et al.* 2003: 118). Es stellt sich somit die Frage der Akzeptanz zwischen den Parteien, denn ohne diese kann keine Zusammenarbeit stattfinden.

Es kommen noch weitere kulturelle Faktoren hinzu, wie z. B. die ethnische Zugehörigkeit und die möglicherweise daraus resultierenden Konfliktpotenziale der Akteure. Die Zugehörigkeit zu verschiedenen religiösen oder politischen Gruppen kann zusätzlich erschwerend wirken (vgl. Pöllabauer 2002: 202). Die Folge kann Misstrauen seitens der PatientInnen sein, was den Zugang zu wichtigen Hintergrundinformationen erschweren kann (vgl. Übelacker 2007: 45).

Als kulturelle Besonderheiten können auch die Bedeutung von Blickkontakt, von Lachen und Lächeln, der Wechsel zwischen Zuhören und Sprechen, die Auslegung von „Ich weiß nicht“ oder der Bejahung bzw. Verneinung von Fragen gewertet werden. Die Reihenfolge, in der von den PatientInnen Informationen dargeboten werden, kann von Kultur zu Kultur verschieden sein. Diese Unterschiede sind ÄrztInnen nicht immer bewusst und sie bergen Potenzial für Missverständnisse (vgl. Rásky *et al.* 2003: 111-113), wie auch der Fall einer Ärztin beweist, die in ihrer Beratungsstelle bulgarische Frauen betreute. Diese schnalzten gelegentlich mit der Zunge und kniffen ihr in die Wange. Das Schnalzen deutete die Ärztin als Zeichen der Abwertung, wobei es im bulgarischen Kulturkreis als Zeichen der Zustimmung gilt, und das Kniffen der Wange

als Verletzung ihrer körperlichen Integrität, da sie nicht wusste, dass es in eben dieser Kultur als Kompliment verstanden wird. Das Missverstehen solcher kulturellen Unterschiede kann schnell zu Fehldiagnosen und Fehlentscheidungen führen (vgl. Übelacker 2007: 52).

Felgner (2009) beschreibt, um noch ein weiteres Beispiel zur Verdeutlichung der Wichtigkeit von kulturellen Aspekten beim Kommunaldolmetschen zu nennen, die unterschiedliche Bedeutung des Blickkontaktes in der asiatischen Kultur im Vergleich zur westeuropäischen. Im asiatischen Kulturkreis wird direkter Augenkontakt als respektlos empfunden und als Zeichen der Indiskretion gewertet, das Vermeiden wiederum als Zeichen von Respekt und Demut gegenüber dem Kommunikationspartner. Im westeuropäischen Kulturkreis kann hingegen die Vermeidung des Blickkontaktes beim Gegenüber den Eindruck erwecken, dass diese oder dieser unsicher ist oder sogar lügt. Deswegen warnt Felgner (ibid.) in solchen Situationen vor der subjektiven Entschlüsselung der von PatientInnen gesendeten nonverbalen Informationen. Sollte nämlich die Botschaft auf Grund der eigenen kulturellen Normen gedeutet werden, kann dies zu wesentlichen Missverständnissen führen und die Kommunikation beeinträchtigen. Nicht, dass Fehldeutungen nicht auch in der intrakulturellen Kommunikation vorkommen könnten, die Wahrscheinlichkeit ihres Vorkommens ist in der interkulturellen Kommunikation aber wesentlich höher (vgl. ibid.: 48-51).

Als letzte spezielle Eigenschaft des Dolmetschens im Gesundheitswesen sei erwähnt, dass die Kommunikation in diesem speziellen Setting des Kommunaldolmetschens meist eine triadische Form aufweist, sprich eine Kommunikation zwischen mindestens drei Parteien, die einen voneinander abweichenden kulturellen Hintergrund haben können (vgl. Bahadır 2003: 60f.). Gentile *et al.* (1996) empfehlen in diesem Zusammenhang die Aufstellung in Form eines Dreiecks, da die wesentlichen Kommunikationsteilnehmer (ÄrztIn und PatientIn) herausgehoben werden und ihre Aufmerksamkeit auf das Gespräch fokussieren können, während der/die Dolmetschende sich auf den Sprachtransfer konzentrieren kann. Diese Form der Positionierung hat zusätzlich den Vorteil, dass die Kommunikation der natürlichen, nicht durch eine/n Dolmetschende/n vermittelten Gesprächsdynamik am ehesten gleicht. Dies führt dazu, dass sich die Akteure ihrer jeweiligen Rolle im

Gespräch nicht so leicht entziehen können (vgl. *ibid.*: 18f.). Darüber hinaus gewährt die überschaubare Anzahl an KommunikationsteilnehmerInnen und die meist konsekutive Natur der angewendeten Dolmetschtechnik dem/der Dolmetschenden die Möglichkeit, im Falle von nicht verstandenen Textpassagen nachzufragen, was genau gemeint war. Andererseits kann dies auch zu einem stärkeren Einbezug in das Gespräch führen, was wiederum die Qualität der Dolmetschung negativ beeinflussen kann (vgl. *ibid.*: 25).

Im medizinischen Alltag jedoch wird die Position der KommunikationsteilnehmerInnen von der Größe und der Konfiguration des Raumes vorgegeben, in dem die Dolmetschung vonstatten geht. Die Sitzmöglichkeiten, die für eine Dreiecksaufstellung und zur Abhaltung eines entspannten Gesprächs notwendig wären, fehlen oft. Es können medizinische Geräte im Weg stehen, der Raum kann zu klein oder durch Mehrfachbelegung überfüllt sein. In einer solchen Situation ist, wenn möglich, vom/von der Dolmetschenden eine Position im Raum einzunehmen, aus der er/sie zumindest den Blickkontakt mit den Akteuren wahren kann (vgl. Felgner 2009: 59).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Dolmetschen im medizinischen Bereich sich in vielen Aspekten von anderen Bereichen des Community Interpreting unterscheidet. Kulturspezifische, sprachspezifische und geschlechtsbezogene Aspekte sind ihm genauso eigen wie räumliche Faktoren. Im nachstehenden Kapitel werden die Unterschiede zwischen nicht ausgebildeten oder LaiendolmetscherInnen und professionellen DolmetscherInnen näher erläutert.

2.2. KommunikationsexpertInnen und LaiendolmetscherInnen: Aspekte der (Nicht-) Professionalität

Im vorliegenden Kapitel werden etwaige Unterschiede zwischen professionell ausgebildeten DolmetscherInnen und LaiendolmetscherInnen in Hinblick auf die Vorgehensweise, das theoretische Wissen und die Kultur- bzw. Sprachtransferkompetenz aufgezeigt.

2.2.1. LaiendolmetscherInnen

LaiendolmetscherInnen sind keine professionell für die über Sprach- und Kulturbarrrieren hinweg geschehende Kommunikation ausgebildeten Fachkräfte. In der Regel sind LaiendolmetscherInnen Familienangehörige, Freunde oder Bekannte der PatientInnen, die zum ärztlichen Gespräch mitgenommen werden und als DolmetscherInnen fungieren. Es kann sich dabei auch um Minderjährige handeln, was wiederum ethische Fragen aufwirft. Wenn Kinder für ihre Eltern als DolmetscherInnen fungieren müssen, sind sie in der Regel einer großen psychischen Belastung ausgesetzt, wenn sie beispielsweise erfahren, dass womöglich ein Elternteil oder ein Verwandter schwer erkrankt ist. Kinder sind des Weiteren der Aufgabe des Dolmetschens auf sprachlicher Ebene nicht gewachsen, da sie einerseits die Fachbegriffe nicht kennen und ihnen andererseits viele der medizinischen Themen noch unbekannt sind (vgl. Pöchlhacker 2000b: 153).

Menz (2013) versteht unter dem Begriff LaiendolmetscherInnen oder auch Ad-hoc-DolmetscherInnen SprachmittlerInnen, die weder über eine akademische Dolmetschausbildung verfügen, noch in einer medizinischen Einrichtung angestellt sind, jedoch zu Kommunikationszwecken zwischen ÄrztInnen und PatientInnen eingesetzt werden. Als LaiendolmetscherInnen können auch dolmetschende Angestellte der medizinischen Einrichtungen bezeichnet werden, deren Stellenbeschreibung nichts mit Sprachmittlung zu tun hat, wie beispielsweise Pflege- oder Reinigungspersonal. Obwohl das medizinische Personal gegenüber Familienangehörigen oder FreundInnen der PatientInnen den Vorteil hat, dass es sowohl die Abläufe der Gesundheitseinrichtung kennt als auch über medizinische Kenntnisse verfügt und dabei zwei oder womöglich mehrere Sprachen beherrscht, garantiert dies noch kein zufriedenstellendes Dolmetschen (vgl. Menz 2013: 27).

Eine Studie von Catherine Athorp und Bruce Downing (1996) bestätigt, dass DolmetscherInnen ohne akademische Ausbildung die Interaktion negativ beeinflussen können. Hierbei wurden dolmetschervermittelte Gespräche untersucht sowie Gespräche mit Hilfe von KrankenpflegerInnen, sogenannten *bilingual helpers*, sowie Gespräche, bei denen ÄrztInnen und PatientInnen dieselbe Sprache sprechen. Es zeigt sich, dass in den Gesprächen mit KrankenpflegerInnen diese nicht als DolmetscherInnen

interagieren, sondern ihre Pflegefunktion beibehalten und somit die von PatientInnen initiierten Äußerungen in der direkten Arzt-Patient-Kommunikation reduzieren. Bei Dolmetschervermittelten Gesprächen hingegen, bei denen professionelle DolmetscherInnen zum Einsatz kommen, handelt es sich meistens um direkte Übersetzungen von originalen Aussagen der ÄrztInnen und PatientInnen. Laut Athorp und Downing hat der Einsatz von professionellen und erfahrenen DolmetscherInnen im Gegensatz zu zweisprachigem Pflegepersonal eine positive Auswirkung auf die Arzt-Patient-Kommunikation.

Ein weiteres problematisches Vorgehen von LaiendolmetscherInnen, aber auch von nicht einschlägig ausgebildeten, aber professionell arbeitenden DolmetscherInnen ist der oftmals durchgeführte Perspektivenwechsel. DolmetscherInnen, die über eine einschlägige Ausbildung verfügen, dolmetschen unter Verwendung der 1. Person, wohingegen LaiendolmetscherInnen oftmals die 3. Person benutzen oder häufig die Perspektive innerhalb des Gespräches wechseln (vgl. Menz 2013: 28).

Die Tatsache, dass LaiendolmetscherInnen öfter als ausgebildete DolmetscherInnen zum Einsatz kommen, ist nicht verwunderlich, zumal Dolmetschen in Österreich eben keinen geschützten Berufsstand darstellt, wodurch sich jede bzw. jeder die Bezeichnung zu eigen machen kann, ohne einen Befähigungsnachweis erbringen zu müssen. Eine Ausnahme bildet hier nur die Gruppe der GerichtsdolmetscherInnen, für die eine gesonderte Prüfung abzulegen ist (vgl. Pöchlhammer 1997: 52).

Im medizinischen Alltag birgt somit der Einsatz von LaiendolmetscherInnen gewisse Gefahren. Denn Ad-Hoc-DolmetscherInnen neigen eher dazu, Sprachinhalte zu verkürzen, ungewollt zu verfälschen oder zu verzerren, wodurch das medizinische Personal nicht die Mitteilung über den Zustand der PatientInnen erhält, der der Wahrheit entspricht.

Oft fehlt ihnen auch, im Gegensatz zu professionell ausgebildeten DolmetscherInnen, das Bewusstsein dafür, was für Konsequenzen auch nur eine minimale Veränderung des Gesagten nach sich ziehen kann. Ebenfalls unvorteilhaft wirkt sich auf die Dolmetschqualität der LaiendolmetscherInnen die Tatsache aus, dass sie in der Regel keine oder nur eine symbolische Entlohnung erhalten, wobei die durchgeführte Dienstleistung doch eine auf mehreren Ebenen belastende Tätigkeit ist.

Dieser Mangel an motivierenden Elementen trägt zusätzlich zur schlechten Qualität des Sprachtransfers bei (vgl. Pöchlhammer 1997: 178f.).

Pöllabauer (2009) warnt vor der Einstellung, am falschen Ende sparen zu wollen, denn Fehlkommunikation könne zu Fehlentscheidungen der MedizinerInnen führen, was wiederum teure Nachbehandlungen als Folge haben würde, die dann doch die Geldbörse der PatientInnen belasten. Den AuftraggeberInnen, in diesem Fall meistens die PatientInnen, fehle oft das Verständnis dafür, wofür sie eine Fachkraft für die Aufgabe des Dolmetschens beauftragen sollen. Die Autorin beklagt auch den Umstand, dass österreichweit kein Berufsverband die Gruppe der KommunaldolmetscherInnen, zu denen ja auch DolmetscherInnen im medizinischen Bereich gehören, vertrete. In Hinblick auf die Ausbildungsprogramme für DolmetscherInnen in Österreich beanstandet sie, dass das Angebot sehr dürftig sei. Professionelle DolmetscherInnen werden ihr zufolge nur in den seltensten Fällen eingesetzt, sodass der Großteil der Sprachmittlungsarbeit von LaiendolmetscherInnen durchgeführt werde (vgl. *ibid.*: 98-102).

2.2.2. KommunikationsexpertInnen

Ausgebildete DolmetscherInnen werden, wie schon oben erwähnt, seltener als LaiendolmetscherInnen eingesetzt. Eine Studie von Bolden (2000) untersucht das Dolmetschverhalten von nicht professionell ausgebildeten DolmetscherInnen. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass DolmetscherInnen, die in einem Krankenhaus angestellt waren, jedoch nicht über eine entsprechende akademische Ausbildung verfügten, nicht passive TeilnehmerInnen am Interaktionsgeschehen waren, sondern vielmehr ihre Perspektiven an die des Arztes oder der Ärztin angingen. Sie filterten die für das Gespräch wesentlichen und essentiellen medizinischen Informationen heraus, um das Gelingen des Arzt-Patient-Gespräches zu gewährleisten. In einer ähnlichen Studie von Davidson (2000), ebenfalls über DolmetscherInnen ohne fachliche Ausbildung, wird weiters aufgezeigt, dass diese als institutionelle *gatekeeper* fungieren. Sie agieren als Verbündete der Institution und weniger als FürsprecherInnen oder Vertretung der PatientInnen.

Merlini & Favaron (2005) gehen in ihren Untersuchungen auf die Mittlerposition der DolmetscherInnen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ein. Bei dieser Untersuchung handelt es sich um drei gedolmetschte Gespräche von DolmetscherInnen, die sowohl offiziell akkreditiert als auch in einer Gesundheitseinrichtung angestellt waren. Die Autorinnen stellen fest, dass die DolmetscherInnen ein starkes Engagement in dem Interaktionsgeschehen aufweisen, indem sie durch prosodische Merkmale wie Intonation und Emphase, Redeübernahme und Unterbrechungen das Gespräch koordinieren und leiten (vgl. Menz 2013: 26).

Darüber hinaus vertritt Wadensjö (1995) die Auffassung, dass die DolmetscherInnen in einem Gespräch als einzige Interaktionsbeteiligte die Möglichkeit haben, die Interaktion zu überblicken und zu koordinieren. DolmetscherInnen werden als interaktive TeilnehmerInnen angesehen, die wesentlich für das Gelingen der Kommunikation verantwortlich sind (vgl. Wadensjö 1995: 112f.).

DolmetscherInnen sind eben nicht nur Fachkräfte für die Mittlung gesprochener Sprache, sondern auch ExpertInnen in Sachen Kulturtransfer. Für das Gelingen des Kommunikationsaktes, seines Aufbaus und Erhalts sollten beide Aspekte berücksichtigt werden (vgl. Bahadır 2003: 61).

2.3. Resultierende Probleme und Auswirkungen unzureichend qualifizierter DolmetscherInnen in der Arzt-Patient-Kommunikation

In der Literatur finden sich zahlreiche Arbeiten, die sich mit der mangelnden semantischen Genauigkeit von Dolmetschungen in Bezug auf die originalen Äußerungen beschäftigen. Als Beispiele seien hier die Beiträge von Pöchhacker und Shlesinger (2005) und die Arbeiten von Wadensjö (1995, 1998) erwähnt. Erstere wählt einen deskriptiven Zugang, letztere einen eher interaktionistischen. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt ebenfalls auf der interaktionistischen und dialogischen Analyse (siehe Kapitel 5).

Wenn LaiendolmetscherInnen die Rolle der dolmetschenden SprachmittlerInnen übernehmen, sind die Probleme, die sich ergeben können, vielfältig. LaiendolmetscherInnen können, wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, Familienangehörige sein, die mangelnde bzw. nicht ausreichende linguistische

Kompetenzen aufweisen, die folglich zu Missverständnissen in der Arzt-Patient-Kommunikation führen können (vgl. Menz 2013: 28). Außerdem wirft die Übersetzung von medizinischen Termini für Familienangehörige wie auch für LaiendolmetscherInnen, in beispielsweise diagnostischen Aufklärungsgesprächen, häufig Probleme auf. Bestimmte Prozeduren, wie die Wiederholung des Wortes in der Ausgangssprache oder Umschreibungen von Fachbegriffen in der Zielsprache, werden durch Familienangehörige eingesetzt. Als weitere Hilfsstrategien werden auch Wort-für-Wort-Übersetzungen in die Zielsprache sowie das Zeigen auf betroffene Stellen am Körper eingesetzt. Wort-für-Wort-Übersetzungen führen aber oftmals zu Verständnisproblemen bei PatientInnen, denn die gedolmetschten Aussagen können sowohl qualitative wie auch informative Mängel aufweisen und somit eine verfälschte und ungenaue Übersetzung in der Zielsprache zur Folge haben (vgl. Menz 2013: 28).

Um die Problematik greifbarer darzustellen, folgen hier zwei Untersuchungsbeispiele von Dolmetschsituationen im therapeutischen Bereich, die von Pöchhacker (2000) im Zuge seiner Fallstudie zur vermittelten Kommunikation im Krankenhaus analysiert wurden. Es handelt sich um Aufnahmen in der HNO-Abteilung eines Wiener Krankenhauses. Die behandelnden Fachkräfte sind Logopädinnen. Die Patienten bzw. ihre Familien verfügen zwar über Basiskenntnisse der deutschen Sprache, sind aber keineswegs im Stande, ohne DolmetscherIn zu kommunizieren. Bei der dolmetschenden Person handelt es sich um eine angestellte Reinigungskraft des Krankenhauses bzw. um eine Jugendliche.

Die Jugendliche ist die sechzehnjährige Nichte der Patientin. Das erste Missverständnis verursacht sie dadurch, dass sie das Wort „Schwangerschaft“ mit dem türkischen Wort für „Geburt“ dolmetscht. Die Logopädin fragt dann nach der Geburt des Kindes, das behandelt werden soll, die Nichte jedoch versteht und dolmetscht, dass die Ärztin nach der Geburt der Mutter selbst fragt, was gleich eine Diskussion auslöst. Die Mutter wird langsam in den Hintergrund des Geschehens gedrängt. Ein weiteres Merkmal des Dolmetschverhaltens der Nichte ist, dass sie nur dann einschreitet, wenn sie das Gefühl hat, die Parteien können sich nicht eigenständig miteinander verständigen, und den Rest der Zeit sich eher passiv verhält. Ein weiteres, schwerwiegenderes Merkmal ihrer Unprofessionalität ist, dass sie bestimmte Fragen der Ärztin persönlich beantwortet, ohne sie der Familie zu dolmetschen. Dies führt dazu,

dass die Logopädin über die Hälfte des Gespräches in der falschen Annahme verharret, bei dem Kind handle es sich um einen Buben. In der weiteren Folge kommt bei der Familie Skepsis in Bezug auf die Sinnhaftigkeit der Untersuchung auf, nicht zuletzt durch die vielen Missverständnisse, die durch die falsche Dolmetschung entstehen (vgl. Pöchhacker 2000a: 230ff.).

In der zweiten Fallstudie, in der die aus dem ehemaligen Jugoslawien stammende Putzfrau dolmetscht, führt die fehlerhafte Dolmetschung ebenfalls zu Missverständnissen. Wir erfahren, dass die Dame, die bei der Verständigung mit dem zu behandelnden zehnjährigen bosnischen Buben hinzugezogen wird, auch bei vorangegangenen Behandlungsterminen als Dolmetscherin fungierte und dass sie auch für einen Folgetermin verpflichtet wird. Die Reinigungskraft dolmetscht die Aussagen der Ärztin nicht nur sehr verkürzt, sondern sie greift auch mit eigenen Aussagen aktiv in die Kommunikation ein. Sie bietet dem Buben z. B. Antwortmöglichkeiten an, die von der Logopädin nicht genannt werden und somit keine Dolmetschung der Aussagen sind. Dieser Eingriff in die Kommunikation hat letzten Endes manipulative Folgen, was die Antworten des Jungen angeht, da er durch die Aufzählung von Antwortmöglichkeiten dazu angeleitet wird, eine Fremdaussage, nämlich die der Putzfrau, zu übernehmen. Umgekehrt überträgt sie Vorschläge der Therapeutin als Anweisungen an den Jungen und dessen Familie statt als Optionen. Die Unklarheiten, die entstehen, werden zwar im darauf folgenden Elterngespräch teilweise geklärt, verursachen jedoch einen erheblichen Zeitaufwand (vgl. Pöchhacker 2000a: 206ff.).

Der Einsatz von nicht professionellen DolmetscherInnen kann somit einige Kommunikationsprobleme mit sich bringen und mitunter schwere Folgen für die PatientInnen und, unter Umständen, auch für die behandelnden Fachkräfte haben. Die an der Kommunikation teilnehmenden Akteure haben zusätzlich bestimmte Erwartungen, was die Rolle von DolmetscherInnen betrifft.

2.4. Das Rollenbild der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen

Schon seit der ersten Critical Link-Konferenz im Jahre 1995, bei der es um das Dolmetschen in kommunalen Settings ging, ist die Frage nach der Rolle von DolmetscherInnen einer der zentralen Streitpunkte der PraktikerInnen wie auch der Forschenden. Es wurden schon viele Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt, mit verschiedenen Schwerpunkten und behandelten Aspekten. In der Literatur finden sich Werke von Roberts (1997), Pöchhacker (2000a), Angelelli (2004a) und Kaczmarek (2016), die mitunter verschiedene Herangehensweisen an das Thema wählen. Die Untersuchungsweise hat sich im Laufe der Jahre von einer anfangs normativen Herangehensweise zu einem immer komplexeren Analysemodell entwickelt, das multiple Aspekte kombinierend untersucht.

2.4.1. Allgemeines zum Rollenbild der DolmetscherInnen

Roberts (1997) behandelt diverse Rollenbeschreibungen, um die verschiedenen Aktivitäten von DolmetscherInnen zu unterscheiden und zu klassifizieren. Ihr zufolge besteht die Rolle der DolmetscherInnen nicht nur in der Übertragung von verbalen Inhalten, sondern auch in der Kompensierung der abweichenden Interaktionsarten der Teilnehmer (vgl. *ibid.*: 11). Sie spricht auch von der Rolle der DolmetscherInnen als HelferInnen, denn oft unterscheiden die TeilnehmerInnen nicht zwischen der Funktion der DolmetscherInnen und der DienstleisterInnen, die im Namen der Sozialdienstleister agieren. Auch die Rollen als „cultural broker“ und „Fürsprecher“ werden erläutert. Bei Ersterem geht es um die Kulturmittlerrolle der DolmetscherInnen und bei Zweiterem um die Tatsache, dass viele der Personen, die KommunaldolmetscherInnen in Anspruch nehmen, keine oder sehr geringe Kenntnisse der Funktionsweisen ihrer Gastländer und ihrer eigenen Rechte im Gastland besitzen.

Pöchhacker (2000a) bemängelt diese Herangehensweise insoweit, als er der Meinung ist, es sei nicht immer notwendig, die Rolle der DolmetscherInnen unter Gesichtspunkten von normativen Labels zu betrachten. Er ergänzt sie um eine tiefere, interaktionistische Dimension dadurch, dass er die einzelnen Aufgaben untersucht, die DolmetscherInnen im Zuge ihrer Arbeit erfüllen müssen. Diese Aufgaben können die

Zusammenfassung des durch die KommunikationsteilnehmerInnen Gesagten, die Abklärung unbestimmter Aussagen durch die Hinzufügung von Informationen zum Gesagten oder das Auslassen von Informationen umfassen (vgl. Pöchhacker 2000a: 53).

Kaczmarek (2016), der den Begriff der *community interpreter competence* (2010) einführt, untersucht die Relation zwischen den Zielen der TeilnehmerInnen und wie diese das Rollenbild der DolmetscherInnen bedingen. Er kommt zu dem Schluss, dass es eine Korrelation zwischen den beiden gibt, da in einer triadischen Dolmetschsituation der/die DolmetscherIn das zentrale Glied in der Kommunikation darstellt und ohne ihn/sie keine der Parteien ihre Kommunikationsziele erreichen kann (vgl. Kaczmarek 2016: 84).

Angelelli (2004a: 27) untersucht wiederum die Rolle der DolmetscherInnen aus drei verschiedenen Blickwinkeln: Gesellschaft/Institution, Interaktion und Diskurs. Beim ersten Gesichtspunkt geht es um den Umstand, dass DolmetscherInnen, wenn sie Angestellte einer Institution sind oder in deren Namen handeln, an die Prinzipien selbiger gebunden sind. In Hinblick auf die Interaktion kommen die beteiligten Personen zusammen, um Informationen über eine Situation zu gewinnen und darüber zu sprechen. Schließlich ist eine diskursanalytische Perspektive ebenfalls sinnvoll, um die Kanäle, den verwendeten Code und die Form und den Inhalt der gesendeten Botschaften zu untersuchen (vgl. *ibid.*: 33f.).

Da sich die vorliegende Arbeit auf die Rolle der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen konzentriert, ist Angelellis (2004a) Studie von zentralem Interesse. Die Rollen, die DolmetscherInnen eigenständig übernehmen bzw. ihnen zugeordnet werden, finden sich im folgenden Kapitel.

2.4.2. Die Rolle der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich

Angelelli (2004a) fasst in Kapitel 8 ihrer Arbeit verschiedene Metaphern zusammen, durch die die DolmetscherInnen ihre eigenen Rollen definieren. Ein wichtiger Aspekt, der die Qualität der Rolle der DolmetscherInnen anbelangt, ist der Grad der Sichtbarkeit. Traditionell sollten DolmetscherInnen in der Kommunikationssituation unsichtbar bleiben und nicht als TeilnehmerInnen am Gespräch angesehen werden, da

sie nur das Gesagte aus einer Sprache in eine andere umkodieren, ohne dem etwas hinzuzufügen oder etwas wegzulassen.

Gemäß dieser Auffassung hat jede Aussage nur eine Bedeutung, ist also eindeutig und bedarf keiner weiteren Interpretation durch den/die DolmetscherIn. Diese Auffassung vernachlässigt jedoch soziale und kulturelle Aspekte wie auch Wege der außersprachlichen Kommunikation, z. B. Körpersprache, Körperhaltung usw. (vgl. *ibid.*: 9f.).

Was den medizinischen Bereich des Dolmetschens anbelangt, wird diese Unsichtbarkeit von den Akteuren nicht nur nicht erwartet, sondern oft das Gegenteil verlangt. Sie sollen „Detektiv spielen“ und relevante Informationen aus den PatientInnen „herauskitzeln“. Denn PatientInnen geben nicht immer präzise Antworten auf die Fragen der behandelnden Fachkräfte. So müssen DolmetscherInnen versuchen, die relevante Information zu erfragen – eine Aufgabe, zu der sie normalerweise keine Anleitung seitens des Krankenhauspersonals bekommen. Dies tun sie oftmals, ohne zu bedenken, dass es eine Aufgabe ist, die ein sehr hohes Maß an Verantwortung mit sich bringt und fatale Folgen haben kann, zumal DolmetscherInnen nicht über die fachliche Kompetenz eines/einer ausgebildeten ÄrztIn verfügen können (vgl. *ibid.*: 129f.).

Auch als „multifunktionale Brücken“ sehen sich DolmetscherInnen im Gesundheitswesen oft, denn sie überbrücken die Kluft zwischen den sozialen und kulturellen Unterschieden der KommunikationsteilnehmerInnen. PatientInnen erzählen statt ihrer Krankengeschichte, die ja in höchstem Maße relevant und notwendig für eine adäquate Behandlung ist, ihre Lebensgeschichte. Die behandelnden Ärzte stehen aber oft unter Zeitdruck und möchten nur die für den vorliegenden Fall notwendigen Informationen. DolmetscherInnen gleichen diesen Erwartungsunterschied mit ihrem soziokulturellen Hintergrundwissen aus und ermöglichen so den Informationstransfer (vgl. *ibid.*: 130).

Eine weitere sehr treffende Analogie zur Rolle der DolmetscherInnen, die Angelelli (2004a: 131) erwähnt, ist die „des/der DiamantenkennerIn“. Die Geschichten der PatientInnen seien wie Säcke voller Steine und Diamanten, die von Erde bedeckt sind. Die Diamanten seien die relevanten, die Steine die irrelevanten Informationen. Die Erde wiederum der Diskurs, der beide zusammenhält. Dabei müssten DolmetscherInnen sehr vorsichtig vorgehen, denn was zunächst wie ein Stein ausschaue, könne sich im

Verlauf des Gespräches als Diamant herausstellen. Dies verlange die Fähigkeit, hinter den Schein der Dinge zu sehen.

Als letztes Beispiel verstehen sich DolmetscherInnen als „MinenarbeiterInnen“, die nach der relevanten Information (dem „Gold“) graben müssen. Denn PatientInnen sind aus verschiedenen Gründen nicht immer kooperativ. Das kann am Schamgefühl oder am mangelnden Verständnis für die Wichtigkeit der Erhebung der Krankengeschichte liegen. DolmetscherInnen müssen dann die Fähigkeit besitzen, eine Frage auf viele verschiedene Weisen zu stellen, je nach kulturellem Hintergrund und Persönlichkeit des/der PatientIn, um letzten Endes an die Information zu gelangen, was ihnen ein sehr hohes Maß an sozialer Kompetenz abverlangt (vgl. *ibid.*: 131f.).

3. Medizintourismus

Medizintourismus ist ein kontinuierlich wachsendes Phänomen. Die länderübergreifende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ist heutzutage weit verbreitet. Medizintourismus gilt als ein weltweiter Trend, der zu den Folgen einer fortschreitenden Globalisierung zählt. Dieser wurde besonders in den letzten Jahren in Europa immer populärer. Laut Berg (2008: 5-10) ist dieses Phänomen jedoch kein neues, da Menschen bereits seit Jahrzehnten zu medizinischen Zwecken in andere Länder reisen. Die Gründe, wieso Menschen medizinische Leistungen nicht in ihrem Heimatland in Anspruch nehmen, sondern sich in einem anderen Land behandeln lassen, sind vielfältig: lange Wartezeiten auf Operationen im Heimatland, wie beispielsweise Herz- und Lungentransplantationen, keine auf die Bedürfnisse der PatientInnen ausgerichtete medizinische Behandlungen, wie beispielsweise Krebstherapien, oder eine bessere Qualität der medizinischen Angebote im Ausland.

In diesem Kapitel soll zunächst ein kurzer, historischer Überblick über die Entwicklungen des Medizintourismus gegeben werden. Des Weiteren werden unterschiedliche Definitionen des Begriffes Medizintourismus näher betrachtet, da sowohl in der deutschen wie auch in der englischen Fachliteratur verschiedene Termini kursieren und einige irrtümlich miteinander gleichgesetzt werden. Infolgedessen besteht die Notwendigkeit der Präzisierung des Terminus, um jegliche Verständnisprobleme hinsichtlich des Begriffes aus dem Weg zu räumen und um zu verdeutlichen, auf welchen Gegenstand sich die vorliegende Arbeit bezieht. Darauf aufbauend sollen die unterschiedlichen Gründe, die Menschen dazu bewegen, medizinische Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen, sowie die verschiedenen Typen der MedizintouristInnen, die solche Dienstleistungen nützen, vorgestellt werden. Darüber hinaus werden Vermittlungsinstanzen aufgezeigt, die ausländische PatientInnen bei ihrem Wunsch, eine medizinische Behandlung im Ausland wahrzunehmen, helfen sollen. Der Fokus dieser Vermittlungsinstanzen liegt im Folgenden insbesondere auf Personen aus Rumänien, die beschließen, nach Österreich zu reisen, um sich hier medizinisch behandeln zu lassen. Es werden sowohl Patientenvermittler wie Webseiten näher erläutert. Eine rumänische Fallstudie von Toma und Ciuhuța (2012) soll aufzeigen, wie rumänische PatientInnen über Patientenvermittler nach Wien kommen und sich in einer medizinischen Einrichtung behandeln lassen und verdeutlichen,

welche Rolle der Patientenvermittler einnimmt. Abschließend werden die Studienergebnisse der Masterarbeit von Annemarie Ivascu (2014) mit dem Titel *Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus* kurz vorgestellt, da die vorliegende Masterarbeit darauf aufbaut. Zusammenfassend stellen diese Unterkapitel die Verständnisbasis für die Analyse im empirischen Teil dar.

3.1. Historische Entwicklung des Medizintourismus

Figure 1
THE EVOLUTION OF MEDICAL TOURISM OVER TIME

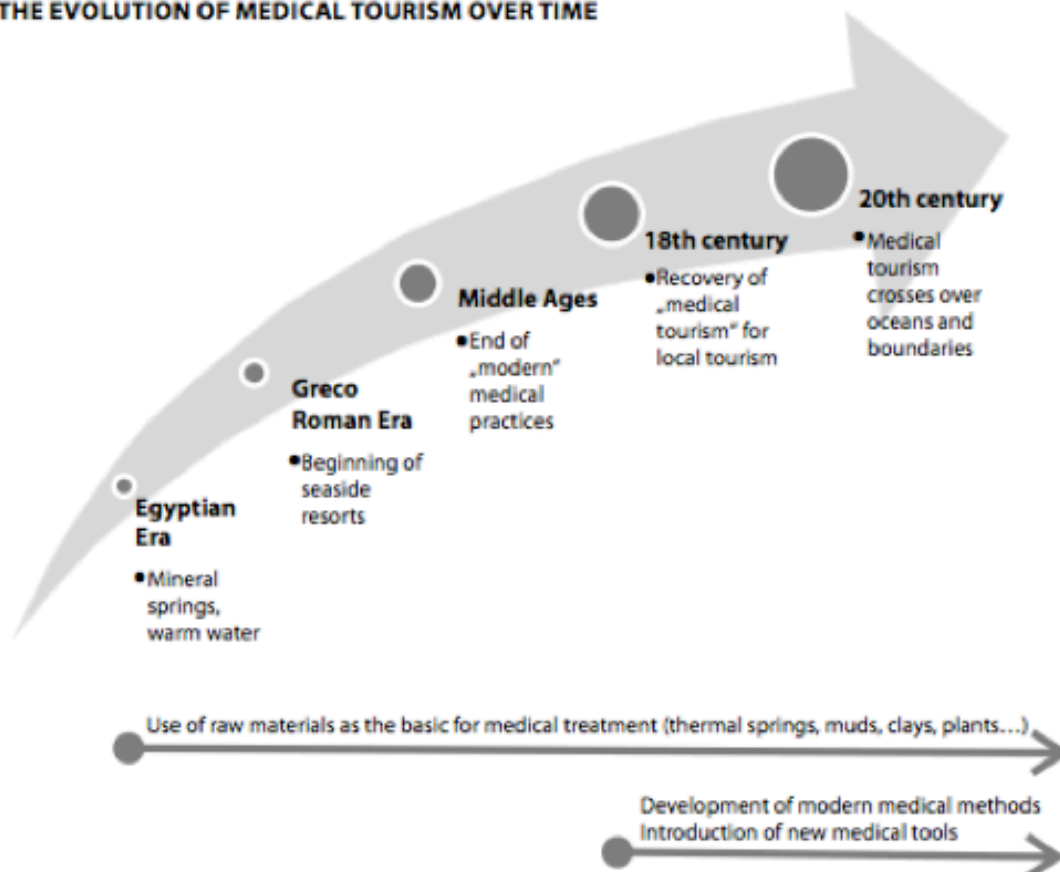


Abbildung 1: Die Entwicklung des Medizintourismus (Menvielle/Menvielle/Tournois 2011: 49)

Seit der Antike reisen Menschen in andere Länder mit dem Ziel, ihre Gesundheit zu verbessern (vgl. OECD o. J.: 6). Bereits die alten Griechen und Römer reisten aus gesundheitlichen Gründen über ihre Ländergrenzen hinaus, um mineralhaltige Heil- und Thermalbäder in Anspruch zu nehmen. Deren gesundheitsfördernde Wirkung war bereits zur damaligen Zeit bekannt und auch Kuren wurden angeboten. Im Mittelalter wurde diese Badekultur jedoch verboten, da man davon ausging, dass durch das Gebet Heilung erlangt werden sollte und nicht durch medizinische Bäder. Am Ende des Mittelalters wurde in Adelskreisen der hohe medizinische Wert von Bädern neu entdeckt. Das Interesse an sowie die Popularität von Thermalquellen und Bädern stiegen erneut und hielten fortlaufend bis ins 19. Jahrhundert an (vgl. Menvielle/Menvielle/Tournois 2011: 47f.).

Das Bewusstsein für Gesundheit gewann laut Berg (2008: 5) im 19. Jahrhundert an Bedeutung und wurde zu einem Grundwert eines jeden Individuums. Die Zahl der Reisen bzw. Gesundheitsurlaube, deren Ziel die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Reisenden war, stieg an. Im 20. Jahrhundert galt es laut Berg (2008: 10), eine Balance zwischen Körper, Geist und Seele in einer wirtschaftlichen Welt mit hohem Stressfaktor und ständigen Verunsicherungen zu halten. Als neuer Bereich, der durch zunehmende medizinische Erkenntnisse und die Globalisierung geprägt war, entwickelte sich der sogenannte Medizintourismus (vgl. Menvielle/Menvielle/Tournois 2011: 47).

Zunächst reisten wohlhabende Menschen aus Entwicklungsländern in Industrieländer, um dort eine bessere medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Allerdings lassen sich Verschiebungen hinsichtlich des Medizintourismus und der früheren Formen des gesundheitsbezogenen Reisens erkennen, sowohl in qualitativer wie auch in quantitativer Form. Die Hauptunterschiede sind hierbei regionale Bewegungen, die Entstehung eines internationalen Marktes für PatientInnen und eine Umkehr der Ströme von Menschen aus entwickelten zu weniger entwickelten Staaten (OECD o. J.: 6). Infolgedessen ist das Ziel der Reisen immer öfter ein Schwellen- oder Entwicklungsland. Zusätzlich wird die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auch für weniger wohlhabende Menschen zugänglicher. Laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD o. J.: 6)

können folgende wichtige Merkmale des Medizintourismus des 21. Jahrhunderts zusammengefasst werden:

- Eine große Anzahl von Menschen, die zum Zwecke einer Behandlung reisen
- Eine Verschiebung hin zu PatientInnen, die aus wohlhabenden und entwickelten Ländern in weniger entwickelte Länder reisen, um dort kostengünstige medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, angetrieben von billigen Flügen und leicht verfügbaren Informationen aus dem Internet
- Eine steigende Entwicklung des Mediensektors sowohl in den bereits entwickelten wie auch in den sich entwickelnden Ländern, da sowohl die Privatwirtschaft wie auch die nationalen Regierungen aufgrund der potenziell lukrativen Einnahmequellen, die ausländische PatientInnen darstellen, interessiert sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Reisen, mit dem Ziel, medizinische Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen, kein neues Phänomen ist. Der Medizintourismus ist in seinen Grundprinzipien, wie oben beschrieben, nichts Neues. Es haben sich lediglich die Form und Ausmaße gewandelt:

Travel for health purposes is not new. However, the scale, extent of promotion, and organization of medical services for fee-paying patients, regardless of citizenship status, is new; so too is the ease of travel and the links with global corporate capital and networks. (Whittacker/Manderson/Cartwright 2010: 337)

Parallel zu den veränderten Formen haben sich auch Bezeichnungen und Definitionen, die diese Art des Reisens und somit den Medizintourismus beschreiben, entwickelt. Diese werden jedoch weder in der englischsprachigen noch in der deutschsprachigen Literatur einheitlich verwendet. Infolgedessen soll im Weiteren der Terminus *Medizintourismus* für die Zwecke der vorliegenden Masterarbeit näher betrachtet und genauer definiert werden.

3.2. Definition Medizintourismus

Aufgrund der zahlreichen Begriffe und Definitionen, die sowohl in der englischsprachigen als auch in der deutschsprachigen Fachliteratur zum Thema Medizintourismus zu finden sind, bedarf es einer entsprechenden Definition des Terminus.

Der Begriff *Medizintourismus*, im englischen *medical tourism*, setzt sich augenscheinlich aus den zwei Wörtern „Medizin“ und „Tourismus“ zusammen und beschreibt ein Phänomen, das sowohl medizinische wie auch touristische Merkmale aufweist.

Durch die Vermischung mit der englischen Sprache entsteht laut Germann (2009: 1) die Problematik mit dem Terminus *Medizintourismus*. Es werden unterschiedliche Begriffe, die dem deutschen Wort *Medizintourismus* gleichgesetzt werden, verwendet: *medical tourism*, *medical travel*, *medical outsourcing*, *health tourism*, *health travel*, *health-care tourism*, *health-care travel*, *global health care*, *global outsourcing*, *international health care* (vgl. Germann 2009: 1). In der deutschen Literatur wird der Begriff *Medizintourismus* auch mit dem Begriff *Patiententourismus* oder *Spitaltourismus* gleichgestellt.

Der Medizintourismus ist eine Form des Gesundheitstourismus und wird oftmals fälschlicherweise mit dem Begriff *Gesundheitstourismus* gleichgesetzt. Rulle (2004: 40) beschreibt den Medizintourismus als „grenzüberschreitenden Verkehr von Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen eine medizinische Dienstleistung im Ausland in Anspruch nehmen“. Illing (2009: 3) definiert Gesundheitstourismus als „Reisen aus gesundheitlichen Gründen“, was jedoch, wie er anmerkt, unzureichend erscheint, da hier noch keine Abgrenzung oder Erläuterung des Begriffes stattfindet. Illing weist zusätzlich darauf auf, dass sich der Gesundheitstourismus nicht mit den unten stehenden Sachverhalten beschäftigt:

- Medizinische Notfälle, die bei Reisenden während ihrer Reise im Ausland auftreten können, beispielsweise Vergiftungen oder Stiche
- Kranke Reisende, die eine Reise antreten, jedoch nicht die Absicht haben, ihren Gesundheitszustand zu verbessern

Berg definiert Gesundheitstourismus wie folgt:

Die Zielsetzung von Gesundheitstourismus ist im Wesentlichen die Erhaltung, Stabilisierung oder die Wiederherstellung der Gesundheit an einem fremden Ort, an welchem – um ihn von einem normalen Urlaubs- oder Ferienaufenthalt zu unterscheiden – die Gesundheitsleistungen einen Schwerpunkt finden (Berg 2008: 39).

An dieser Stelle gilt es erneut zu erwähnen, dass Medizintourismus nur eine Form des Gesundheitstourismus darstellt und anhand der unten stehenden Definitionen, die sich in der Fachliteratur wiederfinden, der Medizintourismus klar vom Gesundheitstourismus zu unterscheiden ist.

Illing (2009: 6) ist der Ansicht, dass Medizintourismus nicht mit Gesundheitstourismus gleichgestellt werden soll, sondern nur eine Variante dessen ist. Er definiert den Begriff *Medizintourismus* als ein „Reisen, [dessen] zentrales Motiv der zumeist stationäre Aufenthalt in klinischen Einrichtungen ist, in denen Ärzte Wahleingriffe durchführen“. Im Gegensatz zu einer Notfallintervention werden Wahleingriffe im Vorfeld durch die PatientInnen gemeinsam mit den betreffenden ÄrztInnen und deren Krankenversicherungen geplant, um somit den bestmöglichen Termin des Eingriffes festzulegen. Medizintourismus sieht vor, dass Reisen ins Ausland unternommen werden, um sowohl medizinische Dienstleistungen wie auch stationäre Aufenthalte in klinischen Einrichtungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Illing 2009: 6).

Sigrist und Fenner (2009) vertreten die Meinung, dass zwischen Medizintourismus (es wird der Begriff *Medizinaltourismus* in ihrem Artikel verwendet) und Gesundheitstourismus in Bezug auf den globalen Gesundheitsmarkt differenziert werden müsse, da sie „unterschiedliche[n] Finanzierungsmechanismen“ unterliegen und von anderen AnbieterInnen geprägt werden. So definieren Sigrist und Fenner (2009: 4) den Terminus *Medizintourismus* als „die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen und Operationen außerhalb des eignen Landes“. Es werden medizinische Dienstleistungen für krankheitsbedingte Leiden wie auch Behandlungen der plastischen Chirurgie in Anspruch genommen. Der Wellness- bzw. Gesundheitstourismus wird „als Reise und Aufenthalt zur Erhaltung oder Förderung der Gesundheit“ gesehen, der lediglich zur seelischen Entspannung und Regenerierung dient und nicht die medizinische Behandlung einer vorliegenden Krankheit oder Prävention in den Vordergrund stellt (vgl. *ibid.*).

Die OECD unterscheidet zwischen *medical tourism* und *health tourism* (vgl. OECD o. J.: 7). In ihrem Bericht über den Einfluss von Medizintourismus geht sie davon aus, dass der Medizintourismus mit dem Gesundheitstourismus zusammenhängt:

Medical tourism is related to the broader notion of health tourism which, in some countries, has longstanding historical antecedents of spa towns and coastal localities, and other therapeutic landscapes. (OECD o. J.: 7)

Des Weiteren versteht die OECD unter dem Terminus *Medizintourismus* „as when consumers elect to travel across international borders with the intention of receiving some form of medical treatment“ (OECD o. J.: 7). Bei dieser Definition fällt das Wort *elect* besonders auf, da es darauf hinweist, dass sich PatientInnen bewusst und eigenständig für eine Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen im Ausland entscheiden. Dies ist ein entscheidender Faktor, den bislang keine Definition in der Fachliteratur berücksichtigt hat.

Infolgedessen wird in der vorliegenden Masterarbeit davon ausgegangen, dass Medizintourismus eine Variante des Gesundheitstourismus ist, bei der PatientInnen eigenständig die Wahl treffen, für medizinische Behandlungen, von einer Routinebehandlung bis zu komplexen Operationen, die stationäre Aufenthalte vorsehen, ins Ausland zu reisen und die Kosten für diese Dienstleistungen selber zu tragen bzw. mit den Krankenkassen in ihren Ländern abzurechnen. Die Gründe, wieso sich PatientInnen für medizinische Leistungen ins Ausland begeben, werden im Folgenden näher erläutert.

3.3. Motive und Ursachen für eine medizinische Behandlung im Ausland

Wie bereits in der Einleitung des dritten Kapitels erwähnt, gibt es vielfältige Gründe, wieso PatientInnen medizinische Dienstleistungen nicht in ihrem Heimatland wahrnehmen, sondern sich ins Ausland begeben: lange Wartezeiten auf Operationen im Heimatland, der Mangel oder das Fehlen von medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, aber auch der Preisunterschied von Therapien. Das Hauptmotiv der Reisenden ist jedoch immer dasselbe, und zwar die Gesundheit bzw. die Förderung des Gesundheitszustandes.

Laut Germann (2009) begeben sich Personen für medizinische Dienstleistungen ins Ausland, weil das Gesundheitssystem im Heimatland gescheitert ist. Demzufolge herrschen sehr lange Wartezeiten oder die medizinische Versorgung ist unzureichend. Es lassen sich folgende drei PatientInnengruppen nach Germann (ibid.: 3) klassifizieren:

- Personen, die in einem Land leben, in dem das Gesundheitssystem überteuert ist
- Personen, die in einem Land leben, in dem das Gesundheitssystem durch sehr lange Wartelisten geprägt ist
- Personen, die in einem Land leben, in dem es kein reichhaltiges oder bloß ein schlechtes medizinisches Angebot gibt.

Sigrist und Fenner (2009: 8f.) nennen fünf Motive, die Menschen dazu bewegen, eine medizinische Leistung im Ausland in Anspruch zu nehmen. Sie beziehen sich dabei auf eine US-amerikanische Studie von McKinsey aus dem Jahr 2008, die den Ist-Zustand am Markt des internationalen Medizintourismus beschreibt. Medizinische Leistungen im Ausland werden demzufolge von 40 % der MedizintouristInnen in Anspruch genommen, weil sie mit den modernsten Technologien und Methoden behandelt werden wollen. Reisedistanz und Kosten spielen dabei keine Rolle. Im Gegenteil, MedizintouristInnen nehmen für eine bessere Behandlungsqualität medizinischer Dienstleistungen höhere Kosten, fremde Kulturen vor Ort und eine größere Reisedistanz in Kauf. Des Weiteren nehmen viele MedizintouristInnen (32 %) ärztliche Behandlungen oder stationäre Eingriffe im Ausland in Anspruch, um die Wartezeiten im Heimat- bzw. Wohnsitzland zu umgehen. Nur ein geringer Prozentsatz der MedizintouristInnen lässt sich aufgrund der geringeren Kosten im Ausland behandeln. Es kann sich dabei sowohl um beliebige oder notwendige Eingriffe bzw. Behandlungen handeln, aber auch um solche, die im Heimatland nicht zugelassen bzw. verfügbar sind (vgl. Sigrist und Fenner 2009: 8f.). Ein wesentliches Merkmal, das es an dieser Stelle zu erwähnen gilt, ist die Mündigkeit. Der/die PatientIn entscheidet immer häufiger über seine eigene Gesundheit. Der Begriff des „mündigen Patienten“ zeigt den Wunsch, Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen zu wollen, eigenständig den/die ÄrztIn bzw. die Klinik auszuwählen und sich über den Gesundheitszustand vorab informieren zu wollen (vgl. Sigrist und Fenner 2009: 8).

Eine durchaus ähnliche Liste von Motiven für den Medizintourismus liefern Stolley und Watson (2012: 3ff.). Das wichtigste Motiv für den Medizintourismus sind ihrer Ansicht nach die geringeren Kosten, da Menschen heutzutage die bestmögliche Versorgung zum kleinsten Preis wünschen. Weitere Motive sind höhere Qualitätsstandards in ausländischen Krankenhäusern sowie die bessere Aus- und Weiterbildung der ÄrztInnen, ein patientenfreundlicher Ansatz, eine Rundum-Versorgung im stationären Bereich sowie eine größere Auswahl an exzellenten ÄrztInnen. Diese kürzeren Wartezeiten im Ausland sowie ein begrenztes medizinisches Angebot im Heimatland sind entscheidende Faktoren für viele MedizintouristInnen. Es kann durchaus möglich sein, dass bestimmte Behandlungen (wie beispielsweise Stammzellentherapien, bestimmte Impfungen oder aufwendige, meist sehr teure Krebstherapien) im Heimatland aus verschiedenen Gründen, wie beispielsweise durch gesetzliche Einschränkungen oder behördliche Reglementierungen, nicht zugelassen sind (vgl. Stolley und Watson 2012: 3ff.). Ein weiteres Motiv sehen Stolley und Watson in der Anonymität, da einige PatientInnen nicht möchten, dass ihr Umfeld im Heimatland Kenntnis darüber gewinnt, dass sie sich einer medizinischen Behandlung, welcher Art auch immer, unterziehen. Als letztes Motiv nennen Stolley und Watson den Urlaub für eine Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Ausland.

PatientInnen bzw. MedizintouristInnen, die aus Qualitätsgründen medizinische Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen, haben meist hohe Erwartungen an die ÄrztInnen und an das medizinische Personal in den Krankenhäusern bzw. Kliniken. Auch erwarten sie einen fachkompetenten und professionellen Umgang. Komplizierte und spezielle Eingriffe oder Behandlungen sind nicht selten (vgl. Berg 2008: 171). Die Nachfrage besteht im Falle von schweren Erkrankungen der inneren Organe, Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Atemorgane, Herz- und Lungentransplantationen, Knochenbrüchen, Eingriffen an der Wirbelsäule sowie kosmetisch-chirurgischen Eingriffen. Privatordinationen von ÄrztInnen mit einem guten internationalen Ruf, ambulante Tageskliniken, private, aber auch staatliche Einrichtungen profitieren von ausländischen PatientInnen bzw. dem Medizintourismus. Auch Hotels profitieren von diesem Phänomen, da PatientInnen meist nicht alleine anreisen, sondern mit Begleitpersonen (vgl. *ibid.*).

3.4. Vermittlungsinstanzen – Rumänische PatientInnen in österreichischen medizinischen Einrichtungen

MedizintouristInnen reisen, wie oben erwähnt, ins Ausland, um medizinische Dienstleistungen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit in Anspruch zu nehmen. Dabei spielen sowohl Einzelpersonen, sogenannte „Mittelsmänner“, die PatientInnen mit medizinischen Angeboten zusammenbringen, wie auch vermittelnde Organisationen, die teilweise Gesamtpakete mit Flügen, Hotelaufenthalten und Taxifahrten anbieten, eine zentrale Rolle bei der Entscheidungsfindung.

Da der Gegenstand der vorliegenden Masterarbeit der rumänische Medizintourismus ist, werden im folgenden Kapitel Online-Portale vorgestellt, die sich mit der Vermittlung von rumänischen PatientInnen an österreichische Kliniken beschäftigen.

Rumänische PatientInnen reisen nach Österreich, um medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen, unter anderem, weil die österreichischen Krankenhäuser und ÄrztInnen einen sehr guten Ruf haben. Des Weiteren sind die hohe Behandlungsqualität und die modernen Technologien weitere Gründe, wieso rumänische PatientInnen nach Österreich kommen. Für viele sind die Kosten nebensächlich.

Im Internet lassen sich zahlreiche Vermittlungsinstanzen finden, die rumänischen PatientInnen Informationen über medizinische Leistungen in unterschiedlichen privaten oder staatlichen Einrichtungen in Österreich anbieten. Somit können PatientInnen direkt Kontakt zu Vermittlern aufnehmen und gezielte Informationen zu ihren gewünschten Behandlungen einholen.

Annemarie Ivascu (2014: 44) hat sich in ihrer Masterarbeit mit dem Titel *Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus* umfangreich mit Vermittlungsportalen für rumänische PatientInnen auseinandergesetzt. Im Folgenden wird ein Überblick über die von ihr zusammengetragenen Ergebnisse vorgestellt. Zuvor werden drei von Ivascu beschriebene Vermittlungsinstanzen präsentiert, um deren Veränderung seit 2014 aufzuzeigen – Veränderungen in Hinblick auf die zur Verfügung gestellten Informationen und die aktualisierten Designs, Funktionen bzw. Inhalte der jeweiligen Webseiten.



Abbildung 2: Webseite Intermed Consulting (2017)

Intermed Consulting beschäftigt sich mit der Beratung und Vermittlung von rumänischen PatientInnen, die den Wunsch haben, sich in Österreich behandeln zu lassen. Das Unternehmen hat eine Webseite, die sich an das rumänische Zielpublikum auf Rumänisch richtet und mittlerweile ist das Unternehmen auch auf Facebook präsent. Dies lässt sich an dem *facebook*-Button auf der linken Seite erkennen. Laut Ivascus Abbildung (2014: 48) war dies zur damaligen Zeit noch nicht der Fall.

Ivascu (2014: 48) schreibt, dass die Webseite keine Informationen über die angebotenen Dienstleistungen enthält. Es lässt sich aus ihrer Abbildung nicht erschließen, ob unter dem Punkt „Servicii“ (deutsch: Dienstleistungen) im Jahr 2014 zusätzliche Informationen bereitgestellt wurden. Das Unternehmen bietet heute (April 2017), unter dem Reiter „Servicii“, durchaus Informationen zu angebotenen Dienstleistungen, wenn auch recht unstrukturiert. Das Prinzip der Zusammenarbeit wird in drei Phasen erklärt: Zunächst kontaktieren die PatientInnen das Unternehmen online. Unter dem Reiter „Diagnostic Online“ (deutsch: Diagnose online) wird gebeten, ein Online-Formular auszufüllen, mit der Möglichkeit zwischen einem „Pachet individual“ (deutsch: individuellen Paket) oder einem „Control periodic anual“ (deutsch: jährliche Kontrolle) auszuwählen. Persönliche Daten, die aktuelle medizinische Diagnose der PatientInnen und zusätzliche Informationen zur Krankheit der PatientInnen sollen im

Online-Formular eingetragen werden. Diese beiden Formen des Paketes werden unter dem Reiter „Servicii“ nochmals detaillierter beschrieben. Nach genauer Begutachtung der Dokumente, die das Unternehmen von den PatientInnen zugeschickt bekommen hat, wird ein „Management & Organisation“ Plan aufgestellt. Das Unternehmen entscheidet in dieser Phase über den/die ÄrztIn sowie über die Klinik, in der die medizinische Behandlung bzw. der Eingriff stattfinden wird. Daraus geht aber nicht hervor, ob das Unternehmen mit dem/der jeweiligen ÄrztIn bzw. mit der Klinik kommuniziert oder ob das Unternehmen diese Entscheidung alleine vornimmt. Nach Rücksprache mit dem/der PatientIn und dessen/deren Einwilligung wird ein Termin bei dem/der jeweiligen ÄrztIn vereinbart. Das Unternehmen bietet den PatientInnen auch an, den Flug zu organisieren. Es können auf Wunsch der PatientInnen Reservierungen seitens des Unternehmens in luxuriösen oder einfachen Hotels und Pensionen getätigt werden. Zusätzlich wird den PatientInnen ein/eine DolmetscherIn zur Seite gestellt, der/die PatientInnen den gesamten Aufenthalt hindurch begleiten soll. Es ist nicht klar, ob es sich hierbei um eine professionell ausgebildete DolmetscherIn handelt.

Unter dem Reiter „Spectrum Medical“ (deutsch: medizinisches Angebot) auf der linken Seite wird ersichtlich, in welchen Bereichen das Unternehmen medizinische Leistungen anbietet, von kardiologischen bis hin zu urologischen Dienstleistungen.

Unter dem Reiter „Asigurare Medicala“ (deutsch: Krankenversicherung) können PatientInnen (nur relativ mangelhafte) Informationen über den Prozess der österreichischen Krankenversicherung bzw. die Abwicklung finden. Es gibt zwar einen Link zu den Formularen CNAS und E 112, die für rumänische PatientInnen, die zur medizinischen Behandlung nach Österreich kommen, und für die Kostenabwicklung mit der Krankenkasse in Rumänien sehr wichtig sind. Doch beide funktionieren nicht.

Über Preise lassen sich auf der Webseite des Unternehmens keine Informationen finden. Es wird lediglich darauf aufmerksam gemacht, dass jedes Spital bzw. jede Klinik ihre eigenen Tarife und Preise hat. Ein Kontaktnamen lässt sich auf der Webseite nicht finden. Lediglich eine österreichische wie auch eine rumänische Telefonnummer und eine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme. Das Unternehmen zeigt dafür, mit welchen Krankenhäusern und privaten Kliniken es zusammenarbeitet. Darunter finden sich die wichtigsten und renommiertesten aus Wien.

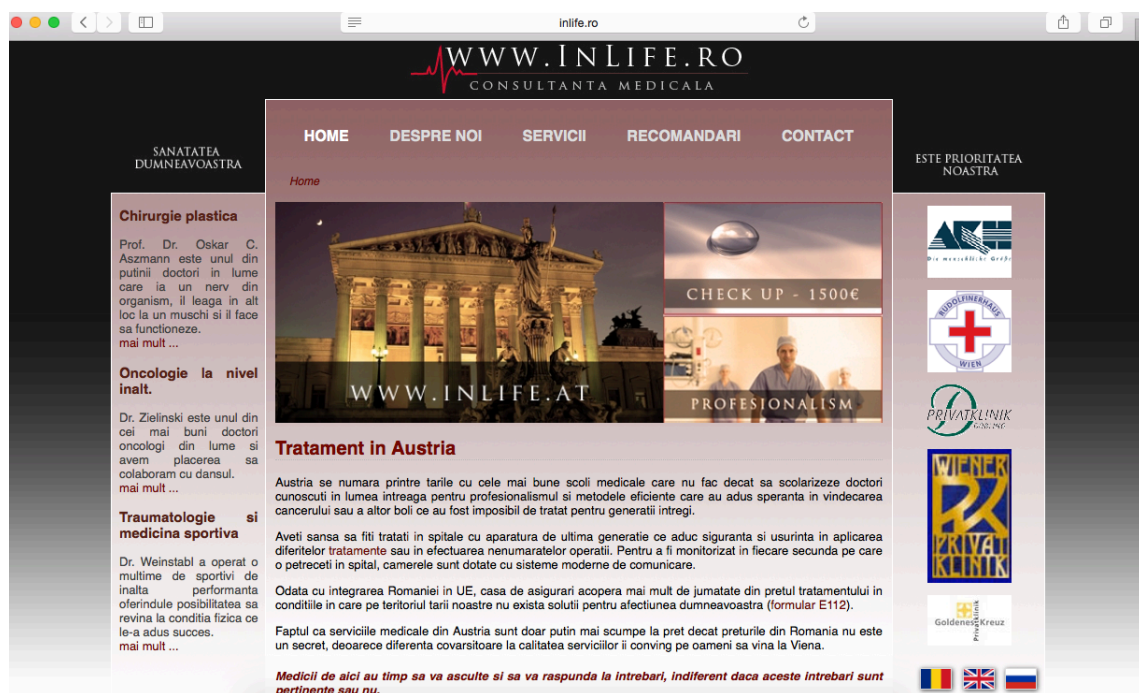


Abbildung 3: Webseite INLIFE (2017)

Das Unternehmen INLIFE wurde 2010 gegründet und bietet Personen, die nach Österreich kommen wollen und sich hier einer medizinischen Behandlung unterziehen möchten bzw. eine/n Arzt/Ärztin aufsuchen möchten, Hilfe bei der Findung der bestmöglichen medizinischen Leistung. Das Unternehmen begleitet die PatientInnen während des gesamten Prozesses. Es werden, je nach Wunsch, Reisebuchungen, die Auswahl der entsprechenden ÄrztInnen, Terminvereinbarungen, Beratungen über medizinische Behandlungen sowie eine Beratung über Operationspreise, die Medikamentenbeschaffung, Unterbringung von Begleitpersonen und Beratung in Versicherungsbelangen angeboten.

Das Unternehmen legt großen Wert auf die Kommunikation zwischen den PatientInnen und dem medizinischen Personal wie auch auf die Wahrung der Anonymität der PatientInnen. Unter dem Reiter „Contact“ lassen sich Telefonnummer und E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme finden, jedoch keine Ansprechperson. Die Webseite richtet sich an das rumänische Zielpublikum, ist zugleich aber auf Englisch wie auch auf Russisch verfügbar. Die unterschiedlichen Wiener Krankenhäuser und privaten Kliniken, mit denen das Unternehmen zusammenarbeitet, werden auf der Seite angeführt.



Abbildung 4: GoldenMed Viena (2014)

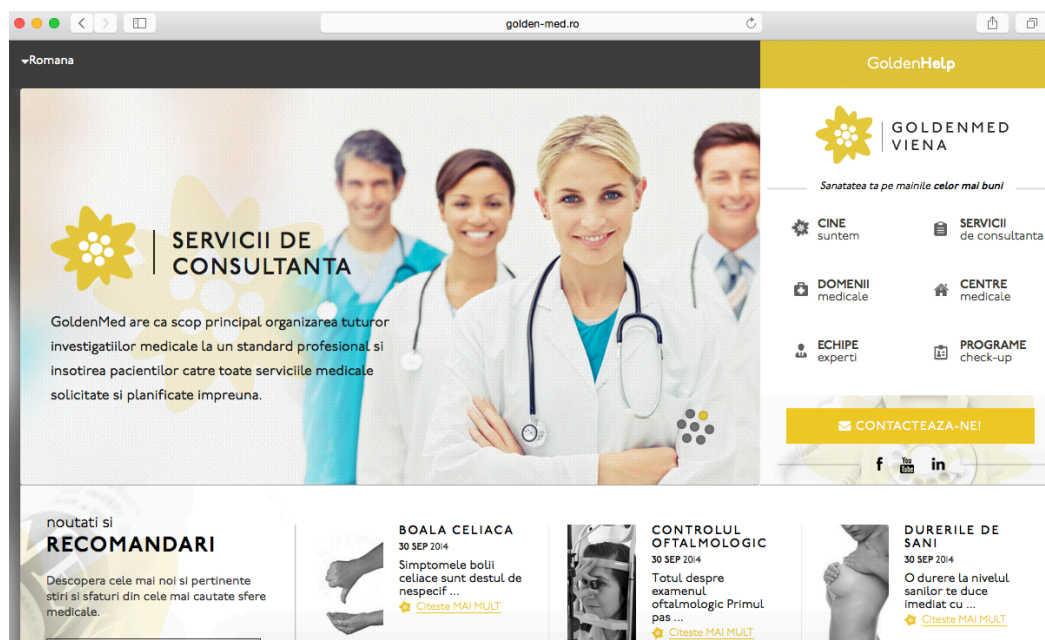


Abbildung 5: GoldenMed Viena (2017)

Das dritte Unternehmen ist GoldenMed Viena. Wie in Abbildung 5 zu erkennen ist, hat sich im Vergleich zu Ivascus Masterarbeit im Jahr 2014 das Design der Webseite dieses Unternehmens stark verändert. GoldenMed präsentiert sich im Internet weiterhin als ein seriöses und professionelles Unternehmen zur Vermittlung von rumänischen PatientInnen an renommierte österreichische Krankenhäuser und private Kliniken. Die Webseite wird mittlerweile nicht mehr nur in drei Sprachen (Rumänisch, Englisch und Kroatisch) angeboten, wie Ivascu 2014 in ihrer Masterarbeit festhält, sondern zusätzlich in den Sprachen Russisch und Französisch. Diese Seiten lassen sich aber nicht laden und sind somit nicht verfügbar.

Das Unternehmen ist sowohl auf Facebook, LinkedIn wie auch Youtube vertreten. Es ist anzumerken, dass die LinkedIn Seite kaum Informationen über das Unternehmen bereitstellt und auf dem Youtube Kanal keine Videos vorhanden sind. Die Facebook-Seite ist professionell gestaltet, doch wurden seit Juni 2015 keine Inhalte vom Unternehmen hochgeladen.

Für das Unternehmen stehen Loyalität, Professionalität und das Vertrauen der PatientInnen im Mittelpunkt. GoldenMed präsentiert zusätzlich Zertifikate, die die Glaubwürdigkeit und das Vertrauen in das Unternehmen erhöhen und bekräftigen.

Es werden medizinische Leistungen in vielen Bereichen angeboten, von der Chirurgie über Dermatologie bis hin zur Pneumologie und Onkologie. Die PatientInnen haben außerdem die Möglichkeit, zusätzliche Informationen über die einzelnen medizinischen Disziplinen zu bekommen, wenn sie ihre Kontaktdaten in der Sektion

„Domenii medicale“ (deutsch: medizinische Bereiche) eintragen und abschicken.

Die Geschäftsführerin des Unternehmens ist Bianca Barb. Über die Teammitglieder lassen sich jedoch keine Informationen finden, lediglich, dass PatientInnen während der medizinischen Behandlung von einer Krankenschwester mit 9-jähriger Erfahrung in renommierten Wiener Krankenhäusern betreut werden.

Die Kontaktaufnahme mit GoldenMed ist sehr einfach. Auf der rechten Seite ist ein gelb hinterlegtes Banner, auf dem „Contacteaza-ne!“ (deutsch: Kontaktieren Sie uns) steht. PatientInnen können in einem Online-Formular ihre Kontaktdaten eintragen sowie die Art der Dienstleistung, die sie von GoldenMed in Anspruch nehmen möchten, sei es eine medizinische Kontrolle, Untersuchung oder ein Eingriff. Die PatientInnen können zusätzlich Angaben über die Art der Anreise auswählen – Flug, Zug, Autobus oder private Anreise – sowie die Anzahl der Begleitpersonen und deren Unterkunftswunsch.

GoldenMed bietet den PatientInnen sehr viele Dienstleistungen während ihres Aufenthaltes in Wien und nach der Abreise in die Heimat. Darunter fallen: Begutachtung der medizinischen Befunde, Übersetzung sowie Weiterleitung an eine oder mehrere ÄrztInnen oder Kliniken, Terminvereinbarungen für die von den ÄrztInnen empfohlenen Untersuchungen und/oder Eingriffe und Begleitung der PatientInnen durch eine medizinische Fachkraft, Buchung jeder Art von Unterkunft, Transfer vom Flughafen zum Hotel und zur Klinik, 24-Stunden-Service, Begleitung durch eine rumänische Krankenschwester, Übersetzungen von Befunden, Einkauf von Medikamenten und Unterstützung bei Versicherungsfragen. Die Preise für die angebotenen Dienstleistungen werden auch auf der Webseite von GoldenMed nicht bekannt gegeben.

An dieser Stelle gilt es, die explorative Fallstudie von Dr. Valentin-Veron Toma und Drd. Mircea Ștefan Ciuhuța vom Zentrum für Anthropologische Studien der Rumänischen Akademie „Francisc I. Rainer“ aus Bukarest zum Thema rumänischer Medizintourismus mit dem Titel *Pacienți români care au călătorit în străinătate pentru tratament. Studie de caz exploratoriu asupra călătoriei medicale* und der englischen Übersetzung *Romanian patients who traveled abroad for treatment. Exploratory case study on medical travel* zu erwähnen. Der Artikel erschien 2012 in der rumänischen Fachzeitschrift „Revista Medicală Română“. Die Autoren haben im Rahmen dieser

Studie fünf halbstrukturierte Interviews mit PatientInnen durchgeführt, die von Bukarest nach Wien reisten, um eine medizinische Leistung in Anspruch zu nehmen. Die Themen, die in der Studie behandelt werden, sind: der rechtliche Rahmen für medizinische Reisen in EU-Länder, die Formalitäten, die bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland berücksichtigt werden müssen, die europäische Krankenversicherungskarte, die VermittlerInnen und die Anreise.

Der Artikel behandelt nur die Ergebnisse der Studie und schildert die Erfahrungen einer interviewten Person. Die Interviewpartnerin ist 44 Jahre alt und hat in einem Krankenhaus in Bukarest als Krankenschwester gearbeitet. Daniela ist ihr Name und sie ist Rentnerin. Sie sucht nach einer monatelangen falschen medizinischen Behandlung in Bukarest Hilfe im Ausland. Ein ehemaliger Arbeitskollege kontaktiert den Oberarzt der chirurgischen Abteilung in einem renommierten, öffentlichen Krankenhaus in Wien. Daniela wird daraufhin stationär aufgenommen und es beginnt eine komplexe medizinische Behandlung, die auf ihren Krankheitszustand abzielt. Nach einer zusätzlichen, vom Oberarzt empfohlenen Operation verbessert sich Danielas gesundheitlicher Zustand.

Daniela erzählt, dass sie für die stationäre Aufnahme lediglich ihren Reisepass und die e-card benötigte, keine Zuweisungen von rumänischen ÄrztInnen. Die Rechnung für den Aufenthalt wurde ihr nach der Entlassung an ihre private Adresse geschickt. Die Bezahlung erfolgte per Banküberweisung. Im Regelfall wird der Betrag von dem/der PatientIn bezahlt und im Nachhinein von der rumänischen Krankenkasse beglichen. Aufgrund der Tatsache, dass Daniela jedoch als „Notfall“ aufgenommen wurde, was in Absprache mit dem österreichischen Arzt geschah, musste sie für die Behandlung nicht zahlen. Sie konnte die Regelungen somit umgehen und der rumänische Staat kam für die Kosten auf. Zur sprachlichen Unterstützung half ihr ein „privater Vermittler“, der ihr als Dolmetscher zur Seite stand. Auch kontaktierte Daniela zu einem anderen Anlass eine Firma, die sich mit Medizintourismus beschäftigte. Sie nahm die Dienste jedoch nicht in Anspruch, da sie weder Vertrauen in die Firma gewinnen konnte, noch die Preise der angebotenen Dienste für angemessen befand, da sie mehrere Tausend Euro verlangte.

Daniela reiste für ihre medizinische Behandlung mit dem Flugzeug nach Wien. Sie kennt aber Personen, die sowohl mit dem eigenen Auto als auch mit privaten Krankentransporten nach Wien reisten.

3.5. Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus

Ivascu (2014) hat in ihrer Masterarbeit das Thema *Dolmetschen im rumänischen Medizintourismus* mit der Zielsetzung behandelt, einerseits das Phänomen des rumänischen Medizintourismus zu beleuchten und zu beschreiben und andererseits eine Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis bei der Kommunikation mit rumänischen PatientInnen, die aus medizinischen Gründen nach Wien reisen und medizinische Angebote in Anspruch nehmen, zu liefern.

Sie ist zu dem Ergebnis gekommen, dass PatientInnen aufgrund von Unzufriedenheit mit dem rumänischen Gesundheitssystem, Mangel an Vertrauen und Verzweiflung ins Ausland reisen. Die Studie zeigt, dass diese rumänischen PatientInnen sowohl wohlhabende Personen als auch Mittelschicht-RumänInnen sind, deren Behandlungskosten teilweise von der rumänischen Krankenversicherung oder durch Spenden abgedeckt werden.

Laut Ivascus Ergebnissen legen PatientInnen keinen großen Wert auf die Qualität der DolmetscherInnen in der Kommunikation. Für ÄrztInnen ist es nicht wichtig, wer für sie dolmetscht – professionelle, ausgebildete DolmetscherInnen oder LaiendolmetscherInnen. Für PatientInnen spielt die Ausbildung der Person, die für sie dolmetscht, keine Rolle. Sie hoffen, dass sie mit ihren Fremdsprachenkenntnissen auskommen oder dass das Krankenhaus dieses Problem lösen wird. Medizinische Einrichtungen stellen ausländischen bzw. rumänischen PatientInnen medizinisches oder nichtmedizinisches Personal für Dolmetschtätigkeiten zur Seite und lösen somit das Problem. Ivascu zeigt jedoch durch ein mit einem Dolmetscher geführtes Interview, dass sich die befragte Person nicht auf ihre eigentliche Arbeit konzentrieren konnte. Sie war mit dem komplexen Gespräch, das sie dolmetschen musste, überfordert und wurde zudem auch nicht dafür bezahlt. Zusätzlich waren die ÄrztInnen für ihre Hilfe nicht dankbar, sondern betrachteten sie als selbstverständlich. Die PatientInnen waren in jeder Hinsicht auf sie fixiert und angewiesen. Krankenhäuser oder Kliniken verlassen sich

daher vermehrt auf sogenannte „PatientInnenvermittlerInnen“. Diese sind entweder Unternehmen, die mit Spitälern zusammenarbeiten und sich um die Vermittlung der PatientInnen aus Rumänien sowie um den sprachlichen Aspekt kümmern, oder Personen, die im medizinischen Bereich tätig sind. Diese Personen nehmen die Dolmetscherrolle ein.

Des Weiteren schreibt Ivascu (2014), dass PatientInnen sehr wenig Wert auf die Ausbildung der DolmetscherInnen legen, da sie für ihr „Abenteuer“ in Österreich viel mehr eine Ansprechperson, eine FreundIn, eine BetreuerIn suchen. Das Rollenbild der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich ist somit äußerst veränderlich und komplex.

4. Dolmetschen im Krankenhaus: Eine Fallstudie zum rumänischen Medizintourismus

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurden zwei Arten der Datenerhebung durchgeführt: zunächst ein qualitatives Interview mit einem nicht professionell ausgebildeten Dolmetscher in einer privaten Wiener Gesundheitseinrichtung, in der rumänische MedizintouristInnen versorgt werden. Hierbei wurde der Frage nachgegangen, welche Funktion der Dolmetscher in der Klinik hat und welche Tätigkeiten er dort ausübt. Des Weiteren wurde der Dolmetscher nach der Art seiner Anstellung in der Klinik und seiner Ausbildung gefragt. Zudem wird die Rollenauffassung des Dolmetschenden beleuchtet und hinterfragt, ob die theoretischen Überlegungen hinsichtlich der DolmetscherInnenrolle im medizinischen Bereich mit den praktischen Anforderungen übereinstimmen. Die damit in Zusammenhang stehenden Fragestellungen der Sichtbarkeit und der Selbsteinschätzung des zum Einsatz kommenden Dolmetschers in der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung werden in Kapitel 5 nach Angelelli (2004) erörtert.

Den zweiten Teil der empirischen Studie bildet das Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch, das mit dem gleichen Dolmetscher aufgezeichnet wurde. Anhand von ausgewählten Beispielen der aufgezeichneten Interaktionen werden Phänomene deskriptiv analysiert, die das Verhalten des Dolmetschers in der direkten Arzt-Patient-Kommunikation betreffen. Ziel dieser deskriptiven Analyse ist es, aufzuzeigen, wie sich die TeilnehmerInnen – Arzt, Dolmetscher und Patientin – in einem bilingualen triadischen Gespräch interaktiv miteinander bzw. zueinander verhalten. Der Schwerpunkt der Untersuchung ist hierbei die dolmetschervermittelte Kommunikation im Arzt-Patient-Gespräch. Dabei werden die ausgewählten Passagen nach Florian Menz (2013) und Valero-Garcés (2002) analysiert.

Die Idee, das Rollenbild, die Funktion und die Tätigkeiten des Dolmetschers zu analysieren, entstand durch die persönlichen Erfahrungen in derselben privaten Wiener Gesundheitseinrichtung, in der obig genannter Dolmetscher tätig ist, wo ich persönlich mehrmals als Dolmetscherin für rumänische PatientInnen zum Einsatz kam. In der vorliegenden Masterarbeit wird daher der Anspruch erhoben, das individuelle

Rollenbild des nicht professionell ausgebildeten, zum Einsatz kommenden Dolmetschers in der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung zu erfassen und zu analysieren, wobei hauptsächlich persönliche Meinungen und Erfahrungsberichte des obig genannten Dolmetschers aufgezeigt werden.

Bevor die Ergebnisse in Kapitel 5 präsentiert werden, erfolgt zunächst ein Überblick über das methodische Vorgehen. Dabei werden theoretische Überlegungen, die den Untersuchungsmethoden zugrunde liegen, näher erläutert. Nachfolgend wird das Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch in Hinblick auf die Kontaktaufnahme, die Auswahl und die Darstellung des Dolmetschers, die Vorgehensweise und die Durchführung, die Beschreibung der Transkriptionsmethode sowie die deskriptive Analyse des Gespräches näher dargelegt. Abschließend erfolgt die Erläuterung des Interviewleitfadens.

4.1. Methodik

In der vorliegenden Masterarbeit steht eine qualitative Fallstudie im Mittelpunkt der empirischen Datenerhebung. Die Fallanalyse zielt laut Flick (2007: 253f.) darauf ab, den Fall in seiner Komplexität und Ganzheit sowie einzelne Personen, Organisationen, Institutionen und soziale Gemeinschaften zu betrachten. Zum Forschungszweck der vorliegenden Masterarbeit ist daher ein qualitativer Ansatz einem quantitativen vorzuziehen, da das Ziel nicht darin liegt, numerische Daten zu gewinnen, sondern die subjektive Beschreibung einzelner Personen im Mittelpunkt steht, welche die interaktionistische Darlegung der Verständigungspraxis mit rumänischen PatientInnen im Krankenhaus aufzeigt.

Die Entscheidung für einen qualitativen Ansatz ist zudem dadurch begründbar, dass dieser die Darstellung der persönlichen Meinungen, Erfahrungen und der Innenwelt der befragten Personen erlaubt und somit der Erkenntnisgewinn umfangreicher ist als bei einem quantitativen Forschungsdesign. Gegenstand dieser Methode ist somit die Erörterung der subjektiven Wahrnehmung von einzelnen Befragten. Die qualitative Wissenschaft stellt zudem laut Mayring (2007: 18) das Verstehen des Individuellen in den Vordergrund. Qualitative Forschung versteht sich als *induktiv*, wohingegen quantitative Forschung, deren Gegenstand darin liegt, einzelne

Variablen, Daten und Fakten zu determinieren und zu analysieren, als ein *deduktiver* Ansatz in der Wissenschaft gesehen wird (vgl. *ibid.*: 18).

Für die Forschungszwecke der vorliegenden Masterarbeit wurde anhand eines Einzelfalles die individuelle Darstellung und Beschreibung der Verständigungspraxis von rumänischen PatientInnen im Krankenhaus sowie die Komplexität und die Vielseitigkeit der Aspekte des Dolmetschens für rumänische PatientInnen im medizinischen Bereich erörtert. Durch die persönlichen Ansichten und Erfahrungsberichte des zum Einsatz kommenden Dolmetschers in der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung sowie durch die deskriptive, diskursanalytische Analyse des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gesprächs werden Erkenntnisse gewonnen, die mit einer quantitativen Herangehensweise nicht möglich wären. Freilich können die so gewonnenen Erkenntnisse auf keinen Fall verallgemeinert werden.

4.2. Das Arzt-Patient-Dolmetscher Gespräch

Die weiterführenden Kapitel erläutern die Kontaktaufnahme, die Auswahl und die Darstellung des Dolmetschers, die Vorgehensweise und die Durchführung, die Beschreibung der Transkriptionsmethode sowie das Gesprächsanalytische Vorgehen der Analyse des Gespräches.

4.2.1. Kontaktaufnahme, Auswahl und Darstellung des Dolmetschers

Zu Beginn einer Studie ist die Kontaktaufnahme zum Forschungsfeld von entscheidender Bedeutung. Eventuelle Zugangsbeschränkungen der Institutionen können das Vorhaben erschweren (vgl. Froschauer & Leger 2003: 25). Es erwies sich daher von Vorteil, dass ich bereits mehrmals in der obig genannten privaten Wiener Gesundheitseinrichtung für rumänische PatientInnen gedolmetscht hatte, jedoch auf freiberuflicher Basis und nicht in einem festen Angestelltenverhältnis, wie der Dolmetscher in der vorliegenden Fallanalyse. Die Entscheidung, den Dolmetscher dieser Gesundheitseinrichtung zu kontaktieren, ist dadurch begründbar, dass ich ihn durch meine Dolmetscheinsätze in der Klinik bereits kannte.

Laut Hermanns (2007: 361) gilt es im Rahmen qualitativer Datenerhebung eine Reihe spezifischer Aufgaben zu bewältigen, darunter fallen zunächst, GesprächspartnerInnen zu gewinnen und Termine für die Durchführung des Gespräches zeitlich sowie räumlich zu vereinbaren. Ich bat daher den Dolmetscher der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung um ein persönliches Treffen. Zu dem Treffen kam es im Jänner 2015. In diesem Gespräch erklärte ich das Ziel meines Vorhabens. Dabei stellte ich klar, dass mir ausschließlich die dolmetschervermittelte Kommunikation im Arzt-Patient-Dolmetscher-Verfahren wichtig sei. Der Dolmetscher war zu Beginn unseres Gespräches nicht von meinem Vorhaben begeistert. Nachdem ich ihm jedoch die Einverständniserklärungen überreicht hatte, ihm versicherte, dass mein Vorhaben rein wissenschaftlicher Natur sei, dass sowohl alle Beteiligten wie auch die Transkription der Aufnahme anonym behandelt werde und dass er jederzeit den zuständigen Betreuer der Universität Wien kontaktieren könne, um diesbezüglich Gewissheit zu erlangen, erklärte er sich zu einem Treffen mit Arzt und Patientin bereit. Zusätzlich war er mit einem Interview über seine berufliche Ausbildung und seine bisherigen Erfahrungen mit der Institution, den ÄrztInnen und PatientInnen einverstanden.

4.2.2. Vorgehensweise und Durchführung

Die GesprächsteilnehmerInnen wurden in einer von mir vorab verfassten Einverständniserklärung – in deutscher wie auch in rumänischer Sprache – über die bevorstehende Aufnahme des Gespräches und den Untersuchungsgegenstand informiert. Sie wurden insbesondere darüber aufgeklärt, dass im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit eine Tonaufnahme von dem stattfindenden medizinischen Gespräch, an dem Arzt, PatientIn und Dolmetscher beteiligt sind, gemacht werden sollte. Des Weiteren wurde explizit erklärt, dass die Gesprächsdaten später in anonymisierter Form wissenschaftlich analysiert werden, wobei der Fokus auf der dolmetschervermittelten Kommunikation im Arzt-Patient-Dolmetscher-Verfahren liegen würde. Zudem wurde explizit darauf hingewiesen, dass die TeilnehmerInnen vor der Tonaufnahme darüber informiert wurden und mündlich um ihr Einverständnis gebeten wurden. Zusätzlich wurde klargestellt, dass sowohl die Tonaufnahmen als auch die Transkription anonym behandelt werden und auf einem passwortgeschützten

Computer aufbewahrt werden. Die Formulare wurden dem Dolmetscher im Vorabgespräch ausgehändigt mit der Bitte, sie an Arzt und Patientin weiterzuleiten, damit diese über das Vorhaben informiert werden. Es stellte sich jedoch später heraus, dass der Dolmetscher die Formulare nicht weitergeleitet hatte und somit anfangs Unwissen bei Arzt und Patientin bezüglich des geplanten Treffpunkts herrschte, wie später noch ausgeführt wird.

Nach Vereinbarung eines Termins fand ich mich zur vereinbarten Uhrzeit an dem geplanten Tag in der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung ein. Jedoch waren weder Patientin, Arzt noch der Dolmetscher anwesend. Nach wiederholtem Nachfragen an der Rezeption und mehrmaligen nicht angenommenen Anrufen erschien der Dolmetscher eineinhalb Stunden später. Er begrüßte mich und stellte mir den Arzt und die Patientin sowie deren Begleitperson vor, die ich zu dem Zeitpunkt das erste Mal sah und somit die Möglichkeit hatte, mich und mein Vorhaben kurz vorzustellen. Nach dem zweiten Satz fiel mir der Dolmetscher ins Wort und erklärte dem Arzt, der Patientin und der Begleitperson mein Vorhaben. Weder der Arzt noch die Patientin wussten jedoch von mir und meinem Vorhaben und waren zunächst irritiert und zugleich skeptisch. Die Patientin hatte zunächst die Befürchtung, dass ihre medizinische Situation an die Öffentlichkeit geraten würde. An dieser Stelle verstand ich, dass der Dolmetscher weder die Patientin noch den Arzt vorab über mich und mein Vorhaben in Kenntnis gesetzt hatte. Nachdem auch ich dem Arzt kurz erklären konnte, was ich vorhatte, dass diese Tonaufnahme ausschließlich anonym behandelt wird und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zu rein translationswissenschaftlichen Zwecken im Rahmen meiner Masterarbeit verwendet würden, willigten Arzt und Patientin ein. In dem Sprechzimmer des Arztes fand im Anschluss das Gespräch statt.

4.2.3. Transkriptionsmethode nach EXMARaLDA

Als Materialquelle für die empirische Analyse des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gesprächs dient die Transkription der Aufnahme, die mit Hilfe eines Aufnahmegerätes festgehalten wurde. Transkribiert und untersucht wurde ein Gespräch von ca. sieben Minuten Länge.

Die Transkription erfolgte nach den Konventionen zur Verschriftlichung gesprochener Sprache des HIAT-Verfahrens. Dessen Grundprinzip ist die Partiturnotation, die jedem Gesprächsteilnehmer eine eigene Spur zuordnet und mit der sich gleichzeitig erfolgte Äußerungen darstellen lassen. Zur Umsetzung der HIAT-Transkriptionskonventionen wurde der Partitur-Editor EXMARaLDA¹ verwendet, eine im Internet frei erhältliche Software. Diese ermöglicht es, Audio- und Videodateien direkt in das Transkriptionsprogramm einzuspeisen und abzuspielen und parallel hierzu die Transkription zu erstellen. Auch lässt sich die Dauer von Pausen mithilfe des eingebauten Oszillogramms leicht ermitteln und in die Transkription integrieren. Ein Nachteil des Partitur-Editors ist, dass er keinerlei Möglichkeit bietet, die erstellte Transkription direkt im Programm zu bearbeiten. Es lassen sich lediglich ganze Spuren formatieren, die Hervorhebung einzelner Wörter mittels Fettdruck oder Kursivschrift ist jedoch nicht möglich. Auch die Änderung der Laufweite zur Schließung von Lücken, die durch unterschiedlich lange Aussagen der GesprächsteilnehmerInnen entstanden sind, lässt sich nicht unmittelbar im Programm einstellen. Zu Formatierungszwecken muss die Transkription als RTF-Datei in Microsoft Word geöffnet und bearbeitet werden. Die Transkription ist als Anhang angefügt.

Das Gespräch wurde, wie bereits zuvor erwähnt, mit Hilfe eines Aufnahmegerätes festgehalten, das auf dem Tisch in unmittelbarer Nähe zu den GesprächsteilnehmerInnen platziert wurde, um ein optimales Ergebnis und eine gute Hörbarkeit der Aufnahme zu gewährleisten. Die Aufnahme des Gespräches wurde anschließend als mp3-Datei auf einem Laptop abgespeichert und zusätzlich auf einer externen Festplatte gesichert. Sowohl die Aufnahme als auch die anonymisierte Transkription der sprachlichen Äußerungen werden auf einem passwortgeschützten Computer sicher aufbewahrt und vor unbefugtem Zugriff geschützt. Das Material wird ausschließlich im Zuge der vorliegenden Masterarbeit für translationswissenschaftliche Zwecke ausgewertet. Sowohl die daraus gewonnenen Forschungsergebnisse in Hinblick auf die dolmetschervermittelte Kommunikation als auch die Ausschnitte aus dem Gespräch (Transkription) werden ausschließlich in anonymisierter Form verwendet, so dass keine Rückschlüsse auf die GesprächsteilnehmerInnen möglich sind. Somit ist die Anonymität aller beteiligten Personen gewährleistet.

¹ Akronym für **E**xtensible **M**arkup Language for **D**iscourse **A**nnotation

4.2.4. Gesprächsanalytisches Vorgehen und Aufbau der Analyse

Das aufgezeichnete Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch wird anhand von ausgewählten Beispielen der aufgezeichneten Interaktionen in Kapitel 5.2. deskriptiv analysiert. Dabei wird das Verhalten des Dolmetschers in der direkten Arzt-Patient-Kommunikation näher betrachtet.

Ziel dieser deskriptiven Analyse ist es, aufzuzeigen, wie sich die TeilnehmerInnen, Arzt, Dolmetscher und Patientin, in einem bilingualen triadischen Gespräch interaktiv miteinander beziehungsweise zueinander verhalten. Der Schwerpunkt der Untersuchung ist die dolmetschervermittelte Kommunikation im Arzt-Patient-Gespräch.

Es gilt im Folgenden zunächst einige grundlegende Begriffe der gesprächsanalytischen Forschung zu erläutern, welche der Analyse des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gesprächs in Kapitel 5.2. zu Grunde liegen. Dazu wird die Arbeit von Wadensjö (1998) herangezogen, die als Pionierarbeit in Hinblick auf die Systematisierung der Rolle und den Aufgaben der DolmetscherInnen in dialogischen Interaktionen in der Fachliteratur gesehen wird.

Wadensjö (1998) zeigt anhand von aufgezeichneten dolmetschervermittelten Gesprächen in Polizeistationen sowie in Gesundheitseinrichtungen in der Sprachkombination Schwedisch-Russisch, dass eine gedolmetschte Kommunikation in *face-to-face* Interaktionen aus zwei sich gegenseitig beeinflussenden und voneinander abhängigen Aktivitäten besteht: einerseits der Wiedergabe des Gesprochenen (*relaying*) und andererseits der Koordinierung der gedolmetschten Äußerungen im Gespräch (*coordinating*). Laut Wadensjö (ibid.: 145) ist das Dolmetschen und Koordinieren in der Praxis untrennbar. Ihrer Auffassung nach übernehmen DolmetscherInnen im Rahmen ihrer Tätigkeit auch immer Koordinierungsaufgaben. So werden DolmetscherInnen als *co-constructors* und *coordinators* zu aktiven GesprächsteilnehmerInnen statt zu unbeteiligten Sprachrohren (ibid.: 108ff.). Dabei unterscheidet Wadensjö (ibid.: 109) einerseits zwischen *implicit co-ordination or gatekeeping contributions* und andererseits *explicit co-ordination contributions*. Das implizite Koordinieren bezieht sich auf die Tatsache, dass DolmetscherInnen bereits durch ihre Präsenz und das Dolmetschen von Aussagen Anderer Einfluss auf Inhalt und Kommunikation haben.

Das explizite Koordinieren bezieht sich insbesondere auf gedolmetschte Aussagen, die als Antworten oder Initiativen seitens der DolmetscherInnen zu verstehen sind, denen jedoch kein „Original“ vorangeht. Diese sogenannten *non-renditions* können nach Wadensjö (ibid.: 108ff.) text- oder interaktionsorientiert sein. Unter textorientiert versteht Wadensjö (ibid.) das Ersuchen um Klärung, das Ersuchen zu dolmetschen oder Anmerkungen zur Dolmetschung. Interaktionsorientiert sind hingegen das Ersuchen, die Reihenfolge im Sprecherwechsel, das sogenannte *turn-taking*, einzuhalten sowie das Ersuchen um dringende, aber noch nicht geäußerte Informationen (vgl. ibid.: 110).

Bei der Verteilung des Rederechts, dem sogenannten *turn-taking* oder auch der Organisation des Sprecherwechsels in einem Gespräch, spielen intonatorische Marker eine wichtige Rolle. Die Verteilung der *turns* wird nach Sacks, Schegloff und Jefferson (1974) durch Intonation, semantische Signale oder Gestik reguliert, um Fehlkommunikationen oder überlappende Beiträge zu verhindern. DolmetscherInnen wird folglich eine diskursregulierende Aufgabe für eine gelungene Kommunikation zugesprochen.

Auch Angelelli (2004a: 21) weist darauf hin, dass die einzelnen GesprächsteilnehmerInnen dann eine sinnhafte Kommunikation erzielen, wenn sie nachfragen, Ideen erläutern und zusammenfassen, Aussagen wiederholen oder umformulieren. Kommunikation findet folglich nicht nur auf rein semantischer Ebene statt, sondern ist vielmehr von Interaktionselementen und außersprachlichen Handlungen wie Mimik, Gestik oder der Beziehung der GesprächsteilnehmerInnen zueinander geleitet.

Folglich geben DolmetscherInnen die sprachlichen Äußerungen präzise oder in veränderter Form wieder – zusammengefasst, gekürzt oder klärend ausgebaut – und koordinieren somit die Abfolge im Gespräch. Sie sind somit mitverantwortlich für die Entstehung der Gesprächsinhalte und haben einen starken Einfluss auf die Kommunikationsgestaltung. Wadensjö (ibid.: 276) hält fest, dass der Begriff der passiven DolmetscherInnen im Zusammenhang mit deren Verhalten in einer dolmetschenden Kommunikation nicht geeignet ist, denn die aktive Beteiligung der DolmetscherInnen ist Teil aller Verdolmetschungen, intra-lingual sowie inter-lingual (ibid.: 276).

Ein weiterer wichtiger Begriff der gesprächsanalytischen Forschung ist das sogenannte *footing*, das im Deutschen meist als Beteiligungsstatus bezeichnet wird. *Footing* ist ein wesentliches beziehungskonstituierendes Element der Kommunikation und wird nach Goffman (1981) wie folgt definiert:

the alignment we take up to ourselves and the others present as expressed in the way we manage the production or reception of an utterance (Goffman 1981: 128).

Footing drückt folglich die Perspektive der Gesprächsbeteiligung aus und drückt aus, wie die einzelnen GesprächsteilnehmerInnen zueinander, aber auch zum Gesprächsinhalt selbst stehen und wie die eigene Sprech- und Verhaltensweise an die des Gegenübers angepasst wird.

So hat Metzger (1999) in ihrer empirischen Studie zum Gebärdensprachdolmetschen das *footing* als Form des wechselnden Gebrauchs von Pronomina in dolmetschervermittelten Kommunikationen nachgewiesen. Berk-Seligson (1990) zeigte in ihrer Untersuchung zum Gerichtsdolmetschen auf, dass DolmetscherInnen durch Höflichkeitsformen, Stil und Register Einfluss auf den Verlauf der dolmetschervermittelten Kommunikation ausüben. Shlesinger (1994: 152) stellte fest, dass der Gebrauch der dritten Person Singular („*The witness says ...*“) darauf hindeutet, dass eine Distanzierung der GesprächsteilnehmerInnen stattfindet. Zudem zeigen Shlesingers (1994) Beobachtungen, dass die GerichtsdolmetscherIn prosodische und paralinguistische Merkmale, vor allem Intonation, benutzt, um somit eine Distanzierung der Aussagen zu demonstrieren. Solche Distanzierungsmittel sowie Perspektivenwechsel zwischen indirekter und direkter Rede werden von Harris (1990) als Unterscheidungsmerkmale zwischen professionellen und nicht-professionellen DolmetscherInnen gewertet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass DolmetscherInnen durch diskursive Elemente wie *footing*, Intonation, Pronominawechsel und Register in der dolmetschervermittelten Kommunikation Position beziehen. Zusätzlich nehmen sie Einfluss auf das Gespräch und dessen Ablauf sowie die Kommunikation zwischen den einzelnen GesprächsteilnehmerInnen, indem sie die Steuerung des Kommunikationsflusses durch *turns* koordinieren. DolmetscherInnen werden dadurch zu sichtbaren und vor allem aktiven *co-constructors* und *coordinators* in einem bilingualen triadischen Gespräch.

Die oben beschriebenen theoretischen Erkenntnisse aus der gesprächsanalytischen Forschung sowie die aufgezeigten diskursanalytischen Elemente stellen die Weichen für die Analyse des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gesprächs in Kapitel 5.2..

In Anlehnung an Marlene Sators Fallstudie (2013) *Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung I* sowie Marlene Sator und Elisabeth Gülich (2013) *Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung II: Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung* werden ausgewählte Ausschnitte der Transkription in Kapitel 5.2. unter folgenden Analyseaspekten näher betrachtet:

- Beteiligungsrahmen, Rederecht
- Nicht-dolmetschendes Sprechen anstelle von jemandem
- Fachsprache vs. Umgangssprache
- Perspektivenwechsel
- Beteiligung der Patientin

Die Analyse zeigt das Interaktionsgeschehen zwischen den GesprächsteilnehmerInnen auf. Es werden Beteiligungsformen der einzelnen GesprächsteilnehmerInnen und Turn-Übergaben im Interaktionsgeschehen dargestellt sowie die Einforderung des Rederechtes der Gesprächsparteien aufgezeigt. Des Weiteren wird der Umgang mit der Fachsprache seitens des Dolmetschers illustriert und Perspektivenwechsel des Dolmetschers erläutert. Auch wird die Beteiligung der Patientin im bzw. am Gespräch analysiert. Des Weiteren wird die Stimmlage der GesprächsteilnehmerInnen in Hinblick auf die Dynamik der Interaktionen analysiert.

Zusätzlich werden Gesprächsmerkmale nach Valero-Garcés (2002: 481) als Maßstäbe für die Analyse herangezogen, wie beispielsweise kurze Sätze, alltägliche Begriffe statt Fachausdrücken, monosyllabische Antworten, direkte/geschlossene Fragen (ja/nein), Themenwechsel, Reformulierungen und Wiederholungen der Aussagen, Missverständnisse, Häufigkeit der Aussagen und Unterbrechungen. Es werden dabei sprachliche Phänomene aufgezeigt, die beim Dolmetscher zu beobachten sind, wie beispielsweise grammatikalische Fehler im Deutschen und umgangssprachliche Formulierungen in der Muttersprache.

4.3. Interviewleitfaden

Das Ziel der empirischen Analyse der vorliegenden Fallstudie bestand einerseits darin, die Arzt-Patient-Dolmetscher-Kommunikation aus einer interaktionistischen Sicht zu analysieren und andererseits Einblicke in die persönlichen Erfahrungen des in der privaten Klinik tätigen Dolmetschers zu gewinnen. Dabei wurde auf die in der Fachliteratur vorzufindenden Termini wie *SprachmittlerInnen*, *LaiendolmetscherInnen* oder *Ad-hoc-DolmetscherInnen* aufgrund einer besseren Verständlichkeit verzichtet. Es wird daher fortlaufend der Begriff Dolmetscher verwendet, wenngleich diese Person über keine einschlägige professionelle Ausbildung in diesem Bereich verfügt.

Zum Zwecke der Befragung des Dolmetschers wurde ein Interviewleitfaden konzipiert. Das teilstrukturierte Interview gilt hierbei als die bestmögliche Methode der Datenerhebung, da diese flexibel ist und dem Interviewpartner viel Freiraum bietet.

Bei der teilstrukturierten Form der Befragung handelt es sich um Gespräche, die aufgrund vorbereiteter und vorformulierter Fragen stattfinden, wobei die Abfolge der Fragen offen ist. Die Möglichkeit besteht wie beim wenig strukturierten Interview, aus dem Gespräch sich ergebende Themen aufzunehmen und sie von den Antworten ausgehend weiter zu verfolgen. In der Regel wird dazu ein Gesprächsleitfaden benützt (Atteslander 2008: 125).

Die Gesprächssteuerung stellt in Hinblick auf die Gestaltung des Interviews zwischen einer qualitativen Vorgehensweise und einer quantitativen das entscheidende Differenzierungskriterium dar (vgl. Froschauer & Lueger 2003: 33f.).

Wie bereits erwähnt wird in der vorliegenden Masterarbeit unter anderem der Frage nachgegangen, welche Rolle der Dolmetscher bei medizinischen Behandlungen mit rumänischen PatientInnen spielt. Als Grundlage für den konzipierten Interviewleitfaden dienten die Studien von Angelelli (2004) und Pöchhacker (2000).

Es wird daher nach Sprachkompetenzen sowie nach Verhalten und Unparteilichkeit während eines Dolmetschereinsatzes gefragt. Pöchhackers Modell (2000) fragt nach folgenden Herangehensweisen:

- Vereinfachen der fachlichen Ausdrucksweise für die Pat./Klient.
- Erklären von Fachbegriffen für die Pat./Klient.
- Zusammenfassen umständlicher Aussagen der Pat./Klient.
- Weglassen nebensächlicher Aussagen zur Vermeidung von Zeitverlust
- Abklären von unbestimmten Aussagen durch direktes Nachfragen
- Erläutern fremdkultureller Hintergründe und Bedeutungen
- Aufmerksam machen auf Missverständnisse im Gespräch

- Selbstständige Fragen und Mitteilungen auf Ersuchen des Personals
- Ausfüllen von Formularen mit den Pat./Klient. (200: 245)

Zudem wird das Interview mit dem zum Einsatz kommenden Dolmetscher, in Anlehnung an Angelellis Modell der Sichtbarkeit und der Rolle der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich, analysiert. Dabei soll aufgezeigt werden, wie der rumänische Dolmetscher seine Rolle selbst definiert und wie er seine Tätigkeiten beschreibt.

Im Folgenden soll ein Überblick über die Themenbereiche gegeben werden, die bei der Konzipierung des Interviewleitfadens in Anlehnung an Pöchlhammer (2000) und Angelelli (2004) entwickelt wurden. Die im Interviewleitfaden festgelegten Themenbereiche wurden während des Auswertungsverfahrens modifiziert, in dem teilweise einige umbenannt oder hinzugefügt wurden. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5.1. in Hinblick auf folgende Aspekte präsentiert:

- Soziodemographische Aspekte
- Rolle und Tätigkeiten
- Translatorische Kompetenz/Arbeitsweise

Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse des durchgeführten Interviews mit dem rumänischen Dolmetscher unter Berücksichtigung der oben erwähnten drei Aspekte analysiert und präsentiert werden.

Bei der Transkription des Interviews werden die Worte, Syntax sowie die grammatikalische Struktur der Aussagen beibehalten. Es wird somit auf die wörtliche Transkription zurückgegriffen. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die Reihenfolge zum Zwecke einer besseren Verständlichkeit der oben erwähnten Analyseaspekte in Kapitel 5.1. nicht der ursprünglichen Tonaufnahme entspricht. Der vollständige Interviewleitfaden befindet sich im Anhang der vorliegenden Masterarbeit.

5. Ergebnisse

5.1. Interview mit dem Dolmetscher

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des durchgeführten Interviews mit dem Dolmetscher der privaten Gesundheitseinrichtung präsentiert. An dieser Stelle sei erwähnt, dass personenbezogene Daten des Dolmetschers sowie der Name der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung nicht angeführt sind, um die Anonymität zu wahren. Bei den nachfolgenden Ergebnissen handelt es sich um die Sichtweise des befragten Dolmetschers in Hinblick auf seine soziodemographischen Daten, Rolle und translatorischen Kompetenzen.

5.1.1. Soziodemographische Daten

Im Rahmen des Interviews erzählte der Dolmetscher, dass er ursprünglich aus Rumänien stamme. Die Klinik, in der er die Dolmetscherrolle ausübe, hatte ihm im Jahr 2003 den Vorschlag unterbreitet, für rumänische PatientInnen, die nach Österreich kommen, um medizinische Leistungen in der privaten Gesundheitseinrichtung in Anspruch zu nehmen, in der Verständigung mit dem Krankenhauspersonal als Dolmetscher zu fungieren. Des Weiteren gab er an, dass er eine berufliche Ausbildung zum Physiotherapeuten habe; er wolle sich jedoch zur Art der Anstellung nicht konkret äußern. In der Transkription, die im Anhang zu finden ist, wird ersichtlich, dass es ihm unangenehm war, über die Bezahlung zu sprechen. Auch sprach er davon, dass es einen Vertrag mit der Klinik gäbe, den er aber geheim halten möchte.

Das ist eine lange Geschichte. Ähm ... ich bin beruflich Physiotherapeut und hab ich das diese diese Beruf so in Lauf übernommen, sozusagen. Ich stamme aus Rumänien und dann das Haus hat mich diese Vorschlag gemacht, 2003, dass Patienten aus Rumänien zu helfen hierher zu kommen.

Nachfolgend erwähnte der Dolmetscher, dass als Methode, rumänische PatientInnen zu gewinnen, Mundpropaganda genutzt wurde und dass nach einer gewissen Zeit der rumänische Rundfunk eine Sendung mit den ÄrztInnen und den MitarbeiterInnen der privaten Gesundheitseinrichtung machen wollte, sich die Klinik jedoch gegen die Werbemethode entschieden hatte.

Des Weiteren wurde der Dolmetscher im Rahmen des Interviews zu seiner Sprachkombination befragt. Er gab an, dass er die Verständigung für nur eine Fremdsprache in der Klinik ermögliche. Die dabei zum Einsatz kommenden Sprachen bei seinen Dolmetscheinsätzen sind folglich Rumänisch und Deutsch. Zusätzlich beherrsche der Dolmetscher die Sprachen Ungarisch und Englisch, jedoch fungiere er ausschließlich für das oben genannte Sprachenpaar als Dolmetscher.

5.1.2. Rolle und Tätigkeiten

Zunächst wird im folgenden Absatz ein Überblick über die Funktion und die Tätigkeiten des Dolmetschers gegeben.

Im Rahmen des Interviews wurde der Dolmetscher nach seiner Funktion in der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung befragt. Er antwortete zunächst, dass er „[...] *Dolmetscher und Manager für Patienten aus Rumänien*“ sei. Auf mein darauffolgendes Fragen, ob sich seine Tätigkeit nur auf das Dolmetschen beschränke oder ob er auch andere Tätigkeiten ausübe, da er zuvor geantwortet hatte, er sei auch Manager für Patienten aus Rumänien, antwortete er wie folgt:

Manager äh ... versteh ich äh ... Patient äh ... die hierher kommen zu organisieren. Spricht im Fall einer schweren Krankheit, dass der Transport per Flug oder Krankentransport, Autos oder Ambulanz, auch äh ... meine ich Herkunft äh ... und so so Hotel, Freizeit zu gestalten für die Angehörigen des Patienten. Und Selbstverständlich die Information über Kosten des Aufenthalts, den Untersuchungen und den Honorarien des Arztes.

Der Dolmetscher sieht sich demnach auch als sogenannter *Manager* für rumänische PatientInnen, die in die private Wiener Gesundheitseinrichtung kommen, um dort medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Er spricht davon, dass er im Falle einer schweren Krankheit sogar den Transport per Flug oder Krankentransport organisiert, aber auch Hotelbuchungen vornehme und Freizeitaktivitäten für Begleitpersonen gestalte. Zusätzlich informiere er PatientInnen über die Kosten des Aufenthaltes, der medizinischen Untersuchungen und die Honorare der Ärzte. Diese Tätigkeiten gleichen der Funktion eines „Vermittlers“, der, wie im Kapitel 3 beschrieben, nicht nur als Dolmetscher für PatientInnen, die nach Österreich kommen, um medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen, fungiert, sondern das gesamte Paket für diese organisiere, angefangen von Flug- und Hotelbuchungen über Freizeitgestaltungen bis hin zu Beratungen über die Kosten des Aufenthaltes oder der medizinischen Behandlungen.

Im Rahmen des Interviews wurde der Dolmetscher gefragt, wie die Kontaktaufnahme zu den PatientInnen erfolge, welche Informationen er vorab von den PatientInnen erhält, über welche Kanäle und wie letztendlich die Entscheidung getroffen werde, welche ÄrztInnen hinzugezogen werden bzw. welche medizinischen Behandlungen die jeweiligen PatientInnen in der Folge in Anspruch nehmen.

Der Dolmetscher gab an, dass zunächst eine Krankengeschichte, eine sogenannte Krankenakte, auf Basis der Informationen, die per E-Mail oder Fax von den PatientInnen in rumänischer und englischer Sprache eingehen, durch ihn zusammengestellt werde. Daraufhin berät sich der Dolmetscher mit einem in der privaten Gesundheitseinrichtung beschäftigten Rumänisch sprechenden Allgemeinarzt, der viel Erfahrung im medizinischen Bereich aufweise, darüber, welche Untersuchungen die PatientInnen aufgrund der eingegangenen medizinischen Unterlagen benötigen. Folglich wird ein entsprechender Aktionsplan erstellt, der die Zuweisung an einen Facharzt miteinschließt. Dieser beinhaltet einen Kostenvoranschlag und die geschätzte Aufenthaltsdauer der PatientInnen. Abschließend wird ein Termin mit dem/der PatientIn vereinbart, unter der Voraussetzung, dass diese/r mit den vorgeschlagenen medizinischen Leistungen und deren Kosten einverstanden ist.

Des Weiteren wurde der Dolmetscher gefragt, wie lange er diese Funktion bereits ausübe. Er sprach davon, dass er diesen Beruf, wie oben erwähnt, bereits seit

2003 ausübe. Aus der Aussage des Dolmetschers lässt sich zudem erschließen, dass vor 12 Jahren der/die erste rumänische PatientIn zu medizinischen Behandlungen in die private Wiener Gesundheitseinrichtung kam.

Im weiteren Verlauf des Interviews wurde der Dolmetscher gefragt, was seiner Meinung nach wichtig bei der Ausübung der Rolle des Dolmetschers sei.

Als Dolmetscher in erster Reihe ist der menschliche Charakter in erste Reihe. Das das ein offene äh ... Gespräch zu haben mit dem Patienten, eine korrekte Behandlung zwischen was äh ... der Patient äh ... bekommt für seine Untersuchungen und für sein/für ... und aller aller Wichtigste ist, dass der Patient vom vom uns zufrieden nach Hause geht und selbstverständlich mit einer Hoffnung, dass seine Krankheit ähm ... verbessert sich.

Er vertritt die Meinung, dass der menschliche Charakter im Vordergrund stehe. Ihm ist es wichtig, dass die PatientInnen die entsprechenden medizinischen Behandlungen und Untersuchungen erhalten, die auf das jeweilige Krankheitsbild abzielen. Zusätzlich ist dem Dolmetscher wichtig, dass PatientInnen fair behandelt werden und somit die Ausgewogenheit zwischen den Behandlungskosten und den angebotenen medizinischen Leistungen vorliege sowie eine offene Gesprächsbasis herrsche. Was dem Dolmetscher jedoch am wichtigsten erscheint, ist die Zufriedenheit der PatientInnen mit den medizinischen Leistungen und dem Krankenhauspersonal sowie der Tatsache, dass die PatientInnen in der Hoffnung einer Verbesserung ihres Krankheitszustandes die Klinik verlassen.

Diese Aussagen spiegeln die in Kapitel 3.5. beschriebenen Motive, weshalb rumänische PatientInnen nach Österreich kommen, um medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen, wider. Unzufriedenheit mit dem rumänischen Gesundheitssystem sowie Mangel an Vertrauen und Verzweiflung treiben PatientInnen ins Ausland zur medizinischen Behandlung.

5.1.3. Translatorische Kompetenzen

Im Rahmen des Interviews sollte ermittelt werden, ob der Dolmetscher eine Ausbildung im translationswissenschaftlichen Bereich hat oder Kurse absolviert hat, die ihn auf diese Tätigkeiten in der Klinik vorbereiten. Der Dolmetscher in der vorliegenden Fallstudie verfügt über keine professionelle Ausbildung im Bereich Dolmetschen, besitzt jedoch eine Ausbildung zum Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler.

Ich äh ... als Physiotherapeut studiert habe und Sportwissenschaft, äh ... medizinische Fach ähm ... Wissen äh ... was in mein Studium spricht, Anatomie, Physiologie, Pathologie hilft mir sehr viel äh ... zu verstehen n erste Reihe der Krankheit des Patientes und selbstverständlich auch zu erklären die Therapie oder die die folgende Maßnahmen was der Patient bekommt beim bei Endbesprechung wann Patient schon fertig mit der Therapie oder mit dem Untersuchung ist.

Seine Ausbildung zum Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler sieht er als wertvoll für die Arbeit als Dolmetscher an, da er sich während seiner Ausbildung medizinisches Fachwissen angeeignete, welches ihm in dolmetschervermittelnden Kommunikationen zu Gute kam. Beim Dolmetschen ist sein erworbenes Wissen im Bereich der Anatomie, Physiologie und Pathologie hilfreich, da er dadurch mit den medizinischen Termini vertraut ist und nicht nach deren Bedeutung fragen muss, wenn diese vorkommen, sondern die Begriffe den PatientInnen mit eigenen Worten erklären kann. Er versteht das Krankheitsbild der PatientInnen besser und kann Therapien oder Behandlungen verständlich erklären. Zudem hält er fest, dass er keine Ausbildung im Dolmetschen absolvierte, sondern die Kenntnisse zur Ausübung der Dolmetschtätigkeit währenddessen selbstständig erworben hatte. Die Klinik sei mit seiner Leistung als Dolmetscher für rumänische PatientInnen zufrieden.

Zudem wurde der Dolmetscher gefragt, ob er sich etwas zu schreiben mitnehme, wenn er einen Dolmetscheinsatz hat.

Selbstverständlich. Ich hab für jede Patient eine eine sogenannte ähm ... Kartei, die ich äh ... alle Besprechungen was zwischen Patient und Arzt stattfindet notiere ich und auch die ganze Untersuchungen was der Patient in unsere Haus macht wird in Kopie bei uns in meine in meine Kartei und beim jede Wiederkommen der Patient und der Arzt weiß genau, was war der letzte Gespräch mit ihm und selbstverständlich ist eine Hilfe für Patient für Arzt auch.

Der Dolmetscher bedient sich während der medizinischen Gespräche in dolmetschervermittelnden Kommunikationen mit PatientInnen und ÄrztInnen schriftlicher Notizen, da er die Informationen der Besprechungen notiere. Laut eigenen Angaben notiere der Dolmetscher die ihm wichtig erscheinenden Themenpunkte der Besprechungen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen. Zusätzlich hat jede/r Patient/Patientin eine sogenannte Kartei, in die der Dolmetscher Kopien der Befunde der stattgefundenen Untersuchungen aufbewahrt, die wie er sagt, [...] *eine Hilfe für Patient und Arzt* [...] sei.

Auf die Frage, ob der Dolmetscher in dolmetschervermittelnden Kommunikationen mit PatientInnen und ÄrztInnen medizinische Termini als solche übersetze oder diese vereinfache, bekräftigte er Letzteres, indem er angab, dass er PatientInnen, die mit den medizinischen Termini nicht vertraut sind, die Inhalte des Gespräches sowie die Krankheit und die Chancen auf Heilung erkläre.

Unbedingt. Wann, es kommt darauf an wie der Patient äh ... sein Wissen sind, so hoch, normal. Es gibt's äh ... es gibt Worte, die viele Patienten verstehen nicht genau medizinisch und dann wenn wir mit andere Worte versuchen zu erklären, dass der Patient endlich versteht um was geht und warum er diese Krankheit hat und was für eine Chance für Heilung hat.

Des Weiteren gab der Dolmetscher an, dass er im Arzt-Patient-Gespräch die Originalaussage Wort für Wort übersetze. Lediglich, wenn dem/der PatientIn die Übersetzung des medizinischen Fachausdruckes unklar sei, versuche er diese mit anderen Worten zu erklären, damit er sicherstelle, dass der/die PatientIn die Aussage des Arztes verstanden habe. Er versuche die medizinischen Fachbegriffe den

PatientInnen mit einfachen Worten zu erklären, wenn diese den lateinischen Fachausdruck nicht kennen.

Letztlich wurde der Dolmetscher gefragt, ob er bei früheren Dolmetscheinsätzen Schwierigkeiten in Hinblick auf die Fachterminologie hatte. Er gab an, dass er keine Schwierigkeiten bei der Verdolmetschung von medizinischen Fachbegriffen gehabt habe und sich auch an kein spezifisches Beispiel erinnern könne.

5.1.4. Schlussfolgerungen der Analyseergebnisse

Der in der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung für rumänische PatientInnen tätige Dolmetscher stammt aus Rumänien, verfügt über keine akademische oder professionelle Dolmetschausbildung, hat jedoch eine Ausbildung zum Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler abgeschlossen. Im Rahmen des Interviews gab er an, dass er seit 2003 in der betreffenden Gesundheitseinrichtung die Rolle des Dolmetschers im Sprachenpaar Rumänisch-Deutsch ausübe.

Wie bereits in Unterkapitel 2.2.2. *KommunikationsexpertInnen* erwähnt, zeigt Davidson (2000) in seiner Studie auf, dass DolmetscherInnen ohne fachliche Ausbildung, als institutionelle *gatekeeper* und somit als Verbündete der Institution fungieren. Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass der befragte Dolmetscher ebenso eine vermittelnde Rolle in der Institution zwischen der Gesundheitseinrichtung und dessen Personal und den rumänischen PatientInnen einnimmt und folglich als *gatekeeper* der Institution agiert. Er organisiert Termine zwischen ÄrztInnen und rumänischen PatientInnen, die ihn bzw. die private Gesundheitseinrichtung aus Rumänien via Telefon oder Email kontaktieren. Zudem begleitet er die PatientInnen zu den Arztterminen und hilft ihnen beim Verstehen von Befunden oder beim Übersetzen von medizinischen Fachbegriffen. Außerdem tritt er als Fürsprecher der PatientInnen auf, wie in den analysierten Sequenzen des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gesprächs in Kapitel 5.2. gezeigt wird.

In Kapitel 2.4. zum Rollenbild der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen wird nach Pöchhacker (2000) und Angelelli (2004a) erläutert, dass DolmetscherInnen bei medizinischen Behandlungen unterschiedliche Rollen einnehmen, die oft den theoretischen Anforderungen nicht entsprechen. DolmetscherInnen müssen im

medizinischen Bereich oft nicht nur Aussagen der PatientInnen in die andere Sprache übertragen, sondern häufig auch Termine organisieren, Befunde vom Blatt übersetzen oder Flug- und Hotelbuchungen vornehmen. Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass der befragte Dolmetscher die Rollen des Fürsprechers, Helfers, Koordinators, Kommunikations- und Kulturexperte einnimmt, ganz im Gegensatz zu den oben genannten theoretischen Anforderungen des Rollenbildes.

Insbesondere ist anzumerken, dass dem befragten Dolmetscher die Patientenzufriedenheit am Wichtigsten ist. Der Begriff „Zufriedenheit“ wird vom Dolmetscher während des gesamten Interviews mehrfach geäußert. Daraus erschließt sich, dass die Hoffnung auf Genesung der rumänischen PatientInnen sowie die Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung für diesen Dolmetscher eine höhere Priorität haben als die Genauigkeit der Dolmetschung.

Die im Rahmen seiner Ausbildung zum Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler erworbenen medizinischen Fachkenntnisse dienen ihm als Basis zum besseren Verständnis des Krankheitsbildes der PatientInnen. Aufgrund dessen ist er in der Lage, lateinische Fachausdrücke in einfachen Worten für die PatientInnen wiederzugeben.

Abschließend ist festzuhalten, dass der Dolmetscher keine Form der Notizentechnik des Konsekutivdolmetschens im translationswissenschaftlichen Sinne erlernt hat, sich jedoch während einer dolmetschervermittelnden Kommunikation wichtige Themenpunkte notiert. Die so festgehaltenen Informationen dienen als Grundlage für spätere medizinische Gespräche.

In dem vorliegenden Kapitel wurden die Ergebnisse in Hinblick auf die soziodemographischen Daten, die Rolle und Tätigkeiten sowie die translatorischen Kompetenzen des befragten Dolmetschers für rumänische PatientInnen dargelegt. Im nachfolgenden Kapitel werden die deskriptiven diskursanalytischen Ergebnisse des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräches in der dolmetschervermittelnden Kommunikation präsentiert.

5.2. Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch

Bei dem im vorliegenden Kapitel analysierten Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch handelt es sich um ein medizinisches Aufklärungsgespräch über einen bevorstehenden chirurgischen und gynäkologischen Eingriff, im speziellen um eine Interruption in Folge einer ungewollten Schwangerschaft. Die Gesamtdauer des Gespräches beträgt ca. 7 Minuten. Der Dolmetscher hatte die Patientin bereits zu früheren gynäkologischen Routineuntersuchungen in der privaten Gesundheitseinrichtung begleitet, bei denen sich herausstellte, dass die Patientin schwanger war. Infolgedessen entschied sich die Patientin für einen chirurgischen Eingriff. Die Kürettage erfolgte am darauffolgenden Tag.

Das Ziel dieses medizinischen Aufklärungsgespräches war es, die Patientin über den bevorstehenden operativen Eingriff, der in Vollnarkose stattfinden soll, zu informieren, etwaige Allergien, Medikamenteneinnahmen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Patientin abzuklären sowie Fragen seitens der Patientin anzusprechen. Zudem wurde die Patientin in dem Gespräch über die Uhrzeit des geplanten Eingriffes in Kenntnis gesetzt und angewiesen, sechs Stunden vor dem operativen Eingriff keine feste Nahrung zu sich zu nehmen und vier Stunden vorher keine Flüssigkeiten zu trinken.

An dem Gespräch waren ein Arzt, der Anästhesist des bevorstehenden Eingriffs, die Patientin, die lediglich Rumänisch sprach, deren Begleitperson, die sich während des Gespräches nicht zu Wort meldete, sowie der Dolmetscher beteiligt.

Die Sitzordnung der GesprächsteilnehmerInnen glich einer Dreiecksform, um ein triadisches Gespräch zu gewährleisten. Der Arzt (A) saß vor dem Dolmetscher (D) und der Patientin (P). Die Begleitperson (B) saß neben der Patientin. Ich selbst als Forscherin (F) war im Raum anwesend, verhielt mich jedoch passiv und wählte meinen Platz so, dass er unbehindertes Beobachten ermöglichte, ohne das Gespräch zu stören. Abbildung 6 zeigt eine Skizze der Sitzordnung der beteiligten Personen.

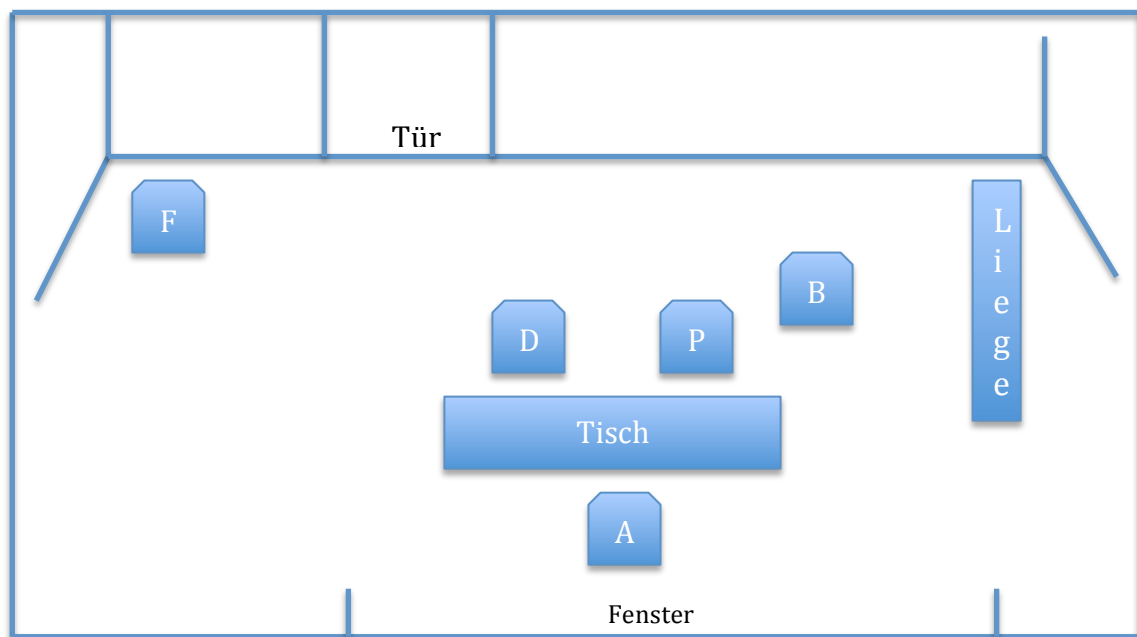


Abbildung 6: Sitzordnung der GesprächsteilnehmerInnen

Aus der Tonaufnahme, die insgesamt eine Länge von ca. 7 Minuten aufweist, werden Ausschnitte der Transkription entnommen und in den folgenden Beispielen ausführlich untersucht. Die Auswahl der Beispiele ist darin begründet, die in Kapitel 4.2.4. dargestellten theoretischen Überlegungen sowie die aufgezeigten diskursanalytischen Elemente auf das Fallbeispiel anzuwenden. Im Fokus stehen die Ausschnitte der Transkription, die gesprächsanalytisch behandelt werden, und die Interaktionen zwischen Arzt, Patientin und Dolmetscher in der dolmetschervermittelten Kommunikation. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die ausgewählten Sequenzen nicht in zeitlicher Abfolge des tatsächlichen Gespräches entnommen wurden. Die vollständige Transkription des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräches befindet sich im Anhang der vorliegenden Masterarbeit.

5.2.1. Beteiligungsrahmen, Rederecht

Am Beginn eines triadischen Gespräches stehen die Beteiligten vor der Aufgabe zu klären, wer in welcher Weise am Gespräch teilnimmt. Der folgende Ausschnitt soll die initiale Konstitution des Beteiligungsrahmens und das Einfordern des Rederechtes nachzeichnen.

In diesem Beispiel übernimmt der Dolmetscher, nach einer kurzen Pause, das Rederecht und begrüßt den Arzt. Dies erfolgt in einer nicht-dolmetschenden Beteiligungsform mit dem Arzt. Durch die Benennung der jeweiligen Gesprächsbeteiligten und die Klärung ihrer Identität konstituiert der Dolmetscher somit eine triadische Interaktion.

[1]

	172 [00:01.1]	173 [00:02.9]	174 [00:03.3]	175 [00:04.0]	176 [00:04.6]	177 [00:05.3]	178 [00:06.5]
A [v]		Guat!		Jawohl!		Hast du an Kuli?	
D [v]	Herr Primarius.		Patientin.	Ok!		Ich hab a	
D [rum]							

[2]

	179 [00:08.2]	180 [00:10.2]
A [v]		• • So Bitte.
D [v]	Kuli mit.((räuspert sich)) So da. • • Äh die Geschichte von die Dame, Herr	

[3]

	181 [00:13.5]	182 [00:15.4]
A [v]	Zuerst brauch <u>ma</u> , zuerst brauch <u>ma</u> mal den Namen	
D [v]	<u>Primarius.</u> Äh wir ...	
D [rum]		<u>Numele si äă data</u>
D [de]		Name und äh

[4]

	183 [00:17.9]	184 [00:20.2]
D [v]		((Der
P [v]	((Die Patientin sagt ihren Namen und ihr Geburtsdatum.))	
D [rum]	<u>nasterii.</u>	
D [de]	Geburtsdatum.	

Anschließend wechselt er in den nicht-dolmetschenden Interaktionsmodus, indem er sich der Patientin widmet und den Arzt in rumänischer Sprache vorstellt (172)². Der Dolmetscher wechselt von diesem Modus danach in den nicht-dolmetschenden Interaktionsmodus auf Deutsch zwischen Arzt und Dolmetscher. Als der Dolmetscher dazu ansetzt, die Geschichte der Patientin zu erzählen, unterbricht ihn der Arzt jedoch mit einer bestimmenden Stimme, durch eine *turn*-Übernahme in Form einer wiederholten Formulierung (181). Die Funktion seines Zuges ist das *turn-taking* in teilweiser Überlappung mit dem Dolmetscher. Der Arzt erhebt folglich den Anspruch auf das Rederecht. Er möchte deutlich klarstellen, dass zu Beginn des Gespräches nicht die Geschichte im Vordergrund steht, sondern der Name und das Geburtsdatum der Patientin. Der Dolmetscher reagiert auf die *turn*-Übernahme und das plötzliche Unterbrechen des Arztes zunächst irritiert, was an der Hesitationspartikel „äh“ (182) zu erkennen ist. Er vervollständigt jedoch die Aussage, indem er in einem dolmetschenden Interaktionsmodus auf Rumänisch zwischen ihm und der Patientin diese nach ihrem Geburtsdatum fragt.

Auch in dem folgenden Ausschnitt der Transkription ist das Einfordern des Rederechtes durch den Arzt deutlich zu erkennen. Der Arzt unterbricht den Dolmetscher mit bestimmender Stimme und setzt dadurch zu einer *turn*-Übernahme ein (219).

[24]

	218 [01:42.5]	219 [01:45.1]
A [v]	((leise Stimme))	Gut. Das ist
D [v]	nicht, dass er schwanger ist. Und, sie hat si dazu entschieden mit seine	Freund

[25]

A [v]	äh, ((Nennt den Dolmetscher beim Namen, unterbricht ihn mit bestimmender
D [v]	und Familie von Freund ...

[26]

	221 [01:47.7]	222 [01:49.9]
A [v]	Stimme))Du weißt es ist ein etwas heikles Thema, das soll eigentlich niemand	
D [v]		
D [rum]		Este o temă,
D [de]		Es ist ein

² Die Zahlenverweise in der Analyse beziehen sich auf die einzelnen Intervalle in der Zeitachse oberhalb des Partiturre Rahmens.

5.2.2. Nicht-dolmetschendes Sprechen anstelle von jemandem

[10]

	194 [00:44.5]	195 [00:45.9] 196 [00:47.2]	197 [00:49.2]
A [v]	Wahnsinn ((lacht)) Ok. Was ist vorgesehen, eine Curettage?		
D [v]	oder?	Gut.	
D [rum]			<u>Ăă, ce este</u>
D [de]			<u>Äh, was bei</u>

[11]

	198 [00:51.4] 199 [00:51.6]
D [v]	Es a ungewollte, äh,
P [v]	Da.
P [de]	<i>Ja.</i>
D [rum]	<u>prevăzut la dumneavoastră, este un chiuretaj, ca?</u>
D [de]	<u>Ihnen vorgesehen ist, ist eine Curettage, ja?</u>

[12]

	200 [00:55.6] 201 [00:56.2]
A [v]	Ok.
D [v]	ungewollte äh, Schwangerschaft, äh, Herr Primarius, äh. Leider Gottes ist,

[13]

	202 [00:58.0]	203 [01:00.8]
A [v]	Also	also, es ist eigentlich eine Interruption,
D [v]	äh, Freund, Beziehung gekommen, äh, muss sie abtreibt ...	

[14]

	204 [01:02.3] 205 [01:02.9] 206 [01:03.3]
A [v]	eigentlich, oder? Ok.
D [v]	Genau.
D [rum]	<u>O întrerupere de sarcină. Este o sarcină care nu a</u>
D [de]	<u>Eine Unterbrechung der Schwangerschaft. Es ist</u>

Im vorliegenden Beispiel wird die Beteiligungsform *nicht-dolmetschendes Sprechen anstelle von jemandem* dargestellt. Dies bedeutet, dass der Dolmetscher nicht-dolmetschend eine Frage anstelle der Patientin beantwortet bzw. die Vorgeschichte der Patientin erzählt, ohne sie dabei miteinzubeziehen. Dolmetscher und Arzt sprechen auf Deutsch miteinander, ohne dabei eine sprachliche Aussage eines anderen Gesprächsteilnehmers in einer anderen Sprache zu reproduzieren. So beschreibt der Dolmetscher zu Beginn des Aufklärungsgespräches, in einem nicht-dolmetschenden Interaktionsmodus auf Deutsch zwischen Arzt und Dolmetscher, die Vorgeschichte der Patientin (198). Dabei unterbricht der Arzt den Dolmetscher in terminaler Überlappung und stellt eine Rückversicherungsfrage bezogen auf die Aussage des Dolmetschers

(202). Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Dolmetscher die Vorgeschichte ausführlich zu beschreiben versucht, hingegen der Arzt durch einen *turn*, welchen er durch das Wort *also*, welches er zwei Mal ausspricht, signalisiert, dass er die Situation auf den Punkt bringen möchte. Dabei unterlaufen dem Dolmetscher sowohl grammatikalische Fehler wie auch Fehler im Satzbau (*Leider Gottes ist, äh, Freund, Beziehung gekommen, äh muss sie abtreibt*).

Bereits an dieser Stelle ist erkennbar, dass die Patientin im Gespräch nicht miteinbezogen wird. Durch die Beteiligungsform *nicht-dolmetschendes Sprechen anstelle von jemandem* wird diejenige Person lokal ausgeschlossen, an deren Stelle gesprochen wird; in diesem Fall die Patientin. Der Beteiligungsstatus der Patientin wird dabei lokal stark eingeschränkt. Folglich entsteht keine konsekutive Dolmetschung für die Patientin.

Dies wird auch in den folgenden Ausschnitten der Transkription (207-209) sichtbar. In einem nicht-dolmetschenden Modus auf Deutsch wendet sich der Dolmetscher dem Arzt zu (207) und sagt, dass die Gründe des Schwangerschaftsabbruches der Patientin nicht zu hinterfragen seien.

[15]

207 [01:07.4]	
D [v]	Auf welche Gründe das weiß ich auch
D [rum]	<u>fost dorită.</u>
D [de]	eine Schwangerschaft, die nicht gewollt war.

[16]

208 [01:10.1]		209 [01:11.6]
A [v]	Nein muss man nicht fragen, aber ...	
D [v]	nicht, muss ich nicht fragen.	
D [rum]		Nu <u>trebuie să</u>
D [de]		Wir müssen nicht

[17]

D [rum]	<u>întrebăm care au fost motivele de ce întrerupi această sarcină, sunt probleme</u> <u>tale</u>
D [de]	danach fragen, was die Gründe für die Unterbrechung der Schwangerschaft sind. Es

Erst im Intervall 209 wendet sich der Dolmetscher der Patientin zu und erklärt ihr in einem nicht-dolmetschenden Interaktionsmodus auf Rumänisch, dass die Gründe für den Abbruch der Schwangerschaft ihre persönlichen und privaten seien. Er beteiligt die Patientin nur kurzfristig an dem Gespräch, indem er sich mit einem bestimmenden *Ja* (210) bei der Patientin rückversichert, ob die Patientin seine Aussage als korrekt empfindet.

[18]

210 [01:17.2] 211 [01:17.6]	
A [v]	Gut, ähm, • weiß das der
P [v]	Da.
P [de]	Ja.
D [rum]	personale și private, dá?
D [de]	sind deine persönlichen und privaten Gründe, já

Auch die Intervalle 211-217 lassen erkennen, dass der Dolmetscher als Fürsprecher der Patientin auftritt und somit *anstelle* der Patientin spricht, indem er in einem nicht-dolmetschenden Interaktionsmodus auf Deutsch dem Arzt seine Frage, ob der Chirurg von dem Eingriff in Kenntnis gesetzt wurde, beantwortet.

[19]

212 [01:21.5]	
A [v]	"Name"? Ok. Und ... Gut.
D [v]	Sicher, wir haben das alles mit der Ch., mit der Doktor, mit der Gynäkologe

[20]

213 [01:24.9] 214 [01:27.5]	
A [v]	Und läuft als gestörte Schwangerschaft. m
D [v]	gesprochen. Genau. Gestörte

[21]

215 [01:32.7]	
D [v]	Schwangerschaft. Äh, sie wurde von Dr. "Name" untersucht, vorige Woche. Wir

[22]

216 [01:36.0]	
D [v]	haben ja alles äh • Abstriche gemacht, äh, Sekrete, Papanicolaous und während

[23]

217 [01:40.9]	
A [v]	Nicht klar.
D [v]	diese Untersuchungen sind wir drauf gekommen, dass sie schwanger ist. Sie wusste

Eine mögliche Erklärung für dieses Verhalten ist, dass die Patientin vom Dolmetscher bereits eine Woche zuvor zu gynäkologischen Untersuchungen begleitet wurde und somit die Vorgeschichte kennt. Er fungiert hierbei sowohl als Dolmetscher wie auch als Fürsprecher der Patientin und tritt folglich als primärer Gesprächspartner des Arztes auf.

Die vom Dolmetscher präferierte Form des nicht-dolmetschenden Sprechens *anstelle* ist durch die Referenzform in der 3. Person Singular an der sprachlichen Oberfläche zu erkennen. Es entsteht ein Sprechen ohne eine sprachliche Vorlage.

5.2.3. Fachsprache vs. Umgangssprache

[33]

	234 [02:17.6]	235 [02:20.5]
A [v]	und jeder und jeder, der fragt, gestörte Schwangerschaft.	
D [rum]	spunem tare.	Si tot cine
D [de]	sagen.	Und jede der

[34]

	236 [02:24.5] 237 [02:25.7]
D [rum]	întreabă este întradevăr o întrerupere de sarcină pentru că, esteee ((1,5s))
D [de]	fragt, es ist tatsächlich ein Abbruch der Schwangerschaft, weil, ääh

[35]

	238 [02:27.2]	239 [02:29.3]	240 [02:30.5] 241 [02:31.0]
A [v]			• • Naja, die
D [v]	wieeee sagt man des auf Deutsch, Heeeeerr Primarius? Gestörtes? Äh.		

[36]

	242 [02:33.0]
A [v]	Schwangerschaft ist nicht in Ordnung.
D [rum]	• • Äää, sarcina nu este în ordine si din cauza
D [de]	• • Die Schwangerschaft ist nicht Ordnung und

[37]

	243 [02:36.5] 244 [02:37.6] 245 [02:37.9] 246 [02:38.2] 247 [02:38.4] 248 [02:38.8] 249 [02:39.2]
A [v]	Ja? Gut. • • •
D [v]	Ok.
P [v]	• • Da. Da.
P [de]	• • Ja. Ja.
D [rum]	asta se face chiuretai-ul, ok? Da?
D [de]	deswegen wird eine Curetage gemacht. Ja?

In diesem Ausschnitt zeigt sich anhand der Hesitationspartikel „äh“ (236), dass der Dolmetscher nicht weiß, wie er den deutschen Ausdruck „gestörte Schwangerschaft“, der vom Arzt im vorherigen Intervall (235) geäußert wurde, in die rumänische Sprache übersetzen soll. Nach einer kurzen Pause von 1,5 Sekunden (237) setzt der Dolmetscher hier die Strategie der Rückversicherungsfrage ein (238), mit der er eine Begriffserklärung bzw. eine Umformulierung des Wortes vom Arzt einfordert. Es entsteht ein Wechsel im Interaktionsmodus zu einem nicht-dolmetschenden Modus mit dem Arzt. Der Dolmetscher greift somit hier mit einer eigenen Initiative zur

Verständnisförderung ein: er fragt den Arzt, was er mit *gestört* meint. Dieser formuliert daraufhin seine Aussage um, indem er sagt *die Schwangerschaft sei nicht in Ordnung* (241). Der Dolmetscher übernimmt diese Ausdrucksform in die rumänische Sprache. Nach kurzem Zögern (242), das als Nachdenken interpretiert werden kann, entscheidet sich der Dolmetscher für eine 1:1 Dolmetschung der ausgangssprachlichen Äußerung in die rumänische Sprache. Er hat hierbei den deutschen Fachterminus *Abtreibung*, der als ein Synonym für *gestörte Schwangerschaft* gilt, mit „*Schwangerschaft ist nicht in Ordnung*“ (242) gedolmetscht. Eine Alternative dazu hätte hierbei auch das rumänische Äquivalent *avort* für *Abtreibung* sein können. Hier lässt sich sowohl eine mangelnde Kenntnis der medizinischen Fachterminologie seitens des Dolmetschers feststellen als auch eine umgangssprachliche Formulierung in der rumänischen Sprache erkennen.

Seine Stimme ist dabei sehr bestimmend, aber gleichzeitig hastig. Am Ende des Satzes geht seine Stimmlage nach oben, was an der Gliederungspartikel „*ok*“ zu erkennen ist. Es scheint, als wolle der Dolmetscher so schnell wie möglich seinen Satz beenden, um einerseits sicherzustellen, dass die Patientin verstanden hat, um welche Art von Eingriff es sich handelt, und andererseits mit dem Aufklärungsgespräch fortfahren zu können.

Nachdem die Patientin durch das Bestätigungssignal „*Da*“ (243) zu erkennen gibt, dass sie alles verstanden hat und somit ihr Einverständnis für den Eingriff gibt, sichern sowohl Arzt wie auch Dolmetscher dies durch ein wiederholtes Fragen ab. Anschließend kommt es durch den Dolmetscher zu einem *turn*, einem sogenannten *change-of-activity* (248), einem Handlungswechsel, woraufhin eine kurze Pause entsteht (249).

Auch in dem folgenden Ausschnitt sind die mangelnden Kenntnisse der medizinischen Fachsprache seitens des Dolmetschers zu erkennen.

[71]

314 [04:58.4]		
P [v]	der Patientin ist nicht verständlich. Sie spricht sehr leise))	
D [rum]	<u>cervixul</u>	<u>ca să de se se dilată, adică</u>
D [de]	die Zervix	damit sie sich <u>aufdehnt,</u>

[72]

315 [05:00.4]		316 [05:02.4]
D [rum]	<u>gura mamei, cum se spune în terminii lor</u>	<u>să se dilate, nu se</u>
D [de]	also der Mund der Mutter, wie es in deren Fachsprache genannt wird,	damit es sich

Der Dolmetscher unternimmt hierbei den Versuch, den medizinischen Fachbegriff *Zervix* in der Alltagssprache widerzugeben. Jedoch verwendet er dabei einen Begriff *gura mamei* (315), der in der rumänischen Sprache nicht existiert und wortwörtlich als *Mund der Mutter* übersetzt wurde. Der Begriff *Gebärmutterhals*, der als Synonym für *Zervix* gilt, hätte in die rumänische Sprache mit *col uterin* übersetzt werden sollen. Hier hat der Dolmetscher den medizinischen Fachausdruck eindeutig falsch übersetzt.

Auch in dem folgenden Ausschnitt (64) wird klar, dass der Dolmetscher nicht den medizinischen Fachausdruck für Vollnarkose, Anästhesie, benutzt, sondern sich der wortwörtlichen Entlehnung aus dem Rumänischen (*anestezie totală*) bedient.

[64]

303 [04:31.5]	
D [v]	Sie fragt <u>nochamal</u> , wieso totale Narkose, äh Herr
D [rum]	bestimmender Stimme))

5.2.4. Perspektivenwechsel

[52]

	274 [03:42.2]	275 [03:44.2]
A [v]	Wir machen eine Vollnarkose. ...	Hat sie schon a
D [rum]	Se face o anestezie totală.	
D [de]	Es wird eine Vollnarkose gemacht.	

[53]

	276 [03:45.4]	277 [03:47.4]	278 [03:48.0]
A [v]	mal a Narkose gehabt?		
D [v]			Nein, hat sie nicht
P [v]		Nu.	
P [de]		Nein.	
D [rum]	Dacă ati avut vreodată anestezie?		
D [de]	Ob Sie jemals Anästhesie hatten?		

22

[56]

A [v]	Geschwister schon a mal Vollnarkose gehabt und hat's da Probleme gegeben?
D [rum]	Dacă
D [de]	Ob in

[57]

	287 [04:03.6]
A [v]	
D [v]	Nein, hat
D [rum]	în familia ta, mama, tata, frati avut anestezie?
D [de]	deiner Familie, Mutter, Vater, Geschwister jemand eine Anästhesie hatte?

[58]

	288 [04:04.9]	289 [04:05.8]	290 [04:08.8]
A [v]	Keine Probleme?	Weiß sie nicht. Alles klar. • • Gut. • •	Äh, nimmt sie
D [v]	sie keine gehabt. Weiß sie nicht.		Gehen wir
D [rum]			
D [de]			

[59]

	291 [04:12.1]	292 [04:13.6]
A [v]	irgendwelche Medikamente?	
D [v]	mal die Fragen durch. ((leise m))	
P [v]		((1,3s)) Doar ce sti tu.
P [de]		Nur was du weißt
D [rum]	Dacă	luați medicamente?
D [de]	Ob	Sie Medikamente nehmen?

Bei diesen Ausschnitten der Transkription handelt es sich um medizinische Aufklärungsfragen seitens des Arztes bezüglich der Gesundheit der Patientin. Sowohl im Ausschnitt 53 wie auch im Ausschnitt 57 und 59 ist ein *Footing*-Wechsel deutlich zu erkennen. Der Dolmetscher vollzieht dabei einen Perspektivenwechsel, indem er das Personalpronomen im Rumänischen von der 2. Person Singular („*Dacă în familia ta, mama, tata, frați avut anestezie?*“) auf die 2. Person Plural, die auch die Höflichkeitsform im Rumänischen ist („*Dacă luați medicamente?*“) ändert. Während der Dolmetscher davor fortlaufend im Aufklärungsgespräch die Patientin im Rumänischen in der 2. Person Singular anspricht, ändert er im Ausschnitt 53 (276) („*Dacă ați avut vreodată anestezie*“) zum ersten Mal das Personalpronomen und vollzieht somit einen Perspektivenwechsel. Er stellt die Frage in einem dolmetschenden Interaktionsmodus, indem er die Patientin in der 2. Person Plural mit der Höflichkeitsform *haben Sie* (*ați avut*) im Rumänischen anspricht. In Ausschnitt 57 (*familia ta*) wechselt der Dolmetscher jedoch zurück und verwendet hierbei die 2. Person Singular, wobei er in Ausschnitt 59 (*luați*, im Deutschen: *nehmen Sie*) erneut die 2. Person Plural im Rumänischen verwendet. Es ist deutlich zu erkennen, dass sich der Dolmetscher nicht entscheiden kann, mit welchem rumänischen Personalpronomen, Singular oder Plural, die Patientin anzusprechen ist.

Auch in den Ausschnitten 60-63 ist zu erkennen, dass der Dolmetscher die Patientin in der 2. Person Plural im Rumänischen („*Dacă aveți ...*“; „... *sunteți sănătoasă*“) mit der Höflichkeitsform anspricht.

[60]

	293 [04:15.9]	294 [04:17.7]
A [v]	Hat sie mit dem Herz, mit der Lunge irgendwelche	
D [v]	Nein. • • Nein.	
P [v]	((sehr leise m̃)	
D [rum]	Dacă	
D [de]		

[61]

	295 [04:19.7]	296 [04:21.5]
A [v]	Beschwerden?	
D [v]		Auch nicht, nein.
D [rum]	aveti probleme cu inima, cu plămâni?	
D [de]	Ob Sie Probleme mit dem Herzen, mit der Lunge habe	

[62]

	297 [04:22.6]	298 [04:24.5]	299 [04:26.1]
A [v]	Gut, also sie ist gesund		
D [v]			• • • Pumperl gesund,
D [rum]		Ăă, deci în principiu sunteți sănătoasă?	
D [de]		Äh, also im Prinzip sind Sie gesund?	

Im Ausschnitt 66 kommt es erneut zu einem *Footings*-Wechsel seitens des Dolmetschers. Er vollzieht einen Perspektivenwechsel indem er das Personalpronomen ändert. Er spricht die Patientin nicht mehr, wie in den vorherigen Intervallen (294, 298), in der 2. Person Plural an, sondern adressiert die Aussage im Ausschnitt 66 in der 2. Person Singular („... să te anesteziez ...“).

[63]

..		300 [04:28.3]	301 [04:28.9]	302 [04:29.9]
A [v]		Ok. ((lacht))		
D [v]		Herr Primarius.		
P [v]		Dar <u>dece</u> <u>totală</u> ?		
P [de]		Aber wieso voll?		
D [rum]		<u>Pentru că așa se face.</u> ((mit leiser, jedoch		
D [de]		Weil es so gemacht wird.		

[64]

..		303 [04:31.5]
D [v]		Sie fragt <u>nochamal</u> , wieso totale Narkose, äh Herr
D [rum]		<u>bestimminder Stimme</u>)

[65]

..		304 [04:34.0]
A [v]		Es gibt, naja, als Alternative könnten wir nur einen Kreuzstich machen. <u>m</u>
D [v]		Primarius?
D [rum]		<u>Se poa</u>
D [de]		<u>Es ka</u>

[66]

..		305 [04:37.0]
A [v]		Aber ...
D [rum]		<u>te o altă alternativă, să se facă în spinal, adică în coloana vertebrală să te anesteziez</u>
D [de]		<u>nn, als Alternative, in den Rücken gemacht werden. Also in die Wirbelsäule, damit</u>

Eine mögliche Erklärung für den ständigen Perspektivenwechsel ist, dass der Dolmetscher die Patientin dazu auffordern möchte, sich angesprochen und somit zu einer Reaktion verpflichtet zu fühlen. Außerdem fördert er zugleich ein gegenseitiges Verständnis. Andererseits ist durch den Wechsel zwischen der 2. Person Singular und der 2. Person Plural im Rumänischen eine Distanzierung des Dolmetschers und seine eigene Unparteilichkeit zu erkennen. Die Identifizierung und Solidarisierung mit der Muttersprachlerin fällt ihm schwer. Dieser Perspektivenwechsel kann, wie bereits in Kapitel 4.2.4. erwähnt, als Unterscheidungsmerkmal zwischen professionellen und nicht-professionellen DolmetscherInnen gesehen werden (vgl. Harris 1990).

5.2.5. Beteiligung der Patientin

Im vorliegenden Beispiel zeigt sich, dass die Patientin zum ersten Mal seit Beginn des Gespräches eine Frage an den Dolmetscher richtet. Bis zu diesem Zeitpunkt des Gespräches hat sich die Patientin kein einziges Mal aktiv beteiligt, nur wenn sie etwas gefragt wurde, antwortete sie. In Ausschnitt 63 stellt die Patientin aktiv eine Frage an den Dolmetscher und möchte wissen, wieso bei dem bevorstehenden Eingriff eine Vollnarkose gemacht werden muss (301). Der Dolmetscher richtet auf ihre Frage hin keine konsekutive Dolmetschung an den Arzt, sondern antwortet ohne Zögern *anstelle* des Arztes: „*Weil es so gemacht wird*“ (302). Wie in dem Ausschnitt der Transkription (302) bereits geschrieben steht, antwortet der Dolmetscher mit einer leisen, jedoch sehr bestimmenden Stimme. Er gibt der Patientin keine Erklärung für diese Art von Anästhesie. Erst nach der rumänischen Aussage wendet er sich dem Arzt zu und fragt ihn, *wieso eine Vollnarkose für den Eingriff notwendig sei*.

Es lässt sich erkennen, dass beim Versuch der Patientin, sich aktiv an dem Gespräch zu beteiligen, diese durch den Dolmetscher abgewiesen wird. Diese Ablehnung erfolgt nicht in explizierter Form mit Worten, sondern durch seine harsche und zugleich leicht aggressive Stimmlage. Es scheint, als wolle er die Frage der Patientin nicht beantworten, da er diese als nicht relevant empfindet.

[63]

	300 [04:28.3]	301 [04:28.9]	302 [04:29.9]
A [v]	Ok. ((lacht))		
D [v]	Herr Primarius.		
P [v]		Dar <u>dece totală</u> ?	
P [de]		Aber wieso voll?	
D [rum]		<u>Pentru că așa se face.</u> ((mit leiser, jedoch	
D [de]		Weil es so gemacht wird.	

[64]

	303 [04:31.5]
D [v]	Sie fragt <u>nochamal</u> , wieso totale Narkose, äh Herr
D [rum]	bestimmender Stimme))

Doch erkennt der Dolmetscher, dass die Frage der Patientin einer Dolmetschung bedarf, und richtet sich in der Beteiligungsform *dolmetschendes Sprechen über jemanden* an den Arzt. Der Dolmetscher spricht den Arzt in einem Dolmetschmodus auf

Deutsch an und referiert dabei auf die Patientin in der 3. Person Singular („*Sie fragt nochamal, wieso totale Narkose?*“) (303).

In den folgenden Ausschnitten wird ersichtlich, dass die Patientin zum *turn* ansetzt (313), nachdem der Arzt erklärt hatte, dass das Aufdehnen der Zervix schmerzhaft ist. Die Patientin äußert einen in der Tonaufnahme unverständlichen Satz, der in leiser Stimmlage erfolgt, wird jedoch vom Dolmetscher in terminaler Überlappung unterbrochen, indem er sein Rederecht mit der Wiederholung des Wortes *cervix* einfordert und somit den *turn* übernimmt. Die Patientin kann den von ihr geäußerten Satz nicht beenden.

[70]

	312 [04:51.8]	313 [04:56.4]
A [v]	Ja das <u>das das Aufdehnen</u> vom Muttermund, <u>das</u> tut extrem weh.	
D [v]	Erste Mal. ((mit leiser Stimme))	
P [v]		((Aussage
D [rum]		Deci cer-
D [de]		Also die Zer-

[71]

	314 [04:58.4]
P [v]	der Patientin ist nicht verständlich. Sie spricht sehr leise))
D [rum]	<u>cervixul</u> <u>ca să de se se dilată, adică</u>
D [de]	die Zervix damit sie sich <u>aufdehnt,</u>

In dem folgenden Ausschnitt der Transkription fragt der Arzt, ob die Patientin eine Vorbereitungstablette vor dem operativen Eingriff einnehmen möchte. Ohne, dass der Dolmetscher in einem dolmetschenden Interaktionsmodus die Frage an die Patientin richtet, antwortet dieser anstelle der Patientin und bejaht die Frage des Arztes. Über das schnelle Antworten ohne Einbezug der Patientin ist der Arzt zunächst verwundert, sodass er noch einmal nachfragt. Erst später (353), nachdem der Dolmetscher die Entscheidung für die Patientin getroffen hat, wird ersichtlich, dass er sich in einem nicht-dolmetschenden Interaktionsmodus der Patientin zuwendet und sie fragt, ob sie eine Vorbereitungstablette für den operativen Eingriff einnehmen möchte. Der Dolmetscher hält jedoch nicht inne um ihre Antwort abzuwarten (354), sondern erklärt ihr weiter, dass sie diese Tablette um 7 Uhr in der Früh zur Beruhigung einnehmen soll. Nachdem der Dolmetscher das Ende des Satzes mit einem *Da* (im Deutschen: Ja) (355)

bekräftigt, ratifiziert die Patientin die Aussage des Dolmetschers, indem sie den *turn* übernimmt und seine Aussage mit einem *Da* (356) bestätigt.

[88]

.. 343 [06:05.8] 344 [06:08.0]	
A [v]	Möcht sie
D [v]	auf))
D [rum]	<u>Cred că la ora patru dimineața încă o să dormiti.</u>
D [de]	Ich glaube, um vier Uhr in der Früh, werden Sie noch immer schlafen.

[89]

.. 345 [06:09.9] 346 [06:10.9] 347 [06:11.5]	
A [v]	a Vorbereitungstablette haben? Ja? m̄ ((Mobiltelefon des Arztes läutet))
D [v]	Ja schon.
D [rum]	<u>O să primiți, întreabă domn</u>
D [de]	Sie werden bekommen, Herr

[90]

.. 348 [06:16.0] 349 [06:18.3]	
A [v]	((Der Arzt hebt ab)) Fünf Minuten, ruf ich dich an.
D [v]	((2,3s))
D [rum]	Primarius <u>dacă</u>
D [de]	Primarius fragt, ob

[91]

.. 351 [06:21.8]	
D [v]	Inzwischen ruft wer an. ((mit leiser Stimme)) A Notfall Herr Primarius ((lacht auf))

[92]

352 [06:24.0] 353 [06:29.7]	
D [rum]	<u>Ăă domnul primarius întreabă dacă aveți nevoie de o tabletă pre-pregătoare, care vă</u>
D [de]	Äh Herr Primarius fragt, ob Sie eine Vorbereitungstablette benötigen, die Sie

[93]

..		354 [06:31.2]
D [rum]	face să fiți liniștită. Asta înseamnă că la ora șapte primiți o tabletă ca să se facă ralex.	
D [de]	beruhigt.	Das bedeutet, dass Sie um 7 Uhr eine Tablette zur Beruhigung

[94]

..		355 [06:34.2]	356 [06:34.6]	357 [06:35.8]
A [v]				Ja, passt, ja. Nachher ist sie dann im
D [v]				Braucht sie, Herr Primarius.
P [v]			Da.	
P [de]			Ja.	
D [rum]			Da.	
D [de]			bekommen. Ja.	

5.2.6. Zusammenfassung der Ergebnisse des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräches

Im Fokus der empirischen Analyse des Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräches steht die dolmetschervermittelte Kommunikation. Diese wurde in den einzelnen Beispielen aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und anhand der in Kapitel 4.2.4. beschriebenen methodischen Vorgehensweisen untersucht.

Wenngleich traditionell DolmetscherInnen eine unsichtbare Rolle einnehmen und in Kommunikationssituationen nur das Gesagte in eine andere Sprache umkodieren sollen, zeigt die Analogie zur Rolle der DolmetscherInnen, wie Angelelli (2004a) beschreibt, dass DolmetscherInnen „Detektive spielen“, „multifunktionale Brücken“ in den Gesundheitseinrichtungen zwischen Krankenhauspersonal und PatientInnen überwinden sowie als „DiamantenkennerInnen“ und „MienenarbeiterInnen“ während medizinischen Gesprächen agieren müssen.

Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass der Dolmetscher während des gesamten Gesprächsverlaufs sowohl als primärer Gesprächspartner des Arztes, Fürsprecher der Patientin wie auch *gatekeeper* der Institution auftritt. Der Dolmetscher nimmt folglich die oben genannten Rollen nach Angelelli (2004a) ein und wird somit zu einem aktiven und sichtbaren Gesprächsteilnehmer dieser dolmetschervermittelnden Kommunikation.

Die Rolle des mechanischen, neutralen ‚Sprachrohrs‘ wird nach Pöllabauer (2002: 199) zur Funktion eines aktiven dritten Gesprächsteilnehmers ausgeweitet, der sowohl die Richtung durch die Verteilung des Rederechtes, das sogenannte *turn-taking*, wie auch das Ergebnis des Gespräches durch seine Präsenz stark beeinflusst. Dies zeigt sich besonders in den Ergebnissen hinsichtlich der Beteiligungsform des nicht-dolmetschenden Sprechens *anstelle* der Patientin. Der Dolmetscher erzählt, spricht und antwortet für die Patientin. Es zeigt sich, dass der Dolmetscher häufig eigenständige thematische Ergänzungen vornimmt und dabei einen Moduswechsel hin zu einem nicht-dolmetschenden Sprechen anstelle der Patientin vornimmt.

Des Weiteren ist anhand der untersuchten Beispiele in 5.2.3. deutlich zu erkennen, dass der Dolmetscher mangelnde Kenntnisse der medizinischen Fachsprache aufweist. Trotz seiner Ausbildung zum Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler, in der er sich, wie von ihm erwähnt, medizinisches Fachvokabular aneignete, wurden wesentliche medizinische Termini in der dolmetschervermittelnden Kommunikation

falsch übersetzt. Daraus folgt, dass dieses erlernte Fachvokabular für die Ausübung der Dolmetscherrolle nicht ausreichend scheint. Die inkorrekte Dolmetschung lässt sich dadurch erklären, dass die notwendige Dolmetschkompetenz fehlt.

Die Teilnahme der Patientin an dem Gespräch ist kaum vorhanden, die des Dolmetschers hingegen sehr. Problematisch erscheint in der Analyse besonders, dass der Dolmetscher die Patientin bei einer *turn*-Übernahme übergeht und diese selbst bei eigener Initiative an dem Gespräch durch den Dolmetscher eingeschränkt wird. Auch bei der Frage des Arztes hinsichtlich der Entscheidungsfindung, ob die Patientin eine Beruhigungstablette vor dem operativen Eingriff einnehmen möchte oder nicht, bejaht der Dolmetscher diese anstelle der Patientin, ohne die Frage vorab in einem dolmetschenden Interaktionsmodus an sie zu richten. Somit nimmt er der Patientin die Entscheidungsfreiheit ab, die letztlich über ihren Kopf hinweg getroffen wurde. Der Dolmetscher informiert die Patientin lediglich in einem nicht-dolmetschenden Interaktionsmodus auf Rumänisch, dass sie vor dem Eingriff eine Beruhigungstablette einnehmen werde.

Abschließend ist anzumerken, dass die im vorliegenden Kapitel präsentierten Ergebnisse aufzeigen, dass der Dolmetscher durchgehend eine äußerst sichtbare Rolle in der dolmetschervermittelten Kommunikation einnimmt und somit das Gespräch stark beeinflusst wird.

6. Diskussion und Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Masterarbeit wurde das Phänomen „rumänischer Medizintourismus“ behandelt, um mehr Erkenntnisse über das Rollenbild der DolmetscherInnen im medizinischen Bereich mit rumänischen PatientInnen sowie über die Interaktion zwischen ÄrztIn, PatientIn und DolmetscherIn in einem Gespräch zu gewinnen. Im Rahmen einer qualitativen Fallstudie wurde der Frage nachgegangen, wie sich der interviewte Dolmetscher selbst definiert. Ebenso wurde die aktive Rolle des Dolmetschers in der dolmetschervermittelten Kommunikation zwischen Arzt und Patientin beleuchtet.

Es wurde ein Interviewleitfaden erörtert, der nach Angelelli (2004) und Pöchhacker (2000) erstellt wurde. Anhand dessen wurde ein nicht professionell ausgebildeter Dolmetscher, der in einer privaten Wiener Gesundheitseinrichtung tätig ist, nach unterschiedlichen Aspekten seiner Dolmetschertätigkeit in der medizinischen Betreuung von rumänischen PatientInnen befragt. Die in den Interviews gewonnenen Erkenntnisse zeigen die Einstellung und die subjektive Wahrnehmung des befragten Dolmetschers. Des Weiteren wurde ein medizinisches Gespräch mit Arzt, Patientin und Dolmetscher aufgezeichnet, welches mit dem selbigen Dolmetscher in der Sprachkombination Rumänisch-Deutsch durchgeführt wurde.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass mit rumänischen PatientInnen in der vorliegenden Masterarbeit jene PatientInnen gemeint sind, die aus Rumänien nach Österreich anreisen, um medizinische Behandlungen oder Eingriffe in Anspruch zu nehmen, und nicht aus Rumänien stammende Personen, die in Österreich leben und hier einen Arzt aufsuchen. Hier sei erwähnt, dass die Unzufriedenheit mit dem rumänischen Gesundheitssystem, Mangel an Vertrauen zu den ÄrztInnen in Rumänien und letztendlich die Verzweiflung PatientInnen nach Österreich zu medizinischen Behandlungen treiben.

Ein weiterer Grund, weshalb die Anzahl der rumänischen MedizintouristInnen in den letzten Jahren anstieg, ist der über die Landesgrenzen hinausgehende gute Ruf des österreichischen Gesundheitssystems. In den rumänischen Medien wurde vermehrt über rumänische SchauspielerInnen oder PolitikerInnen berichtet, die mit den medizinischen Behandlungen in Österreich zufrieden waren. Auch dies bewirkte, dass rumänische

PatientInnen vermehrt nach Österreich kamen, um medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die in Kapitel 3 analysierten Webseiten (Kapitel 3.4.) zeigen, wie Organisationen, sogenannte „Vermittlungsinstanzen“, rumänischen PatientInnen dabei helfen, in Österreich medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen. Angefangen von Flug- und Hotelbuchungen, über Dolmetscherdienste während der Untersuchungen, Übersetzungen von Befunden bis hin zu Freizeitgestaltung von Begleitpersonen organisieren diese Organisationen das gesamte Paket für rumänische PatientInnen.

Der Dolmetscher erwähnt im Rahmen des durchgeführten Interviews, dass er die Rolle des Managers einnimmt. In diesem Kontext spricht Pöchhacker (2000) von der Überfrachtung der Rolle des Dolmetschers (*role overload*). Dadurch wird aufgezeigt, dass im kommunalen Bereich zwischen den alltäglichen Anforderungen in der Praxis und dem herkömmlichen Rollenbild eine Diskrepanz besteht, da KommunaldolmetscherInnen oft viele unterschiedliche Rollen einnehmen müssen, die über sprachliche Aspekte einer gedolmetschten Interaktion hinausgehen. Pöchhacker (2000) zitiert dabei Roda Roberts (1997), um die Komplexität des Rollenbegriffes der DolmetscherInnen und die damit einhergehende Unschärfe zu verdeutlichen:

the role of the community interpreter today is ill-defined or, more commonly, too vast. He is often expected to be not only a mediator between two languages, but also a heplmate and guide, cultural broker and even advocate or conciliator. In other words, he wears many hats (Roberts 1997: 20)

Kritisch zu betrachten ist, dass der Stellenwert der Dolmetscherrolle für Gesundheitseinrichtungen äußerst gering bemessen wird. In Österreich ist die Professionalisierung der KommunaldolmetscherInnen, mit Ausnahme des allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Dolmetschers, kaum geregelt. Die Ausübung des Kommunaldolmetschens im medizinischen Bereich erfordert keine spezifische Ausbildung und kann daher auch von nicht ausgebildeten Dolmetschern praktiziert werden, um die Verständigung mit fremdsprachigen Personen zu ermöglichen. Aufgrund von fehlerhaften Dolmetschungen bei medizinischen Gesprächen können falsche Diagnosen erstellt sowie widersinnige Behandlungen für PatientInnen verordnet werden. Die daraus resultierenden Kosten können dabei höher sein als jene, die sich durch das Heranziehen professionell ausgebildeter DolmetscherInnen ergeben hätten.

In der vorliegenden Masterarbeit wurde der Versuch unternommen, den Dolmetscher über die Anstellung zu befragen, jedoch wollte dieser sich zu den Details des vereinbarten Arbeitsvertrags mit der privaten Gesundheitseinrichtung nicht äußern. Des Weiteren war es nicht möglich, in Erfahrung zu bringen, wie die Bezahlung des Dolmetschers und somit seine dort auszuübenden Tätigkeiten geregelt sind. Das Thema der Offenlegung und die damit einhergehende Transparenz hinsichtlich des finanziellen Aspektes des Dolmetschers sowie der Institution kann daher für weitere Studien herangezogen werden.

Außerdem ist kritisch zu erwähnen, dass es für die Ausübung der Dolmetscherrolle keinerlei Kontrollfunktion im Sinne von Leistungsüberprüfung innerhalb des Qualitätsmanagements der privaten Wiener Gesundheitseinrichtung gibt. Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurde die Erkenntnis gewonnen, dass die Absolvierung einer Ausbildung zum Erlangen von Dolmetschkompetenzen unumgänglich ist, zumal Sprachkompetenz nicht mit Dolmetschkompetenz einhergeht.

Tatsache ist, dass trotz zahlreicher Studien zum Thema Dolmetschen im Krankenhaus dieser Bereich in Österreich nach wie vor nicht einheitlich geregelt ist. Es werden weiterhin Begleitpersonen sowie fremdsprachige KrankenhausmitarbeiterInnen, aber auch Personen mit entsprechenden Sprachkenntnissen zur Verständigung mit nicht deutschsprachigen PatientInnen hinzugezogen. Daraus resultiert, dass in Österreich ein hoher Nachholbedarf auf diesem Gebiet herrscht. Letztlich obliegt es der Politik, die Öffentlichkeit hinsichtlich des Themas zu sensibilisieren und gesetzliche Regelungen zur Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen zu treffen.

Die durchgeführte Studie beleuchtet einige Aspekte des medizinischen Dolmetschens für rumänische PatientInnen und unternimmt den Versuch, mehr Bewusstsein für die Vielfalt und die Komplexität dieses Bereiches zu schaffen. Aufgrund der Tatsache, dass viele rumänische PatientInnen nach Österreich bzw. nach Wien reisen, um hier medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, ist des Weiteren die Forschung im Bereich des Dolmetschens für rumänische PatientInnen in medizinischen Einrichtungen zu forcieren, sodass neue Erkenntnisse mithilfe von weiteren Studien aus anderen Blickwinkeln dargestellt werden können.

Bibliographie

- Allaoui, Raoua (2005) *Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. Göttingen: Cuvillier.
- Angelelli, Claudia (2004a). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, Claudia (2004b). *Revisiting the Interpreter's Role*. Amsterdam: John-Benjamins-Reihe
- Athorp, Catherine/Downing, Bruce (1996) "Modes of doctor-patient communication: How interpreter roles influence discourse." Paper presented at the 1996 Annual Conference of the American Association for Applied Linguistics, Chicago.
- Atteslander, Peter (2008) *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Bahadır, Şebnem (2000). Von natürlichen Kommunikationskrücken zu professionellen Kommunikationsbrücken. Reflexion zum Berufsprofil und zur Ausbildung professioneller Dolmetscher im medizinischen, sozialen und juristischen Bereich. *TextConText* 14 (4), 211-229.
- Bahadır, Şebnem (2003). „Multiple Indentitäten“ – Wer oder was ist eine Türkin? Möglichkeiten und Grenzen des Kulturmittels. In: S. Pöllabauer & E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 59-80.
- Berg, Waldermar (2008) *Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus*. München: Oldenbourg.
- Berk-Seligson, Susan (1990). *The Bilingual Courtroom: Court Interpreters in the Judicial Process*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Bischoff, Alexander (2001). *Overcoming language barriers to healthcare in Switzerland*. Inauguraldissertation an der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät, Universität Basel.
- Bischoff, Alexander/Steinauer, Regine/Kurth, Elisabeth. (2006). *Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen*.

- Forschungsbericht zuhanden des MFH-Netzwerks Schweiz. Basel: Universität Basel, 6-58.
- Bowen, Margareta (1998) *Community Interpreting*. In: M. Snell-Hornby, H. G. Hönl, P. Kussmaul & P. A. Schmitt (Hg.) *Handbuch Translation*. Tübingen: Stauffenburg, 319- 321.
- Durlanik, Latif M. (2000) Dolmetschen im Krankenhaus am Beispiel Türkisch-Deutsch. In: K. Bühlig, L. Durlanik & B. Meyer (Hg.) *Dolmetschen und Übersetzen in medizinischen Institutionen. Arbeitsblätter zur Mehrsprachigkeit*. Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit, 1-8.
- Felgner, Lars (2009) Zur Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im gedolmetschten medizinischen Gespräch. In: D. Anders & S. Pöllabauer (Hg.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich*. München: Martin Meidenbauer, 45-70.
- Flick, Uwe (2007) Design und Prozess qualitativer Forschung. In: U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Rowohlts Enzyklopädie 55628). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 252-265.
- Frishberg, Nancy (1994). *Interpreting: an introduction*. Silver Spring, Maryland: Registry of Interpreters for the Deaf.
- Garber, Nathan (2000). Community Interpretation: A Personal View. In: R. P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham & A. Dufour (Hg.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected papers from the 2nd international conference on interpreting in legal, health and social services settings, Vancouver, BC, Canada, 19-23 May 1998* (Benjamins Translation Library 31). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 9-20.
- Gentile, Adolf/Ozolins, Uldis/Vasilakakos, Mary (1996) *Liaison Interpreting. A Handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Harris, Brian (1990) *Norms in interpretation*. *Target* 2 (1): 115-119.
- Hermanns, Harry (2007) Interviewen als Tätigkeit. In: U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 360-368.

- Illing, Kai-Torsten (2009) *Gesundheitstourismus und Spa-Management*. München: Oldenburg Wissenschaftsverlag.
- Kaczmarek, Lukasz (2010). *Modelling competence in community interpreting: Expectancies, impressions and implications for accreditation*. Promotionsschrift, University of Manchester
- Kaczmarek, Lukasz (2016). Towards a broader approach to the community interpreter's role. On correspondence between role perceptions and interactional goals. *Interpreting* 18: 1, John Benjamins Publishing Company, 57-88.
- Mayring, Philipp (2007) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- The McKinsey Quarterly (2008): *Mapping the market for medical travel*.
http://www.lindsayresnick.com/Resource_Links/MedicalTravel.pdf
 (13.05.2017).
- Menvielle, Loïck/Menvielle, William/Tournois, Nadine (2011) Medical Tourism: A decision model in a service context. In: *Tourism: An International Interdisciplinary Journal* 59:1, 47-61.
- Menz, Florian (Hg.) (2013). *Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen*. Wien: Vienna University Press.
- Merlini, Raffaella/Favaron, Roberta (2005) Examining the “voice of interpreting” in Speech Pathology. *Interpreting* 7:2, John Benjamins Publishing Company, 263-302.
- Metzger, Melanie (1999). *Sign language interpreting. Deconstructing the myth of neutrality*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- OECD (o.J.) „*Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*”. <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>
 (23.04.2017)
- Pöchhacker, Franz (1997) *Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen*. Teil 2. Wien: MA 15/ Dezernat für Gesundheitsplanung.

- Pöchhacker, Franz (2000a) *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag.
- Pöchhacker, Fanz (2000b) Dolmetschen - ein Kinderspiel? Eine klinische Fallstudie. In A Wußler & H.J. Vermeer (Hg.). *TextConText* 14 (4), 153-179.
- Pöchhacker, Franz/Shlesinger, Miriam (2005). Introduction. Discourse-based research on health care interpreting. *Interpreting* 7:2, 157-167.
- Pöchhacker, Franz/Shlesinger, Miriam (Hg.) (2007). *Healthcare Interpreting: discourse and interaction*. (Benjamins Current Topics 9). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Pöllabauer, Sonja (2002) Community Interpreting. Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren. In I. Kurz, A. Moisl (Hg.). *Berufsbilder für Übersetzer und Dolmetscher. Perspektiven nach dem Studium*. Wien: WUV-Universitätsverlag, 196-204.
- Pöllabauer, Sonja (2009) Im Wilden Westen des Dolmetschens. Ausbildung als Schritt zur Professionalisierung des Community Interpreting. In: É. Rásky (Hg.) *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*. Wien: Facultas WUV, 97-116.
- Rásky, Éva / Rossi, Gerald /Anderwald, Christine (2003) Medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Marien-Ambulanz. In: S. Pöllabauer/E. Prunč (Hg.) *Brücken bauen statt Barrieren. Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: ITAT-Selbstverlag, 127-140.
- Rehbein, Jochen (1985) Einführung in die interkulturelle Kommunikation. In: J. Rehbein (Hg.) *Interkulturelle Kommunikation* (Kommunikation und Institution 12). Tübingen: Gunter Narr Verlag, 7-39.
- Roberts, Roda (1997) Community Interpreting Today and Tomorrow. In S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour und D. Steyn (Hg.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings*. Amsterdam: Benjamins, 7-26.
- Rulle, Monika (2004) *Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien*. München/Wien: Profil.

- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail (1974) *A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking for Conversation*. Language No. 50: 696–735.
- Shlesinger, Miriam (1994) Intonation in the Production and Perception of Simultaneous Interpretation. In: Lambert, Sylvie/Moser-Mercer, Barbara (Hg.) *Bridging the gap: empirical research in simultaneous interpretation*. Amsterdam: Benjamins, 225-236.
- Stolley, Kathy/Watson, Stephanie (2012) *Medical Tourism. A Reference Handbook*. Santa Barbara: ABC-CLIO.
- Szakacs, Emese (2010) *Die Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patienten im Krankenhaus aus der Sicht des Sichts des Pflegepersonals*. Magisterarbeit, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol.
- Toma, Valentin-Veron und Ciuhuța, Mircea Ștefan (2012) Pacienți români care au călătorit în străinătate pentru tratament. Studiu de caz exploratoriu asupra călătoriei medicale. *Revista Medicală Română* (Volumul LIX, Nr. 1), 60-64.
- Übelacker, Johanna (2007) Sprach- und Kulturmittlung aus der Sicht des Personals eines Berliner Bezirksamtes. In: Borde, Theda/Albrecht, Nils-Jens (Hg.) *Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur Interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder*. Frankfurt am Main: IKO - Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 42-73.
- Uluköylü, Sevgi (2006) „...manchmal streite ich auch.“ Sprach- und Kulturmittlung für türkische Migrantinnen im medizinischen Bereich. In: N. Grbić/S. Pöllabauer (Hg.) *„Ich habe mich ganz peinlich gefühlt“. Forschung zum Kommunaldolmetschen in Österreich: Problemstellungen, Perspektiven und Potenziale*. Graz: Selbstverlag. Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft (ITAT), 181-228.
- Wadensjö, Cecilia (1992). *Interpreting as Interaction. On dialogueinterpreting in immigrationhearingsandmedicalencounters*. Linköping: Linköping University, Department of Communication Studies.

- Wadensjö, Cecilia (1995). Dialogue Interpreting and the Distribution of Responsibility. *Hermes, Journal of Linguistics* 14, 111-129.
- Wadensjö, Cecilia (1998). *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman.
- Whittaker, Andrea/Manderson, Lenore/Cartwright, Elizabeth (2010): Patients without borders: Understanding Medical Travel. *Medical Anthropology* 29 (4), 336-343

Anhang I: Leitfadeninterview Dolmetscher

Leitfaden Dolmetscher

Begrüßung:

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview nehmen. Während des Gespräches werde ich Ihnen Fragen zu Ihrer Tätigkeit als Dolmetscher im Krankenhaus stellen wie auch Fragen zu dem davor stattgefundenen Arzt-Patient-Gespräch.

Ihre Äußerungen werden vertraulich behandelt und ausschließlich für die Forschungszwecke der Masterarbeit verwendet. Darüber hinaus wird das Interview anonymisiert, das heißt, sämtlich Namen werden entfernt, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person, Ärzte, PatientInnen oder das Krankenhaus möglich sind. Die Berichterstattung der Masterarbeit wird lediglich bis zur Ebene „in einer Gesundheitseinrichtung in Wien“ erfolgen. Sollten während des Gesprächs Unklarheiten zu den von mir gestellten Fragen auftauchen, bitte ich Sie, mir dies mitzuteilen.

1. Welche Funktion üben Sie im KH aus?
2. Beschränkt sich Ihre Tätigkeit nur auf das Dolmetschen oder müssen/machen Sie auch andere Tätigkeiten?
Wenn ja: Welche?
3. Wie lange sind Sie in dieser Funktion schon tätig?
4. Wie oft dolmetschen Sie?
5. Für welche Sprachen dolmetschen Sie?
6. Haben Sie eine Fixanstellung?
7. Wie erfahren Sie, dass Sie dolmetschen sollen? Wer gibt Ihnen Bescheid? Bzw. Wie nehmen die PatientInnen Kontakt zu Ihnen auf?
8. Welche Informationen erhalten Sie vorab?
9. Wie bereiten Sie sich auf Ihren Dolmetscheinsatz vor?
10. Wie lange haben Sie Zeit, um sich auf den Fall vorzubereiten?

11. Worin liegt Ihrer Meinung nach Ihre Aufgabe als Dolmetscher?
12. Wie sehen Sie sich in der Rolle des Dolmetschers?
13. Was ist Ihrer Meinung nach wichtig in der Rolle als Dolmetscher?
14. Haben Sie eine Ausbildung im Dolmetschen erhalten oder diesbezügliche Kurse absolviert?
Wenn ja: Welche Art von Ausbildung?
15. Wie sind Sie zu dieser Tätigkeit gekommen? Umstände, Hintergrund?
16. Haben Sie eine medizinische Ausbildung absolviert?
Wenn ja: Welche? Inwieweit hilft Ihnen das beim Dolmetschen?
Wenn nein: Inwieweit haben Sie dadurch Schwierigkeiten beim Dolmetschen?
17. Wenn Sie bei einer Arzt-Patient-Kommunikation dolmetschen, nehmen Sie sich etwas zu schreiben mit?
Wenn ja: Was notieren Sie? Haben Sie eine Notizentechnik?
Wenn nein: Warum nicht?
18. Gibt es besondere Schwierigkeiten beim Dolmetschen?
Wenn ja: In welcher Hinsicht? Beim Dolmetschen selber, mit Patienten oder Ärzten? Organisation, Kommunikation zwischen Arzt-Patient. Und wie meistern Sie diese?
Fällt Ihnen vielleicht ein Beispiel ein?
19. Wenn Sie dolmetschen, sprechen Sie dann die ÄrztInnen bzw. die PatientInnen direkt an – also mit „Ich habe ...“ oder formulieren Sie Ihre Aussage indirekt, sprich „Der Patient hat ...“ und „Der Arzt sagt ...“.
20. Verwenden Sie in der Arzt-Patient-Kommunikation auch die medizinischen Fachbegriffe oder vereinfachen Sie diese in Ihrer Dolmetschung?
21. Dolmetschen Sie immer alles, was gesagt wird, oder fassen Sie Textpassagen gelegentlich zusammen?

Anhang II: Transkription des Leitfadeninterviews

Interview 1

Aufnahmetag: 20.01.2015

Dauer der Aufnahme: 17 Minuten

I: Interviewerin

D: Dolmetscher

- 5 **I:** *So, vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen für dieses Interview. Während des Gesprächs werde ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Tätigkeit stellen, als Dolmetscher im Krankenhaus und auch Fragen zu dem stattgefundenen Arzt-Patient-Gespräch. Ihre Äußerungen werden natürlich vertraulich behandelt und ausschließlich für die Forschungszwecke meiner Masterarbeit verwendet. Darüber hinaus wird das Interview anonymisiert, so wie ich vorhin schon gesagt habe, d.h. es werden alle Namen entfernt, damit keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder das Krankenhaus gezogen werden können. Gut, dann beginnen wir.*
- 10 **I:** *Welche Funktion üben Sie im Krankenhaus aus?*
- D:** Ich äh ... bin Dolmetscher und Manager für Patienten aus Rumänien.
- 15 **I:** *Mhm. Ja. Und beschränkt sich Ihre Tätigkeit nur auf das Dolmetschen oder müssen Sie auch andere Tätigkeiten ausüben, weil Sie vorhin gesagt haben Manager.*
- 20 **D:** Manager äh ... versteh ich äh ... Patient äh ... die hierher kommen zu organisieren. Spricht im Fall einer schweren Krankheit, dass der Transport per Flug oder Krankentransport, Autos oder Ambulanz, auch äh ... meine ich Herkunft äh ... und so so Hotel, Freizeit zu gestalten für die Angehörigen des Patienten. Und Selbstverständlich die Information über Kosten des Aufenthalts, den Untersuchungen und den Honorarien des Ärzte.
- 25 **I:** *Mhm. Und wie lange üben Sie diese Funktion schon aus?*
- D:** Ich bin tätig in diesem Beruf seit 2003. Sind fast seit 12 Jahren, wo der erste Patient in unsere Klinik gekommen ist aus Rumänien.
- 30 **I:** *Mhm. Und wie oft dolmetschen Sie? Jeden Tag oder jede Woche?*
- D:** Jeden Tag. Jeden Tag.
- 35 **I:** *Sie dolmetschen Deutsch-Rumänisch, Rumänisch-Deutsch und andere Sprachen auch noch oder nur dieses Sprachenpaar?*

- 40 **D:** Nur diese Sprachen. Nur Rumänisch-Deutsch und Deutsch-Rumänisch. Ich spricht auch Englisch und Ungarisch aber das sind sehr selten Patienten, die auch in Englisch oder in ungarische Sprache die Übersetzung wollen.
- I:** Und sind Sie hier fix angestellt?
- 45 **D:** Über äh ... dies Thema äh ... möchte ich diskret bleiben. Ich bin angestellt aber nebenbei wir haben eine eine Vertrag mit dem Haus, dies möchte ich sekret behandelt.
- I:** *Natürlich, ja!*
Wie erfahren Sie, dass Sie dolmetschen sollen? Gibt Ihnen jemand Bescheid?
Wie nehmen Sie Kontakt auf zu den Patienten?
- 50 **D:** Das ist eine lange Geschichte. Ähm...ich bin beruflich Physiotherapeut und hab ich das diese diese Beruf so in Lauf übernommen, sozusagen. Ich stamme aus Rumänien und dann das Haus hat mich diese Vorschlag gemacht, 2003, dass Patienten aus Rumänien zu helfen hierher zu kommen. Und wir haben als
- 55 Methode zu Patienten zu gewinnen fürs Haus der Mundpropaganda. Und nach gewisse Zeit die rumänische Rundfunk wollte mit uns eine Sendung äh ... organisieren, die Haus und wir, also die die Leute mit denen ich in Haus arbeite, spricht Ärzte und und äh ... Mitarbeiter, äh ... haben wir das abgelehnt, diese diese Werbung per Rundfunk und Fernseher so weiter.
- 60 **I:** *Und welche Informationen erhalten Sie vorab von Patienten? Erhalten Sie überhaupt Informationen?*
- 65 **D:** Wir organisieren immer äh ... laut unsere äh ... Methoden so wir verlangen von der Patienten erste Reihe eine Information über Krankheit so eine Krankengeschichte, die in rumänische Sprache und in englische Sprache zugeschickt wird per E-Mail oder Fax. Wir besprechen mit dem zuständige Arzt, laut Orthopäde oder Chirurg oder äh ... jede Fall in separat und dann werden wir versuchen einen Plan äh ... zu erstatten und wir informieren dann der Patient wie
- 70 viele Tage muss da sein, was das ungefähr kosten wird die ähm ... Untersuchungen und und die Honoarien und wann der Patient einverstanden ist wir wir ähm ... fixieren dann einen Termin, wo der Patient dann zu uns kommt.
- 75 **I:** *Also das heißt, Sie entscheiden dann aufgrund der Krankenakte, die Ihnen zugesendet wird zu welchem Arzt Sie dann die Patienten führen werden, oder an welchen Arzt Sie appellieren.*
- 80 **D:** Nicht nicht ich. Ich arbeite mit ein Arzt, der auch rumänisch spricht und der ist ein äh ... allgemeine Arzt und auch viel Erfahrung in in Medizins-Bereich und dann er und ich zusammen ähm ... fixieren wir welche Arzt wird zusätzlich zu den Untersuchung zu Patienten zugeholt.

- 85 **I:** *Sie haben vorhin gesagt, Sie haben eine Ausbildung als Physiotherapeut. Meinen Sie, dass Ihnen diese Art von Ausbildung in Ihrem Beruf, in Ihrer Tätigkeit als Dolmetscher hilft?*
- 90 **D:** Ja, selbstverständlich. Ich äh ... als Physiotherapeut studiert habe und Sportwissenschaft, äh ... medizinische Fach ähm ... Wissen äh ... was in mein Studium spricht, Anatomie, Physiologie, Pathologie hilft mir sehr viel äh ... zu verstehen n erste Reihe der Krankheit des Patientes und selbstverständlich auch zu erklären die Therapie oder die die folgende Maßnahmen was der Patient bekommt beim bei Endbesprechung wann Patient schon fertig mit der Therapie oder mit dem Untersuchung ist.
- 95 **I:** *Darf ich Sie fragen, haben Sie eine Ausbildung im Dolmetschen selber?*
- 100 **D:** Nein, ich hab keine Ausbildung in Dolmetschen. Ich hab das so „learning by doing“ sozusagen und hat Erfolg gebracht und ich glaube des Haus is zufrieden mit meiner Arbeit.
- 105 **I:** *Was ist Ihrer Meinung nach wichtig in der Rolle als Dolmetscher?*
- D:** Als Dolmetscher in erster Reihe ist der menschliche Charakter in erste Reihe. Das das ein offene äh ... Gespräch zu haben mit dem Patienten, eine korrekte Behandlung zwischen was äh ... der Patient äh ... bekommt für seine Untersuchungen und für sein/für ... und aller aller Wichtigste ist, dass der Patient vom vom uns zufrieden nach Hause geht und selbstverständlich mit einer Hoffnung, dass seine Krankheit ähm ... verbessert sich.
- 110 **I:** *Wenn Sie bei einem Arzt-Patient-Gespräch dolmetschen nehmen Sie dann etwas zum Schreiben mit?*
- 115 **D:** Selbstverständlich. Ich hab für jede Patient eine eine sogenannte ähm ... Kartei, die ich äh ... alle Besprechungen was zwischen Patient und Arzt stattfindet notiere ich und auch die ganze Untersuchungen was der Patient in unsere Haus macht wird in Kopie bei uns in meine in meine Kartei und beim jede Wiederkommen der Patient und der Arzt weiß genau, was war der letzte Gespräch mit ihm und selbstverständlich ist eine Hilfe für Patient für Arzt auch.
- 120 **I:** *Mhm. Gibt es besondere Schwierigkeiten beim Dolmetschen hinsichtlich Arzt-Patient-Kommunikation?*
- 125 **D:** Im Prinzip nein, aber es gibt's auch äh ... gewisse Erklärungen die dann mit dem Arzt mit gewisse andere äh ... Hilfsmittel so spricht Erklärung über eine Krankheit oder wie man das entwickelt sich im Körper oder auf welche Gründe diese Krankheit der Patient bekommt hat bekommen hat können wir dann mit andere Worte erklären ähm ... die Frage der Patienten.

- 130 **I:** *Und in der Arzt-Patient-Kommunikation verwenden Sie da auch medizinische Fachbegriffe oder vereinfachen Sie diese eher?*
- D:** Unbedingt. Wann, es kommt darauf an wie der Patient äh ... sein Wissen sind, so hoch, normal. Es gibt's äh ... es gibt Worte, die viele Patienten verstehen nicht genau medizinisch und dann wenn wir mit andere Worte versuchen zu erklären, dass der Patient endlich versteht um was geht und warum er diese Krankheit hat und was für eine Chance für Heilung hat.
- 135 **I:** *Und beim Dolmetschen, sagen Sie immer alles was der Arzt oder die Patientin gesagt hat wider, also geben Sie das wider oder geben Sie eher Textpassagen wider, oder fügen Sie diese zusammen?*
- 140 **D:** In Prinzipiu äh ... ich übersetze Wort zu Wort und selbstverständlich wann der Patient nicht zufrieden ist oder wenn ich sehe, dass er nicht alles verstanden hat dann dann versuche ich äh ... zu zu zu der andere Worte zu kommen, dass dass der Patient in/ am Ende zufrieden ist und aller Wichtigste, dass er verstanden hat, was der Arzt ihm gesagt hat.
- 145 **I:** *Fällt Ihnen vielleicht ein Beispiel ein, wo Sie bisschen Schwierigkeiten hatten beim Dolmetschen und wissen Sie noch wie Sie diese gemeistert haben?*
- 150 **D:** Nein, ich kann mir jetzt nicht ganz genau auf so eine Beispiel erinnern. Aber es war Situationen wo habe ich so Volksworte äh ... Worte gefunden, dass der Patient äh ... verstanden hat, weil der war ein andere Niveau und hat nicht alles medizinisch Latein und und verstanden.
- 155 **I:** *Möchten Sie noch etwas hinzufügen zu dem Gespräch das vorhin stattfand mit der Patientin? Gab es aus Dolmetscher-Sicht Hindernisse oder gab es etwas Positives, was Ihnen aufgefallen ist?*
- 160 **D:** Positiv ist immer wann der Patient äh ... bekommt, was er erwartet, dass dass er gesund ist, spricht diese letzte Fall es ist ein Krankheit, ein Krebs, die äh ... jede Patient weiß, dass äh ... Kontrolle ist eine eine Frage des „Werde ich wieder krank oder i bin noch immer gesund“. Und wann der Patient bekommt der zweite Variante das ist noch gesund es ist eine Erleichterung und eine Freude für alle Beteiligte an diese Gespräch.
- 165 **I:** *Gibt es noch Fragen oder Anmerkungen Ihrerseits?*
- D:** Nein.
- 170 **I:** *Danke vielmals für Ihre Zeit.*

Anhang III: Transkription der Aufnahme nach EXMARaLDA

[1]

	172 [00:01.1]	173 [00:02.9]	174 [00:03.3]	175 [00:04.0]	176 [00:04.6]	177 [00:05.3]	178 [00:06.5]
A [v]		Guat!		Jawohl!		Hast du an Kuli?	
D [v]	Herr Primarius.		Patientin.		Ok!		Ich hab a
D [rum]							

[2]

	179 [00:08.2]	180 [00:10.2]
A [v]		• • So Bitte.
D [v]	Kuli mit. ((räuspert sich)) So da.	• • Äh die Geschichte von die Dame, Herr

[3]

	181 [00:13.5]	182 [00:15.4]
A [v]	Zuerst brauch ma, zuerst brauch ma mal den Namen	
D [v]	Primarius. Äh wir ...	
D [rum]		Numele și äă data
D [de]		Name und äh

[4]

	183 [00:17.9]	184 [00:20.2]
D [v]		((Der
P [v]	((Die Patientin sagt ihren Namen und ihr Geburtsdatum.))	
D [rum]	nașterii.	
D [de]	Geburtsdatum.	

[5]

	185 [00:25.0]
A [v]	Und wenn wer
D [v]	Dolmetscher notiert mit lauter Stimme den Namen der Patientin.))
D [rum]	
D [de]	

[6]

	186 [00:27.2]	187 [00:27.9]
A [v]	zuhört, dann muss das genau sein	((Nennt das Geburtsdatum der
D [v]		Geburtsdatum?
D [rum]	Prîma	Data naşterii?
D [de]	Prîma	Geburtsdatum?

[7]

	188 [00:28.7]	189 [00:31.2]
A [v]	Patientin))	
D [v]		((Der Dolmetscher notiert mit
P [v]	((Die Patientin nennt ihr Geburtsdatum.)	
D [rum]		
D [de]		

[8]

	190 [00:35.0]	191 [00:36.8]
A [v]		Ok, weißt du das nicht?
D [v]	lauter Stimme das Geburtsdatum der Patientin.))	((lacht laut

[9]

	192 [00:38.1]	193 [00:41.4]
D [v]	auf))((3,4s))Ja Herr Primarius, ich kann ma nicht alle Patienten vormerken, bitte,	

[10]

	194 [00:44.5]	195 [00:45.9]	196 [00:47.2]	197 [00:49.2]
A [v]	Wahnsinn ((lacht))Ok.	Was ist vorgesehen, eine Kürretage?		
D [v]	oder?	Gut.		
D [rum]				Ăă, ce este
D [de]				Ăh, was bei

[11]

	198 [00:199 [00:51.6]
D [v]	Es a ungewollte, äh,
P [v]	Da.
P [de]	Ja.
D [rum]	prevăzut la dumneavoastră, este un chiuretaj, dá?
D [de]	Ihnen vorgesehen ist, ist eine Kürretage, já?

[12]

..		200 [00:55.6]201 [00:56.2]
A [v]	Ok.	
D [v]	ungewollte äh, Schwangerschaft, äh, Herr Primarius, äh.	Leider Gottes ist,

[13]

..		202 [00:58.0]	203 [01:00.8]
A [v]	Also	also, es ist eigentlich ist eine Interruption,	
D [v]	äh, Freund, Beziehung gekommen, äh, muss sie abtreibt		

[14]

..		204 [01:02.3]205 [01:02.9]206 [01:03.3]
A [v]	eigentlich, oder?	Ok.
D [v]	Genau.	
D [rum]	O întrerupere de sarcină. Este o sarcină care nu a	
D [de]	Eine Unterbrechung der Schwangerschaft. Es ist	

[15]

..		207 [01:07.4]
D [v]	Auf welche Gründe das weiß ich auch	
D [rum]	fost dorită.	
D [de]	eine Schwangerschaft, die nicht gewollt war.	

[16]

..		208 [01:10.1]	209 [01:11.6]
A [v]	Nein muss man nicht fragen, aber ...		
D [v]	nicht, muss ich nicht fragen.		
D [rum]	Nu trebuie să		
D [de]	Wir müssen nicht		

[17]

..	
D [rum]	întrebăm care au fost motivele dece întrerupi această sarcină, sunt probleme tale
D [de]	danach fragen, was die Gründe für die Unterbrechung der Schwangerschaft sind. Es

[18]

..		210 [01:17.2]211 [01:17.6]
A [v]	Gut, ähm, • weiß das der	
P [v]	Da.	
P [de]	Ja.	
D [rum]	personale și private, dá?	
D [de]	sind deine persönlichen und privaten Gründe, já	

[19]

..		212 [01:21.5]
A [v]	"Name"?	Ok. Und ... Gut.
D [v]	Sicher, wir haben das alles mit der Ch.. mit der Doktor, mit der Gynäkologe	

[20]

..		213 [01:24.9]	214 [01:27.5]
A [v]	Und läuft als gestörte Schwangerschaft. m		
D [v]	gesprächen.	Genau. Gestörte	

[21]

..		215 [01:32.7]
D [v]	Schwangerschaft. Äh, sie wurde von Dr. "Name" untersucht, vorige Woche. Wir	

[22]

..		216 [01:36.0]
D [v]	haben ja alles äh • Abstriche gemacht, äh, Sekrete, Papanicolaous und während	

[23]

..		217 [01:40.9]
A [v]	Nicht klar.	
D [v]	diese Untersuchungen sind wir drauf gekommen, dass sie schwanger ist. Sie wusste	

[24]

..		218 [01:42.5]	219 [01:45.1]
A [v]	((leise Stimme))	Gut.	Das ist
D [v]	nicht, dass er schwanger ist. Und, sie hat si dazu entschieden mit seine	Freund	

[25]

..	
A [v]	äh, ((Nennt den Dolmetscher beim Namen, unterbricht ihn mit bestimmender
D [v]	und Familie von Freund ...

[26]

.. 221 [01:47.7] 222 [01:49.9]	
A [v]	Stimme))Du weißt es ist ein etwas heikles Thema, das soll eigentlich niemand
D [v]	
D [rum]	Este o temă,
D [de]	Es ist ein

[27]

.. 223 [01:53.5]224 [01:54.5]	
A [v]	erfahren. Já? ((1s)) Das ist auch sozusagen für Sie
D [rum]	destul de sensibilă, spune domnul Primarius.
D [de]	durchaus sensibles Thema, sagt Hr. Primarius.

[28]

.. 225 [01:58.3]	
A [v]	ein sensibles Thema, das ist absolut vertraulich zu behandeln.
D [rum]	Este o treabă destul de
D [de]	Es ist eine durchaus

[29]

.. 226 [02:03.2]	
D [rum]	sensibilă și este o o treabă care trebuie să rămânăde încredere adică între noi.
D [de]	sensible Sache und es ist eine Sache des Vertrauens, die also zwischen uns bleiben

[30]

.. 227 [02:04.8]	
D [rum]	Deci ce discutăm noi aici nu se va discuta mai departe nici cu altcineva, ok?
D [de]	soll. Also, was wir hier diskutieren wird nicht weiter diskutiert, auch nicht mit

[31]

.. 228 [02:09.2] 229 [02:11.4]	
A [v]	Es ist im Prinzip kein Problem, aber...
D [rum]	În principiu nu este o
D [de]	jemand anderes, ok? Im Prinzip ist es kein

[32]

	230 [02:12.6*]231 [02:13.0]232 [02:13.4]	233 [02:15.4]
A [v]	aber ...	Wir dürfen es nicht laut sagen ...Und und jeder
D [rum]	problemă,	dar
D [de]	Problem,	aber
		Noi nu trebuie sa
		Wir müssen es nicht laut

[33]

	234 [02:17.6]	235 [02:20.5]
A [v]	und jeder und jeder, der fragt, gestörte Schwangerschaft.	
D [rum]	spunem tare.	Și tot cine
D [de]	sagen.	Und jede der

[34]

	236 [02:24.5]237 [02:25.7]
D [rum]	întreabă este întradevăr o întrerupere de sarcină pentru că, esteee ((1,5s))
	e
D [de]	fragt, es ist tatsächlich ein Abbruch der Schwangerschaft, weil, ääh

[35]

	238 [02:27.2]	239 [02:29.3]	240 [02:30.5]241 [02:31.0]
A [v]		• •	Naja, die
D [v]	wieeee sagt man des auf Deutsch, Heeeeerr Primarius?Gestörtes? Äh.		

[36]

	242 [02:33.0]
A [v]	Schwangerschaft ist nicht in Ordnung.
D [rum]	• • Ăăă, sarcina nu este în ordine și din cauza

[37]

	..	243 [02:36.5244 [02:37.245 [02:37.9]246 [02:38.2]247 [02:38.4]248 [02:38.8]249 [02:39.2]		
A [v]		Ja?	Gut.	• • •
D [v]				Ok.
P [v]		• • Da.	Da.	
P [de]		• • Ja.	Ja.	
D [rum]	asta se face chiuretaj-ul, ok?	Da?		
D [de]		Ja?		

[38]

..
A [v] Gut, du wolltest mir noch irgendwas von der Geschichte erzählen, oder war das

[39]

.. 250 [02:43.6] 251 [02:47.1]
A [v] schon die Geschichte?
D [v] ((lacht)) Nein, wurde Geschichte erzählt. Sie weiß schon, nur

[40]

.. 252 [02:49.6] 253 [02:49.9] 254 [02:51.2]
A [v] Já.
D [v] wie gesagt Gesetz ääh in Österreich, wir müssen den den Patienten im

[41]

.. 255 [02:51.8] 256 [02:55.0]
A [v] Já
D [v] Vorraus 12 Stunden oder 24 Stunden. I weiß nimma, wie die Gesetze sind. 12 oder 24

[42]

..
A [v]
D [v] Stunden vor de Eingriff muss man de Patient aufklären mit äh Anästhesie und

[43]

.. 258 [03:00.4] 259 [03:02.2]
A [v] Genau, richtig. Es gibt, es gibt nicht eine hundertprozentige
D [rum] 12 ore sau 24 ...
D [de] 12 Stunden oder 24

[44]

.. 260 [03:05.6] 261 [03:07.9]
A [v] Richtlinie, wie weit es ... gi ... bt. Die
D [rum] Nu es te o linie suță la suță, spune domn Primarius, dar
D [de] Es gibt nicht zu hundert Prozent, sagt der Hr. Primarius, aber

[45]

.. 262 [03:09.7] 263 [03:12.9]	
A [v]	Richtlinie ist so: Es muss ausreichend Zeit sein nach Möglichkeit am Vortag.
D [rum]	Ex
D [de]	Es gib

[46]

.. 264 [03:16.2]	
D [rum]	Trebuie să fie destul timp între ăăă o zi ă o momentul sau ziua operației și ziua pre
D [de]	Es muss genug Zeit zwischen äh einem Tag äh dem Moment oder des

[47]

.. 265 [03:22.2]266 [03:23.0]	
A [v]	Gut.
D [rum]	pregătore operației. Ok rn. Deci
D [de]	Operationstages und dem Vorbereitungstag der Operation geben. Also, rn das

[48]

..	
D [rum]	asta spune legea noastră. Sau pentru asta înainte de operație trebuie discutat cu un
D [de]	sagt unser Gesetz. Deshalb muss vor der Operation mit dem Profe/ diskutiert

[49]

.. 267 [03:27.5] 268 [03:29.5]	
D [rum]	profe/ chirurgul trebuie discutat cu anestezistul ca ei să
D [de]	werden, mit dem Chirurgen muss diskutiert werden, mit dem Anästhesisten, damit

[50]

.. 269 [03:33.2]	
D [rum]	îți pună toate întrebările necesare ca tu să fi conștientă și să fi
D [de]	sie dir alle notwendigen Fragen stellen können, damit du, dir das Bewusst wird,

[51]

270 [03:35.2]271 [03:36.1] 272 [03:39.7]	
A [v]	Gut.
D [v]	Ok.
D [rum]	ăăă ••• și să ți să ți explice defapt ce se face, dá?
D [de]	ăăäh, ••• damit dir sozusagen erklärt wird, was gemacht wird, ja? mí

[52]

	274 [03:42.2]	275 [03:44.2]
A [v]	Wir machen eine Vollnarkose. ...	Hat sie schon a
D [rum]	Se face o anestezie totală.	
D [de]	Es wird eine Vollnarkose gemacht.	

[53]

	276 [03:45.4]	277 [03:47.4] 278 [03:48.0]
A [v]	mal a Narkose gehabt?	
D [v]		Nein, hat sie nicht
P [v]		Nu.
P [de]		Nein.
D [rum]	Dacă ați avut vreodată anestezie?	
D [de]	Ob Sie jemals Vollnarkose hatten?	

[54]

	279 [03:49.0]	280 [03:50.0]	281 [03:51.3] 282 [03:51.7] 283 [03:52.0]
A [v]			Lokale?
D [v]	gehabt.		Bei
P [v]		• • Da anestezie da ...	
D [rum]	Nici la dentist?		Locală.
D [de]	Auch nicht beim Zahnarzt?		Lokale.

[55]

	284 [03:54.3]	285 [03:56.0]
A [v]	Ja?	Ok. Haben Ihre, ihre, ihreihre Eltern oder
D [v]	Zahnarzt hat sie lokale äh Anästhesie gehabt. Hat sie gu ...	

[56]

	287 [04:03.6]
A [v]	Geschwister schon a mal Vollnarkose gehabt und hat's da Probleme gegeben?
D [rum]	Dacă
D [de]	Ob in

[57]

	287 [04:03.6]
A [v]	
D [v]	Nein, hat
D [rum]	în familia ta, mama, tata, frați avut anestezie?
D [de]	deiner Familie, Mutter, Vater, Geschwister jemand eine Anästhesie hatte?

[58]

	288 [04:04.9]	289 [04:05.8]	290 [04:08.8]
A [v]	Keine Probleme?	Weiß sie nicht. Alles klar. • • Gut. • •	Äh, nimmt sie
D [v]	sie keine gehabt. Weiß sie nicht.		Gehen wir
D [rum]			
D [de]			

[59]

	291 [04:12.1]	292 [04:13.6]
A [v]	irgendwelche Medikamente?	
D [v]	mal die Fragen durch. ((leise m̃	
P [v]		((1,3s)) Doar ce şti tu.
D [rum]	Dacă	luaţi medicamente?
D [de]	Ob	Sie Medikamente nehmen?

[60]

	293 [04:15.9]	294 [04:17.7]
A [v]		Hat sie mit dem Herz, mit der Lunge irgendwelche
D [v]	Nein. • • Nein.	
P [v]	((sehr leise m̃)	
D [rum]		Dacă
D [de]		

[61]

	295 [04:19.7]	296 [04:21.5]
A [v]	Beschwerden?	
D [v]		Auch nicht, nein.
D [rum]	aveţi	probleme cu inima, cu plămâni?
D [de]	Ob Sie	Probleme mit dem Herzen, mit der Lunge habe

[62]

	297 [04:22.6]	298 [04:24.5]	299 [04:26.1]
A [v]	Gut, also sie ist gesund		
D [v]			• • • Pumperl gesund,
D [rum]		Ăă, deci în principiu sunteţi sănătoasă?	
D [de]		Äh, also im Prinzip sind Sie gesund?	

[63]

	300 [04:28.3]	301 [04:28.9]	302 [04:29.9]
A [v]	Ok. ((lacht))		
D [v]	Herr Primarius.		
P [v]	Dar dece totală?		
P [de]	Aber wieso voll?		
D [rum]	Pentru că așa se face. ((mit leiser, jedoch		
D [de]	Weil es so gemacht wird.		

[64]

	303 [04:31.5]
D [v]	Sie fragt nochamal, wieso totale Narkose, äh Herr
D [rum]	bestimmender Stimme))

[65]

	304 [04:34.0]
A [v]	Es gibt, naja, als Alternative könnten wir nur einen Kreuzstich machen. m
D [v]	Primarius?
D [rum]	Se poa
D [de]	Es ka

[66]

	305 [04:37.0]
A [v]	Aber ...
D [rum]	te o altă alternativă, să se facă în spinal, adică în coloana vertebrală să te anesteziez
D [de]	nn, als Alternative, in den Rücken gemacht werden. Also in die Wirbelsäule, damit

[67]

	306 [04:41.9]	307 [04:42.9]
A [v]	aber nur, nur in Lokal	
D [v]	Weil de de ganz ...	
D [rum]	de aici în jos.	Dar se face
D [de]	du betäubt wirst, von hier runter. Aber es wird gemacht	

[68]

	308 [04:44.9]	309 [04:46.2]	310 [04:48.1]
A [v]	anästhesie geht's nicht.Das ist nicht machbar. ((mit leiser Stimme))		
D [rum]	Doar în anestezie locală nu merge		pentru că este
D [de]	Nur in Lokalanästhesie geht es nicht		weil, es

[69]

311 [04:50.1]		
D [v]	Weil's schmerzhaft is, odeř?	
D [rum]	dureros ři n-o sã se poatã face.	
D [de]	schmerzhaft ist und es nicht gemacht werden kann.	

[70]

312 [04:51.8]		313 [04:56.4]
A [v]	Ja das das das Aufdehnen vom Muttermund, das tut extrem weh.	
D [v]	Erste Mal. ((mit leiser Stimme))	
P [v]	((Aussage	
D [rum]	Deci cer-	
D [de]	Also die Zer-	

[71]

314 [04:58.4]		
P [v]	der Patientin ist nicht verstãndlich. Sie spricht sehr leise))	
D [rum]	cervixul	ca sã de se se dilatã, adicã
D [de]	die Zervix	damit sie sich aufdehnt,

[72]

315 [05:00.4]		316 [05:02.4]
D [rum]	gura mamei, cum se spune în terminii lor	sã se dilate, nu se
D [de]	also der Muttermund, wie es in deren Fachsprache genannt wird, damit es sich	

[73]

317 [05:04.4]		
D [rum]	poate dilata ři	este totuř o durere ca sã poři sã
D [de]	aufdehnt, kann es sich nicht aufdehnen und es ist trotzdem ein Schmerz, damit du	

[74]

318 [05:06.0]		
A [v]	Ja.	
D [v]	ãh, kriegt sie vorher eine Tablette, dass der Mu Muttermund aufgezeee, Herr	

[75]

	319 [05:09.4]	320 [05:11.3]	321 [05:13.1]
A [v]	Äh, ...	das	ist Sache des Gynäkologenda misch ich mich,
D [v]	Primarius? Normalerweise gibt's man.		
P [v]			
D [rum]	Aahh treaba lui		
D [de]	Aahh die Aufgabe		

[76]

	322 [05:15.1]
A [v]	da misch ich mich nicht ein ((m)) Ja. Ja. Genau.
D [v]	Äh, genau des wird der Gynäkologe des anordnen
P [v]	Deswegen
D [rum]	(("Name")) ((leise Stimme))
D [de]	von (("Name")) ((leise Stimme))

[77]

	323 [05:18.3]
A [v]	Da misch ich mich nicht ein. Das ist, das ist unterschiedlich. Manche geben m̃
D [rum]	Da dănsul este
D [de]	Ja der Herr ist

[78]

	325 [05:24.5]
D [rum]	anestezistul, el face parte lui de anestezie și chirug/ äää ginecologul face
D [de]	Anästhesist, er macht seinen Teil der Anästhesie und der Chirur/ äähh Gynäkologe

[79]

	326 [05:27.2]	327 [05:29.0]
A [v]	• • • Gut. Die Operation ist am Montag um	
D [rum]	partea lui de chirurgia. • • • Oók?	
D [de]	macht seinen Teil der Chirurgie. • • • Oók?	

[80]

	328 [05:32.2]
A [v]	8 Uhr Früh.
D [rum]	Operația este luni dimineața la opt, la prima oră.
D [de]	Die Operation ist am Montag Vormittag um 8 Uhr gleich in der Früh.

[81]

	329 [05:36.1]	330 [05:38.1]
A [v]	Sechs Stunden vorher nichts essen, ni ...	
D [rum]	Şa	se ore înainte de operție nu bei nu
D [de]	Se	chs Stunden vor der Operation trinkst und

[82]

	332 [05:41.4]
A [v]	Und vier, bis vier Stunden vorher kann sie was trinken aber nur klares
D [rum]	mănănci. Patru ore
D [de]	isst nichts. Vier Stunden

[83]

	333 [05:46.2]
A [v]	Wa/ Flüssigkeit
D [rum]	înainte de ora opt, adică înainte de ora ăă termenul operației, poți să bei
D [de]	vor 8 Uhr, also vor der Uhrzeit, äh Operationstermin, kannst du was

[84]

	334 [05:49.9]	335 [05:50.9]	336 [05:52.9]
A [v]	Keinen Kaffee mit Milch und ungesüßt		
D [rum]	ceva. Patru ore înainte.	Nu cafea cu	mil/ cu cu lapte
D [de]	trinken. Vier Stunden vorher.	Nicht Kaffee mit	Mil/ mit mit

[85]

	337 [05:54.6]	338 [05:55.6]	339 [05:56.6]
A [v]	Leitungswasser, Mineral.		
D [v]	Leitungswasser? Ja genau. Mineral		
D [rum]	ci doar apă.	Nu clare	
D [de]	Milch sondern nur Wasser. Nicht klare		

[86]

	340 [05:58.4]	341 [06:00.6]
A [v]	Ich nehme an, sie wird noch schlafen um	
D [rum]	sau apă minerală sau apă potabilă.	
D [de]	oder Mineralwasser oder stilles Wasser.	

[87]

.. 342 [06:03.2]	
A [v]	vier Uhr in der Früh, hoffentlich. Jō̄.
D [v]	• • Sie wird gut schlafen, Herr Primarius. ((lacht

[88]

.. 343 [06:05.8] 344 [06:08.0]	
A [v]	Möcht sie
D [v]	auf))
D [rum]	Cred că la ora patru dimineța încă o să dormiți.
D [de]	Ich glaube, um vier Uhr in der Früh, werden Sie noch immer schlafen.

[89]

.. 345 [06:09.9] 346 [06:10.9] 347 [06:11.5]	
A [v]	a Vorbereitungstablette haben? Ja? ń ((Mobiltelefon des Arztes läutet))
D [v]	Ja schon̄.
D [rum]	O să primiți, întreabă domn
D [de]	Sie werden bekommen, Herr

[90]

.. 348 [06:16.0] 349 [06:18.3]	
A [v]	((Der Arzt hebt ab)) Fünf Minuten, ruf ich dich an.
D [v]	((2,3s))
D [rum]	Primarius dacă
D [de]	Primarius fragt, ob

[91]

.. 351 [06:21.8]	
D [v]	Inzwischen ruft wer an. ((mit leiser Stimme))A Notfall Herr Primarius ((lacht auf))

[92]

352 [06:24.0] 353 [06:29.7]	
D [rum]	Ăă domnul primarius întreabă dacă aveți nevoie de o tabletă pre-pregătoare, care vă
D [de]	Ăh Herr Primarius fragt, ob Sie eine Vorbereitungstablette benötigen, die Sie

[93]

.. 354 [06:31.2]	
D [rum]	face să fiți liniștită. Asta înseamnă că la ora șapte primiți o tabletă ca să se facă ralex.
D [de]	beruhigt. Das bedeutet, dass Sie um 7 Uhr eine Tablette zur Beruhigung

[94]

	355 [06:34.2]356 [06:34.6]	357 [06:35.8]
A [v]	Ja, passt, ja. Nachher ist sie dann im	
D [v]	Braucht sie, Herr Primarius.	
P [v]	Da.	
P [de]	Ja.	
D [rum]	Da.	
D [de]	bekommen. Ja.	

[95]

	358 [06:38.3]	359 [06:40.1]	360 [06:42.1]
A [v]	Aufwachzimmer		
D [rum]	După care o să fiți în ăă După operație o să fiți în sala dedeee		
D [de]	Nachher werden Sie im äh Nach der Operation werden Sie im		

[96]

	361 [06:44.1]
A [v]	und dann ((leise Stimme)) dann kommt sie
D [rum]	reanimare pentru o oră unde veți fi supravegheată și monitorizată.
D [de]	Aufwaaachzimmer sein für eine Stunde wo Sie überwacht und monitorisiert werden.

[97]

	362 [06:46.9]
A [v]	wieder zurück. ((leise Stimme))
D [rum]	După care, o să vă readucă din nou în cameră.
D [de]	Anschließend, werden Sie auf's Zimmer gebracht.

[98]

	363 [06:49.2]	364 [06:51.2]	365 [06:52.3]
A [v]	Passt, ok, gut. ((bestimmende Stimme)) Hat sie noch irgendwelche		
D [v]			
D [rum]	Alte întrebări?		
D [de]	Andere Fragen?		

[99]

	366 [06:55.5]
A [v]	Fragen?
D [v]	Nein.

Anhang V: Abstract (Deutsch)

Immer mehr rumänische PatientInnen reisen nach Österreich, um medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Unzufriedenheit mit dem rumänischen Gesundheitssystem, Mangel an Vertrauen der rumänischen ÄrztInnen sowie Verzweiflung bewegen PatientInnen dazu, ihr Heimatland zu verlassen und in Österreich Krankenhäuser und Kliniken für medizinische Behandlungen oder Therapien aufzusuchen.

Die vorliegende Masterarbeit untersucht das Phänomen „rumänischer Medizintourismus“ in Österreich. Im Fokus steht dabei die qualitative Fallstudie bei der ein Interview mit einem rumänischen, nicht professionell ausgebildeten Dolmetscher in einer privaten Wiener Gesundheitseinrichtung sowie ein Arzt-Patient-Dolmetscher-Gespräch, durchgeführt und aufgezeichnet wurde. Dabei waren vor allem die Studien von Franz Pöchhacker (1997, 2000), Claudia Angelelli (2004a) und Cecilia Wadensjö (1992, 1995, 1998) für die Analyse der erhobenen Daten von Bedeutung. Diskrepanzen zwischen den theoretischen Anforderungen an DolmetscherInnen im medizinischen Bereich und der Praxis sowie die sichtbare Rolle der DolmetscherInnen in medizinischen Behandlungen und die aktive Rolle des Dolmetschers in der dolmetschervermittelnden Kommunikation werden dabei diskutiert.

Anhang VI: Abstract (Englisch)

More and more Romanian patients travel to Austria to use medical services. Dissatisfaction with the Romanian health system, the lack of trust in Romanian doctors and despair make patients to leave their home country and visit hospitals and clinics for medical treatment or therapies in Austria.

The present master thesis examines the phenomenon "Romanian medical tourism" in Austria. The focus is on the qualitative case study in which an interview with a Romanian, non-professional interpreter in a private Viennese health care facility, as well as a doctor-patient-interpreting-conversation were conducted and recorded. Particularly the studies by Franz Pöchhacker (1997, 2000), Claudia Angelelli (2004a) and Cecilia Wadensjö (1992, 1995, 1998) were important for the analysis of the collected data. Discrepancies between the theoretical requirements for interpreters in the medical field and the practice, as well as the visible role of interpreters in medical treatments and the active role of the interpreter in interpretation-mediated communication are discussed.