



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen:
Herausforderungen und Strategien am Beispiel von AmberMed“

verfasst von / submitted by

Lic. Anamaria-Corina Nițu

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

Wien, 2022 / Vienna, 2022

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

UA 070 354 331

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

Masterstudium Translation Rumänisch Deutsch

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Sonja Pöllabauer

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung	5
1. Grundlagen	8
1.1. Der Dolmetschprozess	8
1.2. Community Interpreting: eine umstrittene Bezeichnung.....	11
1.3. Dolmetschen im Gesundheitswesen	13
1.4. Telefondolmetschen im Gesundheitswesen.....	19
1.5. Fazit	23
2. Herausforderungen	25
2.1. Merkmale der medizinischen Kommunikation	25
2.2. Gliederung der Herausforderungen	29
2.2.1. Mediumunabhängige Herausforderungen.....	31
2.2.2. Mediumabhängige Herausforderungen.....	40
2.3. Fazit	50
3. Bewältigungsmethoden	52
3.1. Merkmale und Kompetenzen von Telefondolmetschenden	52
3.1.1. Charaktermerkmale.....	53
3.1.2. Kompetenzen	56
3.2. Konkrete Bewältigungsstrategien.....	60
3.2.1. Strategien vor dem Einsatz und im Allgemeinen	62
3.2.2. Strategien während des Einsatzes	69
3.3. Fazit	89
4. Fallstudie	91
4.1. Eckdaten und allgemeine Präsentation	91

4.1.1. Bezug zum Thema	91
4.1.2. Setting und TeilnehmerInnen.....	92
4.1.3. Zielsetzung und Relevanz	94
4.2. Forschungsansatz.....	96
4.2.1. Qualitative Inhaltsanalyse.....	97
4.2.2. Diskursanalyse	99
4.2.3. Autoethnographie.....	100
4.3. Auswertungsinstrumente	104
4.3.1. Transkriptionen	104
4.3.2. Leitfaden mit Fragen für die externe Analyse	106
4.4. Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten	106
4.4.1. Analysenschritte und Vorgehensweise	107
4.4.2. Ergebnisse	109
4.5. Fazit	139
5. Conclusio.....	141
Bibliographie	146
Anhang 1	164
Anhang 2	165
Anhang 3	177
Anhang 4	198
Anhang 5	206
Abstract	215

0. Einleitung

Das Ferndolmetschen wird mit der Zeit und in Folge der Covid 19-Pandemie in vielen Bereichen vermehrt eingesetzt. Oft steht verschiedenen Fachkräften wie SozialarbeiterInnen, JuristInnen oder ÄrztInnen in ihrer Arbeit mit anders sprachigen KundInnen und KlientInnen eine einzige Lösung zur Verfügung und zwar Dolmetschleistungen telefonisch in Anspruch zu nehmen.

Ich durfte persönlich eine gewisse Trendwende in diesem Sinne feststellen, als ich während der Lockdowns im Zeitraum 2020-2021 zum ersten Mal wiederholt am Telefon für Rumänisch sprachige PatientInnen des medizinisch-ambulanten Dienstleisters AmberMed dolmetschte. Im Laufe dieser Erfahrung stieß ich gegen verschiedene kommunikative Hürden, die den Gesprächsablauf der gedolmetschten Arztbesuche beeinflussten. Einige dieser Herausforderungen wie zum Beispiel die nicht angepasste Sprechetikett des Gesundheitspersonals am Telefon wurden schnell zu regelmäßigen Vorkommnissen, während andere wie die Konflikte zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn eher einzelne Erscheinungen darstellten. Dadurch, dass ich regelmäßig für AmberMed im Einsatz war, konnte ich an mir selbst in meiner Tätigkeit einige Verhaltensmuster feststellen – entweder im Sinne der Reaktionen auf schwierige Stellen in der Kommunikation oder des Umgangs damit. Ich fing also an, nach Lösungen und Strategien dafür in der einschlägigen Literatur zu suchen, und realisierte dabei, dass das Thema des Telefondolmetschens im Gesundheitswesen nur begrenzt angesprochen wird. Daraus ist die Idee der vorliegenden Arbeit entstanden: eine Sammlung von Erkenntnissen aus der Fachliteratur und gleichzeitig ein praxisorientierter Leitfaden für Telefondolmetschende, die auch im Gesundheitsbereich tätig sind.

Mein Bedürfnis für konkrete und praktisch angewendete Inhalte über die Schwierigkeiten dieses Dolmetschsettings übetrug ich in meine Forschungsfrage. Inwiefern unterscheidet sich das Telefondolmetschen von anderen Dolmetscharten? Tragen diese Unterschiede zur kognitiven Überlastung von DolmetscherInnen oder spielen sie keine wichtige Rolle dabei? Welche Bewältigungsstrategien stehen Dolmetschenden bei schwierigen Stellen in der Kommunikation zur Verfügung? In den Folgenden versuche ich, auf diese Fragen aus Sicht der bereits bestehenden einschlägigen Literatur einzugehen und diese mit den Überlegungen, die sich aus dem empirischen Teil der gegenständlichen Arbeit zu ergänzen.

Das erste Kapitel legt die Grundlagen des untersuchten Bereichs. Dabei werden wichtige Begriffe definiert und der Dolmetschprozess wird durch Hales Modell (2007) in drei Phasen erklärt. Da das Community Interpreting ein jüngerer Feld als das Konferenzdolmetschen ist, werden Aspekte wie die umstrittene Bezeichnung des CI-Feldes durch die Linsen der bisherigen einschlägigen Literatur thematisiert. Die wichtigsten Merkmale des CI sowie die Professionalisierung des Berufs von CI-DolmetscherInnen und deren Geschichte werden ebenfalls als Basis für die nächsten Kapitel eingeführt. Ebenfalls von Bedeutung ist in diesem Rahmen die Eingrenzung des untersuchten Gebietes. Aus diesem Grund wird jeweils auf das Medizin- und Telefondolmetschen näher eingegangen. Aspekte wie die Nachfrage für solche Dienstleistungen, deren übliche EmpfängerInnen und die möglichen Gesprächskonstellationen sollen die Definitionen der zwei Untergebiete vervollständigen.

Die im ersten Kapitel identifizierten Merkmale fließen in die nächsten zwei Kapitel ein und dienen als Erklärung oder Ausgangslage für die Entstehung verschiedener Herausforderungen im Laufe der gedolmetschten Gespräche. Zuerst werden die Einzelheiten des medizinischen Gesprächs herauskizziert. Bereits daraus ergeben sich die ersten Überlegungen über mögliche Schwierigkeiten beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen. Darauf aufbauend werden die aus der einschlägigen Literatur kristallisierten Herausforderungen in zwei Kategorien eingeteilt und untersucht: mediumabhängige beziehungsweise mediumunabhängige Herausforderungen. Unter den mediumunabhängigen Herausforderungen sind Aspekte wie die mangelnden kommunikativen Kompetenzen und das verzerrte Verständnis der Rolle der DolmetscherInnen seitens der GesprächspartnerInnen zu verstehen. Diese hängen nicht unbedingt mit dem telefonischen Medium zusammen. Im Gegensatz dazu entstehen die mediumabhängigen Herausforderungen durch den telefonischen Einsatz, der einige kommunikative Inhalte wie die nonverbalen Hinweise weglassen oder einschränken, und/oder durch die Spezialisierung der in Arztgesprächen verwendeten medizinischen Sprache. Einige Beispiele hierfür sind die schlechte Tonqualität und die zusätzliche dolmetscherische Aufgabe der Gesprächssteuerung.

Im Laufe der Lektüre stellte sich heraus, dass nicht nur reine Dolmetsch- oder Kommunikationstechniken bei der Überwindung von Hürden beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen helfen, sondern auch die Persönlichkeit und bereits bestehende Erfahrung des/der jeweiligen DolmetscherIn. Diese können ausschlaggebend für die Art und Weise wie die

Strategien im Arsenal von DolmetscherInnen eingesetzt werden. Deswegen wird in der ersten Hälfte des dritten Kapitels näher auf die Merkmale und erworbenen Kompetenzen von Dolmetschenden eingegangen. Diese sind von einer detaillierten Erläuterung der möglichen Dolmetschstrategien gefolgt. Dabei werden auch neue nützliche Begriffe wie Speech-Marker und Non-Renditions definiert, die eine wichtige Rolle im Rahmen der telefonischen Kommunikation spielen.

Die auf theoretischer Ebene angeführten Herausforderungen und Strategien werden im Rahmen der Fallstudie anhand von drei Beispielen beobachtet und untersucht. Dabei handelt es sich um drei aufgenommene telefonische Dolmetschungen im Rahmen des Gesundheitsprojektes AmberMed. Deren Transkriptionen werden analysiert und durch einen explorativen Ansatz können einige der bereits beschriebenen Aspekte der gedolmetschten Kommunikation in diesem Setting identifiziert werden. Hinzu kommen aber auch andere Herausforderungen und Strategien, die in der Fachliteratur weniger oder kaum Erwähnung finden. Die Analyse der drei Transkriptionen erfolgt unter Anwendung einer multimodalen Vorgehensweise. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) sowie die Diskuranalyse nach Hale & Napier (2013) und Hokkanens (2016, 2017) autoethnographische Untersuchung tragen zu einem ganzheitlichen analytischen Ansatz bei. Der autoethnographische Ansatz findet in der vorliegenden Arbeit Anwendung, weil ich sowohl als Dolmetscherin in den Aufnahmen, als auch als Forscherin eine Rolle in der gegenständlichen Untersuchung spiele. Um eine möglichst objektive Betrachtung der analysierten Materialien gewährleisten zu können, wurden die Transkriptionen von zwei externen Expertinnen analysiert und deren Beobachtungen in die Analyse einbezogen.

1. Grundlagen

Das Ziel dieses Kapitels ist es, das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen vorzustellen und dadurch die Grundlage für die Auslegung und Analyse von Herausforderungen und Lösungsstrategien beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen zu schaffen. Um dieses Gebiet definieren zu können, wird zuerst der Dolmetschprozess unter Betrachtung des Modells von Hale (2007) geschildert. Im Anschluss daran werden der Begriff *Community Interpreting* (CI) und dessen Merkmale genauer erläutert. Dies ist damit zu begründen, dass das Gesundheitswesen zu den Einsatzgebieten des Community Interpreting gehört (vgl. Hale 2015:65, Pöchhacker 2016:15, Wadensjö 2013:50) und dadurch dem CI-Bereich zugeordnete Merkmale aufweist. Des Weiteren folgt die historische Entwicklung dieses Untergebiets der des übergeordneten CI. Sie wird ebenfalls Gegenstand des vorliegenden Kapitels sein. Die Geschichte des Community Interpreting veranschaulicht, unter welchen Umständen der Beruf entstanden ist und sich weiterentwickelt hat. Es wird im Anschluss daran festgestellt werden können, dass die Entwicklung dieses Berufs und die damit einhergehenden Anerkennung und Professionalisierung etwas langsam vorangehen. Dies bestimmt wiederum die Arbeitsbedingungen von Dolmetschenden.

1.1. Der Dolmetschprozess

Hale (2007:3) definiert das Dolmetschen als Translationsprozess, in dem das gesprochene Wort übersetzt wird. Sie teilt den Dolmetschprozess in drei Phasen – „comprehension, conversion and delivery“ also Verstehen, Umwandeln und Wiedergabe (2007:14). Schon die erste Phase stellt eine besonders schwierige Aufgabe für den/die DolmetscherIn dar, da, wie auch die Forschung in den Kommunikations- und Sozialwissenschaften zeigt (vgl. Arrojo 1998, Coupland et al. 1991, Sapir 1949), schon monolinguale Kommunikation das Risiko für Missverständnisse birgt. Die GesprächsteilnehmerInnen müssen denselben Referenzrahmen teilen, um sich zu verstehen und Missverständnisse zu vermeiden. Wenn sie nicht dieselbe Sprache teilen, dann muss der/die DolmetscherIn mit beiden GesprächspartnerInnen zumindest teilweise gemeinsame Referenzrahmen haben. Was dieser Referenzrahmen enthält, wird von Hale (2007:15) mithilfe der vier Maximen nach Grice (1975) beschrieben: Quantität, Qualität, Relevanz und

Ausdrucksweise. Alle GesprächspartnerInnen nehmen an, dass der/die andere diese vier *maxims* (Maximen) einhält, damit die Kommunikation stattfinden kann. Um sicherzustellen, dass die zu vermittelnde Botschaft korrekt verstanden wird, hilft es, sich möglicher Quellen von Missverständnissen bewusst zu sein (Hale 2007:16). Hale (2007:16) erläutert ebenfalls die Voraussetzungen, die sowohl von dem/der Dolmetschenden, als auch von den anderen GesprächspartnerInnen erfüllt werden müssen, damit das Verstehen des Gesagten möglichst begünstigt wird. Sie benutzt hierfür die Einteilung von House et al. (2003). Diese identifiziert zwei Arten von möglichen Missverständnissen in der Kommunikation: diskursinterne und diskursexterne¹ Missverständnisse. Hale (2007) macht sich diese beiden Begriffe zunutze, um die für eine erfolgreiche Verstehensphase notwendigen Voraussetzungen zu erläutern. Sie weist auf die Notwendigkeit hin, dass der/die DolmetscherIn fundierte Sprachkenntnisse in beiden Sprachen besitzen muss. Das ist die einzige diskursinterne Voraussetzung, die es zu erfüllen gilt. Was die diskursexternen Aspekte angeht, werden mehrere Punkte aufgezählt, unter anderem Kenntnisse über die sozialen Rollen der GesprächspartnerInnen, über das Setting, aber auch relevante Kenntnisse in beiden Kulturen (Kulturwissen). Hale (2007:17) argumentiert, dass Sprachkenntnisse erst nach der Sicherstellung der diskursexternen Ebene ins Spiel kommen – wenn der/die DolmetscherIn die Situation oder die Rollen der Sprechenden nicht kennt, kann er/sie seine/ihre Sprachkenntnisse nicht wirklich einbringen. Wie oben erwähnt, werden in dieser Aufzählung nicht nur Voraussetzungen an die Dolmetschenden gestellt, sondern auch an die anderen GesprächsteilnehmerInnen – sie müssen auch etwas beisteuern. Das betont den kollaborativen Aspekt von dialogischen Interaktionen und somit auch von gedolmetschten Gesprächen – es müssen alle Teilnehmenden zur Kommunikation beitragen, damit diese gelingt. Diese Position wird auch von anderen AutorInnen vertreten (vgl. Merlini 2015:102, Wadensjö 2013:14) und wird sich im Weiteren als relevant für die vorliegende Diskussion über Schwierigkeiten und Herausforderungen beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen erweisen.

Die zweite Phase des Dolmetschens, das Umwandeln der Inhalte, wird von Hale (2007:21) als „mental translation process“ zusammengefasst. In dieser Phase muss der/die DolmetscherIn mentale Entscheidungen treffen. Der translatorische Prozess erfolgt jetzt noch nur im Kopf. Hale nimmt an, dass der Entscheidungsprozess des/der DolmetscherIn von seiner/ihrer

¹ Übersetzt aus dem Englischen C.N.

Herangehensweise an das Dolmetschen abhängt – entweder verlässt sich der/die DolmetscherIn auf seine/ihre inhärente Intuition oder auf aus einschlägiger Literatur gewonnene Kenntnisse. Hale (2007:22) identifiziert drei Faktoren, die auf die Umwandlungsphase Einfluss nehmen: fundierte Zielsprachkenntnisse, Dolmetschfähigkeiten und der eigene theoretische Ansatz zur Argumentation der eigenen translatorischen Entscheidungen. Dabei argumentiert sie, dass es zwei mögliche Herangehensweisen beim Dolmetschen gibt – „bottom-up“ und „top-down“ – und moniert, dass nur kompetente DolmetscherInnen den „top-down“-Ansatz anwenden, indem sie das Gesagte als Ganzes betrachten und nicht Wort für Wort übersetzen. In der unten stehenden Graphik wird geschildert, welche Elemente zu den zwei Ansätzen, „bottom-up“ und „top-down“, gehören. Die Frage, die beim Umwandeln der Botschaft gestellt wird, lautet: “How would I express this utterance in the target language in this situation, with these participants to achieve a similar reaction in the listener?” (Hale 2007:24).

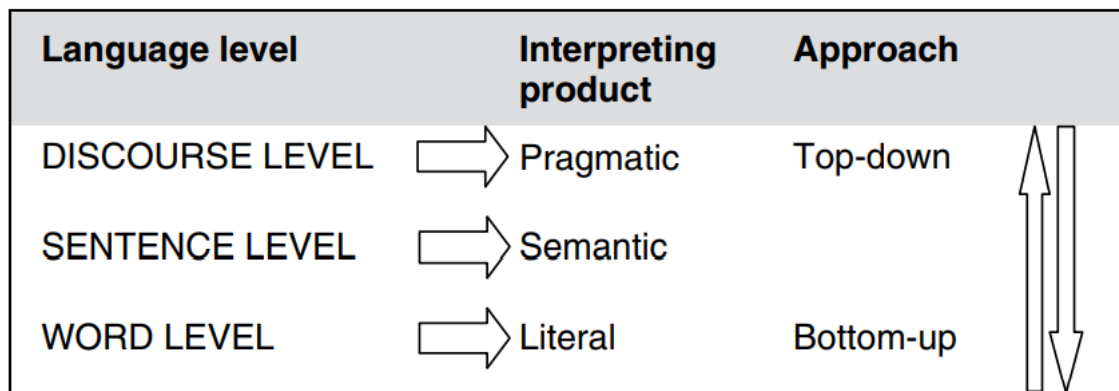


Abb. 1: Modell der Dolmetschansätze nach Hale (2007:23)

Laut Hale (2007:24) bildet die dritte Phase, die Wiedergabephase, das Endprodukt, also die verbale Übertragung der Botschaft ab. Die Art der Wiedergabe wird vom Kommunikationsauftrag beeinflusst. Dieser hängt wiederum vom Setting und den entsprechenden Bedingungen ab. Es werden verschiedene Dolmetschsettings verglichen und dabei wird gezeigt, dass beim Dialogdolmetschen der Fokus sowohl auf der Übertragung des Inhalts als auch auf der Form liegt (Hale 2007:24). Mason (1999:147) definiert das Dialogdolmetschen unter anderem als eine von einem/r Dolmetschenden vermittelte, spontane Interaktion. Wichtig für das Dialogdolmetschen ist insbesondere, wie die Botschaft von den jeweiligen GesprächspartnerInnen kommuniziert wird. Das muss der/die DolmetscherIn ebenfalls

übertragen. Dabei hilft die Stimm lage, die Intonation und das Sprachregister des/der Dolmetschenden (Hale 2007:26).

Der Dolmetschprozess nach Hale (2007:3ff) enthält also drei Etappen: Verstehen, Umwandeln und Wiedergabe. In jeder Etappe müssen verschiedene Aspekte und Faktoren in Betracht gezogen werden. Das folgende Unterkapitel widmet sich dem Thema Community Interpreting.

1.2. Community Interpreting: eine umstrittene Bezeichnung

Das Community Interpreting ist eine Tätigkeit, die zu dem größeren Feld des Dolmetschens gehört. In der Folge wird der Zusammenhang zwischen diesem Bereich und dem des Medizindolmetschens beziehungsweise Telefondolmetschens erläutert.

Das Community Interpreting wird eingesetzt, um das Verständnis zwischen zwei oder mehreren Parteien, Einwohnern etc. derselben „community“ (Mikkelson 1996:126), die unterschiedliche Sprachen sprechen, zu ermöglichen (Hale 2015:65). Dafür ist die Anwesenheit einer dritten Partei erforderlich, nämlich die des/der Dolmetschenden. Im Rahmen der ersten Critical Link-Konferenz zum Thema Community Interpreting wurde eine Definition hierfür formuliert:

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

In der Fachliteratur herrschen Uneinigkeiten über die Bezeichnung „Community Interpreting“ und die entsprechenden Einsatzgebiete. Was in einigen Werken als *liaison interpreting* (vgl. Gentile et al. 1996, Hatim and Mason 1990, Keith 1984, Lang 1978), Kommunal dolmetschen (vgl. Grbić 2008) oder Dialogdolmetschen (vgl. Merlini 2015, Wadensjö 1992) bezeichnet wird, wird vermehrt unter dem Dachbegriff „Community Interpreting“ unter einen Hut gebracht (Wadensjö 2013:49).

Für eine vollständige Definition ist es nötig, zu eruieren, was das Community Interpreting ausmacht. Wadensjö (2013:49) nennt die wichtigsten Elemente dieser Dolmetschart: Sie ist bidirektional, wird in der Regel im Konsekutivmodus ausgeführt und bezieht sich sowohl auf das „face-to-face“-Dolmetschen, als auch auf das Ferndolmetschen. Bidirektional bedeutet, dass der/die Dolmetschende in beide Sprachrichtungen dolmetscht. Der mit dem Begriff verbundene Konsekutivmodus bestimmt den Ablauf der Dolmetschung, indem jede Äußerung der GesprächspartnerInnen gleich von der entsprechenden Dolmetschung folgt (Wadensjö 2013:49). Merlini betont die Relevanz des dialogischen Aspekts für die Definition von Dialogdolmetschen und in extensio von Community Interpreting im Rahmen der *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (Pöchhacker 2015). Der dialogische Aspekt ist dabei ein definierendes Merkmal (Merlini 2015:102). Dabei tragen alle GesprächsteilnehmerInnen zur Entstehung einer gemeinsamen Botschaft bei. Jede/r Teilnehmende spielt eine wichtige Rolle für den Ablauf des kommunikativen Aktes. Zur Entstehung der Botschaft leisten auch die nonverbalen Elemente der Kommunikation einen wesentlichen Beitrag (Merlini 2015:102). Diese Anmerkung ist für die Zwecke der vorliegenden Arbeit von Interesse, denn sie deutet schon auf ein mögliches Defizit des Telefondolmetschens hin. Dieser Aspekt wird im zweiten Kapitel im Detail thematisiert.

Hale (2015:65) stuft das Community Interpreting als alles, was dem Konferenzdolmetschen nicht zugeordnet werden kann, ein. Dabei ist die Differenzierung zwischen den beiden Gebieten wichtig, denn sie schildert nicht nur die theoretischen Unterschiede, sondern auch die Folgen, die diese Einstufung für die Ausführung und Wahrnehmung dieser Tätigkeiten nach sich zieht. Als Einteilung der Dolmetschartypen wird Pöchhackers (2016:16) Modell des konzeptuellen Spektrums herangezogen. Laut Pöchhacker kann das Dolmetschen als ein Spektrum, das sich von einer Extreme zur anderen erstreckt, betrachtet werden. Dabei sind einige Kriterien ausschlaggebend, um zu bestimmen, um welche Dolmetschart es sich handelt, also wo sich diese auf dem Spektrum befindet. Die beiden Faktoren, die Pöchhacker (2016:16ff) für seine Einteilung in Betracht zieht, sind die Konstellationen, das heißt die Anzahl an und Gruppierung von GesprächspartnerInnen im Rahmen der Interaktion, sowie die Sphäre der sozialen Interaktion. Mit letzterem werden die Kommunikationssituationen, in denen DolmetscherInnen eingesetzt werden, gemeint. Pöchhacker teilt diese in internationale und intra-soziale Sphären. Die internationale Sphäre betrifft Begegnungen zwischen Teilnehmenden aus verschiedenen Ländern etwa internationale

Konferenzen oder Treffen von politischen Persönlichkeiten. Die intra-soziale Sphäre bezeichnet ein Setting, in dem die Teilnehmenden aus derselben nationalen Kontext stammen, aber die Muttersprache des jeweils anderen Teilnehmenden nicht beherrschen (Hale 2015:65). Ein Beispiel dafür wären öffentliche Institutionen eines Landes, die DolmetscherInnen bei Gesprächen mit ausländischen Personen heranziehen. Abhängig von diesen Kriterien, also von Konstellationen und Sphären der sozialen Interaktionen, benennt Pöchhacker die zwei unterschiedlichen Enden des Spektrums und somit die bekanntesten Formen des Dolmetschens: einerseits das Dolmetschen im Rahmen von internationalen Konferenzen, auch als Konferenzdolmetschen zu bezeichnen, und andererseits das Dialogdolmetschen in der Gemeinschaft (*community*) (Pöchhacker 2016:16). Relevant für die Zwecke der vorliegenden Arbeit sind das Community Interpreting und seine intra-soziale Dimension.

Die Einsatzgebiete des Community Interpreting sind ebenfalls von großer Bedeutung für dessen Definition, da sie eines der differenzierenden Merkmale darstellen, die es vom Gebiet des Konferenzdolmetschens darstellen (Wadensjö 2013:50). Zum Bereich des CI gehört mittlerweile das Dolmetschen im Gesundheitswesen, Teilgegenstand der vorliegenden Arbeit, aber auch das Gerichtsdolmetschen², das Dolmetschen im Bildungswesen u.v.m. (Hale 2015:65). Die Kontexte, in denen sich Dolmetschende beim Community Interpreting befinden, können stark variieren. Von medizinischen Gesprächen, Gerichtsverhandlungen bis hin zu Elterngesprächen in der Schule (Hale 2015:65), um nur einige Beispiele zu nennen, können DolmetscherInnen ein vielfältiges Einsatzgebiet bedienen. Das gilt ebenfalls für telefonisch eingesetzte Dolmetschende im Gesundheitswesen, wie es im Rahmen dieser Masterarbeit festzustellen sein wird.

1.3. Dolmetschen im Gesundheitswesen

Das Dolmetschen im Gesundheitswesen ist ein wichtiges Untergebiet des Community Interpreting. Darauf weist auch Angelelli in ihrem Werk auf das Thema hin: „[...] the need for professional healthcare interpreting is more pressing than ever.“ (2019:3) Diese Tätigkeit findet in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern, Kliniken oder Arztpraxen statt und zielt darauf

² Die Zuschreibung des Gerichtsdolmetschens dem größeren Bereich des Community Interpreting wird in der Fachliteratur nicht einstimmig akzeptiert. Siehe z.B. Bancroft et al. (2013).

ab, die Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal, seien es Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal oder sonstige Fachkräfte, und den PatientInnen, die eine andere Sprache als die medizinischen Fachkräfte sprechen, zu ermöglichen. In der Regel gehören PatientInnen einer Minderheit an und beherrschen die Landessprache, von Angelelli (2019:2) „societal language“ benannt, nicht. Die Gesundheitskräfte hingegen beherrschen normalerweise die Landessprache. Das Dolmetschen kann entweder vor Ort oder aus der Ferne ausgeführt werden (Wadensjö 2013:49). In der Fachliteratur wird diese Art des Dolmetschens entweder als Gesundheitsdolmetschen („healthcare interpreting“), Medizindolmetschen („medical interpreting“) oder Krankenhausdolmetschen („hospital interpreting“) bezeichnet (vgl. Angelelli 2019, Hale 2015, Havelka 2018, Pöchhacker 2016).

Wie in der Einführung angedeutet, lässt sich das Medizindolmetschen in die Sphäre des CI einordnen, weil es in der Gemeinschaft (Community) stattfindet und einen Dialog zwischen Mitgliedern der Gemeinschaft anstrebt. Das Medizindolmetschen kann von Einsatz zu Einsatz in Form und Inhalt stark variieren. Weiters ist es eine jüngere Dolmetschart und genießt daher weniger Anerkennung als das schon bekannte Konferenzdolmetschen (Pöchhacker 2016:16). Diese Gegebenheit ist auf die Anfänge der Tätigkeit zurückzuführen, als MedizindolmetscherInnen einem eher niedrigen Status innewohnten. Darüber hinaus können dabei verschiedene Konstellationen von GesprächspartnerInnen zustande kommen. Diese sind Merkmale, die sowohl dem übergeordneten Gebiet des Community Interpreting zugeschrieben werden können, zugleich aber wesentliche Aspekte des Medizindolmetschens ausmachen. Diese Assoziation zieht einige Konsequenzen für die Evolution des Dolmetschens im Gesundheitswesen nach sich: „As an offshoot of community interpreting, healthcare interpreting went through the expected stages new disciplines go through.“ (Angelelli 2019:11f) Anfangs wurde die Tätigkeit meist von Laien ausgeübt. Seitdem hat der Berufsstand an Anerkennung gewonnen (ibid. 2019:11). Mit der Einführung verschiedener Richtlinien zum uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für BürgerInnen verschiedener Länder wie zum Beispiel das Hill-Burton-Gesetz von 1946 (HRSA 2022) und die Präsidentenverfügung 13166/2000 (The United States Department of Justice 2022) in den USA oder die Richtlinie 2011/24 in der Europäischen Union) und mit der zunehmenden Aufmerksamkeit in der Wissenschaft (z.B. die Critical Link-Reihe), konnte sich das Medizindolmetschen weiterentwickeln. Diese Entwicklung lässt sich ebenfalls im Erscheinen unterschiedlicher ausschlaggebender Dokumente wie Statuten,

Gesetze und Kodizes nachverfolgen. So wurden z.B. interdisziplinäre Projekte gestartet und das Thema Medizindolmetschen fand Erwähnung in der einschlägigen translationswissenschaftlichen Fachliteratur, z.B. in Fachzeitschriften und Dissertationen. Des Weiteren wird das Thema Medizindolmetschen in Fachkonferenzen behandelt. All diese Entwicklungen beweisen, dass das Thema mehr in die Mitte des wissenschaftlichen Diskurses gerückt ist (Angelelli 2019:12). Die zunehmende Anerkennung für diese Tätigkeit ist auch in der Anzahl an Vereinen und sonstigen Zusammenschlüssen von Dolmetschenden oder ExpertInnen, die sich im Rahmen ihrer Organisationen mit Themen wie Ethik und Arbeitsbedingungen der Dolmetschenden auseinandersetzen, zu sehen, wie zum Beispiel die California Healthcare Interpreting Association (USA), die International Medical Interpreter's Association (USA) oder die Association of Police and Court Interpreters (Großbritannien). Diese Anerkennung ist aber immer noch nicht in ausreichendem Ausmaß vorhanden. Das Medizindolmetschen bleibt, wie von Angelelli (2019:13) angedeutet, vielmehr eine Tätigkeit und immer noch kein „echter“ Beruf. Was das bedeutet, erklärt Angelelli wie folgt: Es besteht ein Unterschied zwischen Beruf („occupation[s]“) und Profession („profession[s]“), nämlich das für die Ausübung erforderliche Bildungsniveau. Eine Profession benötigt einen akademischen Abschluss und hat dadurch auch einen besseren Ruf sowie meistens eine höhere Remuneration als ein Beruf, der in manchen Fällen ohne jegliche entsprechende Ausbildung ausgeübt werden kann. Darüber hinaus unterscheidet sich dabei der Vergütungszweck: Im Rahmen eines Berufs gibt das Endprodukt den Anlass zur Vergütung, während ein/e ExpertIn für seine/ihre Wissen und Kompetenzen beim Ausüben seiner/ihrer Profession vergütet wird. Angelelli (2019) erklärt diesen Aspekt als Hauptproblem, das Dolmetschende in ihrer Arbeit beeinträchtigt. Die üblichen Arbeitsverhältnisse, die MedizindolmetscherInnen heutzutage annehmen, entsprechen meistens der beruflichen Selbständigkeit in Form von freiberuflichen Tätigkeiten oder durch das eigene Unternehmen erbrachten Dienstleistungen (Angelelli 2019:3).

Mit weniger Anerkennung kommt auch weniger Verständnis und Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse der Dolmetschenden an ihren Arbeitsplätzen. Das kann wiederum die Zusammenarbeit zwischen Dolmetschenden und Fachpersonal beeinträchtigen und somit zu einer Verschlechterung der Qualität der Dolmetschung führen. Es wurde in mehreren Studien festgestellt, dass die erfolgreiche Kommunikation zwischen DolmetscherInnen und Gesundheitskräften die Dolmetschung nicht nur erleichtert, sondern sogar verbessert (vgl. Bagchi

2010, Fung 2010, Kravitz 2000, Lee 2002). Diese optimale Zusammenarbeit ist aber selten in Gesundheitseinrichtungen zu finden, weil es in der Regel an entsprechenden Ausbildungen fehlt. Viele AutorInnen argumentieren, dass Dolmetschende gezielt auf das Medizindolmetschen vorbereitet werden, aber auch, dass Ausbildungen sowohl für Dolmetschende, als auch für Gesundheitskräfte und sonstiges relevantes Personal angeboten werden sollten, um auf die positive Wirkung ihrer Zusammenarbeit auf die Kommunikation aufmerksam zu machen (vgl. Angelelli 2019:31, Hale 2007:61, Iglesias Fernández 2020:92).

Wie im Fall des übergeordneten CI-Bereichs, nimmt die Nachfrage nach Dolmetschdienstleistungen im medizinischen Bereich seit den 1970er-Jahren ständig zu. Diese Nachfrage ist durch soziale sowie gesetzliche Faktoren bedingt. 2020 wurden über 280 Millionen MigrantInnen auf der Welt verzeichnet (World Migration Report 2022, 2021:23). Diese Gruppen bilden Minderheiten in ihren jeweiligen Zielländern und benötigen, so wie alle anderen BürgerInnen des jeweiligen Landes, Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, beherrschen aber nicht immer die Amtssprache(n) ihrer Wohnregion. Migration ist ein Hauptfaktor für die Entstehung dieser Gruppen (vgl. Hale 2007:64, Wadensjö 2013:48). Diesem Phänomen können verschiedene Ursachen zugrunde liegen: Auswanderung auf der Suche nach einem besseren oder neuen Job, um mit dem/der LebensgefährtIn zusammen zu sein, für ein Studium, für eine Reise, für Zwecke des Medizintourismus oder Flucht vor einem unterdrückenden Regime (Angelelli 2019:2). Auch Regionale und internationale Übereinkommen zwischen Ländern sind ein möglicher Grund für Migrationsbewegungen (Angelelli 2019:3). Ein anderer wichtiger Aspekt, der die Entwicklung des Medizindolmetschens gefördert hat, ist die Gesetzgebung, die in den meisten Ländern allen BürgerInnen Zugang zu medizinischen Dienstleistungen unabhängig von sprachlicher oder ethnischer Angehörigkeit sichert. Einige Beispiele dafür sind, wie oben erwähnt, die Europäische Union (Richtlinie 2011/24) oder die USA (Präsidentenverfügung 13166/2000).

Es wurden bisher das Setting und die Rahmenbedingungen, unter denen das Dolmetschen im Gesundheitswesen stattfinden, erklärt. In der Folge werden die AkteurInnen, die an medizinischen Gesprächssituationen teilnehmen, sowie die Inhalte, die es zu dolmetschen gilt, genauer erläutert. Das Dolmetschen in medizinischen Institutionen wird von MedizindolmetscherInnen ausgeübt. Sie sind in der englischsprachigen Fachliteratur unter

„healthcare interpreters“, „medical interpreters“ oder „public-service interpreters“ (meistens in Spanien, Großbritannien) zu finden (Angelelli 2019:3). Dolmetschende in diesem Bereich ermöglichen für KundInnen/PatientInnen, die die Landessprache nicht beherrschen, die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal (Angelelli 2019:3). Laut Angelelli (2019:5f) können Medizindolmetschende durch verschiedene Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse (bezahlt oder ehrenamtlich) herangezogen werden, beziehungsweise besitzen sie unterschiedlich umfangreiche Erfahrung und relevante Kompetenzen (zertifizierte Dolmetschende, Ad hoc-Dolmetschende ohne entsprechende Ausbildung). Es wird in der Regel für folgende AkteurInnen gedolmetscht: private oder öffentliche Gesundheitseinrichtungen, medizinische Organisationen/Dienste oder Dolmetschagenturen. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf zertifizierten, ausgebildeten MedizindolmetscherInnen.

Um die Arbeitsbedingungen und die damit einhergehenden Herausforderungen und Chancen von Dolmetschenden in Gesundheitseinrichtungen zu verstehen, ist es wichtig, sich auch mit den anderen anwesenden AkteurInnen auseinanderzusetzen. Angelelli (2019:27) unterscheidet zwischen den folgenden Personengruppen:

- AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen („healthcare providers“), also Fachpersonal, das das nötige Wissen besitzt, um PatientInnen zu helfen;
- PatientInnen – in vielen Fällen aber auch Familienangehörige oder FreundInnen der PatientInnen;
- Verwaltungspersonal – eine Vielfalt an Personen kann für diesen Bereich zuständig sein und diese können ein unterschiedlich umfangreiches Verstehen der Dolmetschtätigkeit aufweisen;

Auch wichtig für die Beschreibung der Tätigkeit von Medizindolmetschenden sind die jeweiligen Inhalte, die im Rahmen eines medizinischen Gesprächs behandelt werden. Obwohl, wie oben erwähnt, dieser Bereich einer großen Vielfalt an möglichen Themen und Gesprächsformaten unterliegt, können einige typische Gesprächsformate abgeleitet werden. Bechmann (2014:172f) unterscheidet zwischen den am häufigsten vorkommenden Arten:

- Das Aufnahmegespräch ist eine Interaktion, in der Informationen über eine/n neue/n PatientIn erhoben werden. Dabei handelt es sich um Informationen medizinischer, sozialer, aber auch psychischer und körperlicher Art. Die Kommunikation kann in diesem

Kontext interaktiv werden, indem nicht nur der/die PatientIn von sich erzählt, sondern auch Informationen über die anbietende Gesundheitseinrichtung von der Gesundheitskraft vermittelt werden können.

- Das Anamnesegespräch/Erstgespräch ähnelt sich dem Aufnahmegespräch, aber der Fokus liegt in diesem Fall auf den „somatischen Befunden“ (Bechmann 2014:172), also auf dem körperlichen Befinden des/der PatientIn. Es wird oft in Form eines Interviews gestaltet.
- Das Aufklärungsgespräch/Folgegespräch hat die Befunde des/der PatientIn in Folge der durchgeführten Untersuchungen als zentrales Thema. Das Ziel ist dabei, eine adäquate Therapie für den/die PatientIn zu identifizieren. Ruhe wird seitens der/der Arztes/Ärztin gefragt, um die Kommunikation und den Entscheidungsprozess über die Behandlung zu fördern.
- Das Visitengespräch ist ein stark ritualisiertes Gespräch, das Veränderungen in den Befunde des/der PatientIn als Impuls haben kann. In der Regel steht wenig Zeit zur Verfügung für die Durchführung des Gesprächs. Darüber hinaus findet es nicht in einem Rahmen statt, der die Privatsphäre des/der PatientIn schützt. Meistens führt der/die Arzt/Ärztin die Kommunikation.
- Bei dem Beratungsgespräch handelt es sich um eine Interaktion, in der die Teilnehmenden gleichgestellt sind. In der Regel benötigt ein solches Gespräch mehr Zeit. Dafür wird einen intimen Rahmen zur Verfügung gestellt.
- Das Entlassungsgespräch stellt eine kurze Interaktion dar, die oft die Form einer Verabschiedung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn annimmt.

Durch die obige Zusammenfassung über das Medizindolmetschen soll ersichtlich werden, wie diese Arbeit in der Praxis abläuft, in welchem Rahmen sie stattfindet und welche Inhalte behandelt werden. All dies ist für das Verstehen der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen essenziell.

Im nächsten Unterkapitel soll das Telefondolmetschen als spezifischer Dolmetschmodus näher betrachtet und beleuchtet werden.

1.4. Telefondolmetschen im Gesundheitswesen

Die neueste Änderung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit des Dolmetschens wurde durch den technologischen Fortschritt und die immer zunehmende Globalisierung bedingt. Die stets steigende Anzahl an NutzerInnen, die Dienstleistungen in Bereichen wie Soziales, Medizin, Rechtliches u.v.m. von ausländischen Anbietern aus der Ferne in Anspruch nehmen, hat zur Entstehung einer neuen Dolmetschart geführt, nämlich das Ferndolmetschen. Dieses wird im Rahmen der DIN 8578-Norm über das konsekutive Ferndolmetschen (2021:8) als das Dolmetschen eines Sprechenden, das sich an einem anderen Ort als der/die Dolmetschende befindet, mithilfe informations- und kommunikationstechnologischer Mittel, definiert. Das Ferndolmetschen kann in zwei Modi ausgeführt werden: dem des Telefon-, und dem des Videodolmetschens. Da das Telefondolmetschen im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht, wird dies in der Folge separat behandelt.

Das Telefondolmetschen ist die älteste Form des Ferndolmetschens. Es wurde schon in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Australien von verschiedenen öffentlichen Einrichtungen eingeführt, um der hohen Anzahl an fremdsprachigen Personen, die verschiedene Dienstleistungen benötigten, aber über nicht ausreichende Kenntnisse der Landessprache verfügten, nachzukommen (vgl. Havelka 2018:29, Pöchlhammer 2016:22). Später hat sich diese Dienstleistung auch in den USA entwickelt, wobei die Evolution hier mehr durch private AkteurInnen, nämlich durch Telefondolmetschunternehmen, gesteuert wurde (Nataly 2008:90f). Diese Dolmetschart kann sich da, wo DienstleistungsnutzerInnen an schwer zugänglichen Orten wohnen oder in Situation, welche durch den Einsatz von Telefondolmetschen einfacher gehandhabt werden können, wie zum Beispiel in einem akuten Notfall (Angelelli 2019:31), als besonders nützlich erweisen. Die Relevanz dieser dolmetschbezogenen Tätigkeit wird von Iglesias Fernández (2020:92) zusammengefasst: „Telemedicine is a reality, and is here to stay, and interpreters are part of this transformation in the provision of services.”

Seit der Einführung des Telefondolmetschens auf dem globalen Markt wächst die Nachfrage nach telefonischen Dolmetschdienstleistungen und dadurch gewinnen diese mehr Sichtbarkeit. Somit hat sich die Perspektive der KundInnen auf diese Tätigkeit und auf diejenigen, die sie ausüben, geändert. Es herrscht ein besseres Verständnis diesbezüglich. Dabei hat auch die Tatsache, dass mit der Zeit verschiedene Qualitätsstandards entstanden sind, geholfen. Diese

haben die Telefondolmetschbranche zumindest zum Teil reguliert (vgl. Nataly 2008). Die aktuelle pandemische Lage hat auch die Entwicklung des Bereichs des Telefon- und Videodolmetschens beeinflusst, sodass sich die Nachfrage in „Gerichts-, Sozial- und teilweise auch Gesundheitseinrichtungen“ (Havelka 2021:64) als Alternative zum Vor-Ort-Dolmetschen erhöht hat (2021:64).

Die Einsatzgebiete, die normalerweise mit dem Telefondolmetschen assoziiert werden, überlappen sich größtenteils mit denen des Community Interpreting. TelefondolmetscherInnen arbeiten oft für Institutionen aus dem Gesundheits-, Sozial- oder Rechtsbereich (vgl. Nataly 2008). Aus diesem Grund dient das bessere Verständnis des CI-Bereichs auch einer holistischeren Perspektive des Dolmetschens am Telefon. Gemäß der aktuellen Lage auf dem Markt und der raschen Entwicklungen bezüglich der Anzahl von Teledolmetschleistungen kann davon ausgegangen werden, dass sich der Bereich des Telefondolmetschens parallel zum technologischen Fortschritt weiterentwickeln wird. Diese Tendenzen sind schon nach heutigem Stand auf dem Markt zu sehen (Russo et al. 2020:199).

Zu Zwecken der Vollständigkeit und um die Basis für die folgenden Kapiteln aufzubauen, wird als Nächstes erläutert, wie das Telefondolmetschen definiert werden kann und wie es sich von anderen Dolmetscharten unterscheidet. Das Telefondolmetschen kann, wie in der Einführung erwähnt, als ein Untergebiet des Ferndolmetschens betrachtet werden. Diese letzte Bezeichnung bezieht sich auf alle Dolmetscheinsätze, die in irgendeiner Art und Weise aus der Ferne stattfinden. In der DIN 8578-Norm über das konsekutive Ferndolmetschen (2021:12) wird zwischen zwei möglichen Konstellationen der GesprächspartnerInnen in diesem Kontext unterschieden. Eine davon sieht vor, dass sich der/die Dolmetschende den anderen GesprächspartnerInnen aus der Ferne zuschaltet. Diese Konstellation kann als Zweipunkt-Schaltung bezeichnet werden (Iglesias Fernández 2020:71). Die andere Möglichkeit ist es, die Interaktion durch eine Telekonferenz gestalten zu lassen. Diese Methode wird eingesetzt, wenn sich der/die Dolmetschende entweder an einem separaten Ort als die GesprächsteilnehmerInnen oder an einem der Teilnehmerstandorte befindet (DIN 8578 2021:12). Eine Telekonferenz kann als ein durch Audio- bzw. Videokommunikationstechnologien vermittelter Kommunikationsakt verstanden werden (DIN 8578 2021:10). Eine Konstellation, in der sich alle Gesprächsparteien an separaten Orten aufhalten, kann als Dreipunkt-Schaltung (Iglesias Fernández 2020:71) bezeichnet

werden. Diese können pauschal als Mehrpunkt-Schaltungen beschrieben werden (Havelka 2021: 69). Das Hauptmerkmal des Ferndolmetschens und somit auch des Telefondolmetschens ist die Tatsache, dass das Medium, in diesem Fall das Telefon als ausschließlich akustisches Medium, die Kommunikation ausschlaggebend beeinflusst (Russo et al. 2020:19). Das Medium wird als definierendes Merkmal sowohl für das Telefon-, als auch für das Videodolmetschen genannt. Es bestehen aber einige Unterschiede zwischen den beiden Bereichen.

Beim Telefondolmetschen wird der/die Dolmetschende mithilfe von Telefongeräten oder -software mit den Gesprächsparteien in Verbindung gestellt. Die GesprächspartnerInnen können in der Regel mittels Lautsprecher-Funktion schneller kommunizieren, wenn sie sich in einer Zweipunkt-Schaltung befinden, obwohl diese Methode wegen möglicher Hintergrundgeräusche nicht optimal ist (vgl. Angelelli 2019, Havelka 2018). Die Gesprächsteilnehmenden an beiden Enden der telefonischen Verbindung können sich nicht sehen, nur hören. Daraus ergibt sich das wichtigste unterscheidende Merkmal des Telefondolmetschens zum Videodolmetschen, nämlich der fehlende visuelle Input. Dieser Aspekt bedingt in einem wichtigen Ausmaß die Ausführung der Dolmetschung, die von Dolmetschenden eingesetzten Methoden, den Gesprächsablauf, aber auch das Image der Tätigkeit.

Diesbezüglich wird es argumentiert, dass der Mangel an visuellen Anhaltspunkten eine erhebliche Beeinträchtigung für den/die DolmetscherIn darstellt und somit die Qualität der Dolmetschung im Vergleich zu anderen visuell unterstützten Dolmetscharten kompromittiert (Nataly 2008:83) beziehungsweise dass das Telefondolmetschen nur als letztes Mittel eingesetzt werden soll, wenn Vor-Ort-Dolmetschen nicht möglich ist (vgl. Nataly 2008, Wang 2018). Die Fachliteratur enthält allerdings auch mehrere Studien, die das Gegenteil belegen: Locatis et al. (2010) haben die von den GesprächsteilnehmerInnen wahrgenommene Qualität der Dolmetschungen im Gesundheitswesen in den beiden Modi (Telefondolmetschen und Videodolmetschen) untersucht und kamen zu dem Schluss, dass die PatientInnen die Dolmetschungen in beiden Settings gleich gut bewerten. Wiener (2004:99) verweist ebenfalls in seinem Werk auf weitere Studien, die eine Präferenz der Teilnehmenden für Telefondolmetschungen anstatt von Dolmetschungen in Präsenz beweisen. Es kann also argumentiert werden, dass das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen doch eine gewisse

Effizienz und Akzeptanz in der Wahrnehmung (vgl. Kuo & Fagan 1999:548, Locatis et al. 2010:348, Wiener 2004:99) der BenutzerInnen aufweist.

Ein weiteres wichtiges Merkmal, das für die Arbeitsweise von Telefondolmetschenden typisch ist, bezeichnet die hohe Spontanität, die diese Tätigkeit prägt. Nataly beschreibt diese wie folgt:

If we were to compare the general work of an interpreter to that of driving an automobile, we might say that a conference interpreter is akin to a limousine driver, in that his or her client usually has a higher profile in society and access to greater economic resources. We might also say that community interpreters are like drivers of public transport, because they are most likely to encounter many levels of society, including those individuals with limited resources. The telephone interpreter, by contrast, is found behind the wheel of an ambulance a tour bus, a tractor, a delivery van and a sixteen-wheeler – all in one day. (2008:36)

Tatsächlich kann festgestellt werden, dass TelefondolmetscherInnen in ihrem beruflichen Alltag in stark variierende Kontexte geraten (vgl. Nataly 2008). Das kann die Leistung der Dolmetschenden, die sich im Bereich Medizin nicht spezialisiert haben, beeinflussen und somit eine weitere Herausforderung darstellen. Es gibt allerdings auch Fälle, in denen Gesundheitseinrichtungen, insbesondere größere Krankenhäuser, über einen gewissen Pool an Dolmetschenden verfügen und diese gelegentlich auch telefonisch beauftragen, sie für das Dolmetschen in ihren Tätigkeitsgebieten ausbilden oder zumindest regelmäßig in thematisch ähnlichen Situationen auf sie zurückgreifen (Nataly 2008:52), was zu einem gewissen Grad an Familiarität mit dem Gesprächsthema der Dolmetschenden führen kann. Außerdem, wie im vorigen Unterkapitel erklärt, werden Medizindolmetschende mit einer Vielfalt an Themen auseinandergesetzt und unterscheiden sich somit in dieser Hinsicht nicht viel vom Telefondolmetschen. In manchen Fällen wird sogar auf telefonische Dolmetschungen zurückgegriffen, um mit der Vielfalt an Angeboten des medizinischen Bereichs besser umzugehen (Havelka 2021: 67).

Ein weiteres Merkmal des Telefondolmetschens ist der durch das Fehlen von visuellen Informationen veränderte Gesprächsablauf. Wenn sich die GesprächspartnerInnen nicht sehen können, entsteht zuerst der Bedarf der gegenseitigen Identifikation. Es konnte festgestellt werden, dass die Identifikationsphase beim Telefondolmetschen erheblich mehr Zeit einnimmt als beim Videodolmetschen. Beim Dolmetschen vor Ort kommt diese Phase nicht zum Tragen, da sich alle

Teilnehmenden sofort visuell identifizieren können (Iglesias Fernández 2020:90). Erschwerend hinzu kommt die Tatsache, dass manche Anbieter von Telefondolmetschdienstleistungen diese Phase als Teil ihres Angebots besonders schnell ausführen möchten (Nataly 2008:15f), was zusätzlich Druck auf den/die Dolmetschenden ausüben kann. Des Weiteren ändert sich die Kommunikation durch den telefonischen Einsatz auch in Hinsicht auf den SprecherInnenwechsel. Der/Die DolmetscherIn muss beim Telefondolmetschen mehr als in einem Setting vor Ort in die Gesprächssteuerung eingreifen, um die Kommunikation möglichst effizient zu gestalten (Iglesias Fernández 2020:91). Daher kann abgeleitet werden, dass die Stimme ein wichtiges Werkzeug des/der TelefondolmetscherIn ist. Aus diesem Grund plädieren mehrere AutorInnen für eine gezielte Ausbildung für TelefondolmetscherInnen. Es sei nötig, Dolmetschende speziell auf Einsätze, die ausschließlich akustisch, also mithilfe der Stimme, gesteuert werden können, vorzubereiten (vgl. Amato 2020, Nataly 2008). Derzeit werden nicht viele solcher Ausbildungen angeboten (vgl. Angelelli 2019, Iglesias Fernández 2020, Nataly 2008), da in der Regel davon ausgegangen wird, dass sich die herkömmliche Dolmetscherausbildung auch für das Telefondolmetschen eignet (vgl. Amato 2020, Nataly 2008). Dieses Argument kann sich negativ auf den Status von TelefondolmetscherInnen auswirken: Eine Tätigkeit ohne Ausbildung bleibt, wie von Angelelli (2019) angedeutet, nur eine Tätigkeit und erfährt nicht dieselbe Aufmerksamkeit und positive Wahrnehmung wie eine Profession. Ungeachtet dieser Tatsache kann das Telefondolmetschen Defizite auf dem Markt decken und vielen Menschen helfen.

1.5. Fazit

Bisher wurden die situativen und definitorischen Aspekte des Telefondolmetschens erläutert. Darüber hinaus wurde geschildert, wie sich diese Tätigkeit sowohl auf dem Markt, als auch in der Dolmetschbranche positioniert. Die grundlegenden Merkmale des Telefondolmetschens, namentlich die Abhängigkeit von akustischem Input sowie die wesentliche Rolle des/der DolmetscherIn in der Gesprächssteuerung ziehen Konsequenzen nach sich, welche die typischen Abläufe des Dolmetschens prägen. Wie dies geschieht und was das für professionelle DolmetscherInnen bedeutet, wird in den nächsten Kapiteln erläutert.

Im Rahmen des ersten Kapitels wurden die Grundsteine des Themas Telefondolmetschen im Gesundheitswesen gelegt. Der Dolmetschprozess wurde unter Betrachtung von Hales (2007) theoretischem Modell dargelegt und die verschiedenen Unterarten von Dolmetschen wurden laut Pöchhacker (2016) Spektrum-Konzept erläutert. Dies hat den Weg dafür geöffnet, ein wichtiges Untergebiet, das Community Interpreting, zu thematisieren. CI wurde im Weiteren in Zusammenhang mit den zwei Teilbereichen der vorliegenden Arbeit gebracht, dem Gesundheits- und dem Telefondolmetschen, um gemeinsame Merkmale wie die historische Entwicklung, den Status des Berufs, aber auch die Einsatzgebiete und die entsprechenden Bedingungen zu erörtern. Auf dieser Basis wird als nächstes auf die besonderen Herausforderungen, die TelefondolmetscherInnen im Einsatz begegnen, eingegangen.

2. Herausforderungen

Damit die Herausforderungen beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen verstanden werden können, müssen sie im Kontext betrachtet werden. Aus diesem Grund thematisiert das erste Unterkapitel die Besonderheiten des medizinischen Gesprächs. Bisher wurden die wichtigsten beeinflussenden Faktoren für das Medizindolmetschen hervorgehoben: die AkteurInnen sowie die behandelten Inhalte. Diese deuten auf ein bestimmtes kommunikatives Muster hin, dem die medizinische Kommunikation durch ihre spezifischen Abläufe, Protokolle und Normen folgt. In den folgenden Unterkapiteln wird untersucht, wie sich dieses Muster von dem der typischen Alltagsinteraktionen unterscheidet. Dies ist wichtig, um mögliche Quellen für Missverständnisse und Kommunikationsprobleme identifizieren zu können und Lösungen für etwaige holprige Stellen in der medizinischen Kommunikation zu finden. Wenn die wesentlichen Abläufe sowie Absichten der GesprächspartnerInnen im Rahmen des Kommunikationsaktes verstanden werden, wird auch schneller klar, wo sich Gefahren auf Missverständnis verbergen, beziehungsweise woher schon bestehende Kommunikationsprobleme entstanden sind.

Als Nächstes wird konkret auf die einzelnen Herausforderungen, die beim Telefondolmetschen in medizinischen Gesprächen auftreten können, eingegangen. Es sollte dabei ersichtlich werden, wie die spezifischen Muster der ärztlich begleiteten Kommunikation einen Einfluss auf die Dolmetschung nehmen können. Darüber hinaus soll auch dem Medium Telefon und seinem Effekt auf den Gesprächsablauf eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

2.1. Merkmale der medizinischen Kommunikation

Sascha Berchmann (2014) erläutert, was die medizinische Kommunikation als Unterart von Kommunikation ausmacht. Laut Bechmann (2014:170) unterscheidet sich das medizinische Gespräch von Alltagsinteraktionen in vielerlei Hinsicht. Zum einen ist es als kommunikativer Akt kein Selbstzweck, „sondern Mittel zum Zweck“. Ein Arztgespräch wird in der Regel zur Erhebung von Informationen beider Gesprächsparteien und nicht, wie in einem informellen Austausch, für seine sozial bereichernde Funktion geführt. Das hat dazu geführt, dass die medizinische Kommunikation stark standardisiert wurde, um möglichst effizient gestaltet zu sein und somit schnell auf die gewünschten Informationen von PatientInnen zu kommen. Bechmann

(2014:171) kritisiert diese hohe Ritualisierung der medizinischen Kommunikation, weil dadurch der zwischenmenschliche Aspekt, also die Empathie, entfällt.

Es gibt verschiedene Arten der Gesprächsführung in der Medizin und diese können in Ansätzen jeweils einem bestimmten Modell zugeordnet werden. Bechmann (2014:130ff) zählt die bekanntesten Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung auf: paternalistisch, informativ, interpretativ, abwägend und das „shared decision making“. Heutzutage gewinnt der patientenzentrierte Ansatz in Form des „shared decision making“ immer mehr an Bedeutung. Dieser Aspekt beeinflusst medizinische Gesprächsabläufe. Diesem Modell nach soll das Arzt/Ärztin-PatientIn-Gespräch als kooperative Arbeit betrachtet werden und dabei die „partizipative Entscheidungsfindung“ (Bechmann 2014:171), in der sowohl Gesundheitskraft als auch PatientIn zur behandlungsbezogenen Entscheidung beiträgt, gefördert werden. Zu dem patientenorientierten Ansatz zählt ebenfalls die „ganzheitliche Betrachtung“ des/der PatientIn, indem nicht nur rein somatische Anzeichen, sondern auch psychosoziale oder sonstige Faktoren in Erwägung gezogen werden (ibid. 2014:166).

Ein weiteres wichtiges Merkmal, das die Interaktion in medizinischen Settings beeinflusst, ist das inhärente Ungleichgewicht zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn. Laut Bechmann (2014:182f) hat der/die Arzt/Ärztin durch sein/ihr Fachwissen, aber auch durch den ihm zugemessenen Status „Vorrechte für interaktive kommunikative Handlungen“. Dieser Aspekt sowie der teilweise monologische Charakter der Interaktionen mit ÄrztInnen, wie im Fall des Anamnesegesprächs oder des Visitengesprächs (ibid. 2014:172), erklärt die unterschiedlich ausgeprägte Teilhabe der jeweiligen GesprächspartnerInnen an der Interaktion. In der Regel ist die Waage in dieser Hinsicht auf der Seite der Gesundheitskraft gekippt. In Europa erhobene Statistiken beweisen dies: Der durchschnittliche Arzttermin dauert in Österreich 5 Minuten, während in den skandinavischen Ländern doppelt so viel Zeit pro PatientIn eingeräumt wird. Letzteres wird in Verbindung mit der hohen Zufriedenheit der Bevölkerung mit der in ihrem Land angebotenen medizinischen Versorgung gebracht (Irving et al. 2017:5).

Somit kann ein anderer wichtiger, für Arztgespräche ausschlaggebender Aspekt eingeführt werden, und zwar der Zeitmangel. Wie oben erwähnt leiden viele Gesundheitssysteme unter einem ständigen Zeitdruck, der dazu führt, dass wenig Zeit pro PatientIn eingeräumt wird. Dies bestimmt den Kommunikationsablauf, indem der/die Arzt/Ärztin über weniger Ressourcen

für die Beachtung des zwischenmenschlichen Faktors verfügt und mehr auf die Erhebung und Vermittlung von trockenen Fakten setzt (Bechmann 2014:146).

Unterbrechungen nehmen dabei eine besonders wichtige Rolle ein. Im Gegensatz zu Alltagsgesprächen können Unterbrechungen eine große Auswirkung auf den folgenden Ablauf der Kommunikation haben. Der/die PatientIn tendiert dabei dazu, in eine passive Rolle zu schlüpfen. Somit übernimmt der/die Arzt/Ärztin die Kontrolle, was manchmal fatale Konsequenzen haben kann, wenn lebenswichtige Informationen seitens des/der PatientIn ausgelassen werden oder das Verständnis des/der PatientIn über die Behandlung nicht vollständig ist (Bechmann 2014:148).

Darüber hinaus ist der institutionelle Kontext, in dem das medizinische Gespräch stattfindet, ebenfalls für den Erfolg der Kommunikation entscheidend. Der organisatorische Rahmen enthält in diesem Sinne Aspekte wie die Organisationskultur der jeweiligen Gesundheitseinrichtung sowie die spezifischen Verfahren, denen es zu folgen gilt, aber auch Elemente wie den Raum, in dem das Gespräch stattfindet (ibid. 2014:152). All das wirkt laut Bechmann „gesprächsblockierend“ (ibid. 2014:152).

Zusätzlich zu dem Gesprächsablauf an sich ist die von ÄrztInnen verwendete Sprache ebenfalls höchst standardisiert (2014:160). Dies wirkt sich nicht nur auf Ebene der Terminologie, die eingesetzt wird, um Diagnosen zu vermitteln oder Behandlungen zu erklären, sondern auch auf die allgemeine Ausdrucksweise des Gesundheitspersonals aus. Gemeint ist, dass bestimmte Formeln zum Einsatz kommen, die durch die Art des medizinischen Gesprächs bestimmt werden, wie zum Beispiel die Fragen eines Anamnesebogens. Fachsprachlichkeit, Genauigkeit und Korrektheit sind die drei von Bechmann (2014:2010) genannten Merkmale, die die medizinische Fachsprache prägen und sie von der Laiensprache abgrenzen. Durch diese registerbedingte Kluft entstehen möglicherweise Verstehensprobleme. Diese Herausforderung wird laut Bechmann dadurch vertieft, dass ÄrztInnen sich manchmal für ungeeignete alltagssprachliche Ausdrücke entscheiden, während manche PatientInnen sich um das Gegenteil bemühen: Fachwörter lernen. Die letzteren werden oft falsch verwendet (ibid. 2014:210). Somit arbeiten die GesprächspartnerInnen in zwei gegengleiche Richtungen.

Bisher wurde ersichtlich, dass das Arztgespräch an sich eine komplexe Kommunikationsform ist. Ihr Gelingen stellt ein fragiles Gleichgewicht dar und hängt größtenteils von den ÄrztInnen ab. Sie sind diejenigen, die, wie oben zu sehen ist, das Gespräch leiten. Aus diesem Grund ist es laut Bechmann (2014:180) nötig, dass ÄrztInnen gewisse kommunikative Kompetenzen besitzen, um einen möglichst effizienten, aber trotzdem menschlichen Umgang mit PatientInnen zu gewährleisten. Bechmann (2014:180) nennt unter anderem soziale Fähigkeiten, aber auch die Fähigkeit, Fragen „richtig“ zu stellen, als besonders relevant. Das bedeutet, dass mit jeder Frage ein bestimmtes Ziel ins Auge gefasst werden soll. Dieses Ziel bestimmt dann die Art der Frage, die gestellt wird. Zum Beispiel werden sogenannte „inhaltsbezogene Fragen“ zur Erfüllung von Wissenslücken gestellt, während rhetorische Fragen oder Suggestivfragen den Zweck haben könnten, die Meinung des/der PatientIn in die eine oder die andere Richtung zu kippen (ibid. 2014:181). Eine wichtige Ergänzung zu diesem Thema bezieht sich auf den Wert, den eine Frage in sich trägt. Stellt jede Frage tatsächlich eine Anfrage für neue Informationen dar? Dem Anschein nach ist die Antwort darauf nein. Bechmann (2014:186) erklärt, dass es im Rahmen medizinischer Gespräche Fragen, die eigentlich gar keine sind, gestellt werden. Sie erfüllen eine andere Rolle als die herkömmlichen informationsfordernden Sprachmittel, unter anderem die Beruhigung des/der PatientIn oder die Beeinflussung seines/ihrer Selbstbefindens. Ein Beispiel dafür wäre „Fühlt sich das nicht schon deutlich besser an?“ . Darüber hinaus gibt es Gespräche, in denen indirekte Fragen von den ÄrztInnen eingesetzt werden, um an bestimmte Informationen zu kommen (ibid. 2014:173f). Dies ist Teil des Arsenal an Fragetechniken, die dem Gesundheitspersonal zur Verfügung steht, und sich für die Dolmetschung von medizinischen Gesprächen als besonders relevant erweisen kann.

In diesem Unterkapitel wurden die Einzelheiten der medizinischen Kommunikation erläutert. Dadurch wurde ersichtlich, dass das medizinische Gespräch ein komplexer kommunikativer Akt ist und eine eigene Kommunikationsart darstellt. Sie sollte dementsprechend als Solches betrachtet werden. Es wurde ebenfalls untersucht, welche Rolle ÄrztInnen im Rahmen des Gesprächs annehmen, und somit Licht auf ihre entscheidende Rolle für den Erfolg der Kommunikation geworfen. ÄrztInnen sollen hierfür bestimmte Kompetenzen besitzen und sich ein geeignetes Verhalten je nach Situation aneignen. In den nächsten

Unterkapiteln wird der Fokus auf das Zusammenspiel dieser definitorischen Aspekte der medizinischen Interaktionen im Medizindolmetschen gelegt.

2.2. Gliederung der Herausforderungen

Durch die oben angeführten Einzelheiten wird ersichtlich, dass dem Kommunikationsakt zwischen Gesundheitskraft und PatientIn ein hoher Komplexitätsgrad zugeordnet werden kann. In einem solchen Kontext zu dolmetschen, kann also einige Herausforderungen nach sich ziehen, und zwar teilweise unabhängig vom Medium, ob analog oder digital, beziehungsweise telefonisch. In der Fachliteratur ist auch eine gewisse Beschäftigung mit den Schwierigkeiten des Medizindolmetschens zu sehen. Dafür aber wurde der Einfluss des Einsatzes von verschiedenen akustischen oder visuellen Medien etwas weniger untersucht. Dies könnte die Hypothese bekräftigen, dass das Medizindolmetschen nur in einem begrenzten Ausmaß vom Medium, in dem es stattfindet, beeinflusst wird. Viele AutorInnen haben sich dem Thema Medizindolmetschen und seinen spezifischen Herausforderungen beziehungsweise Untergebieten gewidmet (siehe zum Beispiel Allaoui 2005, Angelelli 2019, Dabić 2021, Nicodemus & Metzger 2014), aber nur wenige AutorInnen haben sich konkret mit dem Dolmetschen am Telefon oder mithilfe von Videosoftwares im Medizinbereich beschäftigt (siehe zum Beispiel Garcia et al. 2004, Havelka 2018, Joseph et al. 2018, Rosenberg 2007, Russo et al. 2020).

Diese Beobachtung, dass schon allein das Medizindolmetschen in Präsenz gewisse Herausforderungen nach sich zieht, ist für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, denn sie deutet auf die Vielschichtigkeit der Schwierigkeiten hin, die beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen vorkommen können. Sie zeigt, dass das Telefondolmetschen im Kontext von medizinischen Gesprächen nur eine Komplexitätsschicht dieses Kommunikationsaktes darstellt, und zwar die durch das Medium bedingte Komplexität. Hinzu kommen aber auch andere Schichten, die unabhängig davon Einfluss auf das Gespräch nehmen – etwa die sozialen Rollen der GesprächspartnerInnen oder ihre Kommunikationskompetenzen sowie die terminologische Komplexität des Gesprächs.

Um die Vollständigkeit der vorliegenden Arbeit möglichst zu gewährleisten, werden auch die möglichen Störfaktoren, die das Dolmetschen im medizinischen Bereich sowohl aus der Ferne als auch in Präsenz beeinflussen, geschildert. Dabei wird mit zwei Annahmen gearbeitet.

Erstens wird das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen mit Bezug auf den größeren Kontext des Medizindolmetschens betrachtet. Diese Unterart des Dolmetschens existiert im Rahmen eines schon bestehenden und im ersten Kapitel definierten Bereichs und das nimmt Einfluss auf die Ausführung der Dolmetschungen am Telefon. Das, was für das Medizindolmetschen allgemein gilt, gilt dann auch für das Telefondolmetschen in diesem Bereich. Zweitens soll berücksichtigt werden, dass das akustische Medium des Telefons selbst die Störfaktoren, die normalerweise sowohl beim Vor-Ort-Dolmetschen, als auch bei Ferneinsätzen vorkommen, beeinflusst. Darüber hinaus schafft der Einsatz des Telefons im Rahmen einer Dolmetschung neue, für das akustische Medium spezifische Herausforderungen. Somit entsteht ein Kreis, in dem sich die Elemente des Interaktionsaktes gegenseitig beeinflussen.

Als Nächstes wird eine Gliederung der Herausforderungen, die in diesem Setting vorkommen, vorgeschlagen. Es handelt sich dabei um die mediumunabhängigen beziehungsweise die mediumabhängigen Herausforderungen. Mit den ersteren sind Schwierigkeiten, die normalerweise auch im Rahmen von Dolmetscheinsätzen in Präsenz auftreten können, gemeint. Es wird in diesem Rahmen zugleich veranschaulicht, inwiefern das Medium des Telefons die Auswirkung dieser Herausforderungen bestimmt, verhindert oder verstärkt. Im Anschluss werden die mediumabhängigen Herausforderungen präsentiert und somit die dem Telefondolmetschen spezifischen Störfaktoren erläutert. Dadurch wird gezeigt, wie bestimmte Aspekte der medizinischen Interaktion in Präsenz durch den Einsatz eines ausschließlich akustischen Mediums eventuell problematisch werden können. Diese Arten von Schwierigkeiten überlappen sich teilweise oder fließen ineinander ein. Manche können als Auslöser für andere agieren oder, umgekehrt, eine Folge davon darstellen. Dabei ziehen sie aber ihre spezifischen Konsequenzen für den kommunikativen Ablauf nach sich. Das bedeutet aber zugleich, dass eine genaue Trennung zwischen den Arten von Schwierigkeiten, die Dolmetschenden in diesem Setting begegnen, nicht möglich ist. Um diese Idee konkret zu veranschaulichen, wird der Aspekt Vertrauen in medizinischen Gesprächen herangezogen. Der Mangel an Vertrauen in den/die Dolmetschende/n oder in die Gesundheitskraft seitens der PatientInnen kann einerseits als Auslöser von Problemen wie ineffizienter Kommunikation oder Konflikten betrachtet werden. Andererseits können Probleme auch eine Folge der empathielosen Kommunikation der Gesundheitskraft oder der unrealistischen Erwartungen der GesprächspartnerInnen aneinander oder an den/die DolmetscherIn sein.

2.2.1. Mediumunabhängige Herausforderungen

2.2.1.1. Kommunikative Kompetenzen der GesprächspartnerInnen

In dem obigen Abschnitt wurde gezeigt, welchen wichtigen Einfluss ÄrztInnen auf den Ablauf eines Gesprächs ausüben. Das bedeutet, dass sie den größten Teil der Verantwortung für den kommunikativen Erfolg im medizinischen Gespräch tragen. Bedauerlicherweise sind ÄrztInnen aber nicht immer Kommunikationsprofis und müssen es auch nicht sein, um ihre Ausbildung abzuschließen. Bechmann (2014:12) berichtet zum Beispiel diesbezüglich über ein „eher düsteres Bild“ der kommunikativen Kompetenzen unter deutschen ÄrztInnen. Angelelli (2019:24) weist ebenfalls auf die Gefahr hin, dass hoch spezialisierte Fachkräfte nicht immer über die notwendigen kommunikativen Kompetenzen verfügen. Das gibt Auskunft über die Wahrscheinlichkeit, dass ein/e Arzt/Ärztin Wert auf soziale und kommunikative Kompetenzen, sowohl die eigenen als auch die der anderen Beteiligten, legt (oder eben nicht). Die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen allen Gesprächsbeteiligten kann aber für das Erreichen des jeweiligen medizinischen Vorhabens ausschlaggebend sein, wie viele Autoren belegen (vgl. Angelelli 2019, Amato 2020, Bechmann 2014, Iglesias Fernández 2020).

Im Folgenden wird Wadensjö (2013:197f) Konzept von Misskommunikation angewendet, um die problematischen Stellen in der medizinischen Kommunikation zu bezeichnen. Eine Misskommunikation bezieht sich auf die Divergenz zwischen gewolltem und verstandenem Sinn der Botschaft. Wenn die Bedeutung effizienter Kommunikation für das medizinische Gelingen nicht geschätzt wird, kann sie auch nur schwer von den Gesprächsteilnehmenden zu diesem Zweck genutzt werden.

Ein wichtiger Störfaktor im Rahmen der medizinischen Kommunikation ist das fachliche Ungleichgewicht zwischen ÄrztInnen und ihren PatientInnen. Dieses lässt sich auch in der Sprache der Gesundheitskräfte bemerken. Angelelli (2004:110) nennt diese Ausdrucksweise „medicalese“. Damit sind medizinische Fachausdrücke, die den PatientInnen nicht unbedingt bekannt sind, gemeint. Bechmann (2014:160) klagt, wie oben angedeutet, über die Standardisierung medizinischer Gespräche und bezeichnet diese als mitwirkenden Faktor dafür, dass ÄrztInnen dazu neigen, eine für die PatientInnen „irreführende“ Sprache zu benutzen. Das zu fachliche Sprachregister der ÄrztInnen kann also zu Misskommunikationen oder zur unvollständigen Vermittlung beziehungsweise zu einem mangelhaften Verstehen der

kommunizierten Information seitens der PatientInnen führen. Das Gegenteil der Fachsprache der ÄrztInnen stellt die Alltagssprache der PatientInnen dar. Diese kann sich je nach Muttersprache des/der Dolmetschenden als problematisch erweisen, da diese Ausdrücke nicht unbedingt Teil seines/ihrer terminologischen Arsenal sind (Creeze et al. 2021:19).

Die Fragetechnik von ÄrztInnen kann den Gesprächsablauf ebenfalls entscheidend beeinflussen. Wie oben geschildert stellen Fragen ein wesentliches Instrument in der medizinischen Kommunikation dar. Aber damit sie ihre Wirkung auf die Bildung einer gemeinsamen Botschaft verwirklichen können, müssen sie in einer geeigneten Weise angewendet werden. Das ist aber nicht immer der Fall. Laut Bechmann (2014:184) können PatientInnen durch „normierte Frage-Antwort-Sequenzen“ seitens der ÄrztInnen in ihrem Selbstausdruck eingeschränkt werden. Das führt dazu, dass sich der/die PatientIn zu seiner/ihrer Situation nicht völlig äußern kann.

ÄrztInnen können ebenfalls Fragen stellen oder den Patienten bitten, etwas zu tun, um einer versteckten Intention entgegenzukommen – sie wollen vielleicht den Bewegungszustand des/der PatientIn überprüfen. Für den/die unerfahrene/n DolmetscherIn kann es dazu kommen, dass er/sie die Taktik des/der Arztes/Ärztin nicht versteht und sie durch seinen/ihren Einsatz stört oder sogar verunmöglicht (Havelka 2018:60). Wadensjö (2013:208ff) berichtet ebenfalls über die sprachliche Unsicherheit der GesprächspartnerInnen, die sich für die reibungslose Kommunikation störend erweisen kann: Sie führt zu Wiederholungen und Überlappungen. Darüber hinaus kann der/die Dolmetschende durch einen korrigierenden Eingriff sogar weitere Sequenzen der Misskommunikation schaffen (Wadensjö 2013:210). Linell (1995:188) nennt die üblichen sprachlichen und kommunikativen Ereignisse, die in Folge von den oben geschilderten Misskommunikationen entstehen, darunter „repairs, or at least repair initiations, such as clarification requests; (meta-)comments, related to understanding problems; negotiations of meaning, incongruent threads of discourse; non-interlocking utterances, incoherence and hitches in dialogue, salient silences within topics, i.e. lack of uptake; vocal or non-vocal signs of uncertainty, irritation, uncomfortableness“. Zumindest ein Teil davon werden auch im Rahmen des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit präsent sein.

Teil des kommunikativen Erfolgs hängt auch von der Kooperation seitens des/der PatientIn ab. Es gibt bestimmte Kategorien von Patienten, die im Sinne eines reibungslosen

kommunikativen Ablaufs als problematisch eingestuft werden können. Bechmann (2014:213) nennt unter anderem junge PatientInnen, die sich erwarten, dass das Gespräch von dem/der Arzt/Ärztin komplett geleitet wird. Darüber hinaus haben sie meistens Berührungsängste, da sie an das Gesundheitssystem und seine Verfahren nicht gewöhnt sind. Auch in der Kommunikation mit älteren PatientInnen können Probleme entstehen. Ihre „schlechte Compliance“ mit der empfohlenen Behandlung (2014:216) kann für ÄrztInnen und dadurch auch für Dolmetschende Schwierigkeiten beim Führen des Gesprächs bereiten.

Wie sich diese kommunikativen Ereignisse auf die Arbeit von Dolmetschenden auswirken, ist leicht zu sehen. Die terminologischen Schwierigkeiten des Medizindolmetschens können für Dolmetschende je nach Erfahrung mehr oder weniger Aufwand bei der terminologischen Vorbereitung bedeuten (Havelka 2018:216). Die medizinische Fachsprache kann also möglicherweise eine Quelle von Unsicherheit beim Dolmetschen werden. McDowell (2011:141) geht so weit, zu sagen, dass aufgrund der hoch spezifischen Fachsprache nicht alle DolmetscherInnen im Gesundheitswesen in allen dazugehörigen Unterbereichen arbeiten können. Darüber hinaus, kann es zu Misskommunikationen kommen, wenn aufgrund fehlender kommunikativer Kompetenzen seitens der ÄrztInnen oder PatientInnen nicht alle kontextuellen Informationen beiden Parteien vollständig bekannt sind. Diese können dann durch den/die DolmetscherIn nur durch aufwendige Arbeit aufgeklärt werden. Wadensjö (2013:237) erklärt, was für eine Position der/die Dolmetschende dabei annimmt: Er/sie hat durch seine/ihre Sprachkenntnisse Zugang zu allen kommunikativen Informationen, während dies für die anderen Beteiligten nicht zwingend der Fall ist. Er/sie entscheidet, ob ins Gespräch der GesprächspartnerInnen aufklärend eingegriffen werden soll, beziehungsweise wie diese Intervention auszusehen hat. Es wird im Rahmen der nächsten Unterkapitel ersichtlich sein, wie sich diese kommunikativen Ereignisse durch den telefonischen Einsatz zuspitzen.

2.2.1.2. Kulturelle Unterschiede

Eine der häufigsten Ursachen für Misskommunikationen in interkulturellen medizinischen Gesprächen ist die kulturell bedingte Divergenz zwischen Gesundheitskraft und PatientIn. Dieses Phänomen wird im Rahmen der Ethnomedizin untersucht. Dabei wird unter anderem erläutert, welche Annahmen und Verfahren den medizinischen Ablauf in verschiedenen Ländern abhängig von ihren jeweiligen Kulturen prägen (Briggs & Nichter 2018:1). Bechmann (2014:219) spricht

von einer „Paradigmendiversität“, die diesen Misskommunikationen zugrunde liegt. Damit sind die Unterschiede in „Gedanken, Werten, Glaubenssätzen zwischen Arzt und Patient“ gemeint (ibid. 2014:219).

Diese Unterschiede spiegeln sich gut in den verschiedenen existierenden Auffassungen von Krankheit wider. Mehrere Autoren (vgl. Angelelli 2019, Creeze et al. 2021, Iacono 2021) konnten feststellen, dass je nach Herkunftskultur möglicherweise verschiedene Vorstellungen von „Krankheitsverhalten und Krankheitsverständnis“ (Uluköylü 2008:177) vorhanden sind. Daher wird Krankheit in vielen dolmetschwissenschaftlichen Werken in einem kulturellen Kontext betrachtet (vgl. Creeze et al. 2021, Iacono 2021). In der Folge wird veranschaulicht, wo diese Differenzen in der alltäglichen Praxis zu finden sind und wie sie auf die Kommunikation und somit auf die Dolmetschung wirken.

Ein oft untersuchter Aspekt der interkulturellen medizinischen Kommunikation ist der Ausdruck von Schmerzen. Es besteht in der Fachliteratur die Idee, dass PatientInnen aus unterschiedlichen Kulturen ihre Symptome und Schmerzen unterschiedlich stark ausdrücken (vgl. Bechmann 2014, Creeze et al. 2021, Iacono 2021). Das kann unter Umständen zu einem benachteiligenden differenzierten Umgang mit den PatientInnen führen. Bechmann (2014:220f) schreibt über die „exzessive Emotionalität“ von südeuropäischen Völkern in diesem Sinne, während nordeuropäische PatientInnen eher zurückgezogener sind, obwohl sie vielleicht ähnliche Schmerzen aushalten müssen. Diese Emotionalität ist auch unter der Bezeichnung „Mittelmeer-Syndrom“ in der Fachliteratur zu finden (vgl. Bechmann 2014:222, Iacono 2021:62). Diesbezüglich schildert Iacono (2021:62) mithilfe eines Beispiels die möglichen Effekte, die der unterschiedliche Schmerzausdruck auf den Umgang mit den PatientInnen haben kann:

Delli Ponti und Forlivesi (2005) führen als Beispiel den Fall eines deutschen Patienten an, der fünf Stunden im Wartesaal der Notaufnahme saß, ohne sich zu beschweren, obwohl die ÄrztInnen, die ihn später untersuchten, seine Lage viel ernster bewerteten als jene anderer PatientInnen aus Italien, Albanien und dem Maghreb, die ihre Schmerzen viel stärker nach außen getragen hatten und daher früher behandelt worden waren.

Es sollte an dieser Stelle angemerkt werden, dass solche pauschalen Bewertungen über Angehörige anderer Kulturen potentiell stereotypisierend wirken. Sich ausschließlich darauf zu

verlassen und nicht die einzelnen Kommunikationssituationen und GesprächspartnerInnen jedes Mal individuell zu betrachten könnte eine Gefahr für die Kommunikation darstellen.

Eine weitere Beobachtung bezüglich möglicherweise kulturell bedingter Unterschiede bezieht sich auf das Gesundheits-, beziehungsweise Krankheitsverhalten der Betroffenen. PatientInnen aus unterschiedlichen Kulturkreisen weisen unterschiedliche Ansätze zu Gesundheitsthemen auf, etwa die Regelmäßigkeit der notwendigen ärztlichen Kontrollen oder die soziale Bedeutung ihrer Krankheit. Uluköylü (2008:182) berichtet diesbezüglich von der überdurchschnittlich hohen Anzahl an türkischen Migrantinnen in Österreich, die jahrelang an chronischen Krankheiten leiden. Diese werden aufgrund der meistens starken Belastung von türkischen Frauen durch das hohe Pensum an Hausarbeit und zugleich bezahlter Arbeit in ihrer Kultur als normal und zu erwarten wahrgenommen. Ein weiteres Beispiel sind russische PatientInnen, die manchmal erwarten, über mehr Zeit für die Entscheidungsfindung über ihre Diagnose und Behandlung zu verfügen. Sie können sich Sorgen machen, wenn sie früher vom Krankenhaus entlassen werden oder ihre vorgesehenen Arzttermine früher enden, als sie es erwarten (Creeze et al. 2021:43).

Einer der häufigsten Streitpunkte, die im Rahmen von medizinischen Interaktionen identifiziert werden, ist die Dichotomie Biomedizin – Volksmedizin. In manchen Kulturen sind magische Elemente und wissenschaftlich anerkannte Beweise der Medizin gleichzeitig vorhanden. Auch gleichzeitig werden diese manchmal zur Bestimmung der Krankheitsursache oder der geeigneten Behandlung angewandt – allerdings nicht vom gleichen Spezialisten (vgl. Uluköylü 2008). Türkische PatientInnen suchen zum Beispiel manchmal Heilpraktiker zugleich mit Fachärzten auf, um beide Zugänge auf ihr Problem zu bekommen (Uluköylü 2008:180). Ein volksmedizinisches Konzept, das in mehreren Kulturen unter unterschiedlichen Bezeichnungen auftritt, ist der sogenannte „böse Blick“, das sowohl unter türkischen (Uluköylü 2008:179), als auch russischen (Creeze et al. 2021:33f) PatientInnen identifiziert werden konnte. Ein ähnliches, wenn nicht identisches Konzept ist auch in der rumänischen Kultur unter dem Namen „deochi“ zu finden (Anghel 2016:189). Der „böse Blick“ soll als Erklärung für verschiedene unangenehme Symptome dienen (Uluköylü 2008:179). Solche abergläubigen Konzepte nehmen je nach Kultur mehr, weniger oder gar keine Bedeutung in medizinischen Gesprächen ein. Ein Beispiel für die Präsenz von Aberglauben beim Arzt wären türkische PatientInnen (vgl. Ilkılıç 2005, Uluköylü

2008). Im Gegensatz dazu stehen Kulturen wie die amerikanische oder die kanadische, die Biomedizin als Aufklärungsgrundlage für alle Krankheiten betrachten und somit Aberglaube keine Relevanz zuschreiben. Das führt in bestimmten Fällen zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den in westlichen Ländern aufgewachsenen und ausgebildeten medizinischen Fachkräften und PatientInnen aus anderen, stärker volksmedizinisch geprägten Ländern (Creeze et al. 2021:35).

Was bedeutet das für das gedolmetschte Gespräch? Wie es sich aus den oben erläuterten Punkten ableiten lässt, laufen kulturelle Unterschiede zwischen ÄrztInnen und PatientInnen oft auf Misskommunikation hinaus. Dadurch entsteht ein Erklärungsbedarf in der Kommunikation, sei es ein- oder beidseitig. Wie von Wadensjö (2013:237) bestätigt, hat allein der/die Dolmetschende Zugang zu den vollständigen (Hintergrund-)Informationen, die diese Dissonanzen glätten können. Das bedeutet, dass der/die DolmetscherIn manchmal unaufgefordert oder aufgefordert ins Gespräch eingreifen und Unklarheiten aus dem Weg räumen muss. Im Unterkapitel 2.2.2.2., das von der Gesprächssteuerung beim Telefondolmetschen handelt, wird deutlich, inwiefern diese Misskommunikationen und ihre Aufklärung durch das akustische Medium erschwert werden.

2.2.1.3. Positionierung der GesprächspartnerInnen und Vertrauen

Dieses Kapitel soll mehrere ausschlaggebende Aspekte unter einen Hut bringen. Im medizinischen Setting – sowie in vielen anderen CI-Settings - besteht ein Machtgefälle zwischen den AkteurInnen (Obermayer 2008:56). Dieses lässt sich sowohl zwischen Gesundheitskraft und PatientIn, als auch in Beziehung zu dem/der anwesenden DolmetscherIn beobachten. Im Folgenden wird auf den unterschiedlichen Sozialstatus der GesprächsteilnehmerInnen im medizinischen Kontext, aber auch auf die gesellschaftlich geprägten Vorstellungen über ihre jeweiligen Herkunftsgemeinschaften eingegangen. Es wird im Anschluss angedeutet, welche Auswirkung diese Dynamik auf die gedolmetschte Kommunikation haben kann.

In der interkulturellen medizinischen Interaktion besteht eine inhärente Ungleichheit zwischen Gesundheitskraft als ExpertIn, normalerweise Angehörige/r der Mehrheitskultur, und PatientIn als hilfsbedürftige Person und Angehörige/r einer Minderheit im jeweiligen Land der

Untersuchung (vgl. Angelelli 2019, Bechmann 2014). Darüber wird in der Fachliteratur umfassend berichtet. Es können zwei mögliche Gründe für die ungleichen Machtverhältnisse zwischen AkteurInnen genannt werden: Einerseits verliert der/die PatientIn oft seinen/ihren Status, sobald ihm/ihr das Etikett eines typischen medizinischen Falls zugeordnet wird. Er/sie wird zu einem Fall aus vielen und das kann bei manchen das Gefühl erwecken, die Kontrolle über sich selbst verloren zu haben (Creeze et al. 2021:21). Andererseits sind Gesundheitskraft und PatientIn nicht nur durch ihre Expertise, sondern auch durch ihre Angehörigkeit oder eben Nichtangehörigkeit zur Mehrheitskultur getrennt. In diesem Fall ist der/die Arzt/Ärztin nicht nur fachlich überlegen – er/sie verfügt über einen gesicherten Status in der Aufnahmekultur und beherrscht die Landessprache. Dies ist für den/die PatientIn oft nicht der Fall. Somit ist er/sie für das Lösen seiner/ihrer gesundheitlichen Probleme auf die Hilfe von Externen angewiesen. Die Folgen dieser Differenzen zwischen den Gesprächsbeteiligten können laut Bechmann (2014:171) gravierend sein. PatientInnen können sich in dem Setting unsicher oder ungehört fühlen. Somit können sie Informationen des/der Arztes/Ärztin falsch verstehen oder selbst Informationen vorenthalten, weil sie sie für irrelevant halten oder sich nicht trauen, diese mitzuteilen.

Zusammen mit einer von vornherein defizitären Kommunikation kann die Divergenz zwischen den sozialen Rollen der GesprächspartnerInnen der Bildung einer Vertrauensbasis zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn schaden. Es ist indes bekannt und akzeptiert, dass der menschliche Aspekt der Empathie und des Mitgefühls eine bedeutende Rolle für den Erfolg von medizinischen kommunikativen Abläufen spielt (vgl. Bechmann 2014). Ein/e PatientIn, der/die Vertrauen in eine Gesundheitskraft hat, wird mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die empfohlene Therapie einhalten, beziehungsweise relevante Informationen mit der Fachkraft im Rahmen des Gesprächs teilen (vgl. Angelelli 2019, Bechmann 2014, Hale 2007). Die Vertrauensbildung wird aber durch die standardisierte, höchst fachliche medizinische Sprache der ÄrztInnen und das bewusste oder unbewusste Aufrechterhalten sozialer Machtgefälle erschwert. Dabić (2021:262) führt diesbezüglich ein Beispiel aus dem Feld der Psychotherapie an: Nimmt der/die PatientIn das Gespräch nicht ernst, so wird der kommunikative Ablauf erschwert. Der/die PatientIn betrachtet den Input des/der Arzt/Ärztin als nicht sinnvoll oder nützlich und der/die Arzt/Ärztin muss somit seine/ihre Arbeit unter widrigen Umständen leisten.

Diese ungünstigen Umstände können der kommunikativen Triade des gedolmetschten medizinischen Gesprächs schaden. Wadensjö (2013:234) deutet auf die kommunikativen Hürden hin, die durch die ungleiche Verteilung von Macht im Gespräch auftreten können. Eine ungleiche Positionierung der GesprächspartnerInnen konkretisiert sich beidseits der Kommunikation in Skepsis über das Verstandenwerden und dadurch mehr Misskommunikation. Laut Wadensjö (2013:233) entsteht somit ein Teufelskreis, in dem die Angst der Gesprächsbeteiligten vor Misskommunikationen zu noch mehr Misskommunikationen führt. Das geteilte Verstehen der Interaktion der AkteurInnen leidet ebenfalls unter diesem Ungleichgewicht (2013:233f). Somit wird die Bildung einer Vertrauensbasis erschwert. Alle oben erwähnten Faktoren können zur Auslassung von Informationen und zur Einschränkung des Austausches auf das Minimale führen. Der/die Dolmetschende hat also dadurch weniger Material, mit dem er/sie den Sinn der Interaktion erfassen kann. Wenn er/sie darüber hinaus nur telefonisch am Gespräch teilnimmt, kann er/sie die eventuellen Reibungen, die auf die sozialen Rollen der AkteurInnen zurückzuführen sind, schwieriger oder kaum glätten. Dies kann damit begründet werden, dass manche kommunikative Elemente – genauer gesagt die nonverbalen – fehlen, aber auch, dass der telefonische Modus die Anonymität des/der DolmetscherIn fördert. Somit wird die Vertrauensbildung zwischen DolmetscherIn und PatientIn beziehungsweise Arzt/Ärztin erschwert und dadurch auch der Informationsaustausch nicht gefördert.

2.2.1.4. Wahrnehmung der Dolmetschenden

Der/die Dolmetschende verfügt ebenfalls über einen bestimmten Sozialstatus in seiner/ihrer Position als SprachvermittlerIn und das kann seine/ihre Arbeit den Umständen entsprechend schwieriger machen. Er/sie ist in der Regel ebenfalls Angehörige/r der Minderheitskultur und wird somit oft mit dem Status des/der PatientIn assoziiert (Moazedi 2008:77). Dieser Status kann auch vom allgemeinen Bild des Berufs von Dolmetschenden im CI-Bereich abgeleitet werden. Das Image von CI-Dolmetschenden wurde bereits im ersten Kapitel angesprochen – daraus wurde ersichtlich, dass sie oft nicht ernst genommen werden. Wenn Dolmetschende nicht nur ihre sprachlichen und kommunikativen Arbeiten leisten müssen, sondern zusätzlich dazu ihre GesprächspartnerInnen von ihrer Legitimität überzeugen müssen, erhöht sich der mit der Dolmetschung verbundene Aufwand.

Die Eruierung dieses Zustandes benötigt ein gewisses Verständnis über die Vorstellung, die Dolmetschende bei ihren KundInnen wecken. Wie oft in der Fachliteratur belegt, (vgl. Angelelli 2019, Pöllabauer 2002, Wadensjö 2013) stellen diese oft ein „notwendiges Übel“ in Gesundheitseinrichtungen dar. Sie sind teuer, haben spezifische Bedürfnisse und beeinträchtigen manchmal das Gespräch mehr, als sie es voranbringen – das ist zumindest eine unter Gesundheitskräften oft zu sehende Vorstellung (vgl. Angelelli 2004, Mcdowell 2011). Darüber hinaus sind Gesundheitskräfte in der Regel nicht dafür geschult, mit DolmetscherInnen zu arbeiten (Iglesias Fernández 2020:92), was auch nicht hilft.

Konsequenz davon sind die teilweise oder komplett unrealistischen Erwartungen, die ÄrztInnen und/oder PatientInnen Dolmetschenden im Gesundheitswesen entgegenbringen. Sie verstehen die Anforderungen nicht, die Dolmetschende in ihrer Arbeit annehmen, und unterschätzen daher ihren Beitrag zur gemeinsamen Verständigung. Das hat sich in Mcdowells Studie (2011) in den eher negativ geprägten Bewertungen der DolmetscherInnen durch TeilnehmerInnen an gedolmetschten Gesprächen (2011:140) beweisen lassen. Des Weiteren wirkt die falsche Vorstellung von Dolmetschenden auch auf andere Weise auf die Gesprächsdynamik ein. Zum Beispiel betrachten manche PatientInnen Dolmetschende selbst als medizinische ExpertInnen und stellen ihnen statt dem Gesundheitspersonal Fragen. Andere sehen sie als FreundInnen oder UnterstützerInnen (Mcdowell 2011:142). Martínez-Gómez (2014:176) berichtet ebenfalls darüber, dass sich die Erwartungen der GesprächspartnerInnen diesbezüglich voneinander unterscheiden, was zu einem gespaltenen Feedback gegenüber dem/der DolmetscherIn führen kann. Diese Erwartungen widersprechen manchmal den Normen der Berufskodizes – zum Beispiel der Norm der Neutralität. Hinzu kommt die Tatsache, dass Dolmetschende selbst nicht immer wissen, wie sie sich im Gespräch positionieren sollen:

Auch den Kommunaldolmetschern scheint es nicht immer klar zu sein, welches ihr Rollenprofil ist, werden sie doch mitunter mit den Vereinnahmungsversuchen beider Seiten konfrontiert, von den Behörden, die sie gerne als Hilfspolizisten sehen (vgl. Donk 1994), und den MigrantInnen, die sie als FürsprecherInnen (vgl. Wadensjö 1998:34) und Vertrauenspersonen wahrnehmen (vgl. Pöllabauer 2002:287). (Moazedi 2008:77).

Somit kann eine solide Vertrauensbasis zwischen Gesundheitskraft beziehungsweise PatientIn und Dolmetschendem/r nur schwierig gebildet werden. Wie oben angedeutet, beeinflusst dies das Gespräch negativ. Eine interessante Beobachtung, die sich aus der vorliegenden Arbeit ableiten lässt, ist die zweiseitige Bedeutung von Vertrauen im Kontext der Herausforderungen beim

Dolmetschen. Es hat Einfluss auf mehrere Schwierigkeiten – zum Beispiel auf die manchmal mangelhafte Kommunikation der Ärzte oder die falsche Wahrnehmung von Dolmetschenden. Das Vertrauen, oder besser gesagt der Mangel davon, kann dabei sowohl Auslöser für eine kommunikative Hürde, als auch Folge davon sein.

Wadensjö (2013:203) bezeichnet die falschen Erwartungen der GesprächsteilnehmerInnen gegenüber der gedolmetschten Interaktion als eine der zwei möglichen „trouble sources“ in Gesprächen. Daraus können verschiedene negative Konsequenzen resultieren. Zum einen weist Bailey in seinem Werk aus dem Jahre 1969 (in Wadensjö 2013:63) auf einen wichtigen Aspekt hin und zwar auf das Missvertrauen in dem/der Dolmetschenden, das unter den GesprächsteilnehmerInnen entsteht, wenn in der Kommunikation Probleme auftreten. Bailey kommt zu diesem Schluss basierend auf mehreren anthropologischen Studien, die sich mit dem Thema Mittelmann in Gesellschaften mit zwei parallelen politischen Strukturen befassen. Es besteht also eine gewisse Tendenz, beim Schiefgehen der Kommunikation dem/der DolmetscherIn die Schuld dafür zuzuweisen. Dies beeinflusst ebenfalls die Kooperationsbereitschaft der Parteien. Laut Havelka (2018:299) zieht ein mangelhaftes Verstehen von Dolmetschenden und ihrer Rolle weniger Offenheit seitens der Gesprächsparteien nach sich: „Je weniger über die Tätigkeit von Dolmetschenden bekannt ist, umso geringer ist die Bereitschaft, vorhandene Unterlagen und Informationen weiterzugeben.“ Wie DolmetscherInnen bei ihrer Arbeit wahrgenommen werden, wirkt sich auch auf ihr Selbstbild und ihre psychische Belastbarkeit aus. McDowell (2011:145) berichtet in ihrer Studie über „feelings of being exploited, disrespected, misunderstood, or excluded from membership on the health care team“ seitens der interviewten MedizindolmetscherInnen. Sie schreibt diese belastenden Erlebnisse den unrealistischen und miteinander konkurrierenden Erwartungen der Gesprächsparteien gegenüber dem/der DolmetscherIn zu. Es entsteht also ebenfalls eine gewisse mentale Belastung zusammen mit den oben angeführten kommunikativen Hürden.

2.2.2. Mediumabhängige Herausforderungen

Bisher wurden die Schwierigkeiten, die normalerweise auch beim Dolmetschen in Präsenz im medizinischen Kontext auftreten können, untersucht. Als Nächstes werden die für das Telefondolmetschen spezifischen Herausforderungen veranschaulicht. Dabei soll ebenfalls

geschildert werden, inwiefern sie die Auswirkung der mediumunabhängigen Faktoren verschärfen.

2.2.2.1. Fehlende nonverbale Hinweise

Die Abwesenheit visueller beziehungsweise nonverbaler Hinweise ist ein definitorisches Merkmal des Telefondolmetschens, aber auch vielleicht der erste Nachteil, der damit in Verbindung gebracht wird. Wie wichtig nonverbale Hinweise in der Kommunikation sind, wurde über Jahrzehnte in zahlreichen Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen untersucht. Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit wird versucht, Bezug auf dolmetschwissenschaftliche Studien zu diesem Thema zu nehmen. Dafür werden sowohl Ergebnisse über das Ferndolmetschen allgemein als auch spezifisch über das Telefondolmetschen in Erwägung gezogen.

Zuerst sollen nonverbale Hinweise in der Kommunikation definiert werden. Wie bereits angedeutet, waren und sind sie Gegenstand zahlreicher Untersuchungen in Bereichen wie der Kommunikationsforschung oder eben in der Dolmetschwissenschaft. Für die Zwecke der gegenständlichen Arbeit wird eine kompakte Aufzählung aus der Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies (Zagar Galvão & Galhano Rodrigues 2015:280) herangezogen. Zu dieser Kategorie von kommunikativen Informationen gehören das Aussehen, das Raumverhalten im Sinne der Proxemik, der Körperhaltung und der körperlichen Orientierung, aber auch Gesichtsausdrücke, Blick und Körperbewegungen wie Gesten. Die sogenannten parasprachlichen Elemente der Kommunikation wie die Intonation, Sprechpausen oder spezifische Merkmale der Prosodie gehören ebenfalls zu den nonverbalen Hinweisen (ibid. 2015:280). Diese Aufzählung kann durch Havelkas (2018:132) Erläuterung ergänzt werden: olfaktorische Informationen, zeitliche Aspekte sowie Artefakte. Die Letzteren können als „Statussymbole“, die von den GesprächsteilnehmerInnen über ihre GesprächspartnerInnen wahrgenommen werden, verstanden werden. Es dürften weitere Elemente dieser Aufzählung hinzugefügt werden, aber die oben genannten stellen die bekanntesten und in der Fachliteratur am häufigsten erwähnten dar (vgl. Havelka 2018, Russo et al. 2020, Ticca 2010, Wadensjö 2001).

Es stellt sich also die Frage, ob die gedolmetschte Kommunikation durch fehlende visuelle Unterstützung erheblich beeinträchtigt wird oder ob andere kommunikative Elemente eine ergänzende oder sogar ersetzende Rolle in diesem Sinne spielen und somit kommunikative Hürden glätten. Diese Frage kann aus mehreren Perspektiven untersucht und beantwortet werden.

Angesichts des Fokus der vorliegenden Arbeit auf die subjektive Erfahrung von Dolmetschenden und ihre Reaktionen auf verschiedene externe Störfaktoren wird die oben gestellte Frage aus dieser Perspektive beantwortet. Hierfür werden Wangs Untersuchungen herangezogen. Er interviewte im Rahmen mehrerer Studien (2018a, 2018b, 2021) Telefondolmetschende, um ihre Erfahrungen und Eindrücke über ihre Tätigkeit zu sammeln. In seiner Studie aus dem Jahr 2018 (Wang 2018a) konnte er anhand der Antworten von mehr als 450 Dolmetschenden in Australien feststellen, dass der Mangel an nonverbalen Hinweisen für die meisten eine Störquelle ist, als Beeinträchtigung empfunden wird und ein Faktor dafür ist, dass viele Dolmetschende lieber vor Ort im Einsatz sind (2018a:110ff). Wangs andere zitierte Studien unterstützen diese Ergebnisse. Moser-Mercer (2005:731) behauptet ebenfalls, dass weder ein telefon- noch ein videogestützter Einsatz face-to-face-Kommunikation ersetzen könnte. Ein optimaler kommunikativer Input soll laut ihr multisensorial sein. Das bedeutet, dass es nicht nur visuelle, sondern auch taktile, olfaktive und sensorische Hinweise benötigt werden, um die Kommunikation im erschwerten Kontext eines gedolmetschten Gesprächs aufrechterhalten zu können.

Es ist also deutlich zu sehen, dass das rein akustische Medium des Telefons für die gedolmetschte Interaktion sich als Hindernis erweisen kann, weil es einige Einschränkungen für die Kommunikation nach sich zieht. Als Nächstes wird eruiert, was dies für den/die Dolmetschende/n bedeutet. Wie ist man als MittlerIn in einer telefonischen Interaktion davon betroffen? In der Fachliteratur werden einige wichtige Begriffe damit in Verbindung gebracht. Zum einen nennt Havelka (2021:66) das Entfremdungsgefühl als negative Auswirkung des Videodolmetschens. Da die beiden Modi des Ferndolmetschens sich teilweise gut vergleichen lassen (siehe z.B. Iglesias Fernández 2020, Havelka 2018, Locatis et al. 2010), kann diese Beobachtung auch für das Feld des Telefondolmetschens herangezogen werden. Wadensjö (1999) berichtet über DolmetscherInnen, die sich nach telefonischen Dolmetscheinsätzen einsamer und weniger unterstützt fühlen als vor Ort, wo sie sich mit dem/der VertreterIn der beauftragenden Institution im Nachhinein austauschen können. Darüber hinaus können Dolmetschende während des Gesprächs wegen fehlender nonverbaler Hinweise nicht immer kontrollieren, ob sie verstanden wurden, beziehungsweise ob sie eine Beziehung zu ihrem/r KundIn aufgebaut haben (Wang 2018a). Letzteres ist, wie oben angedeutet, von großer Bedeutung für den Erfolg medizinischer Interaktionen. Das dadurch entstehende

Entfremdungsgefühl und die damit verbundene psychische Belastung werden also durch den Einsatz aus der Ferne für Dolmetschende verschärft (vgl. Moser-Mercer 2005).

Ein weiterer Nachteil des Dolmetschens aus der Ferne wird im medizinischen Setting durch die Natur der Interaktion spürbar. Im Fall, dass die Patienten verschiedene Probleme aufgrund von vorherigen Operationen oder Unfällen haben und der/die Arzt/Ärztin danach fragt, braucht der/die DolmetscherIn Zugang zum visuellen Input (Havelka 2018:60). Havelka (2018:60) erwähnt eine weitere möglicherweise problematische Situation: „Sollten Patientinnen und Patienten beispielsweise nur Demonstrativpronomen als Bezeichnung im Ausgangstext verwenden, dann kann es ohne visuelle Informationen mitunter zu Übertragungsschwierigkeiten kommen“. Auch typisch für diesen Bereich sind spezifische Namen von Wirkstoffen, Medikamenten oder Orten, die laut Amato (2020:52) am Telefon eine übliche Problemquelle sind. Wenn der/die Dolmetschende mit einem unbekannten und möglicherweise fremden Namen zum ersten Mal konfrontiert wird, muss er/sie sich ausschließlich auf das Gehörte verlassen, was oft als nicht deutlich genug empfangen wird.

Beim Medizindolmetschen soll auch der gesundheitliche und psychische Zustand der KlientInnen in Betracht gezogen werden. Manche PatientInnen leiden an schweren Krankheiten und können deswegen nur leise reden oder aufgrund von Aufregung und geprägter Emotionalität das Gespräch abbrechen oder dem Gesprächsverlauf nicht folgen (Iglesias Fernández 2020:88f). Wadensjö (1999:251) erklärt, dass DolmetscherInnen aus der Konzentration gebracht werden, wenn die GesprächsteilnehmerInnen zu leise oder mit einem starken Akzent sprechen und sie deswegen um Wiederholung bitten müssen. Das würde in einem Vor-Ort-Setting, wo die GesprächsteilnehmerInnen sichtbar sind und ihre nonverbalen Inputs gleichzeitig mit dem verbalen Input übertragen werden, nicht unbedingt vorkommen. DolmetscherInnen müssen also am Telefon nur anhand von akustischem Input die Kommunikationssituation dynamisch beurteilen und abhängig davon handeln. Das ist aber eine schwierige Aufgabe und kann nicht immer erfüllt werden. Es entstehen aufgrund der kommunikativen Unsicherheit der Gesprächsteilnehmenden im telefonischen Kontext oft Korrekturen, Wiederholungen und Überlappungen (vgl. Wadensjö 1999). Dabei müssen DolmetscherInnen aktiv eingreifen und die Kommunikationssituation steuern, um Missverständnisse zu vermeiden. Dies kann als Gesprächssteuerung bezeichnet werden und wird unter dem nächsten Punkt behandelt. Die

Gesprächssteuerung bezeichnet eine zusätzliche Aufgabe für den/die Dolmetschende/n und ihre Ausführung kann zu einer erhöhten kognitiven Belastung durch erhöhten Erklärungs- und Korrekturaufwand führen: „[W]orse even, the interpreter needs to allocate additional resources to resolve the contradiction.” (Moser-Mercer 2005:732) Nicht zuletzt trägt das Fehlen der visuellen Hinweise zur Anonymisierung des/der Dolmetschenden und dadurch möglicherweise zu seiner falschen Wahrnehmung durch die anderen GesprächspartnerInnen bei (vgl. Wadensjö 2013). Die Positionierung des/der DolmetscherIn im Gespräch wird also weiter erschwert und somit der kommunikative Aufwand, sich gegenüber den anderen zu positionieren, erhöht.

2.2.2.2. Gesprächssteuerung

Wie oben festgestellt, ist der medizinische Kommunikationsakt komplex und wird von vielen Überlegungen sowohl seitens des/der Arztes/Ärztin als auch des/der PatientIn geprägt. Darüber hinaus ist eine dritte Partei, der/die Dolmetschende, anwesend. Dieser Faktor bedingt eine weitere kommunikative Ebene und erhöht die Anzahl von dyadischen Interaktionen beziehungsweise verändert die Gesprächskonfiguration in eine Triade (vgl. Wadensjö 2013). Ein großer Teil der Komplexität der medizinischen Kommunikation liegt an der zwischen GesprächsteilnehmerInnen geteilten Verantwortung für den Erfolg der Kommunikation. Das gilt für alle Kommunikationssituationen – sie hängen nicht nur von den jeweiligen GesprächspartnerInnen ab, sondern auch von der Art und Weise, wie sie aufeinander Bezug nehmen (Wadensjö 2013:62). Die Kooperation zwischen Gesundheitskraft, PatientIn und DolmetscherIn ist also entscheidend für den Kommunikationserfolg (Havelka 2018:58). Darin liegt die Quelle einer Vielzahl an Missverständnissen und problematischen kommunikativen Ereignissen zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn in der sprachübergreifenden medizinischen Versorgung begraben. In der Folge wird veranschaulicht, wie viel wichtiger der Aspekt der Gesprächskoordination am Telefon wird, aber auch, wie diese Aufgabe durch das Medium erschwert wird.

Wang (2021:625f) zählt zu den für die Gesprächssteuerung spezifischen Maßnahmen die Unterbrechung der Gesprächsteilnehmenden, die Steuerung von Überlappungen, die Anwendung geeigneter Strategien für Unterbrechungen, das Reagieren auf mögliche Nebengespräche der GesprächsteilnehmerInnen, das Bitten um Erklärung und/oder Wiederholung sowie

Selbstkorrekturen wenn nötig. All diese Eingriffe ins Gespräch gehören zu den Aufgaben des/der TelefondolmetscherIn. Ein/e vor Ort anwesende/r Dolmetschende/r muss sich in der Regel mit solchen Situationen viel seltener auseinandersetzen. Dies ist damit zu begründen, dass sich verbale Missverständnisse oft mithilfe von nonverbalen Hinweisen wie die Mimik oder Gestik der GesprächspartnerInnen abklären lassen.

Das ist nicht der Fall für Telefondolmetschende. Amato (2020:41) fasst deren oft problematische Positionierung in der Kommunikation zusammen: „Interpreters seem to be the most disadvantaged party in a telephone interaction.“ Ein möglicher Einflussfaktor dafür ist die anstrengende Aufgabe der Gesprächssteuerung. Durch eine vergleichende qualitative Analyse von Transkripten von zwei realen Dolmetschungen, einer in Präsenz und einer telefonisch, bei der Polizei zeigt Wadensjö (1999), wie das telefonische Medium die kommunikative Haltung der Beteiligten ändert und somit bestimmte koordinationsbezogene Probleme nach sich zieht. In ihrer Analyse einer telefonisch gedolmetschten Einvernahme bei der Polizei identifiziert sie folgende kommunikative Hürden: Zum einen entstehen unnatürlich lange Pausen, wenn sich die Befragte aufgrund des geladenen Diskussionsthemas mehrmals zu leise oder fast unverständlich äußert, sodass die Dolmetscherin sie entweder nicht hört oder nicht versteht (1999:251). Des Weiteren kommen Überlappungen vor, wenn das sogenannte „Turn-Taking“ von den KommunikationspartnerInnen falsch verstanden wird und sie die Initiative zu sprechen gleichzeitig ergreifen (1999:259f). Zum Thema Überlappungen kann hinzugefügt werden, dass diese beispielsweise laut Tannen (1981) kulturell bedingt sein können. So ist etwa in manchen Kulturen ist das Durcheinandersprechen ein Signal des aktiven Zuhörens oder der Zustimmung zum Gesagten, während es in anderen als unhöflich angesehen wird. Braun (2014:8) und Iglesias Fernández (2020:71) identifizieren ebenfalls Probleme wie Hesitationen und häufige Selbstkorrekturen der Dolmetschenden beim Ferndolmetschen und schreiben diese der kognitiven Belastung zu. Zudem kann die Tendenz, sich zu wiederholen oder umzuformulieren, auch in Verbindung mit dem Telefondolmetschen gebracht (vgl. Oviatt & Cohen 1992, Ozolins 2011).

Überlappungen, lange Pausen, Korrekturen und Wiederholungen sind Problemstellen der mündlichen Kommunikation. In diesen Momenten muss der/die Dolmetschende eingreifen und den Fehler korrigieren oder zumindest die anderen Beteiligten darauf aufmerksam machen. Wie

oben erwähnt, variiert das Sprechverhalten von Person zu Person, abhängig von Aspekten wie Kultur, aber auch sprachlichen Gewohnheiten und kommunikativen Kompetenzen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, wie problematisch eine ungeeignete Sprache insbesondere seitens der ÄrztInnen selbst in Face-to-Face-Interaktionen sein kann, und es kann von den bisher erläuterten Störfaktoren des Telefondolmetschens abgeleitet werden, dass dieses Problem durch den telefonischen Einsatz verschärft werden kann. Dies, sowie die im ersten Unterkapitel erläuterten fehlenden nonverbalen Hinweise, aber auch die kommunikative Unsicherheit von Beteiligten, trägt zur Entstehung von Problemen im Gesprächsablauf am Telefon bei. Diese Ungleichheiten muss der/die Dolmetschende glätten. Das bedeutet mehr Aufwand und dadurch auch mehr kognitive Belastung (vgl. Havelka 2018, Wadensjö 1999, Wang 2018a).

2.2.2.3. Einsatzspontanität

Telefondolmetschende müssen sich oft mit neuen und unerwarteten Situationen in ihrem Alltag auseinandersetzen. Das gilt auch für andere Dolmetschmodi oder Settings, aber der Bereich des Telefondolmetschens ist durch die damit verbundene sofortige Verfügbarkeit der Dolmetschenden umso mehr von Spontanität geprägt. Wadensjö (2013:52) schreibt über die suboptimalen Bedingungen, unter denen im CI-Bereich gearbeitet wird. Der Markt ist von Unvorhersehbarkeit und einem defizitären Verständnis der Bedürfnisse der Dolmetschenden geprägt, sodass viele CI-Dolmetschende nicht mehr motiviert sind, Aufwand in Aus- und Fortbildungen und Zertifizierungsprogramme zu stecken. Das führt dazu, dass viele sich im Einsatz unvorbereitet fühlen, sich damit zu befassen.

AuftraggeberInnen verfügen in der Regel über unzureichende Kenntnisse über die Arbeit mit Dolmetschenden, insbesondere im CI-Bereich, sodass sie ihnen oft keine unterstützenden Materialien oder hilfreichen Informationen zur Vorbereitung für die Aufträge im Voraus zur Verfügung stehen (Hale 2007:8). Darüber hinaus verschärft die allgemeine Organisationsweise von AnbieterInnen von telefonischen Dolmetschleistungen oft diesen Umstand. Es wird von Telefondolmetschenden erwartet, jeden Anruf über jedes beliebige Thema schnell und effizient annehmen zu können (vgl. Amato 2020, Havelka 2018, Nataly 2008). Dolmetschende am Telefon werden vielerorts wie Call-Center-Angestellte angesehen: Sie sind jederzeit verfügbar und benötigen keine aufwendige Vorbereitung für ihre Einsätze. Sie werden sogar pro Minute für

ihre Arbeit bezahlt (Wang 2018a:102). Die sofortige Verfügbarkeit ist auch in den Protokollen mancher Unternehmen verankert (vgl. Russo et al. 2020).

Selbst wenn die Zeit für die Vorbereitung ausreichend vorhanden wäre, wäre das “terminologische Selbstbewusstsein” des/der DolmetscherIn nicht garantiert. Wie bereits angedeutet ist der medizinische Bereich sehr breit gefächert. Dieser enthält viele kleinere Fachbereiche, sodass es für MedizindolmetscherInnen fast unmöglich ist, sich auf jedes Gebiet zu spezialisieren, wenn sie nicht ausschließlich in einem bestimmten Bereich arbeiten. Wie im ersten Kapitel angedeutet, arbeiten Dolmetschende meistens mit Gesundheitseinrichtungen, die in der Regel ein allgemeines Profil haben und verschiedene Schwerpunkte der Medizin bedienen. Des Weiteren haben viele Telefondolmetschunternehmen selbst ein eher allgemeines Profil und nehmen daher Aufträge aus vielfältigen Bereichen an (vgl. Nataly 2008). Für den/die DolmetscherIn ziehen diese Aspekte eine große Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit nach sich. Darüber hinaus werden im Rahmen von medizinischen Gesprächen oft sensible Themen behandelt, was wiederum den/die Dolmetschende/n belasten kann. Der medizinische Unterbereich der Psychotherapie wird aus diesem Grund in der Fachliteratur oft untersucht. Dabić (2021) widmet dem Thema eine umfassende Studie und erläutert dabei, wie stark Dolmetschende von den im Laufe der Therapiesitzungen behandelten Inhalten betroffen sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in diesem Zusammenhang nicht übersehen werden soll, sind die mangelhaften kontextuellen Informationen, über die der/die DolmetscherIn verfügt. Dabei handelt es sich um Aspekte wie etwa die Rollen der anderen GesprächsteilnehmerInnen, die Gesundheitsgeschichte des/der PatientIn oder gemeinsame Vorerfahrungen der GesprächspartnerInnen. Durch den fehlenden visuellen Input wird sofort bei der Initiierung des Gesprächs für den/die DolmetscherIn offensichtlich, dass diese Informationen fehlen. Aufgrund der spontanen und schnellen Einsätze wird oft keine Zeit für ein kurzes Briefing über die GesprächspartnerInnen und ihre Situation eingeräumt (Havelka 2018:298). Dies führt dazu, dass der/die Dolmetschende oft nur auf akustischen Informationen basierend die GesprächsteilnehmerInnen identifizieren und den kommunikativen Kontext einschätzen muss (Amato 2020:41).

Wie sich diese Herausforderungen auf Telefondolmetschende auswirken, wurde bisher gezielt für das Medizindolmetschen wenig untersucht. Die meisten Studien befassen sich

entweder mit Schwierigkeiten des Ferndolmetschens oder ausschließlich Videodolmetschens (siehe z. B. AVIDICUS 2016, Havelka 2018). Andere Studien gehen auf die Besonderheiten des Medizindolmetschens ein, ohne den Aspekt des Kommunikationsmediums, also ob rein akustisch oder auch visuell, anzusprechen (siehe z. B. Angelelli 2019, Creeze et. al 2021). Das Telefondolmetschen wird in Bezug auf Herausforderungen in einigen Studien zwar untersucht, allerdings ohne den Schwerpunkt Medizin, obwohl das teilweise auch angesprochen wird (siehe z. B. Lee 2007, Wang 2018a, Wang 2018b). Insgesamt wurde in begrenztem Ausmaß spezifisch zum Telefondolmetschen im Gesundheitswesen geschrieben (vgl. Amato 2020, Bischoff & Grossmann 2007, Iglesias Fernández 2020, Langer & Wirth 2013, Origlia Ikhilor et al. 2019), die vorliegende Arbeit zieht diese Studien für die Argumentation heran. Angesichts dieser Tatsachen wird im Folgenden versucht, aus der Fachliteratur zu Teilgebieten des Themas dieser Arbeit einige Folgen für Telefondolmetschende im Gesundheitswesen abzuleiten.

Es wurde bisher die thematische sowie die kontextuelle Spontanität von telefonischen Dolmetscheinsätzen im medizinischen Bereich erläutert. Solche Gegebenheiten lösen eine gewisse Unsicherheit und dadurch Stress für viele Dolmetschende aus. Pöllabauer (2002) geht dieses Thema in Bezug auf Dolmetschende in der Psychotherapie in ihrer Masterarbeit näher ein. Sie nennt Spontanität als möglichen "Stressor" (2002:43) beim Dolmetschen. Stress aufgrund von Unvorhersehbarkeit der Aufträge wird auch in anderen empirischen Studien zum Medizin- oder Telefondolmetschen erwähnt. Mcdowell (2011) hat zum Beispiel wertvolle Einblicke von in Australien tätigen Medizindolmetschenden diesbezüglich gewinnen können. Dabei wird das Thema der Dolmetschung als körperliche und mentale Belastung behandelt. Laut Mcdowell (2011:139ff) empfinden Dolmetschende die Inhalte, die sie dolmetschen müssen, als Hauptquelle ihrer Belastung, aber es kann davon ausgegangen werden, dass sie sich in diesem Setting regelmäßig mit neuen Themen auseinandersetzen müssen. Des Weiteren kann durch das ständige Gefühl, nicht gut genug vorbereitet zu sein, auch das Selbstbewusstsein der Dolmetschenden sinken (vgl. Pöllabauer 2002). Leider bestehen nicht viele Ausbildungsmöglichkeiten für Dolmetschende, die ihre Kompetenzen erweitern wollen (vgl. Lee 2007:249, Wang 2018a:104), sodass es scheint, dass sie in dieser Hinsicht auf sich gestellt sind.

2.2.2.4. Tonqualität

Eines der von Telefondolmetschenden am meisten erwähnten Probleme ist die niedrige Tonqualität, mit der sie sich regelmäßig auseinandersetzen müssen. Diese kann mehrere Ursachen haben und eine Reihe negativer Folgen für die DolmetscherInnen nach sich ziehen.

Einerseits wird in der Fachliteratur auf die niedrige Qualität der technischen Ausstattung von verschiedenen beauftragenden Institutionen, darunter auch Gesundheitseinrichtungen, hingewiesen (vgl. Angelelli 2019, Lee 2007, Wang 2018a). Andererseits wurde ebenfalls oft festgestellt, dass, selbst wenn die verwendeten telefonischen Anlagen für den Auftrag geeignet sind, es oft an der technischen Kompetenzen seitens der EndbenutzerInnen, in diesem Fall KlientInnen und Gesundheitspersonal, fehlt (Iglesias Fernández 2020:81, Russo et al. 2020:24). Somit kommt es dazu, dass die Lautsprecher-Funktion des Telefons für Dolmetschungen, in denen der/die Dolmetschende sich zu den anderen GesprächspartnerInnen in demselben Raum zuschaltet, angewendet wird. Diese Methode ist aber nicht besonders kommunikationsfördernd, insbesondere wenn es Hintergrundgeräusche gibt oder die GesprächsteilnehmerInnen auch Nebengespräche anfangen (vgl. Amato 2020, Nataly 2008). Ein weiteres mögliches Problem stellt die ungünstige Positionierung der GesprächspartnerInnen im Raum dar (Locatis et al. 2010:348). Dadurch können die akustischen Signale den/die Dolmetschende/n nur begrenzt erreichen.

Daraus ergeben sich einige problematische Konsequenzen für die Arbeit des/der Telefondolmetschenden. Erstens wird sein/ihr Hörverstehen durch die schlechte oder nicht durchgehend laufende Verbindung beeinträchtigt und somit die erste Phase des Dolmetschprozesses laut Hale (2007) deutlich erschwert. Diese Situationen führen in der Regel zu einer aufwendigeren Gesprächssteuerung, wobei der/die Dolmetschende den Redefluss unterbrechen und um Wiederholung oder Erklärung bitten muss. Hinzu kommt die kognitive Belastung, die durch das Nicht-Hören entsteht. Der/die Dolmetschende ist dazu gezwungen, mehr Aufwand in die Dolmetschung zu investieren, was zu einer schnelleren Ermüdung führt (Amato 2020:50).

Havelka (2018:113ff) spricht ebenfalls einen wichtigen und vielleicht oft nicht bedachten Aspekt an, und zwar die Entfremdung, die durch das Nicht-da-Sein entsteht. Dieses Gefühl kann aufgrund von Unterbrechungen oder schlechter Tonqualität noch verstärkt werden (Havelka

2018:116) und dazu noch die Beziehungsbildung mit PatientInnen beeinflussen (Amato 2020:41). Das könnte als zusätzliche Belastung empfunden werden, da der/die Dolmetschende einen „attentional resource‘ price“ zahlen muss, um sich in der Kommunikation präsent zu fühlen (Moser-Mercer 2005:731).

2.3. Fazit

In diesem Kapitel wurden die Eckdaten einer typischen medizinischen Interaktion eruiert. Somit konnten Schlüsse für die gedolmetschte Kommunikation in der Medizin gezogen werden. Es wurde geschildert, inwiefern die Sprache der ÄrztInnen standardisiert und manchmal exzessiv fachlich ist, aber auch wie zwischen den Gesprächsteilnehmenden divergierende Sprachregister problematisch werden können. Darüber hinaus wurden die wesentliche Rolle der Fragetechnik in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation sowie das inhärente Machtgefälle zwischen Gesundheitskraft und PatientIn geschildert. Diese Aspekte spielen eine Rolle auch beim Medizindolmetschen.

Im Anschluss daran wurden die spezifischen Herausforderungen, die mit dem Dolmetschen im Gesundheitswesen unabhängig von Modus oder Einsatzmedium in Verbindung gebracht werden. Dabei handelt es sich um folgende Aspekte, die sich aus der Fachliteratur ergeben: die mangelnden kommunikativen Kompetenzen der GesprächspartnerInnen, die kulturellen Unterschiede, das ungleiche Machtverhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sowie die schwierige Positionierung des/r DolmetscherIn im Gespräch. Diese wurden unter die Bezeichnung „mediumunabhängige Herausforderungen“ zusammengefasst. Es wurde ebenfalls veranschaulicht, wie das akustische Medium des Telefons diese Schwierigkeiten verschärfen kann.

Zu guter Letzt wurden die dem telefonischen Medium spezifischen Herausforderungen angesprochen – die mediumabhängigen Herausforderungen. Die Fachliteratur gibt Auskunft über die von Dolmetschenden am meisten erwähnten Schwierigkeiten, die aufgrund des Einsatzes per Telefon vorkommen: die fehlenden nonverbalen Hinweise, die belastende zusätzliche Aufgabe der Gesprächssteuerung, die Spontanität der Einsätze und die niedrige Tonqualität.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass Telefondolmetschende oft keine günstige Ausgangslage in medizinischen Gesprächen haben. Das ist zum einen ein definierendes Merkmal des Medizindolmetschens, zum anderen auch ein durch den telefonischen Einsatz verschärfter Umstand dessen.

3. Bewältigungsmethoden

Bisher wurde erläutert, welche kommunikativen Hürden beim Telefondolmetschen für medizinische Gespräche überwunden werden müssen. Angesichts dieser Informationen wird im vorliegenden Kapitel versucht, mögliche Lösungen zu präsentieren. Es wird zunächst kurz auf die für Dolmetschende nötigen und hilfreichen Merkmale und Kompetenzen eingegangen, weil diese bei der Anwendung der Bewältigungsstrategien unterstützend wirken können. Allerdings sind diese nicht der Gegenstand der vorliegenden Arbeit und aus diesem Grund werden sie nur zusammenfassend behandelt. Dafür werden aber mehrere wertvolle Ressourcen zu diesem Thema zur Verfügung gestellt, um LeserInnen den Zugang zu weiteren Informationen diesbezüglich zu gewährleisten. Ein kurzer Überblick der eigenen Kompetenzen und Charaktermerkmale ist wichtig, da dieser dem/der Dolmetschenden Auskunft über seine/ihre Erfolgsaussichten beim Dolmetschen zu einem gewissen Zeitpunkt geben kann und die verbesserungsbedürftigen Kompetenzareale beleuchtet (Nataly 2008:40f). Für den/die DolmetscherIn ist es also von Bedeutung, sich seiner/ihrer Kompetenzen bewusst zu sein, um zu verstehen, dass er/sie nicht komplett hilflos vor Kommunikationsproblemen steht, sondern mithilfe seiner/ihrer Kompetenzen die problematischen Aspekte im Rahmen von gedolmetschten Gesprächen aktiv steuern, beeinflussen und verbessern kann (vgl. Kutz 2010, Refki et al. 2013, Tipton & Furmanek 2016). Das Gleiche gilt für Persönlichkeitsmerkmale. Laut Nataly (2008:40) können einige Merkmale öfter mit einer erfolgreichen Bewältigung der Herausforderungen des Telefondolmetschens in Verbindung gebracht werden. Deren Fehlen muss aber nicht unbedingt für den Erfolg des Einsatzes ausschlaggebend sein. Mängel auf dieser Ebene können durch Bewältigungsstrategien ausgeglichen werden (ibid. 2008:40).

Nach der allgemeinen Einführung ins Kapitel sollen konkrete Strategien zur Bewältigung von Kommunikationsproblemen beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen präsentiert werden. Diese werden je nach Zweck in mehrere Kategorien eingeteilt. Es werden nicht nur rein sprachliche Lösungen vorgeschlagen. Der Fokus wird ebenfalls auf die paraverbalen Aspekte, die die Gesprächssteuerung beim Telefondolmetschen unterstützen, gelegt. Darüber hinaus wird kurz auf das Thema der Positionierung der Dolmetschenden im Gespräch, der Kooperation mit dem Gesundheitspersonal sowie der für Telefondolmetschende nötigen Ausbildung eingegangen.

3.1. Merkmale und Kompetenzen von Telefondolmetschenden

3.1.1. Charaktermerkmale

Merkmale können als dauerhafte persönliche Eigenschaften, die das Verhalten einer Person bestimmen, definiert werden (Corsini 2002:1013). Die Summe dieser Eigenschaften bildet die Persönlichkeit (Gaines 2019:108f). Diese stellt die Basis für die Emotionen sowie den Interaktionsstil einer Person dar (ibid. 2019:109) und ist somit auch für kommunikative Fähigkeiten relevant. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Persönlichkeit eines/einer DolmetscherIn in Bezug auf seine/ihre Leistung nicht unbedeutend ist.

In der Fachliteratur werden die dolmetschspezifischen Charaktereigenschaften mehrfach thematisiert, allerdings meistens mit Fokus auf KonferenzdolmetscherInnen (siehe z.B. Henderson 1987, Rosiers et al. 2020, Shlesinger & Pöchhacker 2011). Es gibt aber auch Studien, die Aufschluss über die Dolmetschkompetenzen und die persönlichen Eigenschaften von Dolmetschenden in den Bereichen Community Interpreting und Telefondolmetschen geben (vgl. Angelelli 2019, Hale 2007, Havelka 2018, Refki et al. 2013, Tipton & Furmanek 2016). Kutz (2010:246) schreibt Dolmetschenden einen sogenannten „kognitive[n] Stil“ zu und meint damit die Denkweise und den Charakter eines Individuums, die dieses befähigen, den speziellen Anforderungen des Dolmetschens erfolgreich gerecht zu werden. Eine wichtige Anmerkung Kutz' bezieht sich auf die aufbaufähige Natur des kognitiven Stils: Er ist nicht auf angeborene Merkmale eingeschränkt und kann durch eine geeignete Ausbildung weiter ausgebaut werden (ibid. 2010:246). Zu diesem Thema schreiben auch Tipton und Furmanek (2016). Sie beschreiben das Persönlichkeitsprofil von Medizindolmetschenden (2016:153f). Laut den Autorinnen beinhaltet dieses Persönlichkeitsprofil Merkmale wie Verlässlichkeit, eine ständige Beschäftigung mit der Qualität der eigenen Dolmetschleistung, gute Zeitmanagement-Kompetenzen, Anpassungsfähigkeit, Aufgeschlossenheit, Menschenkontaktfreude, Einfühlungsvermögen, eine positive Einstellung, Selbstbewusstsein, Sozialfähigkeiten und Aufmerksamkeit auf verbale und nonverbale Hinweise sowie Selbstkontrolle in Stresssituationen (ibid. 2016:153f). Diese Merkmale könnten auch im Fall des Telefondolmetschens im Gesundheitswesen Anwendung finden.

3.1.1.1. Aufmerksamkeit für außersprachliche Elemente

Aus diesen Aufzählungen sollen nun einige Aspekte, die spezifisch für das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen relevant sein können, detaillierter thematisiert werden. Die Aufmerksamkeit des/der DolmetscherIn für außersprachliche Signale der GesprächspartnerInnen ist ein solches Merkmal. Unter außersprachlichen Signalen sind sowohl paraverbale Informationen wie Stimme und Intonation, als auch affektive Signale, insbesondere seitens der PatientInnen, zu verstehen. Beide können eine wesentliche Hilfe für die korrekte Identifizierung relevanter Informationen wie die Zustimmung des/der PatientInnen zu den Aussagen des/der ÄrztIn sein. Über den paraverbalen Input sagt Gracia-García (2002:5), dass der Erfolg eines/einer DolmetscherIn von seiner/ihrer Fähigkeit, die Schwankungen in der Stimme der anderen zu erkennen und richtig zu deuten, abhängt. Zum Thema Affektivität der GesprächspartnerInnen postuliert Moser-Mercer (2005: 730), dass die affektiven Informationen, also die Gefühle und Einstellungen der GesprächspartnerInnen gegenüber der jeweils anderen Gesprächspartei, eine ausschlaggebende Rolle spielen und sogar das Resultat der Interaktion ändern können. Dabei bezieht sie sich auf Situationen, die normalerweise emotional beladen sind. Im zweiten Kapitel wurde bereits ausgeführt, dass beim Medizindolmetschen mit einer gewissen Emotionalität der PatientInnen zu rechnen ist. Aus diesem Grund ist eben so ein Merkmal des/der DolmetscherIn gefragt, um die außersprachlichen Informationen nicht nur zu identifizieren, sondern auch dementsprechend zu handeln.

3.1.1.2. Anpassungsfähigkeit und Stressresistenz

Weitere nützliche Merkmale für Telefondolmetschende im Gesundheitswesen sind die Anpassungsfähigkeit und die Stressresistenz. Die Spontanität der Aufträge in diesem Bereich wurde bereits im zweiten Kapitel thematisiert. Hinzu kommt die manchmal hohe Fachlichkeit der medizinischen Gespräche sowie die Unbekanntheit des kommunikativen Kontexts im Sinne der Gesprächsteilnehmenden und des Interaktionsziels. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Tätigkeit der TelefondolmetscherInnen oft mit Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit verbunden ist. Diese Hürden können besser mit einem stressresistenten Ansatz überwältigt werden. Was laut Fachliteratur in solchen Situationen dem/der Dolmetschenden einen großen Vorteil bieten kann, ist also eine gewisse Flexibilität und Offenheit, mit Unerwartetem umzugehen (vgl. Nataly

2008:42, Uluköylü 2008:175). Diese Eigenschaft wird in der Fachliteratur auch als „Stressresistenz“ betitelt (vgl. Kutz 2010: 218, Tipton & Furmanek 2016:151). Diese Flexibilität oder Anpassungsfähigkeit kann ein wichtiger Teil des Arsenal von Dolmetschenden sein, die sich ständig mit neuen Kommunikationssituationen beschäftigen müssen. Moser-Mercer (2005:728) erklärt, dass im Dolmetschberuf Flexibilität mehr als „routine expertise“ (ibid. 2005:728) hilft, weil sie erlaubt, schnell und situationsabhängig neue Ansatzweisen zum Erledigen des Auftrags anzunehmen.

3.1.1.3. Selbstbewusstsein

Ebenfalls ein Persönlichkeitsmerkmal, das den Umgang Dolmetschender mit der Kommunikationssituation beeinflusst, ist deren Selbstbewusstsein. In der vorliegenden Arbeit wurde bereits festgestellt, dass die Gesprächssteuerung zu einer besonders wichtigen Aufgabe von Telefondolmetschenden zählt. Der/die DolmetscherIn muss also abhängig von der Situation in die Interaktion eingreifen und Missverständnisse aufklären oder bestimmte Informationen erläutern. Amato (2020:54) ordnet solche Momente einer gewissen kommunikativen Unsicherheit zu und nimmt an, dass Dolmetschende diese überwinden müssen, um die kommunikative Initiative übernehmen zu können. Sie betont, dass der/die DolmetscherIn Selbstbewusstsein braucht, um sich zu trauen, ins Gespräch einzugreifen und die Kommunikation wieder auf Kurs zu bringen. Zum Beispiel soll der/die DolmetscherIn im Fall von schlechten Tonbedingungen während der Telefondolmetschung selbstbewusst genug sein, um die anderen GesprächspartnerInnen zu bitten, einen zusätzlichen Aufwand für die erfolgreiche Bewältigung der Kommunikation zu leisten, indem sie langsamer und lauter reden (ibid. 2020:53) oder non-verbale Handlungen mündlich beschreiben (Wadensjö 1999:262). TelefondolmetscherInnen sollten keine Angst davor haben, sich durch ihre Eingriffe ein schlechtes Image gegenüber den GesprächspartnerInnen zu schaffen, sondern darauf abzielen, die Kommunikation durch alle verfügbaren Mittel möglichst gut zu gewährleisten. Zu diesem Zweck hilft es, sich über die eigenen Dolmetschkompetenzen bewusst zu sein (Amato 2020:54).

3.1.1.4. Erfahrung

Nicht zuletzt braucht ein/e gute/r DolmetscherIn viel Erfahrung. Diese kann schwer entweder den Kompetenzen oder den Merkmalen von Telefondolmetschenden zugeordnet werden. Sie wird allein durch wiederholte Einsätze gewonnen und hängt somit nicht von den internen oder persönlichen Charaktereigenschaften des/der Dolmetschenden ab, sondern von externen Faktoren wie der Nachfrage nach Telefondolmetschleistungen in der jeweiligen Sprachkombination einer/eines Dolmetschenden. Trotzdem findet die Erfahrung Erwähnung in der vorliegenden Arbeit, denn sie ist ein wichtiges Instrument für das Lösen kommunikativer Probleme und soll somit als Teil des Arsenalen jedes/jeder TelefondolmetscherIn betrachtet werden. Nataly (2008:37) bringt unter diesem Begriff jegliche berufliche Erfahrungen im telefonischen Bereich unter einen Hut. Sie seien für Telefondolmetschende nützlich, weil dadurch eine verbesserte Handhabung von akustischen Merkmalen wie Ton, Lautstärke, Aussprache, Atmungskontrolle oder auditive Schärfe entwickelt werden. Diese können dann auf das Telefondolmetschen übertragen werden. Mehrere Studien bestätigen dazu, dass Erfahrung mit Telefondolmetschaufträgen dabei hilft, einige Mängel des Telefondolmetschens als nicht mehr störend zu empfinden. Das am meisten genannte Beispiel sind die fehlenden visuellen Hinweise, die für erfahrene TelefondolmetscherInnen keinen besonders beeinträchtigenden Faktor mehr darstellen (Andres & Falk 2009:18, Iglesias Fernández 2020:87). Darüber hinaus fügt Iglesias Fernández (2020:91) hinzu, dass Erfahrung im Bereich Telefondolmetschen Dolmetschende auf die üblichen Schwierigkeiten sensibilisiert und somit eine gewisse Sicherheit in Bezug auf die eigene Fähigkeit, Probleme zu bewältigen, schafft. Nicht zuletzt hilft Erfahrung auch dabei, sich mit dem terminologisch vielfältigen Bereich der Medizin vertrauter zu machen (ibid. 2020:87).

3.1.2. Kompetenzen

Zusätzlich zu den Persönlichkeitsmerkmalen, die Dolmetschenden dabei helfen können, über Schwierigkeiten in der gedolmetschten Kommunikation leichter hinwegzukommen oder sich Fähigkeiten und Wissen schneller anzueignen, stellen auch deren Kompetenzen einen wichtigen Teil ihres Arsenalen dar. Diese können allgemein als Fähigkeiten, die eine gewisse Kontrolle über das eigene Leben ermöglichen und das effektive Umgehen mit schwierigen Situationen erleichtern, definiert werden. Was Kompetenzen nicht sind, wird ebenfalls angedeutet: Sie stellen

nicht die bloße Fähigkeit dar, sich an verschiedene Umstände anzupassen, sondern sie aktiv zu beeinflussen (Corsini 2002:194).

Kutz (2010:214) präsentiert das „Leipziger Kompetenzmodell der Dolmetschdidaktik“. Dabei macht er darauf aufmerksam, dass Dolmetschkompetenzen zwingend durch einen interdisziplinären Ansatz zu definieren sind. Schlussfolgernd sind auch die Kompetenzen, die Telefondolmetschende im Gesundheitswesen benötigen, vielfältig und nicht unbedingt streng dolmetschspezifisch. Sich und seine Fähigkeiten und Kompetenzen gut zu kennen, bringt einem/einer Dolmetschenden einen wesentlichen Vorteil auf dem Weg zur kontinuierlichen Verbesserung und ist eine gute Ausgangslage für die Entwicklung eines Arsenal von Dolmetschstrategien gegen Herausforderungen in der Kommunikation. Es sollte dazu angemerkt werden, dass Kompetenzen immer aufbaufähig sind (Nataly 2008:36) und somit im Laufe der Zeit immer mehr Einfluss auf Interaktionen nehmen können. Daher sollten sie in der Diskussion zur Bewältigung der Herausforderungen beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen nicht vernachlässigt werden.

Die mit dem CI- und vor allem dem Medizindolmetschen in Verbindung gebrachten Kompetenzen werden in der Fachliteratur unter verschiedenen Betrachtungspunkten umfassend erläutert und beinhalten unter anderem die folgenden Aspekte: allgemeine und spezialisierte sprachliche Kompetenzen sowie Kulturkompetenzen (vgl. Angelelli 2019:11, Abril Martí 2006:667ff, Creeze et al. 2021:19, Nataly 2008:35, Tipton & Furmanek 2016:151), kognitive Fähigkeiten wie Gedächtniskapazitäten und Konzentrationsfähigkeit (vgl. Abril Martí 2006:667ff, Mcdowell 2011: 139, Tipton & Furmanek 2016:151) sowie soziale Kompetenzen (vgl. Abril Martí 2006:667ff, Angelelli 2019:11). Die ethische Kompetenz findet ebenfalls in der Fachliteratur – insbesondere im medizinischen Setting – Erwähnung (vgl. Angelelli 2019:11, Refki et al. 2013:81, Tipton&Furmanek 2016:153). Die für Telefondolmetschende spezifisch nötigen Kompetenzen hingegen sind weniger untersucht (vgl. Havelka 2018, Nataly 2008, Russo et al. 2020). In den nachfolgenden Ausführungen werden sowohl Quellen zum Thema CI- und Medizin-, als auch TelefondolmetscherInnen zur Erläuterung der spezifischen nötigen Kompetenzen herangezogen.

3.1.2.1. Technische Kompetenzen

Bei telefonischen Einsätzen wirkt die technische Kompetenz des/der DolmetscherIn oder der Mangel dessen auf den Verlauf der Kommunikation. Auch wenn dieser nicht zur Gänze von dem/der DolmetscherIn beeinflusst werden kann und viel mehr das Resultat der Handlungen aller Gesprächsbeteiligten darstellt, nehmen diese Kompetenzen seitens des/der DolmetscherIn mehr Relevanz ein. Havelka (2021:65f) nennt „digitale Kompetenzen“ als Grundsatz des Ferndolmetschens. Damit ist gemeint, dass Dolmetschende, die aus der Ferne in Einsatz sind, die notwendigen Fähigkeiten besitzen oder entwickeln müssen, um die mit dem Telefon- oder Videodolmetschen einhergehenden technischen Voraussetzungen erfüllen zu können. Havelka (2021:65f) richtet sich hierfür nach dem europäischen Referenzrahmen für Digitale Kompetenzen (DigComp) und nennt fünf Bereiche davon. Zum einen die Informations- und Datenkompetenz, die sich auf die Fähigkeit der/die Dolmetschende, terminologische Arbeit zu betreiben, bezieht. Als Nächstes werden die Kommunikation und Kooperation angeführt. Diese werden als Fähigkeit, an die technischen Gegebenheiten angepasste Dolmetschstrategien anzuwenden, definiert. Die nächste genannte Kompetenz ist die Erstellung digitaler Inhalte. Damit ist der korrekte Umgang mit Ton- und Videodateien, die aus der Dolmetschung resultieren, gemeint. Dieser Reihe wird ebenfalls der Aspekt der Sicherheit, also der Umgang des/der DolmetscherIn mit vertraulichen Informationen, angeführt. Nicht zuletzt ist Problemlösung auch eine erforderliche Kompetenz, die erlaubt, technische Schwierigkeiten schnell überwinden zu können und die verfügbaren technischen Tools kreativ einzusetzen (ibid. 2021:65f).

3.1.2.2. Präsentationsfähigkeiten

Die Präsentationsfähigkeiten des/der DolmetscherIn wirken ebenfalls fördernd für die Interaktion zwischen GesprächspartnerInnen in der gedolmetschten Kommunikation. Diese können als eine Sammlung mehrerer Teilkompetenzen verstanden werden. Kutz (2010:463) zählt Prosodie und Körpersprache zu deren Definition und macht eine klare Trennung zwischen den zwei Begriffen. Da die vorliegende Arbeit sich mit dem Dolmetschen in einem ausschließlich akustischen Medium beschäftigt, werden nachstehend kurz die Elemente der Prosodie als Teil der wesentlichen Präsentationsfähigkeiten eines/einer DolmetscherIn thematisiert. Ahrens (2015:326) definiert Prosodie als akustische Phänomene, die in der Kommunikation in Form von Intonation,

Sprechtempo und -flüssigkeit vorkommen. Durch eine gute Prosodie können zusätzliche Informationen zum verbalen Input gleichzeitig geliefert werden (ibid. 2015:326). Für Telefondolmetschende kann es also relevant sein, auf ihre Sprechweise zu achten, da diese paraverbalen Signale, die mithilfe der Stimme oder Sprechpausen vermittelt werden, das Verständnis der Botschaft unterstützen können (ibid. 2015:326f). Tipton und Furmanek (2016:151) zählen ebenfalls „public speaking“ als eine für Medizindolmetschende wichtige Kompetenz.

3.1.2.3. Affektive Kompetenz

Nicht zuletzt sollte auch die emotionale und affektive Kompetenz unter dieser Kategorie erwähnt werden. Einerseits handelt es sich dabei um Empathie oder Einfühlungsvermögen, das in emotional geladenen Situationen wie eben medizinischen Gesprächen wichtig sein können, um die Emotionen des/der PatientIn richtig zu identifizieren und sie als zusätzliche Information in der Kommunikation berücksichtigen zu können (vgl. Iglesias Fernández 2020, Tipton & Furmanek 2016). Andererseits hilft diese Kompetenz nicht nur bei der Identifizierung emotionaler Informationen der GesprächspartnerInnen, sondern auch bei der Wiedergabe selbst. Ein/e DolmetscherIn, der/die verschiedene Emotionen in die Zielsprache gemeinsam mit der inhaltlichen Botschaft übertragen kann, bleibt somit dem Original möglichst treu (vgl. Hale 2007, Refki et al. 2013, Tipton & Furmanek 2016) und kann im medizinischen Setting zu einer nützlichen Informationsquelle für die Gesundheitskraft über den echten Zustand des/der PatientIn werden (vgl. Bechmann 2014).

3.1.2.4. Weitere Ressourcen

In den obigen Abschnitten wurden nur einige wenige wichtige Aspekte der Dolmetschkompetenzen am Telefon thematisiert. Dieser Forschungsbereich umfasst aber noch viel mehr wertvolle Inhalte, die in den letzten Jahrzehnten vermehrt untersucht wurden. Aus diesem Grund stehen verschiedene Ausbildungsansätze und Kompetenzmodelle zur weiteren Recherche zur Verfügung. Einige hilfreiche Werke diesbezüglich sind: Angelelli (2019), Angelelli & Jacobson (2009), Kutz (2010, 2012), Liu (2015), Refki et al. (2013), Rudvin &

Tomassini (2011), Tipton & Furmanek (2016). Auch die Ethikkodizes internationaler Dolmetschorganisationen können sich als aufschlussreich erweisen. Einige bekannte Beispiele hierfür sind: AIIC Code of Professional Ethics (AIIC 2022), National Code of Ethics for Interpreters in Health Care (NCIHC 2004), National Register of Public Service Interpreters (NRPSI 2016).

In diesem ersten Teil wurde die Basis für die Präsentation der Bewältigungsstrategien beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen bereitet. Mithilfe einer allgemeinen Präsentation wurden die relevantesten Merkmale von Dolmetschenden erläutert. Dabei wurden vier näher erläutert: die Aufmerksamkeit für außersprachliche Elemente, die Anpassungsfähigkeit und Stressresistenz, das Selbstbewusstsein und die Erfahrung. Im Anschluss wurden ebenfalls die für Telefondolmetschende im Medizinbereich notwendigen Kompetenzen mit Fokus auf die technischen Kompetenzen sowie auf die Präsentationsfähigkeiten und die affektive Kompetenz veranschaulicht. Als Nächstes sollen die konkreten Bewältigungsstrategien beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen besprochen werden.

3.2. Konkrete Bewältigungsstrategien

Die Schwierigkeiten, mit denen es beim Telefondolmetschen im medizinischen Bereich zu rechnen gilt, sowie deren Ursachen wurden im zweiten Kapitel behandelt. Dabei wurde ersichtlich, wie komplex der gedolmetschte Kommunikationsakt sein kann und wie oft dabei Missverständnisse auftreten. Nachstehend werden Lösungen für diese schwierigen Stellen gesucht. Diese sind als (Bewältigungs)Strategien in diesem Kapitel zu finden und wurden in drei Bereichen unterteilt, die den chronologischen Etappen einer Dolmetschung entsprechen: vor, während und nach der Dolmetschung. Jeder Etappe werden mehrere thematische Unterbereiche wie zum Beispiel inhaltsbezogene oder terminologische Strategien zugeordnet, um zu veranschaulichen, wo in der Regel bei einer telefonischen Dolmetschung Schwierigkeiten auftreten, aber auch, dass es mehr als eine mögliche Bewältigungsstrategie für jedes Problem gibt. Der/die DolmetscherIn verfügt über eine gewisse Auswahl und kann sich für die geeignete situationsabhängig entscheiden. In den folgenden Unterkapiteln sind also Strategien zur Gestaltung der Inhalte, aber auch zur Kommunikationsförderung und Gesprächssteuerung zu

sehen. Somit sollte jede/r TelefondolmetscherIn gut genug ausgerüstet sein, eine möglichst gute Dolmetschleistung zu erbringen.

Der Fokus der im Folgenden dargestellten Strategien ist die Perfektionierung und Optimierung der Dolmetschung sowie allgemein die Kontrolle des/der DolmetscherIn darüber. Aus diesem Grund werden andere Arten von dolmetschbezogenen Strategien wie zum Beispiel diejenigen zur Selbstfürsorge des/der DolmetscherIn in einem beschränkten Umfang und aus einer rein sprachlichen Perspektive behandelt – etwa wie sich der/die DolmetscherIn von schwierigen Inhalten sprachlich distanzieren kann. Diese Strategien sind zwar ebenso wichtig für den Erfolg des/der DolmetscherIn und können ebenfalls in verschiedenen Etappen des Dolmetschprozesses eingesetzt werden – zum Beispiel kann nach einem Einsatz auf Möglichkeiten der Supervision zurückgegriffen werden –, aber sie würden den Gegenstand der vorliegenden Arbeit überschreiten. Das Gleiche gilt für Strategien, die normalerweise auch beim Konferenzdolmetschen angewendet werden können und gründlich in der Fachliteratur untersucht wurden (vgl. Chernov 2004, Gile 1995, Lederer 1978, Pöchhacker 2015, Pöchhacker & Shlesinger 2001, Seleskovitch 1989, Setton 2003). Daraus wurden nur einige wenige Strategien ausgewählt, die sich gezielt für Telefondolmetschungen bei medizinischen Gesprächen eignen.

Als Orientierungshilfe zur Anwendung der folgenden Strategien soll erwähnt werden, dass die verschiedenen präsentierten Unterkategorien nicht nur separat, sondern auch in Kombination eingesetzt werden können. Diese ist eine Tendenz, die Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017:135) in ihrer Untersuchung von 15 Dolmetschenden im CI-Bereich beobachten konnten. Es hat sich dabei herausgestellt, dass die Dolmetschenden oft mehrere Strategien auf dasselbe Problem angewendet haben. Ebenfalls für eine erfolgreiche Umsetzung der Bewältigungsstrategien empfehlenswert ist es, als DolmetscherIn über den eigenen Dolmetschansatz zu reflektieren. Eine gute selbstanalytische Kompetenz ist nötig, weil die eigenen Meinungen und Perspektiven die Entscheidungen beim Dolmetschen beeinflussen (vgl. Angelelli 2019, Refki et al. 2013, Tipton & Furmanek 2016). Somit können sich Dolmetschende über die Hintergründe der eigenen Entscheidungen bewusst werden. Dieser Reflektionsprozess könnte zum Beispiel durch eine formelle Ausbildung (Tipton & Furmanek 2016:139), in der über die Rolle von Dolmetschenden reflektiert wird, unterstützt werden.

Die ersten Kapiteln beleuchten eine gewisse Knappheit der wissenschaftlichen Ressourcen zum Thema Community Interpreting und vor allem Telefondolmetschen mit Fokus auf das Gesundheitswesen. Diese Tendenz erstreckt sich auch auf die Thematik der optimalen Bewältigungsstrategien beim Dolmetschen in diesen Settings. Aufgrund von unausreichenden empirischen und theoretischen Belegen besteht also noch kein weitreichender Konsens unter den einzelnen beitragenden AutorInnen über Aspekte wie die adäquate Positionierung des/der DolmetscherIn im Gespräch oder seine/ihre aktive Beteiligung daran. Daher werden nachstehend auch Strategien präsentiert, die in der dolmetschwissenschaftlichen Gemeinschaft nur teilweise akzeptiert sind – zum Beispiel die aktive Steuerung des Gesprächs oder die eigenständige Befragung der GesprächspartnerInnen durch den/die DolmetscherIn. Wie oben angedeutet, steht dem/der DolmetscherIn eine Auswahl an Strategien zur Verfügung und die Entscheidung bleibt ihm/ihr überlassen, welche Strategie den Kommunikationszweck am besten bedienen.

Bisher wurde der Rahmen für die folgende Diskussion geschaffen und dabei Klarheit über einige wichtige Aspekte gewonnen. Als Nächstes sollen die einzelnen Kategorien und Unterkategorien von Strategien und Methoden bei Schwierigkeiten unter Betrachtung des im ersten Kapitel erläuterten Modells von Hale (2007:14) veranschaulicht werden.

3.2.1. Strategien vor dem Einsatz und im Allgemeinen

3.2.1.1. Ausbildung der Dolmetschenden und des Gesundheitspersonals

Eine gezielte und angepasste Ausbildung für Telefon-, beziehungsweise für Medizindolmetschende könnte eine der wichtigsten Waffen in deren Arsenal sein (vgl. Angelelli 2019, Hale 2007, Lee 2007, Refki et al. 2013). Deshalb wird dieser Strategie einen Platz in der Liste der Bewältigungsstrategien gewidmet. Sie ist eine globale Maßnahme mit langfristigen Auswirkungen auf den Verlauf aller darauf folgenden Dolmetschungen. Auf der Basis einer geeigneten Ausbildung können Dolmetschende ihr Bestes in Einsätzen geben (Hale 2007:36) und sich ständig entwickeln. Dies stellt einen Grundsatz dieser Tätigkeit und eine hierfür nötige Kompetenz dar (Refki et al. 2013:82). Ausbildungen und Zertifizierungskurse im Telefon- oder Medizindolmetschen sowie in allen anderen Settings helfen nicht nur durch die Vermittlung von Informationen und Dolmetschetechniken, sondern auch dadurch, dass sie Dolmetschende mit einer kontinuierlichen Beschäftigung mit Weiterentwicklung und -bildung prägen können (vgl. Hale 2007, Refki et al. 2013). Die durch Ausbildungen vermittelten Kenntnisse können dem/der

DolmetscherIn in allen drei Phasen des Dolmetschens helfen. Durch fundiertes allgemeines und spezialisiertes Wissen können unter Betrachtung von Hales Modell (2007) sowohl das Verstehen, als auch die Umwandlung und die Wiedergabe beim Dolmetschen positiv beeinflusst werden.

Die Dolmetscherausbildung ist allerdings nicht die einzige mögliche bildende Maßnahme, die getroffen werden kann oder soll. Wie im ersten Kapitel geschildert, ist das Dolmetschen eine kommunikative Triade, die auch andere PartnerInnen einbezieht. In dieser Triade spielt die Gesundheitskraft eine sehr wichtige Rolle. Aus diesem Grund könnte es sich als hilfreich erweisen, auch dem Gesundheitspersonal Ausbildungen über die Zusammenarbeit mit Dolmetschenden anzubieten. Somit könnte die Kommunikation noch mehr gefördert werden. Die Fachliteratur zur Thema bietet mittlerweile eine gute Grundlage für diese Zusammenarbeit. In den letzten Jahrzehnten sind verschiedene Leitfäden für ÄrztInnen, die mit Dolmetschenden arbeiten, erschienen (siehe z.B. AAMC Guideline, Angelelli 2004, Coetzee et al. 2020, Flores 2005, Hsieh 2016, Raval & Tribe 2002, Wiener 2004). Dies weist eine Akzeptanz der Notwendigkeit einer Ausbildung für das Gesundheitspersonal auf.

Was die tatsächliche Umsetzung solcher Ausbildungen angeht, seien sie für Dolmetschende selbst oder für Gesundheitskräfte, stehen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Um diese zu veranschaulichen werden zuerst empfohlene Dolmetscherausbildungen mit Fokus auf deren Inhalten erläutert. Diese sollten als Orientierungshilfe bei der Wahl eines Bildungspfades dienen. Danach werden genauere Empfehlungen und Hinweise für das Gesundheitspersonal, die auch direkt von dem/der betroffenen DolmetscherIn in der Dolmetschsituation vermittelt werden können, wenn keine formelle Einschulung möglich ist, umrissen.

Iglesias Fernández (2020:93) gelangt in ihrer Arbeit zum Schluss, dass es eine fürs Telefondolmetschen gezielte Ausbildung angeboten werden soll, damit die speziellen Voraussetzungen dieses Gebiets erfüllt werden. Dabei sollten Inhalte wie die Benutzung und Identifizierung von stimm- und prosodiebezogenen Merkmalen sowie die Identifizierung von sprachlichen Ressourcen, die den Ausdruck von Emotion begleiten, vermittelt werden. Darüber hinaus sollte der/die Dolmetschende über den Umgang mit negativen Emotionen, aber auch mit schwachen Stimmen und starken Akzenten gelehrt werden. Kutz (2010:219) zählt dazu das Wissen über den Umgang mit Konflikten sowie mit unerwarteten Situationen, das Trainieren der

Reaktionsschnelligkeit und das Aneignen von adäquaten Höflichkeitsformeln abhängig vom sozialen und kulturellen Hintergrund der GesprächspartnerInnen. Er betont auch die Notwendigkeit einer „Stimm-Schulung“ (ibid. 2010:254) für Dolmetschende. Damit sind Informationen über Klangfarbe und Stimm-Hygiene gemeint. Gorjanc (2009:89) erwähnt auch die Vermittlung des terminologischen Managements als wichtiger Bestandteil von Ausbildungen.

Eine konkrete Ressource für die Ausbildung von Dolmetschenden und/oder ÄrztInnen könnten sogenannte Protokolle sein. Sie sind zwar kein Lerninstrument *per se*, können aber als Anleitung sowohl für Dolmetschende, als auch Gesundheitskräfte dienen. Diese Protokolle werden als Hinweise für spezifische Szenarien formuliert und werden in der Regel von Telefon- oder Ferndolmetschunternehmen für ihre MitarbeiterInnen angewendet (vgl. Amato 2020, Nataly 2008). Amato (2020: 46) stellt ein Beispiel eines solchen Unternehmens vor. Dabei handelt es sich um drei unterschiedliche Protokolle, die Dolmetschenden unter bestimmten Umständen mehr Autonomie zur Gestaltung des Gesprächs anbieten und somit die effiziente Kooperation mit der Gesundheitskraft fördern. Ein darin einbegriffenes Szenario bezieht sich auf Notrufe. In diesem Fall darf der/die DolmetscherIn eigenständig handeln, um die relevantesten persönlichen Informationen von dem/der PatientIn schnell zu erfahren. Es sollte allerdings angemerkt werden, dass diese Protokolle an erster Stelle für Dolmetschende gedacht sind und ihre Aktivität im Rahmen des Unternehmens bestimmen. Im Artikel wird nicht präzisiert, ob auch Gesundheitskräfte darüber informiert werden.

Auch in Bezug auf Ausbildungsmöglichkeiten für Gesundheitskräfte werden in der Fachliteratur Empfehlungen formuliert. Es wird empfohlen (Amato 2020:58, Nataly 2008:270ff), den/die DolmetscherIn über die Kommunikationssituation in Kenntnis zu setzen, seine/ihre Rolle in der Kommunikation im Voraus zu erklären und zu schützen sowie Kommunikationsprobleme zuerst zu untersuchen und nicht sofort einer unzufriedenstellenden Leistung seitens des/der DolmetscherIn zuzuschreiben. Die Gesundheitskraft kann eine große Hilfe für den/die DolmetscherIn beim Verstehen des Kontextes und der Antizipierung der Inhalte sein. Sie können kurz vor dem Einsatz dabei helfen, indem sie Informationen wie die Namen von Medikamenten oder das medizinische Problem des/der PatientIn bekanntgeben (Amato 2020:61). Viele AutorInnen (siehe z.B. Cushing 2002, Hale 2007, Havelka 2018) schlagen ÄrztInnen ebenfalls vor, die medizinische Fachsprache, kolloquiale Ausdrücke sowie Umgangssprache und ungenaue

Ausdrücke zu vermeiden und vorsichtig mit Metaphern und Vergleichen umzugehen. Da eine tatsächlich formelle Ausbildung des Gesundheitspersonals angesichts der vorhandenen Bedingungen im CI-Bereich eher unwahrscheinlich ist (vgl. Angelelli 2019:6, Pollit & Haddon 2005:189), könnten die vorher erwähnten Empfehlungen auch persönlich von dem/der DolmetscherIn gleich vor dem Einsatz geliefert werden, soweit der nötige Rahmen dafür vorhanden ist (Tipton & Furmanek 2016:118). Um dem Gesundheitspersonal aussagekräftige und glaubwürdige Richtlinien des Dolmetschens und der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden möglichst effizient zu vermitteln, können sich Telefon- oder Medizindolmetschende mit offiziellen Richtlinien und Kodizes behelfen. Tipton & Furmanek (2016:147) schlagen zum Beispiel einen Leitfaden von Wasserman et al. (2014) für die medizinische Kommunikation mit ausländischen PatientInnen vor. AIIC bietet diesbezüglich einen Kodizes, der unter anderem Tipps über „Kundenbildung“ enthält (1999). Letztendlich scheint nicht nur die Ausbildung von Dolmetschenden, sondern auch die der anderen GesprächspartnerInnen für die Benutzung des Telefondolmetschens sinnvoll.

Um den praxisorientierten Ansatz der vorliegenden Arbeit zu gewährleisten werden im Folgenden einige konkrete Ausbildungsprogramme für Medizin- sowie Telefondolmetschende aufgelistet. Hale (2007:265f) liefert eine Liste mit langen und kurzen Ausbildungsprogrammen für CI-, Gerichts- und Medizindolmetschende. Unter den Ländern mit solchen Programmen befinden sich Australien, Neuseeland, die USA, aber auch Großbritannien, Spanien und Frankreich. Es besteht die Wahrscheinlichkeit, dass seit der Erscheinung dieser Liste zusätzliche Ausbildungsangebote eingeführt wurden. Angelelli (2019:7) schreibt über zwei Masterprogramme in Alcalá de Henares, Spanien und in Leeds, Großbritannien, im Bereich CI. Im Internet sind ebenfalls einige Angebote für Telefondolmetschende zu finden. Das Mary Ward Centre (Angebot für Telefondolmetschdienstleistungen 2022) in Großbritannien ist ein Beispiel davon. Dazu werden zahlreiche Zertifizierungskurse von verschiedenen Unternehmen angeboten (siehe z.B. Telelanguage). In Australien sind auch Ausbildungen für Gesundheitskräfte, die mit Telefondolmetschenden arbeiten, zu finden (HETI 2022).

3.2.1.2. Gründliche terminologische und kontextuelle Vorbereitung

Wie in den ersten Kapiteln angedeutet, kann der medizinische Bereich Dolmetschende vor große Herausforderungen stellen, was die terminologische Komplexität angeht. Hinzu kommt die eher typische Spontanität der telefonischen Einsätze, die im zweiten Kapitel untersucht wurde. Diese zwei Faktoren führen dazu, dass sich terminologische Probleme im Laufe einer Telefondolmetschung schnell häufen können. Eine gute Strategie, diese Situationen möglichst zu reduzieren oder sogar zu vermeiden, ist die rechtzeitige terminologische, aber auch soweit möglich kontextuelle Vorbereitung des/der DolmetscherIn.

Dolmetschende sollten die Kompetenz besitzen, sich gründlich terminologisch für Einsätze vorzubereiten. Diese ist im Dolmetscherberuf grundlegend (vgl. Angelelli 2019, Creeze et al. 2021, Hale 2007, Havelka 2018, Tipton & Furmanek 2016, Refki et al. 2013). Was genau das terminologische und kontextuelle Wissen umfassen, wird auf verschiedene Weise in der Fachliteratur erörtert. Über terminologische Kenntnisse besteht ein gewisser Konsens in Bezug auf den Umfang dieses Begriffs (vgl. Angelelli 2019, Creeze et al. 2021, Havelka 2018, Refki et al. 2013). Darin sollten Fachbegriffe über die menschliche Anatomie und Physiologie, Krankheiten, Diagnosen und Behandlungsmethoden, aber auch präoperative Hinweise sowie Termini griechischen und lateinischen Ursprungs einbegriffen werden (Creeze et al. 2021:18). Zu der terminologiespezifischen Kompetenz des/der DolmetscherIn gehören auch die für den jeweiligen Auftrag relevanten Termini (vgl. Angelelli 2019, Havelka 2018, Refki et al. 2013).

Kontextuelle Kenntnisse werden hingegen weniger einheitlich in der Fachliteratur definiert. Sie sind unter verschiedenen Bezeichnungen zu finden – „setting-specific“-Wissen (Angelelli 2019:11), Familiarität mit dem Gesundheitssystem (Creeze et al. 2021:19) oder „die Kenntnis von institutions- und prozessgebundenem Wissen“ (Havelka 2018:62) – und werden aus unterschiedlichen Blickwinkeln definiert. Ein Versuch, diese Teildefinitionen zusammenzubringen, würde zu einer Definition der kontextuellen Kenntnisse als Wissen über den Rahmen, in dem das Gespräch stattfindet, führen. Laut Creeze et al. (2021:19) zählen darunter Informationen über die Funktionierungsweise der Gesundheitssysteme sowohl in der Herkunftskultur des/der PatientIn, als auch in der Aufnahmekultur, aber auch die Verfahren und Prozedere, die es in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung zu folgen gilt, wie zum Beispiel das übliche Verfahren für Terminvereinbarungen. Ebenfalls wichtig sind in diesem Sinne die

typischen Abläufe von medizinischen Gesprächen (Angelelli 2019:11), prä- und postoperative Verfahren und verschiedene Dokumente wie die Zustimmungsfomulare der PatientInnen (Creeze et al. 2021:19). Hale (2007:17) weist die kontextuellen sowie kulturellen Kenntnisse den im ersten Kapitel erläuterten diskursexternen Bedingungen zu, die die erfolgreiche Kommunikation unterstützen.

Ein gutes Verständnis der Verfahren und Inhalte von medizinischen Abäufen unterstützen den/die DolmetscherIn im Sinne der Etappen des Dolmetschprozesses nach Hale (2007). Genauer gesagt fördert dieses die Verstehensphase des Dolmetschens (ibid. 2007:17). Dabei können Dolmetschende anhand ihrer Vorkenntnisse gewisse Informationen von dem Gesagten inferenzieren und somit müssen sie nicht mit einem völlig unbekannten Ausgangstext arbeiten (ibid. 2007:9). Wie diese terminologisch orientierte Strategie auszusehen hat bleibt dem/der DolmetscherIn abhängig von persönlichem Stil überlassen. In der Fachliteratur werden einige Empfehlungen diesbezüglich gemacht. Ein erstes und oft benutztes Instrument für die terminologische Vorbereitung stellt die Internetrecherche dar. Gorjanc (2009:89) schlägt das Internet als terminologische Quelle vor. Er berichtet ebenfalls über ein unterstützendes Tool für die terminologische Vorbereitung: WebBootCaT. Dieses funktioniert auf Basis von selbst erstellten Corpora von Texten vom Internet und könnte sich auch für Dolmetschende als nützlich erweisen (ibid. 2009:90). Costa et al. (2018) bieten diesbezüglich einen umfangreichen Überblick über die auf dem Markt angebotenen Programme zum Terminologiemanagement, wo verschiedene kostenlose oder -pflichtige Plattformen vorgestellt und verglichen werden. Obwohl sie in ihrem Artikel zum Schluss kommen, dass keine der analysierten Tools sich vollständig für die Dolmetschertätigkeit während des Einsatzes eignet, ist es vorstellbar, dass sie in der Vorbereitungsphase einen gewissen Mehrwert nach sich ziehen können. Andere hilfreiche Ressourcen könnten herkömmliche Wörterbücher oder selbst erstellte Glossare sein (vgl. Nataly 2008, Tipton & Furmanek 2018). Dabei empfehlen Tipton & Furmanek (2016:120) Glossare viel mehr in der Vorbereitungsphase und nicht so oft während des Einsatzes zu benutzen – maximal dreimal. Eine weitere hilfreiche Empfehlung für die Vorbereitung sind terminologisch spezifische Wörterlisten wie zum Beispiel Listen von Begriffen, die üblicherweise regionale Bezeichnungen haben: Heilpflanzen, heimisches Obst, Symptome oder übliche Krankheits- und Heilmittelnamen (ibid. 2016:121).

3.2.1.3. Technische Ausstattung

Eine weitere Maßnahme, die Dolmetschende außerhalb der konkreten Dolmetschsituationen treffen können, um ihre Leistung zu fördern und ihren kognitiven Aufwand möglichst auf die Aufgabe des Dolmetschens zu konzentrieren, ist die technische und ergonomische Ausstattung ihres Arbeitsplatzes (vgl. Amato 2020, Andres & Falk 2009). Achtsamkeit in Hinblick auf die praktischen Aspekte der Arbeitsplatzgestaltung kann sich dann in die Dolmetschung in die bessere oder schnellere Bewältigung von kommunikativen Mängeln übertragen (Amato 2020:42). Im Gegenzug soll eine ungeeignete Ausstattung sogar schaden. Roziner & Shlesinger (2010) haben dies in ihrer Untersuchung von Ferndolmetschen im Simultanmodus im Europäischen Parlament feststellen können. Die Dolmetschenden in der Studie haben aus diesem Grund mehr Stress und Belastung während der Dolmetschung erlebt. Aus diesem Grund sollte der Aspekt der technischen und ergonomischen Ausstattung bei der Vorbereitung für Einsätze nicht vergessen werden. Andres & Falk (2009:22) machen ebenfalls darauf aufmerksam, dass die GesprächsteilnehmerInnen selbst die telefonischen Geräte bedienen können sollen. Dieser Aspekt steht aber oft nicht unter der Kontrolle des/der DolmetscherIn und kann zu Kommunikationsschwierigkeiten führen, aber eine gute Ausstattung seitens des/der DolmetscherIn kann ihren Effekt verringern.

Dolmetschende sollten in diesem Sinne auf mehrere Aspekte achten. Einer davon, der besondere Aufmerksamkeit verdient, sind die Kopfhörer. Bei deren Wahl können einige Quellen im Internet für Orientierung benutzt werden. Ein Beispiel hierfür ist der Internationale Konferenzdolmetscherverband AIIC (AIIC 2020), der eine ausführliche Liste mit Namen und technischen Merkmalen der Kopfhörer aufführt. Eine weitere nützliche Quelle in dieser Hinsicht können Blogseiten von professionellen DolmetscherInnen sein. KGH Interpretation (KGH Interpretation 2020) formuliert zum Beispiel Empfehlungen für die notwendige technische Ausstattung von Ferndolmetschenden im Gesundheitswesen. Beim Telefondolmetschen sind die benutzten telefonischen Geräte ebenfalls von Bedeutung. Diesbezüglich sind die Meinungen WissenschaftlerInnen geteilt: Ozolins (2011:36) empfiehlt Festnetztelefone, während Ko (2006:84) sich für die Anwendung der Lautsprecher-Funktion ausspricht, weil diese die Notation ermöglicht. Damit meint er ein „free-standing telephone“, das von mehreren Personen gleichzeitig benutzt werden kann. Nataly (2008:31) rät aber von der Lautsprecher-Funktion ab. Iglesias Fernández (2020:92) schreibt zum Thema Bedienung von Telefongeräten über die

Notwendigkeit der Einführung benutzerfreundlicherer Telefongeräte, die von allen Gesprächsteilnehmenden einfach zu benutzen sind.

Was die Ergonomie des Arbeitsumfelds, also die individualisierte Gestaltung der Möbel am Arbeitsplatz, angeht, können viele wertvolle Kenntnisse aus dem Bereich der Sport- und Arbeitswissenschaft gewonnen werden. WissenschaftlerInnen vom Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung Stuttgart (2018) haben einen Leitfaden zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung erstellt. Darin wird erklärt, wie wichtig die Körperhaltung im Sitzen für die Gesundheit des Bewegungsapparates ist. Es wird dabei einen ständigen Wechsel zwischen der stehenden und sitzenden Position sowie eine Körperaufrichtung zwischen 70-75% empfohlen. Im Leitfaden wird aber ebenfalls erwähnt, dass es für den Körper ungesund ist, für eine längere Zeit in derselben Haltung, also auch in der optimalen Haltung, zu bleiben (ibid. 2018:19). Was die Einrichtung des Arbeitsplatzes angeht, kann abhängig von Möglichkeiten versucht werden, den Stuhl mit dem Boden auf Ebene der Knie in stehender Position und den Tisch auf Ebene der unteren Ellenbogenkante einzustellen (ibid. 2018:18). Diese Erkenntnisse können in den beruflichen Alltag von Telefondolmetschenden integriert werden, um ihre Erfahrung zu optimieren und sie zu entlasten.

3.2.2. Strategien während des Einsatzes

3.2.2.1. Inhaltsbezogene Strategien

A. Inferenzierung

Inferenzierung oder Inferenzziehung wird von Kalina (1998:117) in Bezug auf das Konferenzdolmetschen folgendermaßen definiert: beim Dolmetschen das Ziehen von Informationen aus dem situativen Kontext und dem eigenen Vorwissen über die Kommunikationssituation und das Gesprächsthema, wenn ein Mangel an genauen Fachinformationen seitens des/der Dolmetschenden herrscht. Damit ist eine Strategie gemeint, durch die verschiedene nützliche Informationen über die GesprächsteilnehmerInnen, ihre Kommunikationsziele oder die Inhalte des Gesprächs im Laufe des Gesprächs vom Gesagten abgeleitet werden können. Laut Kalina (1998) kann das Vorwissen sprachlicher und außersprachlicher Art sein. Das sprachliche Vorwissen beinhaltet unter anderem

situationsspezifische Fachtermini und das außersprachliche beinhaltet sowohl Fachwissen, als auch kulturelle Kompetenz u.v.m. Diese Strategie kann auch für das Telefondolmetschen einen großen Vorteil bieten.

Was die Inferenzierungskompetenz des/der DolmetscherIn stark unterstützen kann, ist die gründliche terminologische und kontextuelle Vorbereitung, die bereits behandelt wurde, damit der/die Dolmetschende schnellen Zugriff auf ein umfangreiches Hintergrundwissen hat und dieses mit den neuen Informationen aus der Dolmetschung in Verbindung setzen kann. Mithilfe der Inferenzierung kann sich der/die DolmetscherIn schnell eine gewisse sprachliche Sicherheit schaffen, indem er/sie die Signale und die indirekt relevanten Informationen von den GesprächsteilnehmerInnen interpretiert und in den größeren Kontext seines/ihres eigenen Vorwissens setzt. Somit kann die Verstehensphase des Dolmetschens begünstigt, das Selbstbewusstsein des/der DolmetscherIn verstärkt (Amato 2020:54) und es können sogar verschiedene Sinnfehler der GesprächspartnerInnen erkannt und in die Kommunikationssituation dementsprechend integriert oder beseitigt werden. Amato (2020:58) nennt diesbezüglich ein Beispiel: In einem medizinischen Gespräch erklärt der Arzt dem Dolmetscher den Grund für den Besuch der Patientin, indem er „she needs a broken bone“ (ibid. 2020:58) sagt. Damit meint er eigentlich, dass die Patientin medizinische Behandlung aufgrund eines gebrochenen Beines benötigt. Dies wird vom Dolmetscher schnell erkannt und die gemeinte, nicht die ausgesprochene Botschaft, wird gedolmetscht. Der Dolmetscher inferiert das Gemeinte aus dem Kontext und geht effizient mit dem Sinnfehler des Arztes um, indem er nicht nach einer Erklärung fragt, sondern direkt die gemeinte Botschaft wiedergibt.

B. Kompression

In Kalinas (2015:73) Eintrag in der *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* wird die Kompression als eine Strategie zur Zieltextproduktion definiert. Sie kann auf lexikalischer, semantischer oder syntaktischer Ebene stattfinden. Mit Kompression sind unter anderem lexikalische oder semantische Reduktionen in der „Textoberfläche“ sowie Auslassungen von Informationen durch Selektion gemeint. Kompression wird in der Regel mit dem Konsekutivdolmetschen assoziiert (ibid. 2015:73) und stellt mittlerweile eine typische Strategie in der Fachliteratur dar (siehe z.B. Albl-Mikasa 2006, Chernov 2004, Herbert 1952, Kalina 2015).

Kalina (1998) empfiehlt sie sowohl für das Konsekutiv-, als auch für das Simultandolmetschen, aber macht dabei auf den dafür nötigen kognitiven Aufwand aufmerksam. Ihrerseits definiert Hale (2007:10) Kompression als die Auslassung von für das Verstehen nicht wesentlichen Elementen wie Häitationen, Wiederholungen und mit dem Inhalt nicht verbundenen Informationen.

Diese Strategie kann also auf allen Diskursebenen und in verschiedenen Settings angewendet werden und soll laut einer umfassenden Studie über die Genauigkeit beim Dolmetschen (Major & Napier 2012) nur einen begrenzt negativen Effekt auf die Vermittlung der Botschaft haben. Kompression kann dem/der DolmetscherIn helfen, mit einem schnellen Redetempo Schritt zu halten oder die Kommunikation durch die auf relevante Informationen begrenzte Vermittlung zu fördern (vgl. Kalina 2015). Somit werden die Umwandlungs- und Wiedergabenphasen beim Dolmetschen begünstigt. Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017:128) behaupten über Auslassung, die extremste Form der Kompression, dass diese angewendet werden kann, um die Anzahl an unbekannten Konzepten in einem Gespräch für eine/n GesprächspartnerIn zu reduzieren. Andererseits kann diese auch eine Priorisierungsstrategie sein, indem nur die als wichtig eingestuften Elemente aus dem Zieltext übertragen werden. Die wissenschaftliche Community ist sich aber nicht unbedingt einig über die Anwendung dieser Strategie im medizinischen Bereich, wo, wie im zweiten Kapitel angedeutet, auch anscheinend irrelevante Informationen eine gewisse Bedeutung und Relevanz in sich tragen können. Cushing (2002:46) empfiehlt zum Beispiel ÄrztInnen, DolmetscherInnen dazu zu ermutigen, alle Informationen, selbst diejenigen, die sie irrelevant finden, wiederzugeben.

C. Umgang mit terminologisch schwierigen Stellen

Trotz einer gründlichen terminologischen Vorbereitung, die durch die zeitliche Organisation von telefonischen Dolmetschaufträgen nicht immer vorhanden ist, entstehen im Laufe von Dolmetschungen oft sprachliche Hürden, mit denen der/die DolmetscherIn zu kämpfen hat. Im Folgenden werden einige Notstrategien aus der Fachliteratur und den Erfahrungen von im Rahmen von Interviewstudien befragten professionellen Dolmetschenden benannt. Sie dienen dem Umgang mit spontanen terminologischen Schwierigkeiten und sollten die möglichst adäquate und akkurate Wiedergabe fördern.

Eine Herausforderung, die während Dolmetschungen häufig vorkommt, sind Begriffe, die in einer der zwei Arbeitssprachen und Kulturen kein genaues Äquivalent haben. Dieser Zustand kann durch ein ungleiches Bildungsniveau der GesprächspartnerInnen, wie es im CI oft der Fall ist, weiter verschärft werden. Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017) beleuchten in ihrer Studie einige nützliche Lösungen dafür. In ihrer Analyse der Strategie von 15 Dolmetschenden im Rahmen von Rollenspielen konnten sie mehrere mögliche Notstrategien im Fall von terminologischen Schwierigkeiten beobachten. Der situative Kontext der Studie war ein Elterngespräch zwischen Chinesisch sprechenden Eltern und VertreterInnen der spanischen Schule, die die Kinder der Chinesisch sprechenden besuchen. Die Dolmetschungen fanden im Sprachpaar Chinesisch-Spanisch mit Spanien als Aufnahmekultur für die Chinesischsprechenden statt. Eine der beobachteten Dolmetschstrategien war die Benutzung eines möglichst sinnähnlichen Äquivalentes in der Zielsprache für einen sehr kulturspezifischen Begriff in der Ausgangssprache. Vier Dolmetschende haben sich zum Beispiel dafür entschieden, das Spanische Wort „bachillerato“, das sich auf die letzten zwei Jahre der Mittelstufe in Spanien beziehen, mit dem chinesischen Wort „gaozhong“ (高中) zu übersetzen. Das Letztere deckt eine ähnliche Bedeutung und unterscheidet sich nur in der Dauer – drei Jahre (ibid. 2017:127).

Oft kommt es aber dazu, dass dem/der Dolmetschenden der genau äquivalente Ausdruck in der Zielsprache fehlt, entweder weil diese lexikalische Ressource im Moment nicht verfügbar ist oder weil es kein gleichbedeutendes Konzept in der Zielsprache gibt. In diesen Situationen griffen viele von den Dolmetschenden in der Studie auf die Strategie der Periphrase zurück. Damit ist die Ersetzung des äquivalenten Ausdrucks in der Zielsprache mit einer Erklärung des originalen Begriffs gemeint (ibid. 2017:127). Diese Strategie lässt sich auch im medizinischen Bereich gut anwenden (vgl. Valero-Gárce 2005) und wird ebenfalls im Bereich Telefondolmetschen empfohlen (Nataly 2008:144).

Dolmetschende verfügen über ein weiteres sprachliches Instrument, das sie im Notfall ergreifen können, und zwar die ihnen bereits bekannten Informationen über eine/n der GesprächspartnerInnen oder das eigene Vorwissen über ähnliche kommunikative Situationen. Genauer gesagt können Dolmetschende auf der Basis ihrer Erfahrung mit ähnlichen kommunikativen Kontexten gewisse Annahmen machen und dementsprechend handeln. Zum Beispiel könnte ein/e erfahrene/r DolmetscherIn annehmen, dass der/die PatientIn lange in der

Aufnahmekultur gelebt hat und sich aus diesem Grund dafür entscheiden, Ausdrücke aus der Ausgangssprache in der Zielsprache zu belassen. Folglich kann er/sie davon ausgehen, dass der/die PatientIn bestimmte übliche Namen und Formeln in der Zielsprache schon kennt und in der Dolmetschung wiedererkennen könnte. Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017:127) zeigen in ihrer Studie, wie einige der untersuchten DolmetscherInnen diese Gelegenheit in der Kommunikation mit den Chinesisch sprechenden Eltern ausnutzen. Sie verwenden diese Strategie und ersparen sich dabei den Aufwand bei der Wortsuche in der Zielsprache. Es wurde beobachtet, dass die meisten Dolmetschenden das übernommene Wort aus der Ausgangssprache mit einer Periphrase oder Erklärung gefolgt haben. Das kann praktische Zwecke haben, um den/die KundIn mit bestimmten nützlichen Begriffen vertraut zu machen. Möglicherweise benutzen KundInnen selbst in ihrer Ausdrucksweise Wörter aus der Zielsprache, wenn sie länger im Herkunftsland leben. Das kann von dem/der DolmetscherIn auch zunutze gemacht werden, indem die jeweiligen Wörter einfach übernommen werden. Laut Meyer (2009:150) sollte dem/der KundIn Freiraum gelassen werden, sich nicht nur in seiner/ihrer Muttersprache zu äußern, sondern auch in der Zielsprache, wenn ihm/ihr in einer bestimmten Situation nur diese sprachliche Ressource zur Verfügung steht. Der/die DolmetscherIn sollte dies ermöglichen anstatt es zu bekämpfen, weil das Letztere zu einem verlangsamten Sprechrhythmus seitens des/der PatientIn führen könnte.

D. Sprachliche Distanzierung

Laut Kutz (2010:192) sind Emotionen Teil des Dolmetschprozesses und können dessen Verlauf beeinflussen oder entscheiden: „Gerade durch Emotionen kann die gedolmetschte Kommunikation erstaunlich einfach oder äußerst schwierig verlaufen“ (ibid. 2010:192). Wie im zweiten Kapitel angedeutet, können medizinische Gespräche besonders emotional geladen sein und dadurch Dolmetschende negativ beeinflussen. Um eine hohe Belastung aufgrund der gedolmetschten Inhalte zu vermeiden, können sich Dolmetschende davon sprachlich distanzieren. Dies kann in mehreren Weisen erfolgen und gleichzeitig auch andere Vorteile nach sich ziehen.

Durch die Beobachtung und Analyse von Telefondolmetschenden im Rahmen verschiedener Studien (vgl. Lee 2007, Oviatt & Cohen 1992, Ozolins 2011, Rosenberg 2007) konnte festgestellt werden, dass viele Dolmetschende die dritte anstatt der ersten Person bei der

Wiedergabe benutzen. Diese Strategie entspricht zwar nicht den herkömmlichen Ideen über die Arbeitsweise von Dolmetschenden (vgl. NAJIT 2004, Nataly 2008, Wiener 2004), findet aber in den letzten Jahrzehnten mehr Erwähnung in der Fachliteratur (vgl. Iglesias Fernández 2020, Lee 2007, Ozolins 2011, Rosenberg 2007). Lee (2007:246) stellt in seiner Befragung 29 Dolmetschender fest, dass 45 % davon zwischen der ersten und dritten Person bei Dolmetschungen schwanken, während 15 % ausschließlich die dritte Person verwenden. Rosenberg (2007:74) kommt in seiner Untersuchung zu demselben Schluss: Telefondolmetschende bevorzugen die dritte Person.

Wadensjö (2013:106) erklärt das Dolmetschen auf zwei Ebenen, die in der Praxis nicht getrennt werden können: Koordination und Translation. Aufgrund der spezifischen Koordinationsbedürfnisse der gedolmetschten Kommunikation am Telefon kann angenommen werden, dass der/die Dolmetschende viel mehr eine koordinierende Rolle annimmt. Dabei könnte die Anwendung der dritten anstatt der ersten Person stärker unterstützend wirken. Oviatt & Cohen (1992:278f) gehen davon aus, dass die Abwechslung zwischen erster und dritter Person eine koordinierende Funktion hat. Dolmetschende in ihrer Studie benutzten die erste Person ausschließlich zu „Self-Reference“-Zwecken (ibid. 1992:283). Sie setzten dies als Instrument ein, um ihre aktive Teilnahme am Gespräch zu signalisieren und auf sich selbst Bezug zu nehmen. Ansonsten verwendeten die meisten Dolmetschenden in dieser Studie ausschließlich die dritte Person. Ozolins (2011:46) weist ebenfalls auf den problematischen Umgang mit der ersten Person in telefonischen Dolmetschungen hin. Dieser kann den Gesprächsverlauf beeinträchtigen und für Verwirrung unter den GesprächspartnerInnen sorgen (ibid. 2011:46). Russo et al. (2020:201) machen darauf aufmerksam, dass der/die Dolmetschende jedenfalls die Verantwortung dafür trägt, den GesprächspartnerInnen klar zu machen, wenn er/sie gerade die erste Person bezogen auf eine/n GesprächspartnerIn, beziehungsweise wenn er/sie die indirekte Rede benutzt. Sie nennen dies das „the ,who says what““ (ibid. 2020:201).

Die sprachliche Abgrenzung von schwierigen Inhalten kann nicht nur durch die Verwendung der dritten Person, sondern auch mithilfe der direkten Kontaktaufnahme mit dem/der PatientIn erfolgen. Der/die Dolmetschende kann versuchen, eine/n sehr emotionale/n PatientIn durch direkte Befragung und Interaktion dazu zu bringen, die Fragen der ÄrztInnen zu beantworten oder hilfreiche Informationen von sich zu geben. Ein Beispiel hierfür ergibt sich aus

Iglesias Fernández‘ Studie (2020:81). Einer der DolmetscherInnen fängt an, im Laufe eines simulierten Notrufs dem scheinbar aufgeregten Patienten eigenständig Fragen über sein Befinden zu stellen und die Informationen über seinen emotionalen Zustand für den Arzt in der Zielsprache zusammenzufassen. Dies ermöglicht eine gewisse Abbremsung der Emotionalität des Gesprächs, aber auch dessen schnelleren Verlauf in einem Kontext, in dem zeitliche Effizienz von großer Wichtigkeit ist.

E. Registeranpassung

Der Fokus der bisherigen Strategien lag hauptsächlich auf der Förderung der korrekten und vollständigen Wiedergabe des Gesagten in der Zielsprache. Im Folgenden soll hingegen eine inhaltliche Strategie zur Unterstützung des Beziehungsaufbaus mit dem/der PatientIn mittels angepasste Formulierungen erörtert werden. Das gedolmetschte medizinische Gespräch kann von einem guten Vertrauensverhältnis zwischen DolmetscherIn und GesprächspartnerInnen profitieren.

In der Fachliteratur wird oft sowohl Dolmetschenden als auch Gesundheitskräften empfohlen, auf eine verständliche Sprache zu achten (vgl. Angelelli 2019, Hale 2007, Havelka 2018, Mcdowell 2011). Damit ist die Fachlichkeit der verwendeten Ausdrücke gemeint. Oft und vor allem in der medizinischen Kommunikation kann eine Kluft zwischen der Redeweise der GesprächspartnerInnen entstehen und der/die Dolmetschende soll abhängig von Bildungsniveau des/der PatientIn ein mehr oder weniger fachlich geprägtes Register anwenden (Hale 2007:39). Havelka (2018:58) empfiehlt die Benutzung angepasster Begriffe oder sogar die Auslassung von Fachbegriffen wo möglich, um den Vertrauensaufbau zu fördern. Mcdowell (2011:139ff) beleuchtet in ihrer Untersuchung von Medizindolmetschenden in den USA ebenfalls die besondere Aufmerksamkeit, die dem in Anwesenheit von PatientInnen benutzten Sprachregister gewidmet wurde. Dolmetschende mussten dabei gleichzeitig auf das Sprachregister, die Bedeutung und den kommunikativen Zweck der von GesprächspartnerInnen angewendeten Sprache achten. Eine der interviewten Dolmetscherinnen beschreibt ihre Vorgehensweise: „Sometimes when the doctor explains something in medical terms and I know that I don’t even understand some of it, I’ll be like, ‚Okay, can you explain to me in a different way, so that I can explain it [to the patient]?’“ (ibid. 2011:141).

Ebenso nützlich für die Förderung der Kommunikation zwischen den GesprächspartnerInnen kann die Berücksichtigung der kommunikativen Absichten der ÄrztInnen wirken. Das Prinzip, das in der Fachliteratur am öftesten erwähnt wird, ist das der möglichst genauen Treue zur Ausdrucksweise des/des PatientIn (vgl. Cushing 2002, Hale 2007, Havelka 2018). Dadurch soll der/die ÄrztIn genauere Einblicke in den Gedankengang des/der PatientInnen gewinnen (Cushing 2002:45). Zu diesem Zweck empfiehlt Havelka Dolmetschenden, dieselbe Fragetechnik wie der/die ÄrztIn bei der Befragung des/der PatientIn (Anamnese) zu benutzen. Hale (2007:39) betont, dass eine geeignete Registeranpassung auch soziale und kommunikative Funktionen erfüllt, indem sie das Machtgefälle zwischen Gesundheitskraft und PatientIn verringert.

3.2.2.2. Strategien der Gesprächskoordination

In diesem Unterkapitel wird kurz das Thema der Rolle der DolmetscherInnen in der kommunikativen Triade erwähnt, allerdings nicht umfassend erläutert. Dies würde die Grenzen der vorliegenden Arbeit überschreiten. Über dieses Thema wurde bereits umfassend Forschung betrieben. Einige nützliche Quellen hierfür sind Allaoui (2005) und Angelelli (2004).

Bevor die einzelnen Strategien der Gesprächskoordination skizziert werden können, soll dieser Begriff kurz erläutert werden und es soll ein Rahmen für die Anwendung der im Folgenden beschriebenen Strategien geschaffen werden. Wie bereits im zweiten Kapitel angedeutet, stellt die Gesprächskoordination beim Telefondolmetschen eine besonders wichtige Aufgabe des/der Dolmetschenden dar. Diese ist die Verkörperung einer ständigen Beschäftigung, sich in einem optimalen Ausmaß aktiv am Gespräch zu beteiligen. Wadensjö (2013:3) bringt in „Interpreting as Interaction“ die wichtigsten Aspekte dieses Themas auf den Punkt:

„How, in interpreter-mediated encounters, is responsibility for the substance and the progression of interaction distributed between interlocutors? How can interpreters mark distinction between saying what others mean, on the one hand, and, on the other hand, talking on their own behalf?”

Darin ist die Essenz der Aufgabe der Gesprächssteuerung inbegriffen: Sie besteht aus einem Gleichgewicht zwischen der Beteiligung des/der DolmetscherIn am Gespräch, der Einbringung der anderen GesprächsteilnehmerInnen und dem möglichst ununterbrochenen und natürlichen Kommunikationsfluss. Dabei sollte angemerkt werden, dass dies eine dialogische und

partizipative Aufgabe ist, die allen Teilnehmenden eine gewisse kommunikative Verantwortung für den Erfolg der Interaktion zuschreibt. Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017:130) vergleichen die Koordinationsaufgabe einer Verhandlung über den Sinn der kommunizierten Inhalte mittels Dialogs mit den primären GesprächspartnerInnen. Laut Wadensjö (2013:198) verfügen Dolmetschende über eine spezielle Position im Gespräch, indem sie das Potenzial für Misskommunikation einschätzen und die entstandenen Missverständnisse schnell identifizieren können. Deswegen sind sie dafür zuständig, Misskommunikationen zu etwas Gemeinsamen zu machen (ibid. 2013:210).

Allerdings gilt die Aufgabe der Gesprächskoordination als Teilaufgabe der Dolmetschenden von der Dolmetschgemeinschaft als nicht vollständig akzeptiert. Diese Haltung ist auch in verschiedenen Berufs- und Ehren-Kodizes niedergeschrieben – siehe z.B. den AIIC-Kodex (2022) für das Konferenzdolmetschen, NAJIT (2004) für das Gerichtsdolmetschen, NCIHC (2004) für das Medizindolmetschen. Sie postulieren als Leitprinzip unter anderem die komplette Neutralität des/der DolmetscherIn, die auch als Verzicht auf jegliche Formen der aktiven Beteiligung interpretiert werden könnte (vgl. Nataly 2008). Dies ist nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch in der Praxis unter professionellen DolmetscherInnen zu beobachten. Lees (2007) Untersuchung von Telefondolmetschenden zeigt, inwiefern professionelle DolmetscherInnen sich hinsichtlich ihrer aktiven Teilnahme am Gespräch in Form von Gesprächssteuerung unsicher fühlen. Sie wissen zwar, was Berufskodizes für DolmetscherInnen über Neutralität und Eingriffe ins Gespräch vorgeben, erfahren aber eine andere Realität in der Praxis und schwanken zwischen Beteiligung und Nichtbeteiligung (ibid. 2007:348). Was tatsächlich für einen vorsichtigen Einsatz dieser Strategie spricht, sind die Fälle, in denen Dolmetschende durch ihre Intervention den Redefluss offensichtlich stören, die Redezeit der GesprächspartnerInnen verkürzen oder die Inhalte des Gesprächs durch einen zu interpretativen Ansatz verzerren. Angelelli (2004) beobachtete dieses Phänomen in einer umfassenden Studie und berichtet von Dolmetschenden, die sich zu viele kommunikative Vorrechte im Gespräch nehmen, sodass die Kommunikation nicht mehr so optimal wie möglich gestaltet ist. Eine solche extrem präsente Beteiligung des/der DolmetscherIn kann sich allerdings in Notfällen, in denen PatientInnen unter Schock sind, als nützlich erweisen und wird aus diesem Grund nur in extremen Situationen empfohlen (vgl. Iglesias Fernández 2020, Nataly 2008).

Es gilt also, Gesprächskoordination nuanciert zu betrachten. Sie soll von Dolmetschenden nur zu klar definierten Zwecken und nach bestimmten Prinzipien angewendet werden. Havelka (2018:58) empfiehlt als Leitprinzip, beim Dolmetschen den Kommunikationsauftrag immer zu berücksichtigen und abhängig davon zu handeln. Darüber hinaus könnte es hilfreich sein, für sich selbst zu entscheiden, welche Rolle als DolmetscherIn im Gespräch eingenommen werden soll, also ob und wie viel man sich ins Gespräch einbringt. Refki et al. (2013:81) schlagen diesbezüglich eine Übung für Dolmetschende vor, wodurch deren Hauptaufgaben und -funktionen besser verstanden und beschrieben werden sollen. Dabei werden einige Rollenkategorien angeboten, denen sich der/die Dolmetschende anschließen kann:

- Stimme beider Gesprächsparteien, die alles dolmetscht, was auch ausgesprochen wird;
- Erklärer, der zur Kontrolle des Verstehens und zur Aufklärung der GesprächsteilnehmerInnen eingreift;
- „cultural broker“ (ibid. 2013:81), der als Verbindungsstelle zwischen zwei Kulturen agiert und zur Dekonstruktion von kulturellen Missverständnissen beiträgt.

Als Nächstes soll beleuchtet werden, wie nützlich die strategische Gesprächssteuerung für die Förderung der Kommunikation sein kann. Damit diese möglichst optimal eingesetzt werden kann, sollten Dolmetschende über diese Ressourcen in Kenntnis gesetzt werden und das nötige Selbstbewusstsein haben (Amato 2020:57). Es werden die folgenden Konzepte zur Erläuterung der empfohlenen Strategien eingeführt: Non-Renditions und Speech-Marker. Diese werden im Rahmen der ihnen gewidmeten Unterkapitel definiert und durch Beispiele abgebildet.

A. Non-Renditions

Die Gesprächssteuerung ist durch mehrere Methoden, die an dieser Stelle der Reihe nach vorgestellt werden sollen, umzusetzen. Ein wichtiges Instrument, auf dem diese Methoden basieren, sind die „Non-Renditions“. Sie sind das Realisierungsmittel der im Folgenden beschriebenen Strategien und werden in der Fachliteratur (vgl. Hale 2015, Merlini 2015, Wadensjö 1998) als Instrumente zur Organisation der Kommunikation, allerdings ohne sinntragenden Inhalt, definiert (Hale 2015:69). Diese werden von dem/der DolmetscherIn ins Gespräch eingeführt und können Vorstellungen von Personen, Abschiedsausdrücke, Anfragen auf Pause (ibid. 2015:69), aber auch Bitten um Erklärung, Kommentare zur eigenen Dolmetschung,

Einladungen zur Annahme oder Abgabe des Sprechrechts (Merlini 2015:105) beinhalten. Ziel dabei kann entweder die Abklärung eines Inhalts oder dessen Ergänzung durch neue Informationen, beziehungsweise die Selbstkorrektur des/der DolmetscherIn sein (ibid. 2015:105). Merlini (2015:105) zählt Unterbrechungen und Überlappungen ebenfalls zu Non-Renditions. Diese sind unabsichtliche Non-Renditions, die die Sprechreihe ändern. Im Folgenden wird der Fokus auf die von dem/der DolmetscherIn mit Absicht eingesetzten Non-Renditions gelegt.

A.1. Anreden

Je nach Verwendungszweck kann die aktive Teilnahme der Dolmetschenden am Gespräch unterschiedlich aussehen. Eine Möglichkeit ist dabei, GesprächsteilnehmerInnen mit Namen oder einer bestimmten Anrede anzusprechen. Ziel dabei kann die Vermeidung von Überlappungen im Gespräch, die beim Telefondolmetschen als wichtiger Störfaktor gelten, sein. Ein anderes mögliches Ziel kann die gerechte Verteilung des Rederechts unter GesprächspartnerInnen sein. Dafür werden manchmal die GesprächspartnerInnen im Zuge einer Telefondolmetschung von dem/der DolmetscherIn mit Namen oder einer anderen Anrede angesprochen, um darauf aufmerksam gemacht zu werden, dass sie das Rederecht erhalten und sich äußern dürfen. Russo et al. (2020:201f) bieten in diesem Sinne einige Beispiele aus ihren Untersuchungen von Dolmetschenden mit Spanisch und Italienisch: Der/die DolmetscherIn kann die anderen GesprächsteilnehmerInnen entweder mit Namen oder einer Anrede wie zum Beispiel “compañero” im Spanischen, “signora” im Italienischen ansprechen, um sie auf sie aufmerksam zu machen.

A.2. Diskursorganisierende Non-Renditions

Folgend werden Non-Renditions zur Organisation der Kommunikation und der kommunikativen Inhalte vorgestellt. Sie sind in vier Unterkategorien eingeteilt, die sich in ihrem kommunikativen Zweck voneinander unterscheiden. Diese können als Zweck entweder die Erklärung, Ergänzung, Kommunikationsförderung oder Wiederholung von Inhalten haben.

A2.1. Non-Renditions zu Erklärungszwecken

Eine wichtige Maßnahme der aktiven Steuerung der Kommunikation hat mit Situationen zu tun, in denen der/die Dolmetschende einem/r der GesprächspartnerInnen eine zusätzliche Erklärung geben muss, damit die Kommunikation fortgesetzt werden kann. Dabei ist die kommunikative Transparenz für alle Beteiligten sicherzustellen, indem auch dem/der anderen GesprächspartnerIn klar gemacht wird, was gerade passiert. Amato (2020:63f) betont die Wichtigkeit der

Kommunikation mit allen Beteiligten in solchen Situationen. Russo et al. (2020:201) nennen diese kommunikativen Eingriffe „dyadische Gespräche“ und beweisen durch ihre Untersuchung, dass sie zur Aufklärung der GesprächspartnerInnen hilfreich sein können. Solche Erklärungen sollten kurz und deutlich formuliert werden. Amato (2020:63) schlägt hierfür Folgendes vor: „Hold on for a moment“ oder „Warten Sie einen Augenblick“³ im Deutschen. Die genaue Gestaltung dieser Anreden bleibt dem/der DolmetscherIn überlassen.

Ein weiterer kommunikativer Zweck, der mittels diskursorganisierenden Non-Renditions erreicht werden kann, ist die inhaltliche Klarheit. Diese ist manchmal im Kontext von Telefondolmetschungen in sehr fachlichen Bereichen, wie etwa dem medizinischen Bereich, schwieriger zu gewährleisten. Aus diesem Grund sollten Dolmetschende keine Angst davor haben, Fragen über bestimmte Inhalte zu stellen, wenn sie sich nicht sicher sind (vgl. Creeze et al. 2021, Refki et al. 2013, Wiener 2004). Wiener (2004:97) fügt bei dieser Strategie die Empfehlung hinzu, das Erklärte zu wiederholen, um sicherzustellen, dass die Botschaft richtig empfangen wurde.

A.2.2. Non-Renditions zur Kontrolle des Verständnisses

Die Komplexität des kommunikativen Aktes zwischen Gesundheitskraft und PatientIn überwältigt manchmal nicht nur den/die DolmetscherIn, sondern auch den Laien, für den gedolmetscht wird. Im zweiten Kapitel wurde eben diese Wissensschere zwischen den GesprächspartnerInnen sowie deren Effekte auf die Effektivität des Gesprächs für den/die betroffene/n PatientIn thematisiert. Der/die Dolmetschende trägt in diesen Situationen zusammen mit der Gesundheitskraft die Verantwortung dafür, die aus dem Gespräch resultierenden Wissenslücken des/der PatientIn zu erkennen und diese geschickt abzuklären. Hierfür bieten sich die interrogativen Non-Renditions an, weil der/die DolmetscherIn direkten Zugang zu den SprecherInnen hat (Obermayer 2008:53). Damit sind direkte Fragen für den/die PatientIn gemeint, die zwar keine neuen Inhalte ins Gespräch bringen, sondern viel mehr die Aufnahme der bereits vermittelten sichern.

Mithilfe direkter Fragen an GesprächspartnerInnen kann nicht nur die Korrektheit der akustisch aufgenommenen Inhalte, sondern auch das Verstehen der GesprächspartnerInnen und der kommunikative Effekt der Dolmetschung kontrolliert werden (vgl. Moser-Mercer 2005,

³ Übersetzung der Verfasserin

Nataly 2008, Reithofer 2015, Wadensjö 2013). Ein passendes Beispiel diesbezüglich wird von Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017:128) Untersuchung geboten: In einigen der analysierten Gespräche wird ein kulturspezifischer spanischer Begriff – „Libro de Familia“, auf Deutsch „Personenstandsbuch“⁴ – von Dolmetschenden in die Zielsprache direkt übernommen und mit einer fragenden Non-Rendition ergänzt, um das Verständnis des/der RezipientIn zu überprüfen. Die Autorinnen merken dabei an, dass diese Strategie nur von erfahrenen DolmetscherInnen angewendet wurde. Wadensjö (2013:206) stellt allerdings fest, dass so eine ungleiche Behandlung der GesprächspartnerInnen entstehen kann. Damit ist gemeint, dass die Verständnisprobleme der Laien, in diesem Fall die des/der PatientIn, normalerweise gemeinsam während des Gesprächs abgeklärt werden, während ein ähnlicher Austausch zur Aufklärung der Gesundheitskraft vielmehr nach dem Gespräch, also „off-the-record“ (ibid. 2013:206), stattfindet. Darin ist das Machtgefälle zwischen Laien und Experten zu sehen.

A.2.3. Non-Renditions zur Gestaltung der Kommunikation

Wie bereits erwähnt sind beim Telefondolmetschen besonders Redeabschnittsenden öfter Ursache von kommunikativer Unsicherheit, vor allem, wenn nicht klar ist oder es nicht deutlich genug gemacht wird, wer als Nächstes dran ist (Russo et al. 2020:201). Auch dieses Problem kann durch die aktive Beteiligung des/der DolmetscherIn beseitigt werden, indem diese/r den/die betroffenen GesprächspartnerIn im Anschluss an dessen Sprechpassage fragt, ob er/sie vor der Dolmetschung noch etwas hinzufügen möchte (ibid. 2020:201). Sollten Überlappungen trotzdem auftreten, wie es beim Telefondolmetschen oft der Fall ist, können diese manchmal von dem/der DolmetscherIn genutzt werden, um Kontrolle über die Gesprächskoordination zu gewinnen. Er/sie macht dies, indem sie auf eine/n der GesprächspartnerInnen spricht und somit seine/ihre Intention zur Übernahme des Sprechrechts signalisiert (Iglesias Fernández 2020:79).

Eine andere Situation, in der sich die direkte Ansprache als nützlich erweisen kann, bezieht sich auf die manchmal inkohärenten Antworten einer der Gesprächsparteien auf die Fragen der anderen. Wie im zweiten Kapitel zu sehen war, kann dies unter PatientInnen, die sich in labilen emotionalen Zuständen befinden, tatsächlich der Fall sein. Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017:132f) empfehlen in diesem Fall, die von dem/der ÄrztIn gestellten Fragen umzuformulieren, zu wiederholen oder sie zu ergänzen, indem der/die Dolmetschende mehr

⁴ Übersetzung der Verfasserin

kontextuelle Informationen gibt. Ein Beispiel aus ihrer Untersuchung ist in einer Dolmetschsituation bei der Polizei zu finden. Dabei wird eine Frau, die eine Beschwerde einreichen möchte, befragt. Sie scheint die Frage, ob sie zuvor bei der Polizei war, nicht zu verstehen. Aus diesem Grund ergänzt der/die Dolmetschende die Frage und erwähnt zwei zusätzliche Informationen, die der Frau mehr Kontext geben und ihr helfen, die Frage zu beantworten: der Ort, wo die Polizeistelle ist – Santa Colombia –, und der Grund, warum sie zur Polizei gegangen wäre – um anzukündigen, dass ihr Mann sie verlassen hat.

Ein weiterer Bereich, der durch Non-Renditions gesteuert werden kann, hat mit der Reorganisierung oder Segmentierung der kommunikativen Inhalte zu tun. Es kann vorkommen, dass ein ein/e GesprächspartnerIn sich in langen Passagen äußert, was vor allem für Telefondolmetschende anstrengend sein kann. Eine mögliche Vorgehensweise, die ihnen in diesem Fall zur Verfügung steht, ist die direkte Bezugnahme auf den/die SprecherIn. Damit ist gemeint, dass der/die DolmetscherIn den/die SprecherIn unterbrechen und um Pausen bitten kann, damit sich die Redepassagen nicht zu stark in die Länge ziehen (Nataly 2008:148). Das ist allerdings nicht in allen Situationen möglich. Eine Methode, die den Erfolg dieser Strategie gewissermaßen garantiert, ist, sich eine höfliche aber deutliche Formulierung zu Zwecken der Unterbrechung des Redeflusses zu wählen, wie zum Beispiel „danke“ oder die Frage: „Darf der/die DolmetscherIn unterbrechen?“ (ibid. 2008:153). Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017:131) konnten eine ähnliche Tendenz diesbezüglich unter den von ihnen analysierten Dolmetschenden feststellen. Dabei wurden entweder verschiedene paraverbale Signale, die als Nächstes behandelt werden, oder Hinweise wie: „Okay, ich werde zuerst das dolmetschen“, verwendet (ibid. 2017:131). Ebenfalls wichtig für das Gelingen dieser Methode ist das Selbstbewusstsein, mit dem der/die Dolmetscherin dabei vorgeht (Amato 2020:54).

A.2.4. Wiederholende Non-Renditions

In der gedolmetschten Kommunikation wird wiederholt, um die Bestätigung des/der GesprächspartnerIn zu den aufgenommenen Informationen zu erhalten. Dabei wird ebenfalls Zeit und Energie seitens des/der DolmetscherIn gespart (Amato 2020:53). Darüber hinaus kann dies dem/der PatientIn eine gewisse Erleichterung bereiten und die Versicherung geben, dass seine/ihre Botschaft akkurat vermittelt wird (Wiener 2004:99). Diese Methode der Explizitheit wirkt auf die Kooperation der GesprächsteilnehmerInnen mit dem/der DolmetscherIn. Es können

entweder ganze Ideen (vgl. Wiener 2004) oder einzelne Informationen und Wörter (vgl. Russo et al. 2020) wiederholt werden. Diese Wiederholungen können auch als Fragen formuliert werden. Zum Beispiel benutzt eine/r der DolmetscherInnen in Arumí Ribas & Vargas-Urpis (2017:131f) Untersuchung die Frage „He's doing better?“ in Bezug auf die Lehrkraft, die dem Elternteil die Schulergebnisse seines Kindes teilt. Dabei wiederholt diese/r das Gesagte in interrogativer Form.

Ein beim Telefondolmetschen in der Medizin besonders problematischer Fall ist der der Eigennamen, etwa Medikamentennamen (vgl. Amato 2020, Iglesias Fernández 2020, Havelka 2018, Nataly 2008, Russo et al. 2020). Es wird Telefondolmetschenden empfohlen, die von PatientInnen angegebenen Eigennamen zu wiederholen, da es sich dabei um genaue und in der Regel wichtige Informationen handelt (Amato 2020:56). Eine andere Anwendungsmöglichkeit von Wiederholungen in der gedolmetschten Kommunikation am Telefon betrifft den/die PatientIn. Der/die DolmetscherIn verfügt über die Möglichkeit, anstatt den Eigennamen selbst zu wiederholen und möglicherweise falsch auszusprechen, den/die PatientIn darum zu bitten, diesen zu buchstabieren (Amato 2020:53f; Nataly 2008:146) und dabei entweder die einzelnen Buchstaben oder längere Sequenzen davon zur Bestätigung noch einmal zu wiederholen. Wovon aber abgeraten wird, ist die Ersetzung der wiederholenden Strukturen durch sogenannte Speech-Marker (siehe nächstes Kapitel) wie „mhm“ oder „ja“, weil dies Verwirrung schaffen kann (Russo et al. 2020:203).

B. Speech-Marker

In diesem Unterkapitel werden die sogenannten Speech-Marker (Russo et al. 2020:203) beim Dolmetschen und ihre Nützlichkeit bei telefonischen Einsätzen beleuchtet. An dieser Stelle soll zunächst der Begriff Speech-Marker erläutert werden. Hale (1999:52) widmet diesem Thema einen Artikel im Kontext des Gerichtsdolmetschens und schildert dabei die Geschichte des Konzepts in der Fachliteratur. Sie nennt diese „discourse markers“ nach Schiffrin (1987), erwähnt aber ebenfalls andere im Laufe der Zeit benutzte Bezeichnungen hierfür: „particles“ (Schourup 1985), „fillers, interjections“ (Svartvik 1980), „hedges“ (Lakoff 1975). Hale (1999:52) definiert diese kleinen Sprecheneinheiten als Funktionswörter, die oft in der gesprochenen Sprache vorkommen und die „illocutionary force“ (ibid. 1999:52) eines Satzes ändern können. Allerdings beeinflussen sie die grammatikalische Struktur des Satzes nicht und

könnten entfernt werden, ohne diese zu stören. Sie sind trotzdem in der gesprochenen Sprache ziemlich präsent und tragen zur Bildung des Sinnes bei. In ihrer Studie bezieht sich Hale (1999) spezifisch auf die Strukturen „well“, „now“ und „you see“ im Englischen im Diskurs von AnwältInnen vor Gericht und ihre (Nicht-)Übertragung in die Dolmetschungen GerichtsdolmetscherInnen. Diese sind aber nur einige Beispiele von möglichen Speech-Markern. Die letztere Bezeichnung stammt von Russo et al. (2020:203) und wird in der vorliegenden Arbeit als Bezeichnung für dieses Phänomen angewendet. In ihrer Studie über Dolmetschende mit den Arbeitssprachen Spanisch und Italienisch bieten Russo et al. einige konkrete Beispiele für Speech-Marker: „Okay“ und „Buono“ (ibid. 2020:202). Speech-Marker können ein wichtiges Instrument im kommunikativen Arsenal von TelefondolmetscherInnen sein. Aus diesem Grund werden folgend sowohl deren Anwendungsmöglichkeiten als auch deren Effekt auf die gedolmetschte Kommunikation in der Medizin untersucht.

Im zweiten Kapitel wurde erläutert, inwiefern das Zeigen von Empathie und Interesse gegenüber dem/der PatientIn für den Erfolg der medizinischen Kommunikation ausschlaggebend ist. In der gedolmetschten Interaktion ist dieser Aspekt noch wichtiger, da der/die DolmetscherIn andernfalls schnell als Fremde/r eingestuft werden könnte und die effiziente sowie vollständige Vermittlung von Information aufgrund von mangelndem Vertrauen des/der PatientIn in den/die DolmetscherIn beeinträchtigt werden könnte. Empathie kann im akustischen Medium des Telefons auch anders als rein sprachlich gezeigt werden. Wie die Untersuchung der DolmetscherInnen im SHIFT-Projekt (Russo et al. 2020) belegt, spielen Speech-Marker dabei eine unterstützende Rolle. Merlini (2015:104) erläutert, welchen Einfluss Dolmetschende mithilfe dieser Kommunikationsmittel auf den Beziehungsaufbau zwischen den GesprächspartnerInnen mit dem/der DolmetscherIn selbst haben können. Sie können entweder das affektive Verhalten des/der ÄrztIn durch ihre Wiedergabe unterstützen oder sich mit dem besorgten oder manchmal schambehafteten Ausdruck des/der PatientIn assoziieren, um eine eventuell fehlende emotionale Beteiligung des/der ÄrztIn auszugleichen (ibid. 2015:104). Russo et al. (2020:203) empfehlen, in einer Dolmetschung Speech-Marker einheitlich zu benutzen und sie genauen kommunikativen Zwecken zuzuordnen. Sie geben das Beispiel eines/r DolmetscherIn, der/die im Laufe des Gesprächs wiederholt durch den Marker „okay“ dem/der GesprächspartnerIn, der/die in diesem Moment an der Reihe ist, signalisiert, weiter zu sprechen und durch den Marker „yes“ eine zu

lange oder inhaltsreiche Äußerung unterbricht. Diese Methode hat sich für die Kommunikation als förderlich erwiesen (ibid. 2020:203).

Eine weitere Anwendung von Speech-Markern hat mit der akkuraten Wiedergabe von Inhalten zu tun. Hale (2004, 2007) spricht zu diesem Zweck für die Übernahme aller sprachlichen und außersprachlichen Informationen vom Original in die Dolmetschung, um die Genauigkeit und Vollständigkeit möglichst zu gewährleisten. Damit sollen nicht nur die Gedanken des/der SprecherIn, sondern auch dessen/deren Einstellung und Adhärenz zum Gesagten vermittelt werden (ibid. 2007:11). Im Gerichts- und Medizinbereich stellt dies eine besonders wichtige Aufgabe dar, weil so Details über den/die SprecherIn beleuchtet werden, die sich dann etwa für eine Diagnoseerstellung als nützlich oder sogar essenziell erweisen können. Iglesias Fernández (2020:85) stellt auf Basis der existierenden einschlägigen Literatur (vgl. Merlini and Favaron 2005, Cirillo 2012, Major and Napier 2012) fest, dass die Wiedergabe der affektiven Anmerkungen des/der ÄrztIn unbedingt Teil der Dolmetschung sein sollte. Dieser Dolmetschansatz sollte allerdings kritisch betrachtet werden, weil er nicht überall in der Fachliteratur und in Beobachtungsstudien Bestätigung findet – siehe zum Beispiel den handlungsorientierten translatorischen Ansatz (vgl. Nord 2009, Siever 2010, Vermeer 1990). Hale kommt in ihrer Studie (1999) von GerichtsdolmetscherInnen zu einem ähnlichen Schluss.

Die Vergabe des Rederechts am Telefon in einer triadischen Konstellation ist ebenfalls eine Aufgabe, die sich durch Speech-Marker steuern lässt. Da in diesem Setting der visuelle und nonverbale Aspekt wegfällt, entsteht, wie im zweiten Kapitel angedeutet, eine kommunikative Unsicherheit unter den Teilnehmenden der Gesprächssituation. Aus diesem Grund herrscht oft Unklarheit darüber, wer als Nächstes das Rederecht erhält, oder die GesprächsteilnehmerInnen sprechen durcheinander. Diese Situationen können von der/dem DolmetscherIn mithilfe von Speech-Markern, die entweder am Anfang oder am Ende seiner/ihrer Beiträge gestellt werden, einfacher gemeistert werden. In ihrer Analyse von gedolmetschten Interaktionen in einem belgischen Altersheim beobachtet Roy (1996:49) die Strategien einer Dolmetscherin, die die Beiträge der GesprächspartnerInnen so dolmetscht, dass diese den Sprecherwechsel ermöglichen. Das schafft sie, indem sie ihre Dolmetschungen mit sprachlichen Elementen, die Raum für den Sprecherwechsel lassen, beendet. Wadensjö (1999:257) berichtet in ihrem Vergleich zwischen einer vor-Ort- und einer telefonischen Dolmetschung ebenfalls über die von der Dolmetscherin

gut gestalteten Übergänge in der Kommunikation. In Folge dieser Beobachtungen empfiehlt sie, den Marker „mm“ als Instrument zu benutzen, um den/die GesprächspartnerIn, der/die gerade dran ist, zu ermutigen, weiter zu sprechen.

C. Intonation und Aussprache

Beim Telefondolmetschen sind die paraverbalen Elemente die einzigen, die neben den rein sprachlichen Inhalten Informationen vermitteln können. Wenn Dolmetschende wissen, wie sie sich damit am besten behelfen können, erreichen sie mehrere kommunikative Ziele. Zum einen können eine suggestive Intonation, eine geeignete Platzierung der Betonung sowie eine deutliche Aussprache das Verstehen seitens der anderen GesprächspartnerInnen fördern. In einer Untersuchung zweier Gruppen von ZuhörerInnen – die erste Gruppe hat sich eine authentische Simultandolmetschung angehört und die zweite eine vorgelesene Transkription derselben Dolmetschung – hat Shlesinger (1994) feststellen können, dass die zweite Gruppe das Hörerlebnis als angenehmer empfand. Grund dafür ist die bei der zweiten Gruppe von LeserInnen benutzte Intonation. Die Gesprächssteuerung kann ebenfalls von einer geeigneten Intonation, einem langsamen Sprechtempo und einer deutlichen Aussprache des/der DolmetscherIn profitieren (Russo et al. 2020:203). In der Stichprobe im Rahmen des Projekts SHIFT (Russo et al. 2020:203) konnte bei Dolmetschenden, die schnell und monoton sprachen, beobachtet werden, dass die GesprächspartnerInnen viel öfter nach Wiederholung fragten. Die Intonation (sowie auch andere bereits erwähnte paraverbale Elemente) kann auch dafür verwendet werden, um eine möglichst äquivalente Botschaft zu vermitteln (Refki et al. 2013:82). Eine gute Prosodie kann unter Umständen auch durch die anderen GesprächspartnerInnen unterstützt werden, indem der/die DolmetscherIn sie bittet, Informationen wie Eigennamen langsamer, deutlicher oder lauter auszusprechen (Amato 2020:54). Somit wird das Verstehen des/der DolmetscherIn gefördert.

Als Zusammenfassung für die gesprächskordinierenden Strategien und Beweis deren Wirkung auf die Kommunikation wird ein letztes Beispiel aus dem SHIFT-Projekt von Russo et al. (2020) herangezogen. Das Projekt zeigt, inwiefern die Gesprächskoordination durch

sprachliche und außersprachliche Elemente die Dolmetschung voranbringen kann. Am Anfang dieses Unterkapitels wurde die gespaltene Sicht über Gesprächskoordination in der Fachliteratur erwähnt und dabei Angelellis (2004) Studie über die negativen Effekte der zu großen Einbringung des/der DolmetscherIn herangezogen. Im Folgenden soll ein Gegenbeispiel dargelegt werden. Es handelt sich um eine Telefondolmetscherin, die eigenständig zugunsten der Gesprächskoordination handelt. Sie stellt der Patientin ergänzende Fragen zur Aufklärung und macht ab und zu wertende Kommentare, indem sie die Aussagen der Patientin wiederholt und positiv bewertet – zum Beispiel „You are feeling well? Good.“ Die Autorin des Beitrags (Iglesias Fernández 2020:92) zieht daraus den Schluss, dass die Dolmetscherin viel Erfahrung hat und dass diese Verhaltensweise und dieser Dolmetschansatz der Patientin Sicherheit geben und ihr Sprechraum schaffen. Dieselbe Dolmetscherin spricht langsamer und deutlicher als ihre KollegInnen und schafft es so, eine Vertrauensbasis mit der Patientin aufzubauen. Sie hat eine dynamische Intonation und betont mehrmals die semantisch relevanten Stellen in der Dolmetschung mittels erhöhtem Ton und erhöhter Intonation. Sie macht mehrmals Pausen, um der Patientin Zeit zu geben und wiederholt die Aussagen der Patientin, um ihr zu versichern, dass ihre Botschaft richtig verstanden wurde (Russo et al. 2020:204). Die Autorinnen bewerteten die Interaktion dieser Dolmetscherin mit den GesprächspartnerInnen als gut und schrieben diese Tatsache ihrer langjährigen Erfahrung zu. Dieses Beispiel zeigt erneut, dass die aktive Gesprächskoordination situationsabhängig tatsächlich kommunikationsfördernd wirkt und nicht als gut oder schlecht eingestuft werden soll und kann.

3.2.2.3. Strategien nach dem Einsatz

A. Terminologische Nachbereitung

Die Vorbereitung für den nächsten, wahrscheinlich spontanen, telefonischen Einsatz beim Arzt kann oft schon nach dem letzten Auftrag anfangen. Damit ist die terminologische Nachbereitung gemeint, die Dolmetschenden dabei helfen kann, die erlernten Fachtermini festzuhalten und in Zukunft leichteren Zugriff darauf zu haben. Diese Phase ist ebenso wichtig wie diejenigen vor und während des Einsatzes, weil sie direkten Einfluss auf die Kenntnisse und Kompetenzen des/der DolmetscherIn nehmen kann. Verschiedene AutorInnen (vgl. Kalina 2004, Kutz 2010, Rütten 2008) erwähnen ebenfalls die Bedeutung der Nachbereitung für zukünftige Aufträge.

Was dabei als Information aufgenommen werden soll und wie dies zu geschehen hat, wird in der Folge beleuchtet. Nataly (2008:160) empfiehlt, ein System für die Aufnahme und Speicherung von neuen Termini zu entwickeln, damit diese Etappe möglichst nützlich gemacht wird. Tipton & Furmanek (2016:139) schlagen dazu vor, ein „Profil“ von ÄrztInnen, mit denen öfter gearbeitet wird, zu erstellen. Dies würde die Ansichten, Einstellungen und Bedürfnisse des Arztes/der Ärztin in Bezug auf den/die Dolmetschende/n beinhalten. Kalina (2004:7) betont ebenfalls die Notwendigkeit, nach dem Einsatz sachbezogene Glossare mit den Termini, die während einer Konferenz benutzt, korrigiert oder ergänzt wurden. Das Gleiche lässt sich auf den CI-Bereich anwenden, indem man aus einer vergleichenden Perspektive die für den Einsatz vorbereitete, beziehungsweise schon bekannte, Terminologie mit der im Laufe der Dolmetschung tatsächlich benutzten betrachtet.

Ein weiterer aus dem Bereich Konferenzdolmetschen stammender Beitrag zu diesem Thema bringt einige interessante Vorschläge hervor, die auch von Telefondolmetschenden im medizinischen Bereich umgesetzt werden könnten. Es handelt sich dabei um Rütten (2008) Evaluierungsprozess nach der Dolmetschung. Rütten schlägt dabei vor, strategisch und systematisch bei der Evaluierung des angewendeten für den Auftrag erworbenen Wissens und der terminologischen Probleme beim Dolmetschen vorzugehen. Sie nennt drei Richtwerte, die Dolmetschende in Bezug auf ihre eigene Leistung berechnen können, um aus ihnen Schlüsse für zukünftige Aufträge ziehen zu können:

- eine Quote, die das Verhältnis zwischen der vorbereiteten und tatsächlich genutzten Terminologie berechnet;
- ein relativer Zeitaufwand, der zeigt, wie viel Zeit mit der Aneignung von Informationen und Wissen verbracht wurde, und im Verhältnis zu der Anzahl an genutzten Termini gestellt wird;
- eine relative Zahl der Wissenslücken, die die Gesamtdolmetschzeit und die Zahl der Wissenslücken gemeinsam betrachtet (Rütten 2008:23).

Mithilfe dieser oder ähnlicher Parameter kann der/die DolmetscherIn herausfinden, ob er/sie seine/ihre Zeit in die richtigen Themen investiert hat, beziehungsweise inwiefern ihm/ihr sein/ihr Hintergrundwissen bei der Dolmetschung geholfen hat. Dies können wertvolle Informationen für

zukünftige Einsätze sein und unterstützen dabei den systematischen Erwerb von Kenntnissen und wertvoller Erfahrung.

Zu den Strategien nach dem Einsatz zählt auch die Supervision des/der Dolmetschenden. Dies gilt insbesondere für in der Medizin tätige Dolmetschende, die oft mit sensiblen Inhalten umgehen müssen. Diese Strategie gehört zur Thematik Self-Care und soll in der vorliegenden Arbeit nicht weiter thematisiert werden, da sie vor allem indirekt Einfluss auf den Kommunikationsfluss während des Gesprächs nimmt. Allerdings, weil die in der Arbeit enthaltenen Informationen praxisnah und hilfreich sein sollen, werden einige interessante Werke zum Thema mentale Gesundheit von Folgend eine Literaturliste zum Thema „mentale Gesundheit von Dolmetschenden“ zur Vertiefung des Themas bei einschlägigem Interesse: Dabić (2021), Pross (2009), Raval & Tribe (2003), UNHCR-Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren (2015).

3.3. Fazit

In diesem Kapitel wurden zunächst die Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen erfolgreicher TelefondolmetscherInnen im Gesundheitswesen umrissen. Sie wurden als Erstes begrifflich erläutert und es wurde ihre Relevanz für das Thema der Bewältigungsstrategien in diesem spezifischen Setting erörtert. Diese zwei Aspekte des Arsenal von DolmetscherInnen sind für das Leitthema des Kapitels wichtig, weil sie die Ausgangslage eines/r Dolmetschenden im Einsatz beschreiben. Wie eben im ersten Teil des Kapitels argumentiert, können Persönlichkeitsmerkmale für die Erfolgsaussichten Dolmetschender in ihrer Tätigkeit gewissermaßen aussagekräftig sein. Sie sind zwar größtenteils unveränderlich, können aber trotzdem weiterentwickelt werden und bei der Umsetzung von Bewältigungsstrategien viel helfen. Ein Beispiel dafür wäre das Selbstbewusstsein, das einem/r DolmetscherIn erlaubt, sich in der Gesprächskoordination am Telefon als Koordinator der Kommunikation durchzusetzen. Es wurden dazu einige der wichtigsten nötigen Dolmetschkompetenzen kurz erwähnt und beschrieben. Diese sind aufbaufähige Eigenschaften von DolmetscherInnen und spielen ebenfalls eine ausschlaggebende Rolle für deren Leistung im Berufsalltag. Am Ende des ersten Teils weitere Ressourcen zum Thema Persönlichkeit von Dolmetschenden, beziehungsweise nötige

Kompetenzen fürs Dolmetschen und ihre Weiterentwicklung empfohlen. Somit sollte das Ziel der vorliegenden Arbeit, praxisnahe Kenntnisse zu vermitteln, erreicht werden.

Nachdem die fundamentalen Aspekte, die die Dolmetschtätigkeit beeinflussen können, zusammengefasst wurden, hat sich der zweite Teil des Kapitels konkreten Bewältigungsstrategien gewidmet. Dabei wurde der Rahmen für die Diskussion zum Thema Eignung der verschiedenen Strategien beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen geschaffen, indem auf den Forschungsstand und die manchmal divergierenden Meinungen von verschiedenen AutorInnen hingewiesen wurde. Letztendlich kann nach einer tiefgründigen Recherche von empirischen Studien und Befragungen von Telefondolmetschenden festgestellt werden, dass Bewältigungsstrategien und ihr Einsatz etwas Individuelles sind und von der Kommunikationssituation und dem Bezug des/der DolmetscherIn zu den GesprächspartnerInnen stark abhängen.

Die konkreten Strategien, die Dolmetscheinsätze am Telefon verbessern oder zumindest erleichtern können, wurden chronologisch nach den Etappen eines Einsatzes eingeteilt. Bei der Erläuterung einzelner Strategien wurde der Zusammenhang mit Hales Dolmetschmodell zu erwähnt, um gezielt auf das Nutzen der jeweiligen Methode für eine bestimmte Dolmetschphase aufmerksam zu machen. Es wurden ebenfalls konkrete Beispiele und Hinweise aus verschiedenen Studien herangezogen, um eben den praxisorientierten Charakter der gegenständlichen Arbeit möglichst zu gewährleisten.

Die VerfasserIn hat durch die vorliegende Beschreibung von Bewältigungsstrategien keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen noch etwas untergefordert ist und eine dynamische Entwicklung aufweist. Deshalb sollen die hier präsentierten Inhalte viel mehr als aufbaufähige Orientierungshilfe betrachtet werden. Schlussendlich kann behauptet werden, dass die präsentierten Bewältigungsstrategien zusammen mit den Persönlichkeitsmerkmalen und nötigen Kompetenzen Dolmetschender den kommunikativen Erfolg der gedolmetschten Interaktion entscheiden oder zumindest beeinflussen können.

4. Fallstudie

Das folgende Kapitel stellt den empirischen Teil der vorliegenden Arbeit dar. Es werden dabei drei relevante Einzelfälle in Bezugnahme auf Aspekte, die im Rahmen des zweiten und dritten Kapitels veranschaulicht wurden, untersucht. Durch die Analyse der empirischen Daten soll eruiert werden, welche Schwierigkeiten beim Telefondolmetschen bei ärztlichen Gesprächen vorkommen und welche Bewältigungsstrategien die Dolmetscherin dabei einsetzt. Diese werden sowohl auf Form als auch auf Inhalt hin untersucht und exemplifiziert, um im praktischen Teil der vorliegenden Arbeit einen möglichst praxisorientierten Charakter zu gewährleisten.

4.1. Eckdaten und allgemeine Präsentation

4.1.1. Bezug zum Thema

Als Studentin am Institut für Translationswissenschaften der Universität Wien durfte die Verfasserin der vorliegenden Arbeit in Kontakt mit Organisationen treten, die in ihrer Aktivität Unterstützung beim Dolmetschen auf ehrenamtlicher Basis benötigten. Dabei handelte es sich um ärztliche Gespräche zwischen rumänischsprachigen PatientInnen und deutschsprachigen ÄrztInnen. Im Rahmen dieser ehrenamtlichen Tätigkeit wurden die für die vorliegende Arbeit relevanten Dolmetschungen aufgenommen. Die auftraggebende Organisation war AmberMed. Aufgrund der pandemischen Lage im Zeitraum 2020-2022 wurde deren Aktivität überwiegend auf telefonische Beratungen umgestellt, um für alle Teilnehmenden medizinische Beratung zu gewährleisten. Die bis dahin vor Ort durchgeführten Gespräche wurden also in der Folge über das Telefon gedolmetscht. Mit Zustimmung aller Teilnehmenden konnten einige dieser Gespräche aufgenommen und als Material für das gegenständliche Forschungsprojekt verwendet werden.

Was die akademische und beruflich relevante Laufbahn der Verfasserin angeht, soll die ehrenamtliche Arbeit als Dolmetscherin im Gesundheits- und Sozialbereich für verschiedene Wiener Organisationen erwähnt werden. Darüber hinaus unterstützte ihr Studium durch diverse theoretische Lehrveranstaltungen eine intensive Beschäftigung mit der einschlägigen Literatur. So entstand ein wissenschaftliches Interesse am Phänomen des Telefondolmetschens im Gesundheitswesen und damit auch die vorliegende Arbeit. Die Verfasserin hat also einen direkten

und persönlichen Bezug zum Bereich sowie relevante Kenntnisse über das Feld des Dolmetschens und dessen Bedingungen. Diese werden die Herangehensweise der Verfasserin im Rahmen des empirischen Teils beeinflussen, indem sie als Basis für die Analyse der Aufnahmen dienen werden. Es bestehen also gewisse Annahmen, die mehr oder weniger bewusst die Anfangslage für die untersuchten kommunikativen Kontexte bilden. Damit sind zwei Hauptannahmen der Verfasserin gemeint, auf welche sich die Gesamtheit der vorliegenden Arbeit stützt, und zwar, dass das Telefondolmetschen den/die DolmetscherIn vor Schwierigkeiten stellt und dass der/die DolmetscherIn bewusst oder unbewusst bestimmte Bewältigungsstrategien für den Umgang mit diesen anwendet.

4.1.2. Setting und TeilnehmerInnen

AmberMed ist ein seit 2004 bestehendes Kooperationsprojekt zwischen der Diakonie Flüchtlingsdienst und dem Österreichischen Roten Kreuz (AmberMed 2022). Sein Hauptziel ist die ambulant-medizinische Versorgung von nicht-krankenversicherten Menschen, die sich dauerhaft in Wien aufhalten. Darüber hinaus stellen sie auch Medikamente und Sozialberatungen kostenlos zur Verfügung. Den Großteil der ärztlichen Besuche bei AmberMed besteht aus Gesprächen im allgemeinmedizinischen Bereich – fast 6000 Gespräche aus den circa 8000 im Jahr 2020. Insgesamt 3187 PatientInnen nahmen 2020 AmberMeds Angebot in Anspruch – darunter waren RumänInnen die am zweitstärksten vertretene Bevölkerungsgruppe mit 323 Klientinnen (AmberMed 2022).

Aufgrund der Pandemie wurde die PatientInnenversorgung im März 2020 von der Praxis vor Ort auf das Telefon umgestellt. Die Terminvergabe erfolgte per Telefon und chronisch Erkrankte konnten ärztliche Gespräche auf dieser Weise in Anspruch nehmen. Das führte dazu, dass der Bedarf an Telefondolmetschungen stieg. Erst im April nahmen einige FachärztInnen den medizinischen Betrieb vor Ort wieder auf. Ab November 2020 konnte der Normalbetrieb dank Covid-Testungen vor Betreten des Warteraumes wieder hergestellt werden. Das telefonische Angebot bestand aber weiterhin, was zur Entstehung eines Hybridkonzeptes der medizinischen Betreuung bei AmberMed führte. Diese Umstände machten es möglich, drei Gespräche in unterschiedlichen Konstellationen aufzunehmen.

AmberMed verfügt über ein Team von ehrenamtlichen Dolmetschenden, die in der Regel StudentInnen des Zentrums für Translationswissenschaft der Universität Wien sind und Erfahrung mit dem Dolmetschen haben. Diese geben ihre verfügbaren Zeiträume an und unterstützen vor Ort oder telefonisch. Die Terminvereinbarung für AmberMed-Dolmetschende soll in diesem Zusammenhang ebenfalls von Bedeutung sein, da sie Auskunft über deren Arbeitsbedingungen gibt. Dolmetschtermine werden grob vereinbart, indem der/die Dolmetschende bestimmte Zeiträume, in denen er/sie verfügbar ist, angibt. Es handelt sich dabei um mehrere Stunden, innerhalb der Öffnungszeiten der Ordination. Dadurch, dass die PatientInnen-Gruppen in Bezug auf ihre sozio-kulturellen Ausprägungen recht heterogen sind, kann nicht nur die Rede von StammpatientInnen sein. AmberMed empfängt regelmäßig neue PatientInnen und befasst sich mit neuen Fällen, während die chronisch erkrankten oder älteren PatientInnen sich manchmal länger am Stück außerhalb Wiens oder Österreichs aufhalten und somit keine Termine vereinbaren. Daraus lassen sich die Vielfältigkeit der zu behandelnden Fälle und die damit einhergehende Unvorhersehbarkeit ableiten. Zusätzlich zu der Spontanität der Einsätze ist auch der Umgang mit der terminologischen Vorbereitung anzumerken. Dolmetschende bei AmberMed verfügen in der Regel über kein Vorbereitungsmaterial und kennen die Gesprächsthemen, beziehungsweise die PatientInnen, nicht im Voraus. Aber natürlich bringt eine länger andauernde Arbeit bei der Organisation auch eine bessere Kenntnis der regelmäßigen PatientInnen mit sich, was dabei helfen kann, deren medizinische Situation schneller zu erfassen. Der Bedarf an Dolmetschenden pro Woche oder Tag ist schwierig vorherzusagen, weil der PatientInnenfluss ständig schwankt und die benötigten Sprachen ebenfalls. Was der Briefing der Dolmetschenden angeht, gehört dieses nicht zu den Aufgaben des AmberMed-Personals. Das Verwaltungspersonal der Organisation bemüht sich in der Regel, den Besuchsgrund der PatientInnen kurz zu umreißen, während ÄrztInnen eher direkt ins Gespräch mit den PatientInnen einsteigen, ohne die DolmetscherInnen über deren Anamnese oder Grundinformationen in Kenntnis zu setzen. Diese Erkenntnisse wurden von der Verfasserin durch persönliche Erfahrung sowohl mit dem Dolmetschen vor Ort, als auch am Telefon gewonnen.

Bei den aufgenommenen Dolmetschungen handelt es sich um Zwei- beziehungsweise Mehr-Punkt-Schaltungen. In einem Fall wurde eine telefonische Konferenz eingerichtet, um sowohl die Patientin als auch die Ärztin und Dolmetscherin sowie die für die Zuschaltung aller Teilnehmenden zuständige AmberMed-Mitarbeiterin ins Gespräch einbeziehen zu können. Die

anderen zwei analysierten Gespräche wurden in einer Zweier-Konstellation gestaltet, indem der Patient zusammen mit der Gesundheitskraft in einem Raum saß, während die Dolmetscherin sich aus der Ferne dem Gespräch telefonisch zuschaltete. Dabei nahmen die ehrenamtlich engagierten ÄrztInnen der Organisation in ihrer Rolle als Fachkräfte sowie die Rumänisch sprechenden PatientInnen ohne Krankenversicherung teil. Des Weiteren waren auch Vertreterinnen des AmberMed-Personals als Mediatorinnen oder Empfangspersonal dabei. Die drei analysierten Fälle weisen eine thematische Vielfalt auf, denn deren Inhalte sind verschiedenen medizinischen Bereichen zuordenbar. Das erste analysierte Gespräch stellt eine Therapiesitzung dar, wo mehrere Personen zugeschaltet sind und wo bereits eine Beziehung zwischen der Ärztin und der Patientin besteht. Die zweite Dolmetschung wurde im Rahmen einer Neupatientenaufnahme, in der eine AmberMed-Mitarbeiterin den Fall eines neuen Patienten kurz behandelt, durchgeführt. Das dritte Gespräch findet mit demselben Patienten der zweiten Aufnahme statt, allerdings bei einem Allgemeinarzt.

Der Status der Verfasserin als ehrenamtliche Dolmetscherin bei AmberMed nimmt ebenfalls Einfluss auf die Weise, wie verdolmetschte Gespräche geführt werden. Die persönliche Erfahrung der Verfasserin im Rahmen der Organisation zeigte, dass die Aktivität der DolmetscherInnen im Rahmen der Organisation wenig geregelt war. Es haben keine schriftlichen oder mündlichen Verabredungen stattgefunden, die die Rolle und das Beteiligungsausmaß der DolmetscherInnen im Gespräch bestimmen. Dies spiegelt sich auch im Kommunikationsstil des Gesundheitspersonals wider, das mit den DolmetscherInnen arbeitet: Die Dolmetscherin wird in den aufgenommenen Gesprächen direkt angesprochen und über die PatientInnen wird in der dritten Person gesprochen. Darüber hinaus nimmt die Kommunikation Arzt/Ärztin-Dolmetscherin vielmehr die Form einer Aufgabenvergabe an – zum Beispiel „sagen Sie ihm, dass ...“. Der Dolmetscherin wird indirekt eine Mediatoren-Rolle zugewiesen. Diese Aspekte werden im Rahmen der Analyse ebenfalls Erwähnung finden.

4.1.3. Zielsetzung und Relevanz

Durch die vorliegende Untersuchung sollen problematische Stellen beim Telefondolmetschen im Rahmen von ärztlichen Gesprächen und der Umgang der Dolmetscherin mit ebendiesen beleuchtet werden. Anhand von Aufnahmen und deren detaillierten Transkripten sollen

kommunikative Schwierigkeiten identifiziert und auf ihre Auswirkung auf die Dolmetschung hin analysiert werden. Darüber hinaus sollen auch die sprachlichen und außersprachlichen Maßnahmen, auf die die Dolmetscherin zu deren Bewältigung zurückgreift, beobachtet und untersucht werden.

Der größte Wert des gegenständlichen Forschungsprojektes liegt im authentischen Charakter der aufgenommenen Gespräche. Im CI-Bereich und vor allem im Fall des Medizindolmetschens ist oft ein aus Datenschutzgründen erschwerter Zugang zu authentischen empirischen Daten zu sehen (vgl. Angelelli 2004:45). Die meisten Studien in diesem Bereich basieren entweder auf Interviews mit den Beteiligten oder auf Rollenspielen, die echte Situationen simulieren: Martínez-Gómez (2014) untersucht das Dolmetschen im Gefängnis anhand von Interviews; Arumí Ribas & Vargas-Urpi (2017) simulieren Elterngespräche, um das Dolmetschen im Bildungsbereich zu thematisieren und Russo et al. (2020) analysieren die Herausforderungen des Telefondolmetschens überwiegend im Gesundheitswesen durch Rollenspiele mit echten DolmetscherInnen. Obwohl die eben genannten Studien sehr aufschlussreich sind und neue, nützliche Beiträge zur Wissenschaft bringen, weisen sie einen gemeinsamen Nachteil vor: die Nicht-Authentizität ihrer Daten. Rollenspiele und Simulationen erlauben weniger Spontanität, weil sprachliche Phänomene wie zum Beispiel Unterbrechungen, die im natürlichen Redefluss oft vorkommen, sich nicht so gut simulieren lassen (Arumí Ribas & Vargas-Urpi 2017:134). Es ist darüber hinaus manchmal schwierig für Dolmetschende, sich in ihre Rolle im Rahmen der Simulation hineinzusetzen (ibid. 2017:134). Es liegen aber auch einige Studien mit authentischen Daten vor (siehe zum Beispiel Dal Fovo 2012; Krystallidou 2012; Martinsen & Dubsloff 2010).

Authentische Daten sind für die Forschung wesentlich. Dadurch können neue und manchmal unerwartete Erkenntnisse gewonnen werden. Zum Beispiel ist Rosenberg (2007) in seiner empirischen Studie zu einem eher untypischen Schluss gekommen und zwar, dass nur wenige der untersuchten gedolmetschten Anrufe nach dem idealisierten Modell des Dolmetschens verliefen (2007:66). Darüber hinaus kann durch die Analyse von authentischem Material der echte Kommunikationsstil der Zielgruppe, mit der im Community Interpreting gearbeitet wird, näher beobachtet werden und Auskunft über Aspekte, die möglicherweise zu wenig beforscht geblieben sind, gegeben werden. Das CI wurde in den letzten Jahrzehnten

gewissermaßen auch mithilfe authentischer Datensätze untersucht. Diese Studien bleiben bis heute durch ihre Inhalte und Schlüsse über die natürliche Kommunikation relevant: Oviatt und Cohen (1992) sowie Wadensjö (1999) untersuchten anhand von Aufnahmen die Unterschiede zwischen dem vor-Ort-Dolmetschen und dem Telefondolmetschen; Roy (1996) schaffte durch ihre Analyse eine detaillierte Beschreibung einer echten Gebärdensprachdolmetschung im Bildungsbereich; Rivadeneyra (2000) schrieb über das Medizindolmetschen und bezog sich auf Transkripte von echten Dolmetschungen, stellte diese allerdings in ihrer Studie nicht zur Verfügung, stattdessen nur deren quantitative Analyse. Ein weiteres erwähnenswertes Beispiel ist Van de Mieroops (2012) Studie über das Dolmetschen in einem belgischen Pflegeheim. Darin ist eine detaillierte textuelle und visuelle Erläuterung der Aufnahmen zu sehen. Zudem soll Havelkas (2018) Studie über das Videodolmetschen im Gesundheitswesen erwähnt werden. Diese ist eine umfassende Darstellung der Inhalte echter gedolmetschter Gespräche und trägt somit wesentlich zum Corpus der authentischen Datensätze im CI-Bereich bei.

4.2. Forschungsansatz

Im Folgenden wird der Forschungsansatz erläutert, der im Rahmen der vorliegenden Fallstudie angewendet wurde. Wie bereits erwähnt, handelt es sich um die Analyse von drei aufgenommenen Telefondolmetschungen.

In der folgenden Analyse der Transkripte ist ein deskriptiver Ansatz zu sehen, in dem die Identifizierung, Kategorisierung, und Erstellung von Zusammenhängen das Ziel sind. Im Vergleich zu einem präskriptiven Ansatz, bei dem die Vorgabe bestimmter Richtlinien und die Überprüfung von deren Einhaltung im Mittelpunkt steht (vgl. Duden 2022a), nimmt sich der deskriptive Ansatz viel mehr die Beschreibung von Phänomenen vor (vgl. Duden 2022b). Durch die Entscheidung für diesen Forschungsansatz soll zusätzliches, unbewertetes Material für die wissenschaftliche Diskussion zum Thema des Telefondolmetschens im Gesundheitswesen angeboten werden. Durch das Beschreiben und Beobachten der sprachlichen und außersprachlichen Phänomene sollen die Vorkommnisse im Rahmen von echten Situationen beim Telefondolmetschen für medizinische Gespräche dokumentiert werden.

Der Forschungsansatz, der die vorliegende Fallstudie prägt, ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Dabei werden Mayrings Forschungsphasen an den gegenständlichen Fall angepasst und angewendet. Als Untertyp der qualitativen Inhaltsanalyse, der den Gegenstand der Analyse spezifiziert, werden die Merkmale der diskursanalytischen Richtung nach Hale & Napier (2013) beschrieben. Außerdem sollen einige wesentliche Merkmale der Autoethnographie nach Hokkanen (2016, 2017) dem auf die vorliegende Forschungsstudie angewendeten Ansatz hinzugefügt werden.

Diese Arbeit weist durch ihren empirischen Teil die wesentlichen Aspekte der qualitativen Forschung auf. Dies spiegelt sich in den spezifischen Phasen wider, die entlang derer die Analyse erfolgte, beziehungsweise im Forschungsfokus der empirischen Untersuchung, in dem der Gewinnung von Erkenntnissen durch die Bildung und Untersuchung von bestimmten Kategorien – im vorliegenden Fall Arten von Herausforderungen und Strategien beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen – besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Laut Mayring (2010:17) machen die beiden vorher erwähnten Aspekte die Grundsätze der qualitativen Forschung aus. Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit eignet sich eine qualitative Herangehensweise anstatt einer quantitativen, weil, wie bereits erwähnt, ein unbewerteter Beitrag zur Wissenschaft angestrebt wird. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, deren Ergebnisse auf größere Gruppen angewendet werden können, konzentriert sich die qualitative Forschung auf die Details und die spezifischen Trends, die innerhalb einer Gruppe auftreten (Hale & Napier 2013:15). Solche Erkenntnisse können von großer Bedeutung für die Diskussion zum Thema Telefondolmetschen im Gesundheitswesen sein, da dieses Untergebiet des Dolmetschens noch nicht über ein umfassendes Korpus an authentischen Datensätzen verfügt, mithilfe dessen dann auch sinnvolle quantitative Forschung betrieben werden kann beziehungsweise allgemeine Schlüsse gezogen werden können.

4.2.1. Qualitative Inhaltsanalyse

Mayring (2010) spezifiziert das Konzept der qualitativen Forschung in seiner Arbeit weiter und schreibt über die Inhaltsanalyse als Untertyp davon. Er nennt diese „qualitative Inhaltsanalyse“ (2010:11) und definiert sie als die Analyse von kommunikativem Material, also von Inhalten, die aus der echten Kommunikation entstehen (ibid. 2010:11). Der Autor macht

ebenfalls darauf aufmerksam, dass dabei nicht nur kommunikative Inhalte als solche, sondern auch deren Formen analysiert werden (ibid. 2010:11). Die Bezeichnung dieses Forschungsansatzes soll durch die wiederholte Benutzung in der einschlägigen Literatur gefestigt worden sein, ist aber nicht genau. Mayrings alternativer Vorschlag dafür lautet „kategoriegeleitete Textanalyse“, um nicht nur den inhaltlichen, sondern auch den formellen Aspekt der untersuchten Kommunikation zu unterstreichen (ibid. 2010:13).

In seiner Arbeit schlägt Mayring ein bestimmtes Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse vor. Bevor dieses durchgeführt werden kann, sollen zwei grundsätzliche Aspekte des Forschungsprojektes erläutert werden: die Fragestellung und die Stichprobe. Im Fall der vorliegenden Arbeit kann die Fragestellung wie folgt formuliert werden: Welche schwierigen Stellen kommen beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen vor und wie wird damit umgegangen? Was die Stichprobe angeht, wurde diese bereits im vorigen Unterkapitel erläutert – es handelt sich um drei Audioaufnahmen von Dolmetschungen mit zwei PatientInnen, ehrenamtlichem Gesundheitspersonal sowie angestelltem Verwaltungspersonal seitens der organisierenden Institution.

Nun kann das Forschungsvorgehen näher ausgeführt werden. Es wurden die Etappen nach Mayring (2010) auf den vorliegenden Untersuchungsgegenstand angewendet.

- Festlegung der Analyseeinheiten – es werden sowohl sprachliche, als auch außersprachliche Elemente analysiert. Die kleinste analysierte sprachliche Einheit ist der Buchstabe und die kleinste nichtsprachliche Einheit ist das Schweigen, das durch eine spezifische Markierung im Transkript gekennzeichnet wurde: durch die Eintragung dessen Dauer in Sekunden in runden Klammern.
- Definition und Erläuterung der Analysekriterien – die Analysekriterien beziehungsweise die Fokuspunkte der Untersuchung werden im Rahmen des Unterkapitels 4.4. detailliert erläutert.
- Anwendung von Analysekriterien (Kodierung) – abhängig von den festgelegten Kriterien werden die verschiedenen Analyseeinheiten dementsprechend markiert und einer Kategorie zugeordnet. Dies ist in Unterkapitel 4.5. zu sehen.

- Zusammenstellung und Auswertung der Ergebnisse – ebenfalls in Unterkapitel 4.5. zu finden sind die Zusammenhänge zwischen dem selbst erstellten Analysenmodell, den Transkripten und den theoretischen Inhalten der vorigen Kapiteln.

4.2.2. Diskursanalyse

Am Anfang des Unterkapitels wurde als Untertyp der qualitativen Inhaltsanalyse die Diskursanalyse erwähnt. Diese findet in der vorliegenden Untersuchung von Transkripten in mehrerer Hinsicht Anwendung. Hale & Napiers (2013) Erörterung des Themas wird hierfür herangezogen. Sie definieren die Diskursanalyse als die Untersuchung der echten Sprache, die natürlich und spontan vorkommt, im Gegensatz zu künstlich erstellten Sätzen und Sinneinheiten (2013:118). Es geht dabei darum, die durch die Verlinkung von Sinneinheiten entstehenden Zusammenhänge zu analysieren (ibid. 2013:119). Die Bezeichnung „Diskurs“ bezieht sich sowohl auf die geschriebene, als auch auf die mündliche Sprache (ibid. 2013:118). Aus der einschlägigen Literatur ergibt sich keine eindeutige Definition eines Diskurses. Es besteht einerseits die Meinung, dass die Diskursanalyse auf Einheiten angewendet werden soll, die länger als ein Satz sind und dass alles unter dieser Grenze nicht zu diesem Forschungsansatz gehört (vgl. Gee & Hadford 2012). Die gegenteilige Position ist aber in der Literatur ebenfalls vertreten und argumentiert, dass sogar die kleinsten Sinneinheiten analysierbar sind (Bax 2011). Im vorliegenden Forschungsprojekt wird die letztere Ansicht Vorrang finden, sodass auch die kleinsten Spracheinheiten wie zum Beispiel Häitationen oder Speech-Marker als Diskurseinheiten betrachtet werden können. Die diskursanalytische Herangehensweise lässt sich im Bereich Dialogdolmetschen gut anwenden, weil sie eine globale Betrachtung der Interaktion erlaubt. Dies ist in triadischen Interaktionen besonders wichtig, denn jeder Beitrag zum Gespräch beeinflusst den nächsten (Hale & Napier 2013:128). Die Autorinnen (2013:117) erwähnen verschiedene Studien, die auf diese Methode zur Untersuchung ihres Forschungsgegenstandes zurückgreifen (siehe zum Beispiel Davidson 2000, Roy 2000, Wadensjö 2001).

Die Diskursanalyse verfügt über einen detaillierten und deskriptiven Charakter. Diese Merkmale kommen auch im Rahmen der folgenden Transkriptanalysen zum Einsatz, indem die transkribierten Dialoge als Diskurse und Verzeichnungen des aktuellen Sprachgebrauchs sowohl auf Deutsch, als auch auf Rumänisch behandelt wurden. Dabei wurde ein „bottom-up approach“

(Hale & Napier 2013:121) angewendet, bei dem die Analyse der Transkripte die Identifizierung und Interpretation bestimmter Elemente im Diskurs bedingte. In diesem Fall sind damit die Herausforderungen und Bewältigungsstrategien beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen gemeint. Diese wurden in den Transkripten gesucht, identifiziert, selektiert und interpretiert. Wichtig im Rahmen dieses Ansatzes war ebenfalls, wer die teilnehmenden AkteurInnen sind, also wer die Analysen durchführt. Im vorliegenden Forschungsprojekt waren das die Dolmetscherin im Einsatz, die ebenfalls Verfasserin der vorliegenden Arbeit ist, sowie zwei weitere externe Personen. Diese sind professionelle Dolmetscherinnen, die durch das Ausfüllen eines detaillierten Fragebogens über die Einzelheiten der gedolmetschten Gespräche ihre Perspektive in die Gesamtanalyse einbringen konnten. Laut Hale & Napier (2013:130) bestehen mehrere Möglichkeiten, gedolmetschte oder übersetzte Diskurse zu analysieren. Im Falle der vorliegenden Arbeit wurde eine globale Betrachtung der Interaktionen als miteinander verbundene Diskurseinheiten gewählt.

4.2.3. Autoethnographie

Zu Beginn des Unterkapitels 4.1. wurde der autoethnographische Forschungsansatz erwähnt. In diesem Unterkapitel soll eruiert werden, was diesen Ansatz ausmacht und warum er für die vorliegende Untersuchung und deren Forschungsmethoden relevant ist.

Der Begriff der Autoethnographie im Kontext einer wissenschaftlichen Untersuchung dolmetschbezogener Themen stammt aus Hokkanens (2016, 2017) Arbeit im Bereich des Kirchendolmetschens, ebenfalls ein wenig erforschtes Feld. Hokkanen selbst lässt sich von den Sozialwissenschaften inspirieren, genauer gesagt von der Autorin Deborah Reed-Danahay (1997), und thematisiert ihre Adaptation der bereits etablierten ethnographischen Forschung, die sich auf Völkergruppen und deren Merkmale bezieht (vgl. Fetterman 2010:1). Die Autoethnographie unterscheidet sich laut Hokkanen (2017:26) in mehreren Hinsichten davon. Dabei liegt der Fokus auf der Involvierung der ForscherInnen in ihre eigenen Untersuchungen sowie die Folgen davon. Die autoethnographische Herangehensweise baut trotzdem auf den Grundlagen der Ethnographie auf, indem sie eine Menschengruppe als Untersuchungsgegenstand hat. Dies ist auch in Hokkanens Studie zu sehen. Was aber als wichtiges zusätzliches Element im Rahmen der Autoethnographie auffällt, ist die persönliche Erfahrung des/der ForscherIn in der jeweiligen

beforschten Gemeinschaft. Dies beeinflusst seine/ihre Wahrnehmung der Facetten der untersuchten sozialen Welt (ibid. 2017:26). Hokkanen (2016:15) definiert in ihrer ersten umfassenden Arbeit zum Thema den Begriff der Autoethnographie genauer. Sie postuliert zwei mögliche Kontexte, in denen sich dieser anwenden lässt: Entweder beforcht der/die ForscherIn eine Gemeinschaft, deren Mitglied er/sie bereits ist, oder es werden persönliche Erfahrungen in der beforchten Gemeinschaft als auch ein bestimmtes ethnographisches Interesse daran in die Entstehung des Forschungsprojektes miteinbezogen. Im Fall der vorliegenden Studie gilt das Letztere.

Wie eine autoethnographische Untersuchung aussehen kann, zeigt Hokkanen in ihrer Studie (2016) und einem darauffolgenden wissenschaftlichen Artikel (2017). Sie erklärt (2017:26), dass sie dafür auf Methoden der Introspektion und der kulturellen Analyse zurückgriff. Damit ist gemeint, verschiedene soziale oder in Hokkanens Fall dolmetschbezogene Phänomene aus der Perspektive der ForscherIn zu beschreiben (ibid. 2016:12). Das ist auch in der vorliegenden Analyse zu sehen. Dadurch soll die wissenschaftliche Untersuchung mit Einblicken in den Gedankengang der Dolmetscherin im Einsatz bereichert werden. Genauer gesagt, basiert Hokkanens 2016 autoethnographische Studie auf sogenannten “field notes”, die während des Dolmetschens sowie zwischen Aufträgen verfasst wurden und subjektive Eindrücke der eigenen Leistung und der der anderen beinhalteten. Eine ähnliche Methode ist in Rosenbergs (2007:68) Studie über das Telefondolmetschen zu sehen. Dabei lässt sich der Autor von Think Aloud Protocols, die oft in übersetzungswissenschaftlichen Studien angewendet wurden, inspirieren und macht während seiner Dolmetschtätigkeit Notizen.

Die vorliegende Analyse weist allerdings in dieser Hinsicht eine unterschiedliche Herangehensweise auf und zwar werden die Inhalte der transkribierten Dolmetschungen von der Verfasserin beziehungsweise Dolmetscherin dieser Interaktionen im Nachhinein analysiert. Darüber hinaus werden zwei objektive Expertinnenmeinungen von professionellen Dolmetscherinnen mit Rumänisch und Deutsch in ihrer Sprachkombination zur Gewährleistung der Neutralität der Analysen herangezogen. Diese letzte Methode ähnelt der Untersuchung von Martínez-Gómez (2014), die zusätzlich zu den Interviews mit den Betroffenen ebenfalls auf ExpertInnenmeinungen zurückgreift.

Die vorliegende Studie ähnelt Hokkanens autoethnographischer Untersuchung in der Einbeziehung der Forscherin in die analysierten Materialien und ihre Zugehörigkeit zur Gemeinschaft, aus der die analysierten Gespräche resultieren. Im vorliegenden Fall kann die Involvierung der Forscherin durch ihre Zugehörigkeit zur Herkunftskultur der PatientInnen sowie ihre langfristige ehrenamtliche Arbeit im Rahmen von AmberMed erklärt werden. Des Weiteren basiert Hokkanen ihre Erkenntnisse teilweise auch auf Transkriptionen von gedolmetschten Passagen (ibid. 2016:45), so wie dies auch in der vorliegenden Studie zu sehen ist.

Der wichtigste erwähnenswerte Unterschied zwischen Hokkanens (2016, 2017) Herangehensweise und der Herangehensweise in der gegenständlichen Forschung liegt in der zeitlichen Dimension der Analysen: Während Hokkanen ihre „field notes“ während des Einsatzes schreibt, basiert die Verfasserin ihre Analyse auf eigene Eindrücke, die im Nachhinein ausgedrückt und durch externe Beiträge ergänzt werden. Darüber hinaus steht in Hokkanens Studie (2016) eher die subjektive Erfahrung der Dolmetscherin im Mittelpunkt, während die vorliegende Arbeit keine innerliche, sondern eine ausschließlich nach außen orientierte Beobachtung und Analyse von dolmetschbezogenen Phänomenen anstrebt.

Als Nächstes soll kurz der autoethnographische Ansatz und dessen Mehrwert für die Wissenschaft argumentiert werden. Die wissenschaftliche Forschung kann in Wirklichkeit nie komplett von dem/der ForscherIn getrennt werden, genauso wie DolmetscherInnen nie vollständig neutral sein können (Hokkanen 2017:24). Laut der Autorin soll der Einfluss des/der Forschenden bei der Datenauswertung berücksichtigt werden, nicht nur, um ein umfassendes Bild der Ergebnisse zu schaffen, sondern auch, weil die Einblicke und persönliche Erfahrung des/der Forschenden eine Bereicherung für qualitative Untersuchungen bringen können (ibid. 2016:46, 2017:26). Somit wird der/die ForscherIn zum Teil der Ergebnisse. Viele ForscherInnen haben selbst Erfahrungen mit dem Dolmetschen oder Übersetzen gemacht und diese sollten im Rahmen ihrer Studie thematisiert werden. Autoethnographie kann dabei helfen, den Einfluss der persönlichen Erfahrung auf die eigene Forschung zu untersuchen. Des Weiteren ermöglicht Autoethnographie die Mischung zwischen dem Selbst und dem Sozialen: ForscherInnen können anhand dieser Methodologie ihre eigenen Wahrnehmungen und Annahmen sowie deren Einfluss analysieren (Hokkanen 2016:71).

Die Grenzen dieser Forschungsmethoden sollen ebenfalls thematisiert werden. Das Erste, mit dem Autoethnographie assoziiert wird, ist die Verzerrung des Forschungsprozesses durch die zu starke Involvierung des/der ForscherIn. Laut Hokkanen (2017:26) kann dieser Aspekt den tatsächlichen Wert der gewonnenen Kenntnisse hinterfragen und somit schwächen. Diese Gefahr kann aber möglichst vermieden werden, indem durch verschiedene Maßnahmen eine sichere Distanz zu den analysierten Informationen geschaffen wird. Dabić (2021) bietet durch ihre Untersuchung des Dolmetschens im Bereich Psychotherapie einige wertvolle Beispiele hierfür. Diese Methoden spiegeln sich auch in der gegenständlichen Studie wider. Zum einen empfiehlt sie (2021:98) eine ständige Reflexion über die Beziehung zwischen den eigenen Rollen als Forscherin und „aktive Mitarbeiterin“, um subjektive Bewertungen der Daten zu vermeiden. Ebenfalls hilfreich zur Distanzierung kann der Zeitfaktor sein: Dabić (2021:98) erhebt ihre Daten über vier Jahre hinweg und bewertet sie erst danach. Somit schafft sie eine gewisse Distanz von den gedolmetschten Inhalten. Im Fall der vorliegenden Arbeit handelt es sich bei den Analysen um Dolmetschungen, die im Zeitraum 2020-2021 aufgenommen wurden und somit keine frischen Erkenntnisse mehr sind. Dabić (ibid. 2021:98) erwähnt auch die Kodierung der verfassten Transkripte als Distanzierungsmethode – diese erfolgt auch im Fall des gegenständlichen Forschungsprojektes durch die Einordnung der Diskurseinheiten verschiedener Kategorien von Schwierigkeiten oder Strategien. Außerdem empfehlen Hale & Napier (2013:134) diesbezüglich die Ergänzung der eigenen Analyse durch externe Bewertungen. Diese Methode stellt ein wichtiges Instrument dar, das die vorliegende Untersuchung ermöglicht. Allerdings soll angemerkt werden, dass die Anwendung dieser Methoden anspruchsvoll ist und deren Komplexität im Verhältnis zur Neutralität der Studie nicht unterschätzt werden soll. Ein solcher Ansatz bedarf viel Introspektion und eine gewisse Bereitschaft, das Persönliche mit dem Beruflichen zu vermischen beziehungsweise mit der Ambiguität der Selbstbeobachtung in Echtzeit umzugehen und transparent zu sein (Hokkanen 2016:72).

4.3. Auswertungsinstrumente

4.3.1. Transkriptionen

In diesem Unterkapitel soll kurz auf die Einzelheiten der transkribierten Dialoge eingegangen werden. Angesichts des Schwerpunkts der gegenständlichen Arbeit (das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen) erschien eine ausführliche Darstellung des phonetischen Aspekts im Rahmen der analysierten Transkripte als notwendig und sinnvoll. Aus diesem Grund sind in den Transkripten nicht nur die inhaltlichen Beiträge der GesprächsteilnehmerInnen zu finden, sondern auch ihre außersprachlichen Vermittlungen sowie die Einzelheiten des akustischen Mediums, in dem die Dolmetschungen stattfinden. So wurden Hintergrundgeräusche, Verzögerungen, Wortlängungen sowie deren manchmal unvollständige Aussprache und andere außersprachliche Elemente wie Gelächter und Seufzen schriftlich markiert. Anhand dieser Informationen konnte ein möglichst vollständiges Bild der kommunikativen Eigenschaften des jeweiligen Settings geschaffen werden und somit wurden die Anmerkungen in der Analyse der Aufnahmen auf bestimmte Stellen in den Transkripten zurückgeführt.

Was die Bedingungen betrifft, unter denen die analysierten Dolmetschungen aufgenommen wurden, soll Folgendes angemerkt werden: Die Gespräche wurden mithilfe der Aufnahme-Funktion eines Laptops aufgenommen. Dabei hat die Dolmetscherin ihr persönliches Handy im Lautsprechermodus benutzt. Aus diesem Grund handelt es sich um eine qualitativ schlechte, allerdings größtenteils verständliche Tonaufnahme. Die Transkriptionen bestehen aus 32 Word-Seiten mit einer Schriftgröße von 12 und einem 1,5-Zeilenabstand. Die Notationsweise orientiert sich an den in den vorigen Kapiteln erläuterten Kategorien, den Herausforderungen und Bewältigungsstrategien beim Dolmetschen. Somit konnten ähnliche oder identische sprachliche und außersprachliche Elemente auf ihren Zweck hin untersucht werden.

Die Aufnahmen wurden gemäß Hale und Napiers (2013:140) Empfehlungen transkribiert. Ihr Modell wendet die Transkriptionsregeln für die Gesprächsanalyse nach Jefferson (1974) in einer leicht veränderten Form an. Die Empfehlungen der AutorInnen wurden auf die Situation der vorliegenden Aufnahmen angepasst und einige Transkriptionselemente wurden aus Relevanzgründen ausgelassen, beziehungsweise wurden neue hinzugefügt. Die Transkriptionsregeln der als Nächstes analysierten Aufnahmen werden im Folgenden erläutert:

- Die Zeilen werden einzeln nummeriert.
- Unterbrechungen und spätere Fortsetzungen des Gesagten – „=“.
- Überlappungen – []. Bei den sich überlappenden Zeilen wird die Zeilendistanzierung nicht eingehalten. Diese werden gleich untereinander angeführt. Die eckigen Klammern beziehen sich ausschließlich auf sich überlappende wörtliche Beiträge. Sich überlappende Hintergrundgeräusche oder unverständliche Teile werden wie unten erklärt angedeutet.
- Pausen – (dauer in Sekunden). Zum Beispiel: „Ich (6) ich wollte das nicht“. Es werden Pausen ab vier Sekunden markiert. Im obigen Beispiel handelt es sich dementsprechend um sechs Sekunden.
- Ergänzungen – (Ergänzung). Diese können entweder Buchstaben, oder längere Ausdrücke sein. Zum Beispiel „ich habe verstan(den)“.
- Verlängerte Laute – : je nach Länge. Zum Beispiel „es war gro::::ß“.
- Akustisch unverständliche Teile – (unverständlich)
- Steigende Intonation – ↑. Diese wird nur an den für die Zwecke der vorliegenden Arbeit relevanten Stellen benutzt.
- Ausruf - !
- Lautes Sprechen – Großbuchstaben
- Leises Sprechen – °leise°
- Hervorheben einer bestimmten Zeile Zum Beispiel: „→ (7) K: Wh~ ↓ what!“

Darüber hinaus wurden von der Verfasserin einige weitere Elemente zum Transkriptionsmodell von Hale & Napier (2013) hinzugefügt:

- Hintergrundgeräusche - ((Bezeichnung des Hintergrundgeräusches))
- Nichtsprachliche Laute wie Lachen, Seufzen oder Gähnen - ((Lachen))
- Verzögerungslaute – *ähm*
- Fehlende Laute oder unvollständig ausgesprochene Wörter – '. Zum Beispiel „Ich hab““ (vgl. Jefferson 1974:190).
- Selbstkorrekturen – Bindestrich. Zum Beispiel „Ich ka-kann“ (vgl. Jefferson 1974:191).
- Notwendige sprachliche Korrekturen zum Original – korrekte Form in runden Klammern. Zum Beispiel: „...würde das Ihren Geweben (Gefäßen) sehr helfen“ (Zeile 71, Anhang 5).

- Namen der Teilnehmenden – ***. Zum Beispiel: „Corina? Hallo, *** spricht“ (Zeile 12, Anhang 5).
- Die deutschen Übersetzungen der rumänischen Passagen – Kurivschrift.
- Die Bezeichnung der Transkripte, auf die sich die Beispiele beziehen – T1, T2, T3.
- Die beiden externen Bewerterinnen und ihre Anmerkungen werden wo nötig durch B1 und B2 gekennzeichnet (vor allem in Anhang 2).

4.3.2. Leitfaden mit Fragen für die externe Analyse

Zusätzlich zu den Transkripten der drei Aufnahmen wurde ein Leitfaden mit Fragen für die zwei externen Bewerterinnen erstellt. Darin sind spezifische Fragen zu den Herausforderungen und Strategien, die im Rahmen der drei aufgenommenen Dolmetschungen vorkommen, enthalten.

Diese Leitfäden boten ebenfalls eine Einleitung in die Forschungsziele und -ansätze der vorliegenden Arbeit, sodass der deskriptive Ansatz sich auch in den externen Bewertungen wiederfindet.

Die zwei externen Bewerterinnen sind beide professionelle Dolmetscherinnen mit Dolmetsch-Erfahrung sowohl im CI-, als auch im Konferenzbereich. Sie sollten drei unterschiedliche Leitfäden ausfüllen, jeweils einer pro Aufnahme. Sie hörten sich die Aufnahmen an und füllten die Leitfäden im Anschluss aus.

Diese Vorgehensweise hat zum Zweck, den neutralen Charakter der gegenständlichen Untersuchung zu unterstützen und die Beobachtungen der Verfasserin zu vervollständigen, beziehungsweise die Arbeit mit neuen (und neutralen) Überlegungen zu bereichern.

4.4. Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten

In diesem Unterkapitel soll der Analyseprozess der erhobenen Daten erläutert und dessen Ergebnisse präsentiert werden. Es soll ebenfalls ein Rahmen geschaffen werden, um die Entscheidungen der Verfasserin in ihrem Vorgehen zu erklären.

Die Kommunikationssituation und die entsprechenden Rollen, die darin auftraten, wurden in den vorigen Unterkapiteln bereits erläutert. Die GesprächsteilnehmerInnen sprachen ihre Zustimmung, aufgenommen zu werden, mündlich aus. Dies ist in den Audiodateien zu hören und auf den Transkripten zu sehen. Es besteht eine einzige Ausnahme davon und zwar der Patient in der zweiten Aufnahme (Anhang 4), wo die Zustimmung des Patienten auf der Aufnahme nicht hörbar ist. Allerdings ist die Bestätigung der Dolmetscherin zu hören, beziehungsweise kann aus der mit demselben Patienten durchgeführten dritten Aufnahme (Anhang 5) angenommen werden, dass dieser auch beim ersten Gespräch einverstanden war. Darüber hinaus soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Herausforderungen und Strategien, die beim Dolmetschen zu beobachten sind, sich überwiegend auf im Rahmen der Gespräche und nicht im Vor- oder Nachhinein auftretende Phänomene beziehen.

In der ersten Hälfte des vorliegenden Unterkapitels soll die Kodierung der Transkriptionen beleuchtet werden. Es wurde eine Vorgehensweise bevorzugt, die auch von Dabić (2021:110) in ihrer Studie angewendet wird. Dabei wurden die in den Transkripten identifizierten Elemente in zwei Kategorien in einer Tabelle organisiert. Näher spezifiziert wird diese Vorgehensweise unter Punkt 4.4.1. Dazu sollen noch die Methoden der Datenauswertung erläutert werden. Dabei wurde, wie bereits erwähnt, ein deskriptiver Ansatz bevorzugt. Dies spiegelt sich in Beschreibungen von kommunikativen Maßnahmen seitens der Dolmetscherin sowie Reaktionen von BenutzerInnen von Dolmetschdienstleistungen und professionellen Dolmetscherinnen wider. Es wird eine möglichst neutrale Zusammenfassung der beobachteten Phänomene angestrebt. Diese wurden, wo möglich, in Verbindung miteinander gebracht und in Zusammenhang betrachtet. Somit soll ein ganzheitlicher Blick auf das Thema ermöglicht werden.

4.4.1. Analysenschritte und Vorgehensweise

Als Erstes sollen die einzelnen Schritte bei der Aufbereitung der empirischen Daten aufgezählt und gegebenenfalls einzeln veranschaulicht werden.

1. Erstellung einer Tabelle mit im theoretischen Teil erläuterten Herausforderungen und Strategien (siehe Anhang 1).

Diese Tabelle dient als Orientierung für die Identifizierung und Zuordnung der jeweiligen Schwierigkeiten und Strategien beim Dolmetschen. Diese wurde mit Anmerkungen aus den externen Bewertungen ergänzt. Es wurden dabei folgende Unterkategorien hinzugefügt: unter Schwierigkeiten – technische Schwierigkeiten; unter Strategien – konzeptuelle Äquivalente, Erläuterungen von Begriffen, Erläuterungen von kulturellen Unterschieden.

2. Analytische Lektüre der Transkripte und Identifizierung von Herausforderungen und Strategien

Die in den Transkripten identifizierten Herausforderungen und Strategien beziehen sich auf die im theoretischen Teil bereits erwähnten Pendants. Verzögerungen, Selbstkorrekturen, lange Pausen, nicht vollständige oder verzerrte Übertragungen des Inhalts sowie Verlängerungen der Vokalen wurden als Zeichen kognitiver Schwierigkeiten betrachtet und begründeten somit die Zuordnung von Passagen der Kategorie der Schwierigkeiten. Andererseits wurden Strategien oft direkt im Anschluss daran festgestellt, weil sie einen korrigierenden oder optimierenden, also an sich einen reaktiven Charakter hatten.

3. Markierung der Herausforderungen und Strategien in den Transkripten nach einem bestimmten Farbenschema

Herausforderungen wurden mit rot und Strategien mit grün hervorgehoben. In Kommentaren wurde erklärt, um welche Herausforderung oder Strategie es sich dabei handelte. Diese Beschreibungen weichen teilweise von den in der ersten Tabelle benutzten Benennungen. Auch rein sprachliche oder außersprachliche Elemente der GesprächspartnerInnen wurden identifiziert, um bestimmte Aspekte zu beleuchten, wie zum Beispiel die Gängigkeit der Benutzung von Speech-Markern zur Bestätigung des Verständnisses.

4. Erstellung einer Tabelle mit in den Transkriptionen identifizierten Herausforderungen und Strategien und deren Einordnung in Kategorien beziehungsweise gegebenenfalls die Hinzufügung neuer Kategorien, die in der Tabelle aus Schritt 1 nicht aufscheinen (siehe Anhang 2)

Im Rahmen dieser zweiten Tabelle sind sowohl die beim dritten Schritt angewendeten Beschreibungen, als auch die in die erste Tabelle vom theoretischen Teil übernommenen

Benennungen zu Klarheitszwecken zu sehen. Dazu wurden die Anmerkungen der zwei herangezogenen Spezialistinnen in Bezug auf die Bedingungen, unter denen die Dolmetschungen stattgefunden haben, hinzugefügt. Diese wurden wie in den Transkriptionen (Anhänge 3-5) und in der folgenden Analyse gekennzeichnet: mit „T1“, „T2“ und „T3“ die jeweilige Transkription, auf die Bezug genommen wurde, und mit „B1“ und „B2“ die Aussagen der zwei Spezialistinnen abhängig von Autorin.

4.4.2. Ergebnisse

Aus der Analyse der Verfasserin kombiniert mit den Beobachtungen zweier externer Spezialistinnen lassen sich sowohl Herausforderungen als auch Strategien beim Dolmetschen am Telefon feststellen. Diese können je nach Ursache und Zweck einer der drei Phasen von Hales Dolmetschprozess zugeordnet werden: Verstehen, Umwandeln oder Wiedergabe (2007:14). Alle Transkripte wurden auf unterschiedliche Schwierigkeiten – kognitive, sprachliche, kommunikative – untersucht und mit den im zweiten Kapitel beschriebenen Herausforderungen in Verbindung gebracht. Es konnten zahlreiche Kategorien von Schwierigkeiten identifiziert werden. Zusätzlich wurden mehrmals inhaltsbezogene Herausforderungen festgestellt, die aufgrund ihrer allgemeinen Anwendbarkeit auf alle Dolmetschbereiche im theoretischen Teil nicht näher erläutert wurden. Es handelt sich dabei um Schwierigkeiten bei der adäquaten Übertragung der Botschaft in die andere Sprache. Im vorliegenden Unterkapitel wird versucht, auf diese Stellen konkret einzugehen und mögliche Ursachen zu finden.

Was die Bewältigungsstrategien der Dolmetscherin angeht, war die Vorgehensweise bei deren Analyse gleich. Dabei konnten fast alle im dritten Kapitel erwähnten Dolmetschstrategien identifiziert werden. Die einzigen Ausnahmen bilden Strategien bezüglich der Ausbildung des Gesundheitspersonal, der technischen Ausstattung, des Ausgleichens von kulturellen Unterschieden und der terminologischen Nachbereitung. Dank des autoethnographischen Charakters der vorliegenden Untersuchung lassen sich die Gründe für diese Ausnahme eruieren. Zum einen verfügte die Dolmetscherin über keine besondere technische Ausstattung, sie benutzte ihr persönliches Handy und dessen Lautsprecher-Funktion. In Bezug auf die kulturellen Unterschiede zwischen den GesprächspartnerInnen konnte kein Bedarf für die Anwendung spezieller Strategien festgestellt werden. Dies wurde auch durch die externen Bewerterinnen

bestätigt (siehe Anhang 2). Letztlich wurden keine Maßnahmen zur terminologischen Nachbereitung von der Dolmetscherin getroffen, da es sich bei allen Gesprächen um eher allgemeine und bekannte Themen handelte.

Es folgt die Auswertung der Ergebnisse zum Teilthema Herausforderungen beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen. Dazu soll erneut die wichtige Rolle der autoethnographischen Untersuchung erwähnt werden, denn sie erlaubt einen nuancierten Einblick in die Mechanismen, die die Reaktionen der Dolmetscherin auslösen. Die autoethnographische Untersuchung im Sinne der Untersuchung der eigenen Dolmetschungen der Verfasserin erweist sich als nützlich in ambivalenten Fällen. Zum Beispiel kann der längere Häsitationslaut der Dolmetscherin im Beispiel unten leicht als Zeichen einer Schwierigkeit eingestuft werden. Allerdings kann die Verfasserin aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung dieses als Strategie – allerdings nicht unbedingt die günstigste, dadurch, dass wiederholende Häsitationslaute störend wirken können und Unsicherheit ausstrahlen – einordnen, die beim Übergang zwischen den Arbeitssprachen als Unterstützung diene.

(T1) 8. D: Ok, passt, ich frage bis dann nach. Ähm::, doamna ... ***?

*D: Ok, passt, ich frage bis dann nach. Ähm::, Frau... ***?*

4.4.2.1. Herausforderungen

Die externen Bewerterinnen wurden gebeten, eine allgemeine Bewertung der drei Kommunikationssituationen anzubieten. In der Folge werden diese Bewertungen zusammen mit den Beobachtungen der Verfasserin kurz geschildert, bevor die einzelnen Herausforderungen näher erläutert werden.

Die erste Aufnahme wurde in Zuge einer Therapiesitzung gemacht, an der insgesamt fünf GesprächsteilnehmerInnen inklusive Dolmetscherin beteiligt waren. Diese Kommunikationssituation kann allgemein als „eindeutig nicht kommunikationsfördernd“ und „stockend“ (siehe Anhang 2) eingestuft werden. Es konnten zahlreiche problematische Momente identifiziert werden. Akustische Verzerrungen entstanden aufgrund einer ungünstigen telefonischen Verbindung einiger GesprächsteilnehmerInnen; diese wurden aber auch durch sich

überlappendes Reden und Nebengespräche verursacht. Die defizitären kommunikativen Fähigkeiten der Patientin und ihrer Mutter waren ebenfalls Grund für Verzögerungen, Wiederholungen und Spannungen im Laufe des Gesprächs. Die unterschiedliche Wahrnehmung der Dolmetscherin, die manchmal zu parallelen Gesprächen geführt hat, soll ebenfalls erwähnt werden. Es wurde von der zweiten Bewerterin festgestellt, dass die allgemeine kommunikative Verwirrung, die entstand, „nicht in erster Linie auf die Dolmetscherin zurückzuführen [ist]. Der Kommunikationsablauf wird von mehreren Gesprächsteilnehmerinnen (insbesondere Patientin und ihrer Mutter) erschwert bis unmöglich gemacht.“ (siehe Anhang 2) Die erste Bewerterin betont ebenfalls, dass die Beiträge der Patientin und deren Mutter für die Kommunikation problematisch waren (siehe Anhang 2). Allerdings werden von der zweiten Bewerterin auch einige von der Dolmetscherin „nicht ganz korrekt“ gedolmetschte Stellen als Ursache von kleinen, aber abklärbaren Missverständnissen erwähnt.

Das zweite ärztliche Gespräch, das anlässlich der Aufnahme eines neuen Patienten bei AmberMed stattfand, kann im Gegenteil zum ersten als kommunikationsfördernd eingestuft werden. Die Gesprächskonstellation ist in diesem Fall weniger komplex, weil nur drei GesprächspartnerInnen daran beteiligt sind. Beide externe Bewerterinnen stufen die Kommunikationsbedingungen als fördernd ein (siehe Anhang 2). Es wurden wenige Schwierigkeiten festgestellt: Überlappungen zwischen der Gesundheitskraft und der Dolmetscherin; manchmal Ausdrucksprobleme des Patienten; die direkte Ansprache der Dolmetscherin, die zu einem parallelen Gespräch führt, sowie die Anführung von spezifischen räumlichen Hinweisen, zu denen die Dolmetscherin keinen Zugang hat.

Die letzte Aufnahme wurde bei einem Gespräch zwischen demselben Patienten von der zweiten Aufnahme und einem Allgemeinarzt gemacht. Hierbei steht die niedrige Tonqualität der Aufnahme im Vordergrund, wie die zweite Bewerterin anmerkt (siehe Anhang 2). Aus diesem Grund stuft sie die Kommunikationsbedingungen nur als teilweise kommunikationsfördernd ein. Die erste Expertin scheint zufriedener mit der Qualität zu sein, sodass sie das Gespräch als kommunikationsfördernd bewertet (siehe Anhang 2). Die Dolmetscherin selbst empfand die tatsächliche Tonqualität des Gesprächs als zufriedenstellend. Die Tonprobleme sind wahrscheinlich auf die Qualität der Aufnahme zurückzuführen. Eine andere von den Expertinnen identifizierte Schwierigkeit ist eine wichtige Unterbrechung des Patienten durch den Arzt:

„Allerdings fehlt an einer Stelle eine potentiell wichtige Information in der Dolmetschung (...), die den Gesprächsverlauf bzw. die Behandlung potentiell noch hätte ändern können“ (siehe Anhang 2). Die erste Bewerterin führt diese auf den Zeitdruck, unter dem sich der Arzt wahrscheinlich befindet, zurück (siehe Anhang 2). Sie merkt ebenfalls eine seitens der Dolmetscherin falsche Übersetzung an, die aber im Moment des Gesprächs der Dolmetscherin keine offensichtlichen Schwierigkeiten bereitete: „Gefäße“ als „Gewebe“ gedolmetscht“ (siehe Anhang 2). Als Nächstes sollen die identifizierten Kategorien von Herausforderungen einzeln dargelegt werden.

4.4.2.1.1. Kommunikative Kompetenzen der GesprächspartnerInnen

Im Laufe der Analyse der drei ärztlichen Gespräche stellte sich heraus, dass die kommunikativen Fähigkeiten der Beteiligten einen erheblichen Einfluss auf den Erfolg der Kommunikation hatten.

In der ersten Aufnahme wurde offensichtlich, inwiefern die kommunikative Bereitschaft der Patientin oder der Mangel davon für den Ablauf des Gesprächs ausschlaggebend war. Die Patientin zeigte keine Bereitschaft, mit der Ärztin über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen, was natürlich in einer Therapiesitzung von Bedeutung wäre. Diese Tatsache könnte zumindest teilweise auf die Anwesenheit ihrer Mutter im Raum zurückgeführt werden. Diese widersprach der Patientin mehrmals im Hintergrund und kommentierte ihre Aussagen.

(T1) 49. P: (6) Câteva ore de energie fizică.

P: (6) Ein paar Stunden körperlicher Energie.

50. → MP: °leise° (unverständlich)

51. P: E drept, fă!

P : Das stimmt aber, du!

52. → [MP: °leise° Ce energie, mama?]

[MP : °leise° Was für eine Energie, Liebes?]

Den Vermutungen der ersten Bewerberin zufolge hat die Patientin entweder die Fragen nicht verstanden oder sie wollte diese nicht beantworten (siehe Anhang 2). Sie ergänzt ebenfalls, dass die Patientin „überhaupt nicht selbstreflektiert“ ist, weil sie offensichtlich die Fragen der Psychologin über ihr Befinden nicht beantworten kann. Die zweite Bewerberin erwähnt auch die mangelnden kommunikativen Kompetenzen der Patientin und erstellt einige Hypothesen bezüglich des Grundes dafür, indem sie die möglicherweise defizitären Sprachkenntnisse der Patientin oder deren psychischen Zustand nennt (siehe Anhang 2). In den folgenden Beispielen wird ersichtlich, dass die Patientin teilweise einsilbig antwortet.

Beispiel 1 (T1)

43. Ä: Wa::s?! Viel besser als das letzte Mal.

44. →D: Asta-i mult ↑ mai bine decât data trecută.

D: Das ist viel ↑ besser als das letzte Mal.

45. → P: Da.

P: Ja.

Beispiel 2 (T1)

74. D: Mhm. Cu toate astea, nu sunteți activă decât trei - patru ore pe zi. M:: oare de ce?

D: Mhm. Trotzdem sind Sie nur drei - vier Stunden am Tag aktiv. M:: warum?

75. [P: Da.]

[P: Ja.]

76. → P: N::-am de ce altce(va).

P: Ich hab 'keinen anderen Grund (warum ich länger aktiv sein soll).

Dies verursachte Schwierigkeiten für die Dolmetscherin, die mehrmals nach Erklärungen und Erläuterungen fragt. Darüber hinaus sah sich die Dolmetscherin mindestens einmal dazu

gezwungen, die Frage der Ärztin erneut genau zu erläutern, um eine aufschlussreiche Antwort zu bekommen.

(T1) 58. D: Oare puteţi să repetaţi? Deci, practic, întrebarea era care sunt activităţile dumneavoastră într-o zi normală.

D: Könnten Sie vielleicht wiederholen? Also die Frage war, was Ihre Aktivitäten an einem gewöhnlichen Tag sind.

Zusätzlich zu den kurzen Rückmeldungen der Patientin erschwerte ihre teilweise inkohärente Art zu sprechen die Arbeit der Dolmetscherin: „(...) allerdings nimmt die Patientin teilweise keinen Bezug auf das Gesagte und ihre Ideen werden mitunter nicht deutlich formuliert.“ (siehe Anhang 2) Als die Patientin gefragt wurde, was sie in der Vergangenheit arbeitete oder studierte, antwortete sie darauf mit der Anmerkung, dass sie momentan arbeitslos ist. Im Anschluss daran musste die Dolmetscherin mit dieser Inkongruenz umgehen und die Frage der Ärztin wiederholen. Die Mutter der Patientin drückte sich an manchen Stellen ebenfalls inkohärent aus, sodass die Dolmetscherin ihre Antworten interpretieren und in deren übersetzten Form erweitern musste.

(T1) 124. MP: (...) Nu, nu că nu (unverständlich) de zis. Nu poate, nu vrea. Nu ştiu ce să mai fac. Cum să fac, cum să dau pe piept cu...să vorbească copilul' (unverständlich) dacă tot o scot din depresia asta.

MP: (...) Nein, nicht, dass (unverständlich) zu sagen. Sie kann es nicht, sie will es nicht. Ich weiß nicht mehr, was ich tun soll. Wie ich vorgehen soll, wie ich mit ... kämpfe. Lass das Kind reden (unverständlich), wenn ich sie schon aus dieser Depression raushole.

Ebenfalls von Bedeutung in Hinblick auf die kommunikativen Kompetenzen der GesprächsteilnehmerInnen war ihre Wortwahl. Diese bereitete der Dolmetscherin einige Schwierigkeiten. Zum einen wurde in der ersten Aufnahme ein Wort direkt aus dem Spanischen übertragen – *camarera*⁵ – und der Dolmetscherin nicht erklärt. Dies führte dazu, dass die Dolmetscherin das Wort mit einem auf Rumänisch ähnlich klingenden verwechselte und somit eine falsche Übersetzung lieferte.

(T1) 98. D: Mhm, okay, şi ce aţi lucrat?

⁵ Kellnerin (Spanisch)

D: Mhm, okay, was haben Sie denn gearbeitet?

99. P: În Spania, camarer(a).

P: In Spanien, camarer(a).

100. D: Came-cameristă? Bine-am înțeles?

D: Zimmer-Zimmermädchen? Hab' ich es richtig verstanden?

101. P: Camareră (unverständlich).

P: Camarera (unverständlich).

Manchmal suchte die Patientin auch nach Worten, sodass die Dolmetscherin nach Bestätigung fragen musste.

(T2) 30. P: Am ähm o problemă pe care, la piciorul stâng, eu o suspectez ca ähm, nu știu cum îi, nu știu cum îi spune. Mă rog, acum sunt și eu stresat și: ähm (unverständlich).

P: Ich habe ähm ein Problem am rechten Bein, das ich vermute, ich weiß nicht, ich weiß nicht wie es heißt. Naja ich bin jetzt auch gestresst und (unverständlich).

Außerdem erwies sich die Sprechetikette der GesprächsteilnehmerInnen als besonders wichtig für den kommunikativen Ablauf der Kommunikation. Schwierigkeiten beim Dolmetschen wurden überwiegend durch Überlappungen zwischen den GesprächspartnerInnen und durch Nebengespräche im Hintergrund verursacht. Zwei prägnante Beispiele bieten das erste und das dritte ärztliche Gespräch.

Beispiel 1 (T1)

146. D: Mhm, ja, sie hat mir das auch gesagt, also, sie-sie meint nur, dass sie diesen Befund jetzt bei-nach jedem Termin möchte.

147. → [Ä: Nein, nein.]

148. → [AM: Das machen wir nicht.]

149. D: Nu, doamnele doc-doamna doctor a zis că nu:: o să vă dea diagnosticul de fiecare dată, după fiecare ähm programare.

D: Nein, die Frauen Dok-die Frau Doktor hat gemeint, dass sie Ihnen den Diagnosezettel nicht nach jedem Termin geben wird.

150. MP: Nu poate ... să mi-l dea?

MP: Kann sie ... mir das nicht geben?

151. D: Sie fragt ähm warum, ob Sie das nicht können?

152. → [Ä: Wir machen... Ähm wenn sie...]

153. → [AM: Weil es nicht notwendig ist.]

Beispiel 2 (T3)

71. D: Mhm, okay. Ähm, domnu' doctor spune că, dacă ați putea fuma mai puțin sau dacă ați ähm înceta cu fumatul, asta v-ar ajuta foarte mult țesuturile.

D: Mhm, okay. Ähm, der Herr Doktor sagt, dass, wenn Sie weniger rauchen könnten oder wenn Sie ähm mit dem Rauchen aufhören würden, würde das Ihren Gefäßen sehr helfen.

72. → A: ((Nebengespräch mit AM))

73. → AM: ((Antwortet darauf))

74. P: Voi încerca.

P: Ich werde versuchen.

75. D: Okay, der Patient hat gemeint, er wird versuchen.

76. → AM: ((Nebengespräch mit A))

77. → A: ((antwortet)) Dann sind wir fertig für heute.

Im ersten Beispiel reagierten sowohl die Gesundheitskraft, als auch die AmberMed-Mitarbeiterin zweimal gleichzeitig auf die Bitten der Mutter der Patientin. Dank der Eindeutigkeit derer Antworten konnte die Dolmetscherin trotzdem verstehen, was gedolmetscht werden sollte. Im zweiten Beispiel erwies sich die Dolmetschung als etwas schwieriger zu übertragen, weil die Gesundheitskraft und die AmberMed-Mitarbeiterin ein für die Dolmetscherin über Lautsprecher hörbares, allerdings nicht verständliches Gespräch während der Dolmetschung ins Rumänische führten. Auf der Aufnahme ist zu hören, wie die Dolmetscherin ihre Stimme erhob, um sich von den Nebengesprächen nicht ablenken zu lassen.

Ebenso wichtig für den kommunikativen Erfolg war das „turn-taking“ der GesprächspartnerInnen in der triadischen Kommunikation. Wenn diese sprachen, ohne dass der/die andere GesprächspartnerIn seine/ihre Idee zu Ende bringt, traten Missverständnisse auf und Informationen gingen verloren. Das passierte etwa in der dritten Aufnahme, als der Patient eine möglicherweise für das Gespräch relevante Information teilen wollte, aber vom Arzt mit einer anderen Frage unterbrochen wurde.

(T3) 39. [P: Și:: am făcut o-] o prostie, să spun așa.

[P: U::nd ich hab] einen Blödsinn gemacht, so zu sagen.

40. D: Și anume?

D: Und zwar?

41. A: Was machen seine Unterschenkel?

Die zweite Bewerterin fasste diese wie folgt zusammen: „Eine Unterbrechung des Arztes führt dazu, dass der Patient nicht mehr darstellen kann, was ihm in letzter Zeit passiert ist. Dadurch gehen Informationen verloren. (...) Aufgrund dieser Unterbrechung erfährt der Arzt nicht, was der Patient getan hat. Dies könnte für die weitere Behandlung von Bedeutung sein“ (siehe Anhang 2). Es gilt ebenfalls anzumerken, dass die Entscheidung der Dolmetscherin, auf den Kommentar des Patienten direkt einzugehen, ohne diesen zuerst zu dolmetschen, einen Einfluss auf den Ablauf hatte (vgl. Anhang 2).

4.4.2.1.2. Tonqualität

In den analysierten Aufnahmen war teilweise die Verbindung schlecht – zum Beispiel im ersten Gespräch. Allerdings waren die aufgetretenen Tonprobleme auch auf andere Faktoren zurückzuführen: Nebengespräche und Hintergrundgeräusche.

23. D: Ähmmm Frau Doktor, ich hätte eine Bitte an Sie.

24. Ä: Mir ist das alles recht. Sie können aber die ***, Sie können aber die ***, ((Echo)) *** fragen, ob sie damit einverstanden ist =

25. [D: Ähm:: =]

26. Ä: = Sie können die *** fragen, ob sie damit einverstanden ist, mit dem =

27. [D: Achso!]

In diesem Beispiel wird ersichtlich, inwiefern eine problematische telefonische Verbindung die Kommunikation beeinflussen kann. Die Ärztin hatte wahrscheinlich ebenfalls eine suboptimale akustische Erfahrung, denn sie wiederholte ihre Aussage, die durch ein Echo übertönt wurde. Anhand der angefangenen und nicht beendeten Sätze der Ärztin und Dolmetscherin kann angenommen werden, dass die Tonqualität im Moment nicht optimal war. Dieses Problem tritt wiederholt in den drei Gesprächen auf, allerdings überwiegend im ersten Gespräch, das als telefonische Konferenz organisiert wurde.

Die Gesprächskonstellation in der dritten Aufnahme, in der die Dolmetscherin telefonisch zugeschaltet war, während alle anderen TeilnehmerInnen in einem Raum saßen, war durch den Einsatz der Lautsprecher-Funktion und die gegen Ende hörbaren Nebengespräche für die Dolmetscherin ungünstig. Interessanterweise stufte die erste Bewerterin die Benutzung der Lautsprecher-Funktion als positiven Faktor ein (siehe Anhang 2), während die Dolmetscherin einen deutlichen Nachteil in dieser Konstellation erlebte. Des Weiteren deutet diese Haltung seitens der VertreterInnen von AmberMed auf einen gewissen Mangel an Bewusstsein gegenüber den Bedürfnissen der DolmetscherInnen, aber auch im Hinblick auf die notwendige technische Ausstattung hin. In dieser Situation wird deutlich, inwiefern die institutionellen Akteure durch ihre Entscheidung Einfluss auf die Gestaltung des Gesprächs ausüben.

Ein störendes Element, das in allen Aufnahmen zu finden war, waren die Hintergrundgeräusche während der Dolmetschung. Unter diesem Gesichtspunkt fiel das erste Gespräch besonders auf, bei welchem ein Tippgeräusch mehrmals für mehrere Sekunden am Stück im Hintergrund zu hören war. Dieses wirkte für die Dolmetscherin störend und es erforderte mehr Konzentration, um das Gesagte zu verstehen und in die andere Sprache zu wiedergeben.

(T1) 89. MP: (unverständlich)

90. ((Tippen

91. P: = Da. Scuzați-mă.

P: = Ja. Entschuldigung.

92. MP: (unverständlich) în Spania, unde (unverständlich) =

[MP: (unverständlich) in Spanien, wo (unverständlich) =]

))

In diesem Beispiel wird durch die doppelten runden Klammern graphisch dargestellt, wie lange das Tippen im Hintergrund zu hören war. Dies trug möglicherweise im Moment zu der stockenden Kommunikation und den Schwierigkeiten beim Verstehen bei.

4.4.2.1.3. Wahrnehmung der Dolmetschenden

Die von der Dolmetscherin im Rahmen der Gespräche erfüllte Rolle war ebenfalls von Bedeutung für deren Ablauf. Alle teilnehmenden Gesundheits- und Verwaltungskräfte haben sich auf die PatientInnen in der dritten Person bezogen und dabei die Dolmetscherin direkt angesprochen.

(T1) 47. Ä: ((Lachen)) Das ist wunderbar. Ok, ähm was, was tut sie den ganzen Tag?

(T2) 22. AM: Hat er dir gesagt, worum es geht, was er hat, ob er Medikamente braucht oder ob er Schmerzen hat? Damit ich weiß, wann ich ihm einen Termin gebe und bei welchem Arzt.

(T3) 1. A: Vielleicht fragen Sie mal zuerst wie es ihm geht. Hallo?

Diese Herangehensweise bereitete der Dolmetscherin manchmal Probleme, wie es beim ersten Gespräch zu hören ist, als sie in ihrer Dolmetschung von der ersten zur dritten Person wechselte.

(T1) 62. D: Ok. Sie: ähm okay, ich hab'-am Tag bin ich ähm ge... zwischen drei und vier Stunden aktiv.

Es kann gesagt werden, dass die ständige Umstellung von der dritten in die erste Person und umgekehrt für die Dolmetscherin eine zusätzliche Belastung war. Dies bestätigten auch die wiederholten Häitationen und Selbstkorrekturen beim Wechsel zur dritten Person, wie im Beispiel oben.

Darüber hinaus sprachen die Gesundheitskräfte die Dolmetscherin mehrmals direkt an, um bestimmte Fragen in Bezug auf die Kommunikation zu stellen oder rein organisatorische Aspekte zu klären.

Beispiel 1 (T1)

93. Ä: Redet denn die Mutter die ganze Zeit?

94. D: Ja, das höre ich auch die ganze Zeit im Hintergrund. (...)

Beispiel 2 (T2)

51. AM: Und dann wollte ich dich fragen, hättest dann auch noch Zeit etwas später, damit wir dich anrufen können, wenn er nochmal dran ist beim Arzt oder bist du am Vormittag ähm=

Im ersten Beispiel sprach die Ärztin die Dolmetscherin direkt an und fragte nach Erläuterung des kommunikativen Kontexts. So entstand kurz ein paralleles Gespräch neben dem Nebengespräch zwischen Patientin und Mutter, obwohl in der telefonischen Konferenz nur ein einziger akustischer Kanal zur Verfügung gestellt wurde. Im zweiten Beispiel wurde die Dolmetscherin von der Gesundheitskraft zu Zwecken eines zukünftigen Auftrags in Anwesenheit vom nicht deutschsprachigen Patienten angesprochen. Es wurde ein Gespräch geführt, das dem Patienten inhaltlich nicht zugänglich gemacht wurde. Die Dolmetscherin sowie die Gesundheitskraft arbeiteten unter Zeitdruck, was dem schnellen Sprechtempo der Mitarbeiterin entnommen werden

kann, sodass die Übertragung dieses Austausches, das den Patienten eigentlich persönlich betraf, aber für die Zwecke des gesamten Gesprächs nicht ausschlaggebend war, ausgelassen wurde.

Vom Verhalten der Gesundheitskräfte gegenüber der Dolmetscherin lässt sich feststellen, dass diese je nach Gespräch und Arzt/Ärztin eine ambivalente Rolle erfüllte. Einerseits wurde mit der Dolmetscherin immer in der ersten Person gesprochen, sodass sie eine gewisse vertretende Position für die PatientInnen einnahm. Ihr wurde aber meistens eine reine übersetzerische Rolle zugeschrieben. Die einzige Ausnahme ist die Frage der Ärztin (Zeile 93, Anhang 3) über die Beiträge der Mutter zum Gespräch – an dieser Stelle handelte die Dolmetscherin auch als Gesprächsmediatorin. Diese Ambivalenz spiegelt sich auch im zweiten Gespräch wieder, bei der direkten Ansprache der Dolmetscherin durch die Gesundheitskraft, um einen weiteren Dolmetschtermin zu vereinbaren. Hinzu kamen noch Situationen, in welchen die Dolmetscherin für eine längere Zeit gar nicht angesprochen wurde und keine Hinweise bekam, obwohl sie dem Anruf bereits zugeschaltet wurde.

(T3) ((Hintergrundgeräusche Ordination, 15))

1. A: Vielleicht fragen Sie mal zuerst wie es ihm geht. Hallo?

Obwohl der Anruf bereits im Gange war, wurde der Dolmetscherin kein Hinweis bezüglich ihrer Aufgabe gegeben. Sie hörte zuerst 15 Sekunden lang Hintergrundgeräusche und im Anschluss wurde vom Arzt eine Aussage getätigt, die sie sofort dolmetschen sollte. Ein weiterer Hinweis auf die ambivalente Wahrnehmung der Dolmetscherin durch die Gesundheitskräfte könnte die Tatsache sein, dass es in keinem Gespräch ein Briefing über den kommunikativen Kontext gab, sondern vielmehr einen abrupten Einstieg ins Thema.

4.4.2.1.4. Gesprächssteuerung

Die drei analysierten Gespräche bieten eine Vielfalt an möglichen Gesprächskonstellationen und somit einen Einblick in die möglichen Schwierigkeiten, die diese DolmetscherInnen bereiten können. Es wurde im ersten Gespräch ersichtlich, wie komplex die Kommunikation werden kann, wenn die Anzahl an Teilnehmenden steigt. Die Dolmetscherin musste nicht nur sicherstellen, dass ihr die Identität der Sprechenden klar war (siehe Beispiel unten), sondern sie

musste auch manchmal die Inhalte von deren Äußerungen erläutern – siehe oben das Beispiel der Patientin, der die Frage der Ärztin erneut erklärt wird (Zeile 58, Anhang 3).

(T1) 8. D: Ok, passt, ich frage bis dann nach. Ähm::, doamna ... ***?

*D: Ok, passt, ich frage bis dann nach. Ähm::, Frau... ***?*

9. MP: Da, vi-o dau, sunt mama, vi-o dau imediat la telefon.

MP: Ja, ich gebe gleich das Handy weiter, ich bin die Mutter, ich gebe es gleich weiter.

10. D: Okay! Mulțumesc.

D: Okay! Danke.

11. P: Alo!

12. D: Bună! ***?

*D: Hallo! ***?*

13. P: Bună. Da da.

P: Hallo. Ja ja.

Eine weitere Herausforderung stellte die eigene Einbringung der Dolmetscherin ins Gespräch dar. An mehreren Stellen handelte die Dolmetscherin eigenständig und beantwortete die sich manchmal wiederholenden Fragen der PatientInnen. Obwohl das Ziel dabei die Optimierung des Kommunikationsablaufs war, führte diese Spontanität manchmal zu Häitationen und Verzögerungen. Dies könnte Anzeichen für die Unsicherheit der Dolmetscherin in Bezug auf ihre Rolle und Aufgaben sein.

(T2) 9. D: Da. Deci, în principiu, ähm doctorii nu vorbesc neapărat română, dar ähm avem- sunt ähm- sunt sunt traducători ca mine care: pot să traducă.

D: Ja. Also grundsätzlich ähm sprechen die Ärzte nicht zwingend Rumänisch, aber ähm wir haben- es gibt ähm es gibt Übersetzer wie ich, die übersetzen können.

4.4.2.1.5. Fehlende nonverbale Hinweise

So wie im theoretischen Teil beleuchtet, kann das Fehlen von visuellen oder nonverbalen Hinweisen die Dolmetscherin am Zugang zu wichtigen Informationen hindern. Im ersten Gespräch wurde der Name eines der Dolmetscherin unbekannten Medikamentes benutzt. Aufgrund dessen, aber auch wegen der unzufriedenstellenden Tonverbindung hörte die Dolmetscherin die korrekte Benennung nicht und musste sie in der Dolmetschung auslassen. Dabei kann ein gewisser Kompensationsversuch für die Auslassung beobachtet werden, indem die Dolmetscherin eigenständig eine Information hinzufügt – „Sie werden es auf dem Rezept finden“.

(T1) 126. MP: (...)Sie bekommt jetzt noch ein Medikament dazu, das heißt Venlafaxin 37,5 Mg. (...).

127. D: Mhm.

(...)

129. D: Okay, ähm doamna doctor îi prescrie *** încă un medicament față de ceea ce lua deja. O să vedeți pe rețetă =

*D: Okay, ähm die Frau Doktor verschreibt *** noch ein Medikament zu denen, die sie bereits nimmt. Sie werden es auf dem Rezept finden =*

Als Herausforderung sind auch jegliche raumbezogene Hinweise einzustufen. Im zweiten Gespräch wurde von einem Testcontainer außerhalb der Praxis gesprochen. Dies war eine Anlage bei AmberMed, die die Dolmetscherin noch nie gesehen hatte. Sie musste also auf die Kenntnisse des Patienten zurückgreifen und so auf diesen Ort hinweisen. Im dritten Gespräch ging es auch um spezifische Informationen, die mit dem Terminvereinbarungssystem von AmberMed zu tun hatten. Die Dolmetscherin musste dabei auf ihre Vorkenntnisse über AmberMeds Räumlichkeiten zurückgreifen.

Beispiel 1 (T2)

49. AM: = er kommt heute zum Arzt, aber er muss, bevor er zum Arzt geht, nach draußen , steht unser blauer Container, wo er getestet werden muss für Corona.

Beispiel 2 (T3)

57. A: Okay. Und ähm jetzt kriegt er die Überweisung für den Psychiater mit=

58. D: Mhm.

59. A: = beziehungsweise einen Termin kriegt er draußen bei der =

60. D: [Mhm.]

61. A: = beim Schalter kriegt er einen Termin für den Psychiater. Aus meiner Sicht kann er arbeiten, ja?

4.4.2.1.6. Inhaltsbezogene Herausforderungen

Zu den Herausforderungen, die im zweiten Kapitel nicht erwähnt wurden, zählen die inhaltsbezogenen Herausforderungen. Ihre Abwesenheit aus dem theoretischen Teil ist damit zu begründen, dass diese Schwierigkeiten in allen Dolmetschbereichen angesiedelt sind, da sie sich auf die Tätigkeit des Dolmetschens in ihrer Essenz beziehen.

Inhaltliche Probleme traten auch in den analysierten Gesprächen auf – zum Beispiel wurde der Terminus „Gefäße“ durch „Gewebe“ auf Rumänisch im dritten Gespräch übersetzt (siehe Zeile 71, Anhang 5; vgl. Anhang 2). Ebenfalls für die Dolmetscherin im Moment problematisch war der Begriff „Antrieb“ im Kontext der Befragung der Psychologin über die allgemeine Stimmung der Patientin im ersten Gespräch. Dieses Konzept hat in diesem Kontext kein direktes Äquivalent im Rumänischen, sodass die Dolmetscherin offensichtlich in Schwierigkeiten beim Übertragen der Botschaft geriet. Dies ließ sich durch eine Aufzählung von verschiedenen beschreibenden Wörtern – „auf emotionaler Ebene“, „körperlich“ – feststellen.

(T1) 123. D: Mhm, ați zis că ähm *** nu se simte bine. Vă referiți aici din punct de vedere emoțional sau la felul- vă referiți... ? Se vede și fizic sau... La ce vă referiți când spuneți că nu se simte bine?

*D: Mhm, Sie haben gemeint, dass ähm *** nicht gut geht. Meinen Sie damit auf emotionaler Ebene oder- meinen Sie...? Sieht man das auch körperlich oder... Was meinen Sie, wenn Sie sagen, dass es ihr nicht gut geht?*

4.4.2.1.7. Positionierung der GesprächspartnerInnen und Vertrauen

Im CI-Kontext bestimmt in der Regel der/die VertreterIn der Institution den kommunikativen Ablauf (Van De Mierop et al. 2012:47). Dies konnte auch in den analysierten Aufnahmen festgestellt werden. Die ÄrztInnen und die Mitarbeiterinnen von AmberMed waren diejenigen, die die meisten Informationen über alle anderen GesprächsteilnehmerInnen hatten und die Kommunikation gestalteten. Durch ihre Mitwirkung konnte die (obwohl wie oben angemerkt etwas ambivalente) Position der Dolmetscherin im Gespräch gefestigt werden. Dies unterstützte die dolmetscherische Aufgabe, den Austausch zu steuern. Allerdings trat trotz der Unterstützung der Institutionsvertretenden eine neue Herausforderung für die Dolmetscherin auf. Es handelte sich um einen Konflikt, der im ersten Gespräch zwischen der Mutter der Patientin und dem AmberMed-Personal durch die Beharrlichkeit der Mutter entstand.

(T1) 154. Ä: Sie ist jetzt bei mir in Behandlung. Und wenn sie jetzt zum Beispiel zu 'nem Privatarzt geht, also die wird hier von uns gut behandelt und kostenlos behandelt. Wenn sie zu einem Privatarzt geht, dann kann sie für so einen Befund 50 oder 80 Euro hinlegen. Das ist einfach so, und wir machen das hier nicht. Sie wird gut behandelt, sie bekommt die Medikamente, aber Befundberichte kosten normalerweise viel Gel-Geld, ja, und Zeit.

155. AM: Und man kriegt ja nur einmal, damit man es irgendwo vorlegt, und nicht jedes Mal.

(...)

160. MP: Eu nu mă dau înapoi de doamna doctoră. Eu nu mă dau înapoi de doamna doctoră (...).

MP: Ich lasse mich von der Frau Doktor nicht einschüchtern. Ich lasse mich von der Frau Doktor nicht einschüchtern (...).

(...)

170. AM: Also, ähm, ähmm, es-es ähm, ich kann das jetzt nicht ganz verstehen, ja, sie bekommt von uns eine kostenlose Behandlung und Befundberichte ähm die schreiben wir jetzt einfach nicht. Da muss sie zu einem Privatarzt, dann kann sie auch einen Befundbericht haben. Ich bin da jetzt irgendwie mal... Langsam-langsam ist meine Grenze erreicht, ja?

Das Thema des Gesprächs war der diagnostische Befund der Patientin, beziehungsweise dessen Aushändigung nach jedem Termin mit der Psychologin. Die Mutter bestand darauf, diesen Wunsch erfüllt zu bekommen, aber die Psychologin und die AmberMed-Mitarbeiterin erklärten mehrmals, dass das nicht möglich ist. In dieser Situation wurde ersichtlich, dass die Dolmetscherin nicht die vollständigen Inhalte dolmetschte, sondern verkürzte und abgeänderte Versionen davon. Die zweite Bewerberin beschrieb den Fall wie folgt: „Eine ungewöhnliche Bitte der Mutter wird von der Ärztin und vom Hilfspersonal abgelehnt, doch die Mutter insistiert weiter und die Gesprächsteilnehmerinnen sind immer gereizter und ungeduldiger. Die D beginnt Informationen auszulassen oder sie geschwächt (euphemistisch) wiederzugeben“ (siehe Anhang 2). Die Auslassung und Neuinterpretation mancher Teile der Äußerung der Mutter kann als Strategie zur Gesichtswahrung gesehen werden. Knopp & Knopp-Potthoff stellten in einer Untersuchung gedolmetschter Gespräche zwischen Koreanisch und Deutsch Sprachigen fest, dass die „Mediatorin“ (vgl. Knopp & Knopp-Potthoff 2011) ihre Rolle in der Interaktion als aktive Partei, die selber ihr Gesicht verlieren könnte, betrachtet. Dies kann auch in der oben beschriebenen Situation beobachtet werden.

Ein anderes Beispiel solcher euphemistischen sprachlichen Lösungen ist hier zu sehen:

(T1) 122. Ä: Mhm (5) und in welcher Weise meint sie das, dass sie sich nicht gut fühlt – von der Stimmung her, vom Antrieb oder oder was?

123. D: Mhm, ați zis că ähm *** nu se simte bine. Vă referiți aici din punct de vedere emoțional sau la felul- vă referiți... ? Se vede și fizic sau... La ce vă referiți când spuneți că nu se simte bine?

*D: Mhm, Sie haben gemeint, dass ähm *** nicht gut geht. Meinen Sie damit auf emotionaler Ebene oder- meinen Sie...? Sieht man das auch körperlich oder... (...).*

Im obigen Beispiel hatte die Dolmetscherin Schwierigkeiten mit dem Wort „Antrieb“, das in diesem Kontext kein genaues Äquivalent auf Rumänisch hat. Deswegen wurde auf beschreibende Adjektive wie „emotional“ und „körperlich“ zurückgegriffen, um damit den eher allgemeinen Ausdruck „Antrieb“ in dessen Bedeutung abzudecken. Ebenfalls der gleichen Lösungskategorie einzuordnen gilt das nächste Beispiel:

(T3) 51. A: Bis dahin soll er seine Medikamente so nehmen, wie bisher, =

52. D: Mhm.

(...)

54. D: (...) Deci acea programare urmează să vină și ea și ähm a insistat domnul doctor că e important să vă luați medicamentele în mod regulat, așa cum vi s-a prescris. (...)

D: (...) Also dieser Termin folgt noch und ähm der Herr Doktor hat darauf bestanden, dass Sie Ihre Medikamente regelmäßig einnehmen, so wie verschrieben. (...)

Die Dolmetscherin verstand durch die Wiederholungen des Arztes bezüglich der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten, dass diese für den Arzt eine Priorität darstellte. Aus diesem Grund entschied sie sich, diesen Aspekt zu betonen und, statt die Information identisch ein weiteres Mal zu wiederholen, die Handlung an sich zu beschreiben – „hat darauf bestanden“ – und somit die Absicht des Arztes dem Patienten gegenüber zu verdeutlichen.

4.4.2.2. Strategien

Im Laufe der drei analysierten Gespräche konnten mehrere Strategien zur Koordination des Gesprächs und Aufklärung der GesprächsteilnehmerInnen über den kommunikativen Kontext identifiziert werden.

Den beiden externen Spezialistinnen zufolge wendete die Dolmetscherin viele Strategien zur Gesprächssteuerung und Überwindung von Schwierigkeiten an (vgl. Anhang 2). Es konnten zahlreiche Strategien der Gesprächskoordination festgestellt werden, darunter auch: „sie stellt sich vor, sie dolmetscht vollständig, sie räumt Zeit ein für Antworten, sie hört sehr aufmerksam zu, sie gibt den Gesprächsteilnehmern zu verstehen, dass sie ihnen zuhört und sie

versteht.“ (siehe Anhang 2) Als Nächstes werden die angewendeten Strategien beschrieben und durch Beispiele beleuchtet.

4.4.2.2.1. Strategien der Gesprächskoordination

Die Dolmetscherin schaffte Klarheit mithilfe von kurzen Erklärungen über die Handlungen der anderen für die anderssprachigen Teilnehmenden.

Beispiel 1 (T1)

18. D: (...) Deocamdată așteptăm să se conecteze doamna doctor.

D: (...) Zurzeit warten wir noch, dass sich die Frau Doktor dazuschaltet.

Beispiel 2 (T1)

119. D: Okay, jetzt ist die Mutter ähm dran

Sie erklärte ebenfalls ihren kommunikativen Auftrag im Laufe der Gespräche.

Beispiel 1 (T1)

8. D: (...) ich frage bis dann nach.

Beispiel 2 (T2)

11. D: (...) o să traduc ce ați zis până acum. Bine?

D: (...) ich werde übersetzen, was Sie bisher gesagt haben. In Ordnung?

Beispiel 3 (T3)

54. D: Okay, ich sag es ihm gleich.

Im zweiten Beispiel benutzte die Dolmetscherin diese Anmerkung mit einer doppelten Intention: Einerseits um dem Patienten den kommunikativen Kontext zu erklären, andererseits um indirekt anzukündigen, dass sie an der Reihe war. Die zweite Bewerterin interpretiert die Intention der Dolmetscherin gleich: „Sie unterbricht zwar nicht, klärt aber den Patienten über ihre Rolle auf

(...)“ (siehe Anhang 2). Ebenfalls mit einer doppelten Rolle wurden bestimmte Informationen über das Setting und die Handlungen des Gesundheitspersonals hinzugefügt:

Beispiel 1 (T1)

177. D : (...) acuma v-au făcut rețeta, dacă mai sunt întrebări.

D: (...) Ihr Rezept wurde erstellt, also falls es noch Fragen gibt.

Beispiel 2 (T2)

61. D : Okay, deocamdată am înțeles că i-ați dat buletinul dumneavoastră și mi-o zis că o să vă înregistreze datele personale.

D: Okay, ich habe mitbekommen, dass Sie ihr Ihren Personalausweis gegeben haben und sie hat mir gesagt, dass sie Ihre persönlichen Daten aufnehmen wird.

Im ersten Beispiel fügte die Dolmetscherin auch eine Anmerkung über übrige Fragen an, die das Ende des Gesprächs signalisieren sollte. Somit übernahm sie die Kontrolle über das „turn-taking“.

Eine weitere Strategie, die die Dolmetscherin benutzte, um den kommunikativen Rahmen für alle TeilnehmerInnen klarzumachen, war sich selbst den PatientInnen vorzustellen. Das Gesundheitspersonal kannte sie bereits oder wurde zumindest darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie telefonisch teilnehmen wird. Dadurch, dass die Dolmetscherin Erfahrung in ihrer ehrenamtlichen Arbeit mit benachteiligten Gruppen hatte, traf sie die Entscheidung, sich namentlich vorzustellen, um ein gewisses Vertrauen, aber auch den nötigen Raum dafür zu schaffen, ihre Rolle im Gespräch zu erklären, denn es bestand die Möglichkeit, dass die PatientInnen noch nie zuvor mit einem/r DolmetscherIn gearbeitet hatten.

Beispiel 1 (T1)

14. D : Ähm salut! Mă numesc Corina (...) Am mai tradus pentru tine până acuma la telefon și o să traduc și astăzi (...).

D: Ähm hallo! Ich heiße Corina, ähm, ich habe bisher für dich schon mal am Telefon übersetzt und werde heute, ähm, auch dein Gespräch mit der Frau Psychologin übersetzen.

Beispiel 2 (T2)

(T2) 1. D : Mă numesc Corina. O să traduc pentru dumneavoastră azi (...).

D: Ich heiße Corina. Ich werde heute für Sie übersetzen (...).

Das Vertrauen war der Dolmetscherin angesichts der angewendeten Strategien ein wichtiges Anliegen. Noch eine Maßnahme, die sie traf, war es, die Namen der PatientInnen herauszufinden und diese bei jeder ihnen gerichteten Dolmetschung mit Namen anzusprechen. Diese ist eine interessante Entscheidung im Sinne des Rollenverständnisses der Dolmetscherin, die sich in dieser Situation wie eine Vertrauensperson des Patienten sieht oder die als solche vom Patienten gesehen werden möchte. Die Begrüßung aller Teilnehmenden am Anfang jedes Gesprächs könnte auch als Strategie betrachtet werden, um auf die eigene Anwesenheit aufmerksam zu machen. Dies kann vor allem im ersten Transkript beobachtet werden (siehe Anhang 3). Unten befinden sich weitere solche Beispiele aus allen Transkripten.

Beispiel 1 (T1)

32. D: Mhm, ***, cum te simți? Cum îți merge?

*D: Mhm, ***, wie fühlst du dich? Wie geht es dir?*

Beispiel 2 (T2)

29. D: Okay. Domnu' ***, puteți să ne ziceți scurt ähm de ce ați avea nevoie (...)?

*D: Okay. Herr ***, können Sie uns kurz sagen ähm warum sie bräuchten (...)?*

Beispiel 3 (T3)

26. D: (...)Îmi spuneți vă rog scurt cum vă numiți?

D: (...) Können Sie mir kurz sagen, wie Sie heißen?

Auch zum Vertrauensaufbau machte sich die Dolmetscherin ihre Vorkenntnisse über manche PatientInnen zunutze. Es handelt sich im unteren Fall wieder um eine eigenständige Hinzufügung der Dolmetscherin, die sich dadurch bemüht, eine Beziehung mit dem Patienten aufzubauen und so ein angenehmes Klima zu schaffen.

(T3) 28. D: Ah, domnu' **. Am mai vorbit (...).

*D: Ah, Herr ***. Wir haben schon mal gesprochen (...).*

Wie im dritten Kapitel erklärt, zählen Namen zur Kategorie der Non-Renditions, weil sie keinen neuen inhaltlichen Beitrag zum Gespräch bringen. Das Gleiche kann über Aussagen zu Zwecken der Überprüfung oder Bestätigung des Verständnisses gesagt werden. Diese Methode wurde auch im Arsenal der Dolmetscherin in zwei Aufnahmen identifiziert.

(T1) 96. D: Mhm. Între- da, am înțeleș asta (...).

D: Mhm. Die Fr- ja, ich habe das verstanden (...).

(T1) 119. D: Am înțeleș.

D: Ich habe verstanden.

(T2) 31. D: Ok, deci practic, ähm aveți dureri, dacă bine-am înțeleș. La piciorul stâng.

D: Ok, also ähm Sie haben Schmerzen, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Am linken Bein.

Ebenfalls von Bedeutung für den erfolgreichen Ablauf der medizinischen Kommunikation waren die strategischen Wiederholungen zu Zwecken der Kontrolle des Verständnisses der PatientInnen oder zum Aufklären der Fragen der Dolmetscherin über den Inhalt. Diese Methode wurde vor allem im Rahmen des ersten Gesprächs angewendet, um die sehr kurzen Antworten der Patientin korrekt ins Deutsche wiederzugeben.

Beispiel 1 (T1)

60. D: Ok, deci trei - patru ore aveți activitate.

D: Ok, also drei – vier Stunden sind Sie aktiv.

Beispiel 2 (T1)

100. D: Came-cameristă? Bine-am înțeleș?

D: Zimmer-Zimmermädchen? Hab' ich es richtig verstanden?

Beispiel 3 (T2)

31. D: Ok, deci practic, ähm aveți dureri , dacă bine-am înțeles. La piciorul stâng.

D: Ok, also ähm Sie haben Schmerzen, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Am linken Bein.

Eine andere Weise, die Kontrolle über das Gespräch zurückzugewinnen, war es, um Wiederholung zu bitten. Die Dolmetscherin machte das zweimal im Rahmen des ersten Gesprächs und konnte somit die Beiträge der Patientin erneut hören, aber auch ihre Position als Koordinatorin der Kommunikation verfestigen (siehe Anhang 2).

Ähnlich wie bei den im dritten Kapitel erwähnten Protokollen von Telefondolmetschunternehmen (vgl. Amato 2020) handelte die Dolmetscherin an manchen Stellen aus eigener Initiative. Dabei beantwortete sie Fragen der PatientInnen oder erbat zusätzliche Informationen. Die Absicht dabei war die möglichst vollständige und zeiteffiziente Versorgung der PatientInnen. Diese Strategie wurde durch die Vorkenntnisse der Dolmetscherin über AmberMed und ihre Erfahrung damit ermöglicht. So konnte sie zum Beispiel im zweiten Gespräch den Patienten über die ehrenamtlichen DolmetscherInnen von AmberMed aufklären, die die Kommunikation zwischen anderssprachigen PatientInnen und ÄrztInnen sicherstellen (siehe Anhang 2). Die Dolmetscherin stellte manchmal auch Fragen eigenständig, um die Kommunikation zu optimieren: Im ersten Gespräch bat sie für die Patientin und ihre Mutter, über die Uhrzeit des nächsten Termins zu sprechen , weil keiner der GesprächsteilnehmerInnen diese Informationen erwähnt oder gefordert hatte (siehe Zeile 191, Anhang 3).

Zu den gesprächskoordinatorischen Strategien gehört ebenfalls die Anwendung von außersprachlichen Mitteln, also Speech-Markern. In den analysierten Gesprächen sind die gängigsten Marker „mhm“, „okay“ und „ja“. Diese werden sowohl von der Dolmetscherin als auch von den anderen GesprächsteilnehmerInnen benutzt, meistens um ihr Verständnis des Gesagten oder ihre Zustimmung damit zu bestätigen (vgl. Anhang 2). Die Dolmetscherin benutzte „mhm“ auch, um den PatientInnen zu signalisieren, dass sie anfangen möchte zu dolmetschen.

Beispiel 1 (T2)

11. D: Mhm, okay, o să traduc ce ați zis până acum. Bine?

D: Mhm, okay, ich werde übersetzen, was Sie bisher gesagt haben. In Ordnung?

Beispiel 2 (T1)

31. Ä: Okay. Erste Frage ist für *** die, wie sie sich fühlt.

32. D: Mhm, ***, cum te simți? (...)

*D: Mhm, ***, wie fühlst du dich? (...)*

Das zweite Beispiel veranschaulicht eine weitere Anwendung von Speech-Markern. Mit deren Hilfe konnte die Dolmetscherin der Ärztin signalisieren, dass ihre Botschaft verstanden wurde und gleichzeitig den Übergang zur Dolmetschung gestalten. Das Gleiche konnte infolge einer Überlappung mithilfe des Speech-Markers „okay“ erzielt werden. Die Dolmetscherin wollte damit die Patientin versichern, dass ihre Botschaft aufgenommen wurde:

(T1) 69. P: Nu sunt nici tristă, nici de fel.

P: Ich bin weder traurig, noch anders.

70. D: Mhm, ich...

71. [P: Normal, așa.]

[P: Normal, so.]

72. D: **Okay**. Ich bin nicht traurig, ich fühle mich normal.

Nicht zuletzt benutzte die Dolmetscherin auch ihre Stimme und Intonation, um die Botschaft der Gesundheitskräfte wiederzugeben. Im Beispiel unten schaffte sie es, die begeisterte Intonation der Psychologin in einer Aussage bezüglich der Fortschritte der Patientin nachzumachen (vgl. Anhang 2).

(T1) 44. Asta-i mult ↑ mai bine decât data trecută.

Beide externen Spezialistinnen bewerteten die von der Dolmetscherin eingesetzten außersprachlichen Elemente zur Unterstützung ihrer Leistung – Stimme und Prosodie – für alle Gespräche als gut (vgl. Anhang 2). Die zweite Bewerterin erwähnte eine weitere Stelle im ersten Gespräch, wo die angemessene Stimmführung die Kommunikation förderte: „Auch Fragen werden an mehreren Stellen mithilfe der Stimmführung markiert. Die Dolmetscherin setzt die

Stimmführung ein, um bestimmte Wörter zu markieren, z.B. # 06:28 „Früher hatte sie weniger Energie.“ (siehe Anhang 2) Allerdings merkte dieselbe Bewerberin über die anderen zwei Gespräche an, dass trotz dem Einsatz von paraverbalen Elementen, „diese (...) nicht zwangsläufig der Kommunikationssteuerung zu dienen [scheinen]“ (siehe Anhang 2).

4.4.2.2.2. Inhaltsbezogene Strategien

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Strategien konnte auch der Einsatz verschiedener inhaltsbezogenen Strategien zu verschiedenen Zwecken festgestellt werden. Laut der ersten Bewerberin benutzte die Dolmetscherin mehrmals konzeptuelle Äquivalente und Umformulierungen, „sodass es in der Zielsprache natürlich klingt. Z.B. Was machen seine Unterschenkel? – Vă mai doare gamba?“ (siehe Anhang 2). Laut ihr werden äquivalente Konzepte sogar dort, wo eins-zu-eins-Übersetzungen in Ordnung wären, angewendet. Sie gibt hierfür das Beispiel „Container“, das in der Dolmetschung durch „eine Art Kabinen oder Zelte“ übersetzt wurde (siehe Zeile 58, Anhang 4).

„Die Dolmetscherin präzisiert an einzelnen Stellen die Aussagen des Arztes bzw. des Patienten.“ (siehe Anhang 2) Sie machte dies auch im ersten Gespräch, als sie die Frage der Psychologin für die Patientin ein zweites Mal erklärte, nachdem die Patientin eine Antwort ohne Bezug darauf gab.

(T1) 96. D: Mhm. Între- da, am înțeles asta, doar că întrebarea este înainte , mai demult, în trecut, ähm dacă ați lucrat undeva sau dacă ați ähm studiat undeva.

D: Mhm. Die Fr- ja, ich habe das verstanden, aber die Frage ist, ob Sie früher, in der Vergangenheit, ähm irgendwo gearbeitet oder ähm studiert haben.

Dabei bot die Dolmetscherin mehrere Synonyme für das Konzept „Vergangenheit“, an – „davor, früher, in der Vergangenheit“ –, um die Frage der Ärztin über die früheren Beschäftigungen der Patientin zu verdeutlichen und eine Antwort darauf anzuregen. Ebenfalls im Fall dieser Patientin entschied sich die Dolmetscherin, eine Frage der Psychologin anders zu formulieren und somit inhaltlich zu verändern. Das Ziel dabei war es, die Patientin über möglichst konkrete Aspekte zu befragen, damit sie auf die jeweilige Frage leichter Bezug nehmen kann. Allerdings könnte diese

Maßnahme als Sinnverzerrung betrachtet werden, beziehungsweise könnte es sein, dass die Dolmetscherin eine absichtlich ungenaue Frage der Ärztin explizierte.

73. Ä: Mhm, aber trotzdem sind am Tag nur drei bis vier Stunden Energie. Das-was denkt sie dazu?

74. D: Mhm. Cu toate astea, nu sunteți activă decât trei - patru ore pe zi. M:: oare de ce?

D: Mhm. Trotzdem sind Sie nur drei - vier Stunden am Tag aktiv. M:: warum?

Eine andere Kategorie von inhaltlichen Änderungen, die in den aufgenommenen Gesprächen mehrmals vorkam, ist die Hinzufügung. Die zweite Bewerterin bemerkte eine solche Hinzufügung im dritten Gespräch, als die Dolmetscherin eigenständig eine zusätzliche Erklärung über das Terminvereinbarungssystem anbot. „Die Dolmetscherin erklärt zusätzlich, was eine Überweisung ist #04:07 „Ihnen wird auf einen Zettel geschrieben, wann Sie kommen sollten““ (siehe Anhang 2). Diese könnte sowohl als Hilfe als auch als Abweichung vom Original betrachtet werden und ist zusammen mit einigen oben angeführten Beispielen für das Rollenverständnis der Dolmetscherin aussagekräftig.

Eine andere inhaltliche Änderung, die die Dolmetscherin im ersten Gespräch vornahm, zielte darauf ab, die Situation zwischen der Mutter, der Patientin und dem Gesundheitspersonal zu entspannen. Die Dolmetscherin interpretierte die Antwort der Mutter – „weil ich mit ihnen zusammenarbeite, seitdem ich *** aus Spanien gebracht habe“ (siehe Zeile 160, Anhang 3) – so, dass die Betonung auf die langfristige Zusammenarbeit zwischen den beiden fiel: „die:: Mutter hat gemeint, dass sie Ihnen voll vertraut“ (siehe Zeile 161, Anhang 3). Sie ließ ebenfalls die stark geladene Anmerkung der Mutter weg: „Ich lasse mich von der Frau Doktor nicht einschüchtern“ (siehe Zeile 160, Anhang 3). Diese Entscheidung fällt unter dem bereits erwähnten Begriff der Gesichtswahrung oder „facework“ (vgl. Knopp & Knopp-Potthoff 2011, Wadensjö 2013). Zumindest zum Teil hatte diese Änderung den gewünschten Effekt, obwohl später die Insistenz der Mutter trotzdem zu Spannungen führte (siehe Zeilen 166-173 , Anhang 3). Eine Selbstkorrektur zu Zwecken der Genauigkeit konnte ebenfalls als Strategie identifiziert werden: „= sie war nämlich keine Putzfrau, sie war eigentlich Verkäuferin“ (siehe Zeile 121, Anhang 3).

Unter den in den analysierten Gesprächen beobachteten Umständen – die Dolmetscherin war nicht vor Ort, das Gesundheitspersonal aber in zwei aus drei Gesprächen schon –, griff die Dolmetscherin mehrmals auf die im dritten Kapitel erwähnte Inferenz als Notstrategie zurück. Dabei schien sie diese erfolgreich einzusetzen. Im zweiten Gespräch wurde ein blauer Test-Container erwähnt, der sich vor der AmberMed-Praxis befand. Der Patient wurde darauf hingewiesen, sich dort testen zu lassen. Da die Dolmetscherin seit Anfang der Pandemie die AmberMed-Praxis nicht mehr besuchte, kannte sie den genannten Ort nicht genau, sodass sie in ihrer Dolmetschung Bezug auf die Erfahrungen des Patienten nahm:

(T2) 58. D: (...) Ähm dar înainte să puteți merge la doctor o să fie nevoie să: ieșiți din- unde sunteți acum, din incintă, și ähm probabil ați văzut că la intrare sunt niște- ca un fel de cabine sau corturi unde trebuie să vă testați.

D: (...) Ähm aber davor müssen Sie von hier-, wo Sie gerade sind, rausgehen und, Sie haben ja wahrscheinlich beim Eingang eine Art Kabinen oder Zelte gesehen, sich testen lassen.

Die Dolmetscherin sprach den Patienten direkt an und appellierte an seine räumlichen Kenntnisse über AmberMed, um sicherzustellen, dass er die Hinweise der AmberMed-Mitarbeiterin versteht. Diese Anmerkung könnte auch als eine indirekte Frage an den Patienten betrachtet werden, da sie ihm die Möglichkeit einräumte, die Annahmen der Dolmetscherin, nämlich dass er den Ort schon kannte, zu widersprechen und nach Erklärungen zu fragen. Die gleiche Strategie wendete die Dolmetscherin im ersten Gespräch an, als es um einen Medikamentennamen ging:

(T1) 126. Ä: Hm, okay. Gut. Ähm. (4) Okay. Sie bekommt jetzt noch ein Medikament dazu, das heißt Venlafaxin 37,5 Mg. Das bekommt sie jetzt dazu.

(...)

129. D: Okay, ähm doamna doctor îi prescrie *** încă un medicament față de ceea ce lua deja. O să vedeți pe rețetă =

*D: Okay, ähm die Frau Doktor verschreibt *** noch ein Medikament zu denen, die sie bereits nimmt. Sie werden es auf dem Rezept finden =*

Die Dolmetscherin verweist die Mutter direkt auf das Medikamentenrezept, anstatt den Medikamentennamen auszusprechen, weil sie diesen zu dem Zeitpunkt aufgrund der nicht optimalen telefonischen Verbindung nicht gehört hatte.

Andere hilfreiche Vorkenntnisse, die die Dolmetscherin im Laufe der Gespräche unterstützten, waren die Bekanntschaft des AmberMed-Verwaltungspersonals. Die zweite Bewerberin fasste zusammen: „[Das Hilfspersonal von AmberMed] scheint der Dolmetscherin gegenüber positiv eingestellt zu sein“ (siehe Anhang 2). Diese familiäre Beziehung mit dem Personal half der Dolmetscherin, den Kommunikationsablauf zu beschleunigen, weil sie mit deren Arbeitsweise bereits Erfahrung hatte.

Unter den inhaltsbezogenen Strategien, die im Rahmen des dritten Kapitels besprochen wurden, zählt auch die Distanzierung von übertragenen Inhalten. Diesbezüglich kam eine günstige Strategie seitens der Dolmetscherin im ersten Gespräch zu Einsatz. Als die Psychologin sich weigerte, der Mutter einen schriftlichen Befund nach jedem Termin auszuhändigen, machte die Dolmetscherin die Differenzierung zwischen ihrer Person und der Frau Ärztin deutlich. Knopp & Knopp-Potthoff bezeichnen diese sprachliche Maßnahme als „deictic transformation“ (2011:198).

(T1) 149. D: Nu, doamnele doc-doamna doctor a zis că nu:: o să vă dea diagnosticul de fiecare dată (...).

D: Nein, die Frauen Dok-die Frau Doktor hat gemeint, dass sie Ihnen den Diagnosezettel nicht nach jedem Termin geben wird.

Das Gleiche gilt für die Frage der Mutter, die gegebenenfalls der Dolmetscherin hätte zugeschrieben werden können, denn ihre bereits erwähnte ambivalente Rolle ließ auch Raum für ähnliche eigenständige organisatorische Fragen. Allerdings soll angemerkt werden, dass die Dolmetscherin zögerte, die Frage der Mutter zu wiedergeben. Die Dolmetscherin hatte bereits Erfahrung mit Angehörigern dieser Zielgruppe – PatientInnen von sozial-medizinischen Einrichtungen – und war sich der Gefahr bewusst, in ihrer Rolle mit den institutionellen VertreterInnen verwechselt zu werden. Dies hätte dazu führen können, dass die Mutter die Dolmetscherin als Mitverantwortliche in dieser angespannten Situation hätte einstufen können. Möglicherweise hätte sie auch weiterhin auf die Erfüllung ihres Wunsches bestanden. Mit der

Strategie der sprachlichen Distanzierung hatte also die Dolmetscherin die Absicht, ihre Rolle als reine Kommunikatorin ohne Sonderrecht vor der Mutter zu hervorheben. Die zweite Bewerterin sieht in dieser kommunikativen Maßnahme der Dolmetscherin eine „eigene Interpretation einer Aussage“ (siehe Anhang 2).

(T1) 150. MP: Nu poate ... să mi-l dea?

MP: Kann sie ... mir das nicht geben?

151. D: Sie fragt ähm warum, ob Sie das nicht können?

Eine letzte beobachtete inhaltsbezogene Strategie war die Registeranpassung. Die Dolmetscherin benutzte diese Methode im zweiten und dritten Gespräch mit dem Patienten, der einen leichten Akzent auf Rumänisch hatte.

(T2) 63. D: Okay, stați numa' o secundă să întreb dacă nu cumva mai vrea să afle ceva de la dumnevoastră.

D: Kurzer Augenblick, damit ich frage, ob Sie noch etwas von Ihnen braucht.

(T3) 28. D: Ah, domnu' ***.

*D: Ah, Herr ***.*

Die Dolmetscherin benutzte die umgangssprachliche, verkürzte Version mancher Wörter, um sich dem Sprachregister des Patienten anzupassen. Dies ist in den zwei Beispielen oben anhand des Apostrophs am Ende der Wörter „numa“ (in der Standardsprache „numai“) und „domnu“ (in der Standardsprache „domnule“) zu beobachten. Der Patient und die Dolmetscherin hatten einen ähnlichen regionalen Akzent auf Rumänisch und sie hielt es für eine günstige Strategie zum Vertrauensaufbau, teilweise mit einem Akzent zu sprechen. Andererseits fehlte laut der zweiten Bewerterin diese Registeranpassung an manchen Stellen im ersten Gespräch: Die Psychologin drückt sich meistens eher einfach aus (#03:21 „Was tut sie den ganzen Tag?“ (...)). Die Dolmetscherin gibt diese Aussagen manchmal in einem gehobeneren Register wieder („Welche sind Ihre täglichen Aktivitäten?“; (...)). (...) Die Dolmetscherin passt das Sprachregister der Psychologin an (siehe oben), allerdings scheint diese Entscheidung der Dolmetscherin die Kommunikation eher zu erschweren. (siehe Anhang 2).

4.5. Fazit

Im vorliegenden Kapitel konnten die Eckdaten der analysierten Materialien präsentiert werden. Nachdem der Rahmen der Untersuchung geschaffen und deren Beitrag zur Wissenschaft eruiert wurde, konnte der Forschungsansatz, unter dem die vorliegende Analyse stattfand, näher beleuchtet werden. Dabei wurde auch die autoethnographische Untersuchung erläutert und deren für die vorliegende Studie relevanten Aspekte ausgewählt und hervorgehoben. Dieser Ansatz stand unter der allgemeinen Richtung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und diktierte die Herangehensweise in der Analyse der Aufnahmen. Diese Forschungsrichtung wurde auch weiter spezifiziert, indem die Definition der Diskursanalyse nach Hale & Napier (2013) herangezogen und auf die vorliegende Untersuchung angewendet wurde.

Weiters standen die Auswertungsinstrumente für die Analyse im Vordergrund. Dabei wurden die von der Verfasserin angefertigten Transkriptionen und deren Regeln dargelegt. Diese waren der Grundstein für alle weiteren Schritte im Sinne einer empirischen Untersuchung. Um in der Arbeit einen möglichst neutralen Charakter gewährleisten zu können, wurde ebenfalls ein Leitfaden mit Fragen für externe Dolmetschspezialistinnen angewendet. Dieser wurde von zwei Spezialistinnen ausgefüllt und ebenfalls als Auswertungsinstrument eingestuft sowie kurz beschrieben.

Die tatsächliche Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten ließ mehrere wertvolle Schlüsse über das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen zu. Einerseits konnten die am häufigsten in der einschlägigen Literatur vorkommenden Herausforderungen in den drei analysierten Gesprächen identifiziert werden. Andererseits kamen auch neue Erkenntnisse vor, die im theoretischen Teil nicht thematisiert worden waren. Zum Beispiel wurde ersichtlich, wie ausschlaggebend die kommunikativen Kompetenzen der einzelnen GesprächspartnerInnen für den Kommunikationsablauf sind. Was die Dolmetschstrategien angeht, konnten vor allem zahlreiche Strategien zur Gesprächskoordination identifiziert werden. Darüber hinaus kamen mehrmals inhaltsbezogene Strategien zum Einsatz. Die unterstützenden Maßnahmen, die die Dolmetscherin traf, schienen manchmal ihre Rolle als reine Dolmetscherin zu überschreiten, was mit ihrer ambivalenten Position in der Kommunikation im Rahmen von AmberMed einherging.

Abhängig von der Situation handelte die Dolmetscherin als Kommunikationsmediatorin sowohl im Auftrag der institutionellen VertreterInnen, als auch der PatientInnen und verstand die Vermeidung von möglicherweise unangenehmen und konfliktuellen Interaktionen als Maßnahme der Gesprächskoordination, aber auch der Gesichtswahrung.

5. Conclusio

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, entstand diese theoretische und empirische Untersuchung aus einem persönlichen Wunsch, für zukünftige telefonische Einsätze im Gesundheitswesen besser ausgerüstet zu sein. Daraus ergab sich auch das Ziel und die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit. Es handelte sich dabei um die Identifizierung möglicher Probleme sowie angepasster Lösungen dafür im Rahmen gedolmetschter telefonischer Arztgespräche. Diese Zielsetzung gilt auch als Wunsch, einen praxisorientierten Leitfaden über das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen zu erstellen, zu verstehen.

Zu diesem Zweck wurde die Fachliteratur zu relevanten Themen untersucht. Unter anderem wurde auf Quellen mit Bezug auf das Community Interpreting allgemein, aber auch das Medizindolmetschen und dessen Anforderungen beziehungsweise das noch in der Forschung unterrepräsentierte Telefondolmetschen und dessen Wirkungen auf Dolmetschende zurückgegriffen. Aus diesen Untergebieten resultierten interessante Überlegungen und Feststellungen über die Schmerzpunkte von Dolmetschenden beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen. Diese schufen die Basis für die Untersuchung einschlägiger Quellen über mögliche Bewältigungsstrategien beim Dolmetschen. Dabei ergaben sich zahlreiche Beispiele von nützlichen Techniken und Ansätzen, die Dolmetschende mehr oder weniger bewusst in diesem Setting einsetzen. In diesem Sinne kann gesagt werden, dass die gegenständliche Arbeit ihren Zweck erfüllt. Darüber hinaus liefert diese spannende Erkenntnisse anhand von drei analysierten Gesprächen, die einen Beitrag zum Korpus der empirischen Materialien in der einschlägigen Literatur leisten.

Im Rahmen des theoretischen Teils der vorliegenden Arbeit wurde zunächst die medizinische Kommunikation im Allgemeinen unter die Lupe genommen. Dies bot spannende Überlegungen über mögliche schwierige Stellen in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation. Angelehnt an Bechmanns (2014) Analyse konnte eine gewisse Steifheit der kommunikativen Abläufe aber auch der Fachsprache in der Medizin festgestellt werden. Diese Faktoren zusammen mit den ungleichen Machtverhältnissen zwischen Gesundheitskräften und ausländischen PatientInnen sowie mit der begrenzten eingeräumten Zeit für PatientInnengespräche beeinflussen von Anfang an die Kommunikation auf negativer Weise. Vor diesem Hintergrund wurden die zwei Kategorien von möglichen Schwierigkeiten, mit denen Dolmetschende beim Dolmetschen

am Telefon zu kämpfen haben, präsentiert: die mediumabhängigen und die mediumunabhängigen Herausforderungen. Unter dem Letzteren konnten Aspekte wie die mangelnden kommunikativen Kompetenzen der GesprächspartnerInnen, die kulturellen Unterschiede und die oft problematische Positionierung von Dolmetschenden im Gespräch thematisiert werden. Die identifizierten mediumabhängigen Schwierigkeiten, die sich beim Telefondolmetschen im Gesundheitswesen ergeben, umfassen unter Anderem die fehlenden nonverbalen Hinweise, die Gesprächssteuerung als zusätzliche Aufgabe und dadurch zusätzliche kognitive Last für den/die DolmetscherIn, aber auch die für telefonische Dolmetscheinsätze typische Einsatzspontanität und die oft schlechte Tonqualität der Anrufe.

Daraufhin wurde versucht, die proaktiven Ansätze von Dolmetschenden in diesen Situationen zu beobachten und die damit einhergehenden Strategien zu identifizieren und zu beschreiben. Zuerst wurden die Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen, die den effizienten Einsatz von Bewältigungsstrategien fördern, thematisiert. Es wurden unter anderem die Anpassungsfähigkeit, die Stressresistenz und das Selbstbewusstsein als fördernde Merkmale von Dolmetschenden erwähnt. Für die Erläuterung einiger wichtigen Kompetenzen wurde Kutz' (2010, 2012) Leipziger Kompetenzmodell der Dolmetschdidaktik herangezogen. Technische Kompetenzen, Präsentationsfähigkeiten und die affektive Kompetenz von Dolmetschenden wurden in diesem Kontext als hilfreich identifiziert. Was die Strategien angeht, wurden diese chronologisch eingeteilt und untersucht – vor, während und nach dem Einsatz. Vor dem Einsatz wurden sowohl kurz- als auch langfristige Maßnahmen benannt. Das bedeutet alles von der terminologischen Vorbereitung im Vorfeld eines Auftrags bis hin zu gezielten mehrmonatigen oder -jährigen Ausbildungen für Telefondolmetschende. Die technische Ausstattung des/der Dolmetschenden erwies sich in diesem Setting als besonders wichtig, weil dadurch oft eine stabile akustische Verbindung zwischen den GesprächspartnerInnen erstellt werden kann. Während des Einsatzes konnte eine Vielfalt an Methoden erkannt werden. Es wurden inhaltsbezogene Dolmetschstrategien wie die Anwendung äquivalenter Ausdrücke, die sprachliche Distanzierung vom Gesagten sowie die Registeranpassung an den PatientInnen identifiziert. Diese wurden in erheblichem Ausmaß durch die Strategien der Gesprächskoordination ergänzt. Darin zeigt sich der wichtigste Unterschied zwischen dem Dolmetschen vor Ort und dem Ferndolmetschen, das viel mehr von den Dolmetschenden im Sinne der Gestaltung der Kommunikation verlangt. Zu diesem Punkt wurden zahlreiche

sprachliche und außersprachliche Elemente aufgezählt, die die Gesprächsabläufe optimieren können: Non-Renditions wie Befragungen der GesprächspartnerInnen zur Kontrolle des Verständnisses und zur Organisation des gemeinsamen Diskurses, aber auch Speech-Marker. Nach dem Einsatz sollen ebenfalls einige Maßnahmen seitens der DolmetscherInnen zur Optimierung zukünftiger Aufträge eingesetzt werden. Unter diesem Punkt wird nur die terminologische Nachbereitung erwähnt, allerdings stehen in der einschlägigen Literatur weitere Quellen zu Dolmetschstrategien nach einem Einsatz zur Verfügung.

Im empirischen Teil konnten viele Herausforderungen und Strategien, die in den vorrigen Kapiteln thematisiert wurden, bestätigt werden. Darunter auch: die teilweise ungünstige Tonqualität, die mangelnden Kommunikationskompetenzen der GesprächspartnerInnen, die verzerrte Wahrnehmung der Dolmetscherin durch die PatientInnen oder die Gesundheitskräfte und die fehlenden nonverbalen Hinweise. Dabei stellte sich aber heraus, dass einige Elemente, die im theoretischen Teil erwähnt wurden, in den analysierten Gesprächen keine Anwendung fanden. Ein Beispiel hierfür sind die kulturellen Unterschiede, die in der Fachliteratur als mögliche Quellen für Missverständnisse und insgesamt als eine Art feine Kunst der Dolmetschenden in ihrer Rolle als MediatorInnen umfrangreich untersucht wurden. Diese schienen aber, auf die drei analysierten Gespräche kaum eine Auswirkung zu haben und wurden daher im empirischen Teil auch nicht weiter thematisiert. Andererseits konnten auch neue unerwartete Phänomene im Rahmen der Analyse der empirischen Materialien beobachtet werden. Ein Aspekt, der besonders auffiel, war die facework-Arbeit der Dolmetscherin. Es konnte an mehreren Stellen beobachtet werden, dass die Dolmetscherin verschiedene kommunikative Maßnahmen setzte, um ihre Position und ihr Image im Verhältnis zu den anderen GesprächspartnerInnen zu schützen. Diese Maßnahmen betrafen sowohl die Inhalte, als auch die Art der Wiedergabe. Vielleicht die spannendste Entscheidung, die die Dolmetscherin in diesem Kontext traf, war es, eine Anmerkung der Mutter einer Patientin inhaltlich zu ändern und dieser eine positive Bedeutung zuzuschreiben, während im Original eine deutlich kritische Absicht der Mutter zu verstehen ist. Dies ist aber nur ein Beispiel aus den mehreren, die sich im Rahmen der empirischen Untersuchung ergaben. Diese Erkenntnisse ließen sich mithilfe von drei authentischen Aufnahmen von Telefondolmetschungen im Rahmen des medizinisch-ambulanten Projektes AmberMed feststellen. Die Verfasserin war zugleich Dolmetscherin in diesen Aufnahmen, sodass sich ein autoethnographischer Forschungsansatz im Sinne Hokkanens (2016,

2017) bei der Datenauswertung anbat. Somit konnte die persönliche Perspektive der Dolmetscherin in die Analyse eingebaut werden. Um die Neutralität und Vollständigkeit dieser Analyse möglichst zu gewährleisten, wurden ebenfalls Meinungen von zwei externen Spezialistinnen herangezogen.

In Folge der gegenständlichen Untersuchung, die nicht nur auf die kritische Auseinandersetzung mit der bestehenden einschlägigen Literatur beruht, sondern auch viel Wert auf die empirisch gewonnenen Erkenntnisse setzt, lassen sich interessante Schlüsse über wichtige und komplexe Aspekte des Telefondolmetschens im Gesundheitswesen und des Dolmetschens allgemein ziehen. Einige Aspekte erwiesen sich als besonders relevant für den Ablauf der drei analysierten Gespräche hatten und fanden ebenfalls in der Fachliteratur Erwähnung: die problematische Positionierung der Dolmetschenden gegenüber den anderen GesprächspartnerInnen, deren ambivalentes Rollenverständnis und die immer noch mangelnde Rücksicht der beauftragenden Institutionen für die Bedürfnisse der DolmetscherInnen. Es lässt sich also durch die vorliegende Untersuchung ein deutlicher Handlungsbedarf in diesen Bereichen herauslesen. Diese Feststellungen legen aber gleichzeitig einen weiteren wichtigen Grundstein für die Forschung im Bereich und die Professionalisierungsversuche von Telefon- und Medizindolmetschenden. Sie können also als Impuls verstanden werden, die Bemühungen der Telefondolmetsch-Branche in die bereits bestehenden Richtungen zu intensivieren oder sogar neue Wege zur Unterstützung der tätigen Dolmetschenden zu bahnen.

Auf der Basis der durch die gegenständliche Arbeit gewonnenen Erkenntnisse kristallisieren sich einige Eckpunkte für die weitere Forschung heraus. Vor allem die in Facework enthaltenen Aspekte des Dolmetschens verdienen eine besondere Aufmerksamkeit diesbezüglich und könnten wertvolle Beobachtungen über das Verhalten von Dolmetschenden im Einsatz nach sich ziehen. Die Einbeziehung und Aufklärung von Gesundheitskräften bezüglich der Bedürfnisse von Dolmetschenden wurden bereits mehrmals in der Fachliteratur thematisiert, allerdings stark aus einem deskriptiven Blickwinkel. Dieses Forschungsgebiet könnte durch einen präskriptiven Ansatz eine Orientierungsrolle für praxisorientierte Berufstätige übernehmen, was sich in weiteren Studien zu diesem Thema anwenden lassen würde. Auch andere bereits thematisierte Aspekte wie die Professionalisierung des Berufs von Telefondolmetschenden und die Revidierung der Ethikkodizes für Dolmetschende ließen sich im Rahmen weiterer

Untersuchungen nuancieren. Diese Vorschläge treten gemeinsam auf und beeinflussen sich gegenseitig, sodass die Erläuterung eines einzelnen davon wie ein Dominospiel auf die Entwicklung der anderen (Bau-)Steine wirken könnte.

Bibliographie

- Abril Martí, María Isabel (2006). *La interpretación en los servicios públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Granada: Universidad de Granada, 2006.
- Administration, Health Resources & Services (2022). Hill-Burton Free and Reduced-Cost Health Care. <https://www.hrsa.gov/get-health-care/affordable/hill-burton#:~:text=In%201946%2C%20Congress%20passed%20a,loans%20for%20construction%20and%20modernization> (Stand: 26.10.2022).
- Ahrens, Barbara (2015). Prosody. In: Pöchhacker, Franz (Hgb.) *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. London, New York: Taylor & Francis Group, 326-327.
- AIIC (1999). „Practical guide for professional conference interpreters.“ <https://aiic.org/document/547/AIICWebzine_Apr2004_2_Practical_guide_for_professional_conference_interpreters_EN.pdf> (Stand: 26.10.2022).
- AIIC (2022). *AIIC - Code d'éthique professionnelle*. https://aiic.org/document/10277/CODE_2022_E&F_final.pdf. (Stand: 05.06.2022)
- AIIC Technical and Health Committee (2020). *AIIC News*. <https://aiic.org/company/roster/companyRosterDetails.html?companyId=11786&companyRosterId=26> (Stand: 11.06.2022).
- Albl-Mikasa, Michaela (2006). Reduction and expansion in notation texts. In: Gerzymisch-Arbogast, Heidrun (Hgb.) *Text and Translation. Theory and Methodology of Translation*. Tübingen: Narr, 195-214.
- Allaoui, Raoua (2005). *Dolmetschen im Krankenhaus : Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*. 1. Auflage. ed. Interdisziplinäre Reihe. Göttingen: Cuvillier.
- Amato, Amalia Agata Maria (2020). Telephone interpreting for healthcare services: potential problems and solutions. In: Russo, Mariachiara, Emilia Iglesias Fernández, and María Jesús González Rodríguez (Hgb.) *Telephone Interpreting : The Impact of Technology on Dialogue Interpreting= L'interpretazione telefonica : L'impatto della tecnologia*

- sull'interpretazione dialogica (Studi interdisciplinari su traduzione, lingue e culture ; 39).*
Bologna: Bononia University Press, 39-66.
- AmberMed (2022). *Unser Leitbild*. <https://amber-med.at/ueber-uns/leitbild/> (Stand: 15.08.2022).
- American Association of Medical Colleges (2022). AAMC.
<https://www.aamc.org/media/24801/download> (Stand: 06. 06 2022).
- Andres, Dörte und Falk, Stefanie (2009). Information and Communication Technologies (ICT) in Interpreting – Remote and Telephone Interpreting. In: Dörte, Andres und Pöllabauer, Sonja (Hgb.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich - Is everything all topsy turvy in your tummy? Health Care Interpreting*. München: Meidenbauer, 9-27.
- Angelelli, Claudia V. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge UP.
- Angelelli, Claudia V. (2019). *Healthcare Interpreting Explained*. 1. Ausgabe. London/New York: Routledge.
- Angelelli, Claudia V. und Jacobson, Holly E. (2009). *Testing and Assessment in Translation and Interpreting Studies*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Anghel, Mirel (2016). European and Romanian Superstitions. Superstiții românești și europene. *Studii de Știință și Cultură*, 183-190.
- Arrojo, Rosemary (1998). The revision of the traditional gap between theory and practice and the empowerment of translation in postmodern times. *The Translator*, 25-48.
- Arumí Ribas, Marta und Vargas-Urpi, Mireia (2017). Strategies in public service interpreting. *Interpreting* 19(1), 118-141.
- Bagchi, Ann D., PhD; Dale, Stacy; Verbitsky-Savitz, Natalya; Andrecheck, Sky; Evanovich Zavotsky, Kathleen und Eisenstein, Robert (2010). Examining Effectiveness of Medical Interpreters in Emergency Departments for Spanish-Speaking Patients With Limited

- English Proficiency: Results of a Randomized Controlled Trial. *Annals of Emergency Medicine* 4, 248-256.
- Bailey, Frederick George (1969). *Stratagems and Spoils: A Social Anthropology of Politics*. Oxford: Blackwell.
- Bancroft, Marjory A., Lola Bendana, Jean und Feuerle, Lois Bruggeman (2013). Interpreting in the Gray Zone: Where Community and Legal Interpreting Intersect. *The International Journal of Translation and Interpreting Research* 5(1), 94-113.
- Bax, Stephen (2011). *Discourse and genre*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bechmann, Sascha (2014). *Medizinische Kommunikation : Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. 1. Auflage. ed. Stuttgart Bern: UTB GmbH A. Francke.
- Bibliographisches Institut GmbH (2022a). *Duden*.
<https://www.duden.de/rechtschreibung/praeskriptiv> (Stand:19.07.2022).
- Bibliographisches Institut GmbH (2022b). *Duden*.
<https://www.duden.de/rechtschreibung/deskriptiv> (Stand: 19.07.2022).
- Bischoff, Alexander und Grossmann, Florian (2007). Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren? *Schweizerische Ärztezeitung* 88(3), 102-105.
- Braun, Sabine (2014). Comparing traditional and remote interpreting in police settings: quality and impact factors. In: Viezzi, Maurizio und Falbo, Caterina (Hgb.) *Traduzione e interpretazione per la società e le istituzioni*. Trieste: Edizioni Università di Trieste, 161-176.
- Braun, Sabine (2016). The European AVIDICUS Projects: Collaborating to Assess the Viability of Video-mediated Interpreting in Legal Proceedings. *European Journal of Applied Linguistics* 4(1), 173-180.
- Briggs, Charles L., und Mark Nichter (2018). Ethnomedicine. *The International Encyclopedia of Anthropology* Web, 1-3.

- Carr, Silvana E. (1995). The critical link. *Interpreters in the community : Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995)*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.
- Chernov, Ghelly V. (2004). *Inference and Anticipation in Simultaneous Interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Cirillo, Letizia (2012). Managing Affective Communication in Triadic Exchanges: Interpreters' Zerorenditions and Non-renditions in Doctor-Patient Talk. In: Kellett Bidoli, Cynthia J (Hgb.) *Interpreting across Genres: Multiple Research Perspectives*. Trieste: Ed. Università di Trieste, 102-124.
- Coetzee, Donna; Anne G. Pereira; Johannah M und Olson, Andrew PJ Scheurer (2020). Medical Student Workshop Improves Student Confidence in Working With Trained Medical Interpreters. *Journal of Medical Education and Curricular Development* 7. doi: 2382120520918862.
- Corsini, Ray (2002). *The Dictionary of Psychology*. London: Routledge.
- Costa, Hermani und Gloria und Durán-Muñoz, Isabel Corpas Pastor (2018). Assessing Terminology Management Systems . In: Corpas Pastor, Gloria und Dúran-Muñoz, Isabel (Hgb.) *Trends in E-Tools and Resources for Translators and Interpreters. Approaches to translation studies Volume 45*. Leiden u.a.: Bill Rodopi, 57-84.
- Coupland, Nikolas; John M und Giles, Howard Wiemann (1991). Talk as 'problem' and communication as 'miscommunication': an integrative analysis. In: Coupland, Nikolas; Giles, Howard Wiemann und John M (Hgb.) *Miscommunication and Problematic Talk*. London: Sage, 1-17.
- Creeze, Ineke; Rura, Johanna und Lidia Hautekiet (2021). *Introduction to Healthcare for Russian-speaking Interpreters and Translators Web*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.
- Cushing, Anne (2002). Interpreters in medical consultations. In: Raval, Hitesh und Tribe, Rachel. *Working with interpreters in mental health*. London: Routledge, 30-53.

- Dabić, Mascha und Narr Francke Attempto Verlag (2021). *Dolmetschen in der Psychotherapie : Prekäres Gleichgewicht*. Bd. Translationswissenschaft Band 13. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Dal Fovo, Eugenia (2012). Topical coherence in television interpreting: Question/answer. In: Straniero Sergio, Francesco und Falbo, Caterina (Hgb.) *Breaking ground in corpus-based*. Bern: Peter Lang, 187-209.
- Daub, Urban; Blab, Sarah und Florian Gawlick (2018). *Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung: Prinzipien aus Trainings-, Sport- und Arbeitswissenschaft zur Entlastung des Bewegungsapparates*. Stuttgart: Fraunhofer IPA.
- Davidson, Brad (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of sociolinguistics* 4(3), 379-405.
- Delli Ponti, Agata und Forlivesi, Karin (2005). Il lavoro dell'interprete all'interno di una. In: Russo, Mariachiara und Mack, Gabriele (Hgb.) *Interpretazione di trattativa: la mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*. Milano: Ulrico Hoepli, 195-201.
- Deutsches Institut Für Normung, Normenausschuss Dienstleistungen (2021). *DIN 8578 Konsekutives Ferndolmetschen : Anforderungen Und Empfehlungen = Consecutive Distance Interpreting - Requirements and Recommendations = Interprétation Consécutive à Distance - Exigences Et Recommandations*. Berlin: Deutsches Institut Für Normung Beuth.
- Donk, Ute (1994). Der Dolmetscher Als Hilfspolizist. Zwischenergebnis Einer Feldstudie. *Zeitschrift Für Rechtssoziologie*, 37-57.
- Fetterman, David M. (2010). *Ethnography : Step-by-Step*. Calif. [u.a.]: SAGE: Thousand Oaks.
- Flores, Glenn (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 62, 255-99.

- Fung, Cha-Chi; Regina, Richter Lagha; Gomez, Paula und Henderson, Arthur G (2010). Working with interpreters: how student behavior affects quality of patient interaction when using interpreters. *Medical education online*, 5151–5157.
- Gail, Jefferson (1974). Error correction as an interactional resource. *Language in Society* 3, 181-199.
- Gaines, Stanley O. (2019). Personality psychology: the basics. Web: Routledge.
- Garcia, Estevan A ; Roy, Lonnie C; Okada, Pamela J; Perkins, Sebrina D und Wiebe, Robert A. (2004). A comparison of the influence of hospital-trained, ad hoc, and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited English-proficient parents presenting to a pediatric emergency department. *Ped Emer Care*, 373-378.
- Gee, James Paul und Handford, Michael (2012). *The Routledge Handbook of Discourse Analysis*. London: Routledge.
- Gentile, Adolfo; Ozolins, Uldis und Vasilakakos, Mary (1996). *Liaison Interpreting: A Handbook*. Victoria: Melbourne University Pr.
- Gile, Daniel (1995). *Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training*. Amsterdam: Benjamins.
- Gorjanc, Vojko (2009). Terminology Resources and Terminological Data Management for Medical Interpreters. In: Pöllabauer, Sonja und Dörte, Andres (Hgb.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich.- Is everything all topsy turvy in your tummy? Health Care Interpreting*. München: Meidenbauer, 85-95.
- Gracia-García, Roberto A. (2002). *Telephone Iinterpreting: A review of pros and cons*. https://www.researchgate.net/publication/242074955_TELEPHONE_INTERPRETING_A_REVIEW_OF_PROS_AND_CONS (Stand: 19.06.2022).
- Grbić, Nadja (2008). *Kommunaldolmetschen / Community Interpreting. Probleme - Perspektiven - Potenziale; Forschungsbeiträge aus Österreich*. Durchges. und korrigierte Aufl. der Erstausg.. ed., TransÜD ; 21. Berlin: Frank & Timme.

- Greg, Irving; Neves, Ana Luisa; Dambha-Miller, Hajira; Oishi, Ai; Tagashira, Hiroko; Verho, Anistasiya und Holden, John (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 7. doi: e017902.
- Grice, Herbert Paul (1975). Logic and conversation. In: Cole, Peter und Morgan, Jerry L (Hgb.) *Syntax and Semantics*. Bd. 3. New York: Academic Press, 41-58.
- Hale, Sandra (1999). Interpreters' treatment of discourse markers in courtroom questions. *Forensic Linguistics* 6(1), 57-82.
- Hale, Sandra (2007). *Community Interpreting*. Basingstoke [u.a.]: Palgrave Macmillan.
- Hale, Sandra (2015). Community Interpreting. In: Pöchhacker, Franz (Hgb.) *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 65-69.
- Hale, Sandra und Napier, Jemina (2013). *Research Methods in Interpreting : A Practical Resource*. New York: Bloomsbury Academic.
- Hatim, Basil und Mason, Ian (1990). *Discourse and the Translator*. London/New York: Longman.
- Havelka, Ivana & Frank & Timme GmbH Verlag (2018). *Videodolmetschen im Gesundheitswesen: dolmetschwissenschaftliche Untersuchung eines österreichischen Pilotprojektes*. Berlin: Frank & Timme, Verlag für wissenschaftliche Literatur.
- Havelka, Ivana (2021). Zur technikgestützten Translationskultur im DACH-Raum. Video- und audiobasiertes Dialogdolmetschen im Gesundheits- und Gerichtswesen. In: Pöllabauer, Sonja und Kadrić, Mira. *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext*. Tübingen: Narr Francke Attempto, 63-76.
- Health Education and Training (2018). *Telephone Interpreting*.
<https://www.heti.nsw.gov.au/education-and-training/courses-and-programs/telephone-interpreting-> (Stand: 27.05.2022).

- Henderson, John A. (1987). *Personality and the Linguist : A Comparison of the Personality Profiles of Professional Translators and Conference Interpreters*. Bradford: Bradford U Pr.
- Herbert, Jean (1952). *The Interpreter's Handbook: How to Become a Conference Interpreter*. Genf: Georg.
- Hokkanen, Sari (2016). *To Serve and to Experience. An autoethnographic study of simultaneous church interpreting*. Tampere: Tampere University Press.
- Hokkanen, Sari (2017). Analyzing Personal Embodied Experiences: Autoethnography, Feelings, and Fieldwork. *The International Journal of Translation and Interpreting Research* 9(1), 24-35.
- House, Juliane ; Ross, Gabriele und Kasper, Steven (2003). Misunderstanding talk. In: House, Juliane; Ross, Gabriele und Kasper , Steven (Hgb.) *Misunderstanding in Social Life*. London: Longman Pearson, 1-21.
- Hsieh, Elaine (2016). *Bilingual Health Communication : Working with Interpreters in Cross-Cultural Care*. New York und London: Routledge.
- Iacono, Katia (2021). *Dolmetschen im Medizintourismus*. Web. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Iglesias Fernández, Emilia (2020). Challenges and Affordances of Telephone Interpreting in Medical Settings versus Face-to-face Medical Dialogue Interpreting. In: Russo, Mariachiara; Jesús González Rodríguez, Emilia und Iglesias Fernández, María (Hgb.) *Telephone interpreting : the impact of technology on dialogue interpreting = L'interpretazione telefonica : l'impatto della tecnologia sull'interpretazione dialogica*. Bologna: Bononia University Press, 69-93.
- Ilkılıç, İlhan (2005). *Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe*. Tübingen: IZEW.

- International Organization for Migration (2021). *World Migration Report 2022*. Geneva: International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022> (Stand: 07.05.2022).
- Joseph, Corey; Garruba, Marie und Melder, Angela (2018). Patient satisfaction of telephone or video interpreter services compared with in-person services: a systematic review. *Australian health review*, 168–177.
- Kalina, Sylvia (2015). Compression. In: Pöchhacker, Franz (Hgb.). *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 73-75.
- Kalina, Sylvia (1998). Strategische Prozesse beim Dolmetschen : theoretische Grundlagen, empirische Fallstudien, didaktische Konsequenzen. Tübingen: Narr.
- Kalina, Sylvia (2004). Zum Qualitätsbegriff beim Dolmetschen. *Lebende Sprachen* 49(1), 2-8.
- Keith, Hugh A. (1984). Liaison interpreting: An Exercise in Linguistic Interaction. In: Wilss, Wilss und Thome, Gisela (Hgb.) *Die Theorie des Übersetzens und ihr Aufschlußwert für die Übersetzungs- und Dolmetschdidaktik (Akten des Internationalen Kolloquiums der AILA)*. Tübingen: Gunter Narr, 308-317.
- KGH Interpretation (2020). *Let's talk Headsets! Switching to VRI During COVID-19*. <https://kghinterpretation.com/lets-talk-headsets-switching-to-vri-during-covid-19/> (Stand: 11.06.2022).
- Knapp, Karlfried und Knapp-Potthoff, Annelie (2011). The man (or woman) in the middle: Discoursal aspects of non-professional interpreting. In: Apitzsch, Gisela; Enninger, Werner; Knapp, Karlfried; Knapp-Potthoff, Annelie; Lallje, Mansur; Murray, Alan und Sondhi, Ranjit. *Analyzing Intercultural Communication*. Berlin; Boston: De Gruyter Mouton, 181-211.
- Ko, Leong (2006). Teaching Interpreting by Distance Mode: Possibilities and Constraints. *Interpreting* 8(1), 67-96.

- Kravitz, Richard L; Helms, L Jay; Azari, Rahman; Antonius, Deirdre und Melnikow, Joy (2000). Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. *Medical Care*, 728-738.
- Krystallidou, Demi K. (2012). On Mediating Agents' Moves and How They Might Affect Patient-Centredness in Mediated Medical Consultations. *Linguistica Antverpiensia* 11, 75-93.
- Kuo, David & Fagan, Mark J. (2010). Satisfaction with Methods of Spanish Interpretation in an Ambulatory Care Clinic. *Journal of General Internal Medicine: JGIM*, 547-550.
- Kutz, Wladimir (2010). *Dolmetschkompetenz : was muss der Dolmetscher wissen und können?. [1], [Kapitel 1-12]*. Berlin: Europäischer Univ.-Verl.
- Kutz, Wladimir (2012). *Dolmetschkompetenz : was muss der Dolmetscher wissen und können?. 2, [Kapitel 13-20]*. Berlin: Europäischer Univ.-Verl.
- Lakoff, Robin Tolmach (1973). Questionable answers and answerable questions. In: Kachru, Braj B.; Lees , Robert B.; Pietrangeli, Yacov und Malkiel, Angelina S. (Hgb.) *Issues in Linguistics: Papers in Honor of Henry and Renee Kahane*. Urbana: University of Illinois Press, 453-567.
- Lang, Rainer (1978). Aspects of Liaison Interpreters in Papua New Guinea: Some Preliminary Observations. In: Gerver, David und Sinaico, H.Wallace (Hgb.) *Language Interpretation and Communication*. New York und London: Plenum, 231-244.
- Langer, Thorsten und Wirth, Stefan (2014). Einsatz Von Telefondolmetschern Zur Überwindung Von Sprachbarrieren - Erste Erfahrungen in Einer Deutschen Kinderklinik. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen* 10(5-6), 278-282.
- Lederer, Marianne (1978). *Les fondements théoriques de la traduction simultanée*. Université Paris 3: Doktorarbeit.
- Lee, Jieun (2007). Telephone interpreting seen from the interpreters' perspective. *Interpreting : international journal of research and practice in interpreting* 9(2), 231-252.

- Lee, Linda J.; Batal, Holly A.; Kutner, Judith H. und Maselli, Jean S. (2002). Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *J Gen Intern Med*, 640-645.
- Linell, Per (1998). The Impact of Literacy on the Conception of Language: The Case of Linguistics. In: Säljö, Roger (Hgb.) *The Written World: Studies in Literate Thought and Action*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, 41-58.
- Liu, Jie (2015). *Reconsidering Interpreter Training Models in Light of Divergent Contexts : a Euro-Chinese Perspective*. Singapore: Springer.
- Locatis, Craig; Williamson, Deborah; Gould-Kabler, Carrie; Zone-Smith, Laurie; Detzler, Isabel; Roberson, Jason; Maisiak, Richard und Ackerman, Michael (2010). Comparing In-Person, Video, and Telephonic Medical Interpretation. *Journal of General Internal Medicine* 25(4), 345-350.
- Major, George und Napier, Jemina (2012). Interpreting and knowledge mediation in the healthcare. In: Montalt, Vicent und Shuttleworth, Mark (Hgb.) *Translation and Knowledge Mediation in Medical and Health Settings. Linguistica Antverpiensia* —. Antwerp: UPA - University Press Antwerp, 207-225.
- Martínez-Gómez, Aída (2014). Criminals interpreting for criminals: Breaking or shaping norms? *The Journal of Specialised Translation* 22, 174-193.
- Martinsen, Bodil und Dubslaff, Friedel (2010). The cooperative courtroom. A case study of interpreting gone wrong. *Interpreting*, 21-59.
- Mary Ward Centre (2022). Telephone Interpreting in the Public Services - Online. <https://www.marywardcentre.ac.uk/course/telephone-interpreting-in-the-public-services-online/> (Stand: 27.05.2022).
- Mason, Ian (1999). Introduction. *The Translator* 5(5), 42-55.
- Mayring, Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.

- Mcdowell, Liz; Estrada, DeAnne K. Hilfinger und Dawson Messias, Robin (2011). The Work of Language Interpretation in Health Care: Complex, Challenging, Exhausting, and Often Invisible. *Journal of Transcultural Nursing* 22(2), 137-147.
- Merlini, Raffaella (2015). Dialogue interpreting. In: Pöchhacker, Franz (Hgb.) *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 102-107.
- Merlini, Raffaella und Favaron, Roberta (2005). Examining the "voice of interpreting" in speech pathology. *Interpreting* 7(2), 263-302.
- Meyer, Bernd (2009). Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. In: Andres, Dörte und Pöllabauer, Sonja (Hgb.) *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter? Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich - Is everything all topsy turvy in your tummy? Health Care Interpreting*. München: Meidenbauer, 139-157.
- Mikkelsen, Holly (1996). Community Interpreting: An emerging profession. *Interpreting* 1(1), 125-129.
- Moazedi, Maryam Laura (2008). Von Samurai und Samaritern: Status, Image und Persönlichkeit unterschiedlicher Dolmetschtypen. In: Grbić, Nadja und Pöllabauer, Sonja. *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting*. Berlin: Frank & Timme GmbH, 65-92.
- Moser-Mercer, Barbara (2005). Remote Interpreting: Issues of Multi-Sensory Integration in a Multilingual Task. *Meta (Montréal)* 50(2), 727–738.
- NAJIT (2004). *NAJIT Position Paper - Direct Speech in Legal Settings*. <https://najit.org/wp-content/uploads/2016/09/DirectSpeech200609.pdf> (Stand: 12.06.2022).
- Nataly, Kelly (2008). *Telephone Interpreting : A Comprehensive Guide to the Profession*. Victoria, B.C.: Trafford Publications.
- Nicodemus, Brenda und Metzger, Melanie (2014). *Investigations in Healthcare Interpreting*. Bd. Gallaudet Studies in Interpret Ser. 12. Washington, DC: Gallaudet UP.

- Nord, Christiane (2009). *Textanalyse und Übersetzen : theoretische Grundlagen, Methode und didaktische Anwendung einer übersetzungsrelevanten Textanalyse*. Tübingen: Groos.
- NRPSI National Register of Public Service Interpreters (2016). *Code of Professional Conduct*.
<https://www.nrpsi.org.uk/for-clients-of-interpreters/code-of-professional-conduct.html#:~:text=The%20Code%20prescribes%20standards%20of,to%20the%20public%20at%20large>. (Stand: 05.06.2022).
- Obermayer, Cathérine (2008). Von Alphetieren und schwarzen Schafen. Typologisierungsversuche im Dolmetschbereich. In: Grbić, Nadja und Pöllabauer, Sonja (Hgb.) *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting*. Berlin: Frank & Timme GmbH, 31-64.
- Oviatt, Sharon L. und Cohen, Philip R. (1992). Spoken language in interpreted telephone dialogues. *Computer Speech and Language* VI, 277-302.
- Ozolins, Uldis (2011). Telephone Interpreting: Understanding Practice and Identifying Research Needs. In: *The International Journal of Translation and Interpreting Research* 3(2), 33-47.
- Pöchhacker, Franz (2015). *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Pöchhacker, Franz (2016). *Introducing Interpreting Studies*. London: Taylor & Francis Group.
- Pöchhacker, Franz und Shlesinger, Miriam (2001). *The Interpreting Studies Reader*. London und New York: Routledge.
- Pöllabauer, Sonja (2002). Community Interpreting als Arbeitsfeld - Vom Missionargeist und von moralischen Dilemmata. In: Best, Joanna und Kalina, Sylvia (Hgb.) *Übersetzen und Dolmetschen. Eine Orientierungshilfe*. Tübingen: Francke, 287-298.
- Pollitt, Kara und Haddon, Claire (2005). Cold Calling? Retraining Interpreters in the Art of. In: Roy, Cynthia B. (Hgb.) *Innovative Practices for Teaching Sign Language Interpreters*. Washington D.C.: Gallaudet University, 187-210.

- Pross, Christian (2009). *Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Raval, Hitesh und Tribe, Rachel (2002). *Working with interpreters in mental health*. London und New York: Routledge, 2002.
- Reed-Danahay, Deborah (1997). *Auto/ethnography: Rewriting the Self and the Social*. Oxford: Berg.
- Refki, Dina; Dalton, Maria-Paz und Avery, Angela (2013). Core Competencies for Healthcare Interpreters. *International Journal of Humanities and Social Science* 3(2), 72-83.
- Reithofer, Karin (2015). Communicative Effect. In: Pöchhacker, Franz (Hgb.) *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 64-65.
- EUR-Lex (2020). *Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates*. Bd. ABI L88/45 (Stand: 05.06.2022).
- Rivadeneira, Rocio; Elderkin-Thompson, Virginia; Silver, Roxane Cohen und Waitzkin, Howard (2000). Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *American Journal of Medicine* 108(6), 470-74.
- Rosenberg, Brett Allen (2007). A Data Driven Analysis of Telephone Interpreting. *The Critical Link 4: Professionalisation of Interpreting in the Community* 70, 65–76.
- Rosiers, Alexandra und Koen Plevoets und June Eyckmans (2020). Choosing to Become an Interpreter. *Translation, Cognition & Behavior* 3(1), 25-50.
- Roy, Cynthia B. (1996). An interactional sociolinguistic analysis of turn-taking in an interpreted event. *Interpreting* 1(1), 39-67.
- Roy, Cynthia B. (2000). *Interpreting as a discourse process*. New York and Oxford: Oxford.
- Roziner, Ilan und Shlesinger, Miriam (2010). Much ado about something remote: Stress and performance in remote interpreting. *Interpreting* 12(2), 214-247.

- Rudvin, Mette und Tomassini, Elena (2011). *Interpreting in the Community and Workplace: a Practical Teaching Guide*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Russo, Mariachiara; Jesús González Rodríguez, Emilia und Iglesias Fernández, María (2020). *Telephone Interpreting : The Impact of Technology on Dialogue Interpreting = L'interpretazione Telefonica : L'impatto Della Tecnologia Sull'interpretazione Dialogica*. Bde. Print. Studi Interdisciplinari Su Traduzione, Lingue E Culture 39. Bologna: Bononia UP.
- Rütten, Anja (2007). *Informations- und Wissensmanagement im Konferenzdolmetschen*. Frankfurt am Main: Lang.
- Sapir, Edward (1949). *Selected Writings*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Schiffrin, Deborah (1987). *Discourse Markers*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Schourup, Lawrence C. (1985). *Common Discourse Particles In English Conversation: like, well, y'know*. New York: Garland.
- Seleskovitch, Danica (1989). *Pédagogie raisonnée de l'interprétation*. Paris: Didier érudition.
- Setton, Robin (2003). Models of the Interpreting Process. In: Collados Aís, Ángela und Sabio Pinilla, José Antonio (Hgb.) *Avances en la investigación sobre interpretación*. Granada: Comares, 29-89.
- Shlesinger, Miriam (1994). Intonation in the production and perception of simultaneous interpretation. *Benjamins Translation Library*, 225-236.
- Shlesinger, Miriam und Pöchhacker, Franz (2011). Aptitude for interpreting. *Interpreting* 13, 1-4.
- Siever, Holger (2010). *Übersetzen und Interpretation. Die Herausbildung der Übersetzungswissenschaft als Übereigenständige Disziplin im deutschen Sprachraum von 1960 bis 2000*. Frankfurt: Lang.
- Svartvik, Jan (1980). Well in conversation. In: Greenbaum, Sidney; Leech, Geoffrey und Svartvik, Jan (Hgb.) *Studies in English linguistics for Randolph Quirk*. London: Longman, 167-177.

- The National Council on Interpreting in Health Care (2004). *A national code of ethics for interpreters in health care*.
<https://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf> (Stand: 05.06.2022).
- The United States Department of Justice (2022). *Executive Order 13166*.
<https://www.justice.gov/crt/executive-order-13166> (Stand: 26.10.2022).
- Ticca, Anna Claudia (2010). Configurazioni diadiche nel dialogo mediato medico-paziente. In: Goicoechea, Maria Carreras i und Vázquez, María Enriqueta Pérez (Hgb.) *La mediación lingüística y cultural y su didáctica: Un nuevo reto para la Universidad*. Bologna: Bononia, 102–119.
- Tipton, Rebecca und Furmanek, Olgierda (2016). Healthcare interpreting. In: Tipton, Rebecca und Furmanek, Olgierda (Hgb.) *Dialogue Interpreting: a guide to interpreting in public services and the community*. London: Routledge, 113-164.
- Uluköylü, Sevgi (2008). „...manchmal streite ich auch.“ Sprach- und Kulturmittlung für türkische Migrantinnen im medizinischen Bereich. In: Grbić, Nadia und Pöllabauer, Sonja (Hgb.) *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting*. Berlin: Frank & Timme GmbH, 173-220.
- UNHCR (2015). UNHCR-Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren.
[https://www.unhcr.org/dach/at/9812-unhcr-trainingshandbuch-fuer-dolmetscherinnen-im-asylverfahren.html#:~:text=Nigeria%20\(English\)-,UNHCR%2DTrainingshandbuch%20f%C3%BCr%20DolmetscherInnen%20im%20Asylverfahren,von%20Dolmetschungen%20im%20Asylverfahren%20f%20](https://www.unhcr.org/dach/at/9812-unhcr-trainingshandbuch-fuer-dolmetscherinnen-im-asylverfahren.html#:~:text=Nigeria%20(English)-,UNHCR%2DTrainingshandbuch%20f%C3%BCr%20DolmetscherInnen%20im%20Asylverfahren,von%20Dolmetschungen%20im%20Asylverfahren%20f%20) (Stand: 12.06.2022).
- Valero-Garcés, Carmen (2005). Terminology and Ad hoc Interpreters in Public Services. An Empirical Study. *JOSTRANS, The Journal of Specialised Translation* 3, 75-96.
- Van De Mierop, Dorien (2012). The Quotative 'he/she Says' in Interpreted Doctor-Patient Interaction. *Interpreting* 14(1), 92-117.

- Vermeer, Hans J. (1990). *Skopos und Translationsauftrag*. Heidelberg: Institut für Übersetzen und Dolmetschen.
- Wadensjö, Cecilia (1992). *Interpreting as Interaction: On Dialogue Interpreting*. Linköping: Department of Communication Studies.
- Wadensjö, Cecilia (1998). Community Interpreting. In: Baker, Mona. *Routledge Encyclopedia of Translation Studies*. London/New York: Routledge, 33-37.
- Wadensjö, Cecilia (1999). Telephone interpreting and the synchronization of talk in social interaction. *The Translator* 5(2), 247-264.
- Wadensjö, Cecilia (2001). Approaching interpreting through discourse analysis. In: Gile, Daniel; Dam, Helle V.; Dubslaff, Friedel; Martinsen, Bodil und Schjoldager, Anne (Hgb.) *Getting started in interpreting research. Methodological reflections, personal accounts and advice for beginners*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins, 185–198.
- Wadensjö, Cecilia (2013). *Interpreting as Interaction*. London und New York: Routledge.
- Wang, Jihong (2018a). "It keeps me on my toes" Interpreters' perceptions of challenges in telephone interpreting and their coping strategies. *Target : International Journal of Translation Studies* 30(3), 430-462.
- Wang, Jihong (2018b). 'Telephone Interpreting Should Be Used Only as a Last Resort.' Interpreters' Perceptions of the Suitability, Remuneration and Quality of Telephone Interpreting. *Perspectives* 26(1), 100-116.
- Wang, Jihong (2021). 'I only interpret the content and ask practical questions when necessary.' Interpreters' perceptions of their explicit coordination and personal pronoun choice in telephone interpreting. *Perspectives, Studies in Translatology* 29(4), 625-642.
- Wasserman, Melanie; Renfrew, Megan; Green, Alexander; López, Lenny; Tan-McGrory, Aswita; Brach, Cindy und Betancourt, Joseph (2014). Identifying and Preventing Medical Errors in Patients With Limited English Proficiency: Key Findings and Tools for the Field. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality* 36(3), 5-16.

Wiener, Ethan S. und Rivera, Maria Ivonne (2004). Bridging language barriers: how to work with an interpreter. *Clinical pediatric emergency medicine* 5(2), 93-101.

Zagar Galvão, Elena und Galhano Rodrigues, Isabel (2015). Nonverbal communication. In: Pöchhacker, Franz (Hgb.) *Routledge Encyclopedia of interpreting studies*. New York, London: Routledge, Taylor & Francis Group, 280-281.

Anhang 1

Kategorie	Unterkategorie
Schwierigkeiten	1. Kommunikative Kompetenzen der GesprächspartnerInnen
	2. Kulturelle Unterschiede
	3. Positionierung der GesprächspartnerInnen und Vertrauen
	4. Wahrnehmung der Dolmetschenden
	5. Fehlende nonverbale Hinweise
	6. Gesprächssteuerung
	7. Einsatzspontanität
	8. Tonqualität / Technische Schwierigkeiten
Strategien	1. Ausbildung der Dolmetschenden und des Gesundheitspersonals
	2. Gründliche terminologische und kontextuelle Vorbereitung
	3. Technische Ausstattung
	4. Erläuterung von kulturellen Unterschieden
	5. Inhaltsbezogene Strategien
	5.1. Inferenzierung
	5.2. Kompression
	5.3. Konzeptuelle Äquivalente
	5.4. Erläuterung von Begriffen
	5.5. Sprachliche Distanzierung
	5.6. Registeranpassung
	6. Strategien der Gesprächskoordination
	6.1. Non-Renditions
	6.2. Speech-Marker
	6.3. Intonation und Aussprache
	7. Strategien nach dem Einsatz
	7.1. Terminologische Nachbereitung

Anhang 2

Anmerkungen:

- Alle Zeilen, die nicht mit einer Buchstabe anfangen, stellen Aussagen der Dolmetscherin dar. Alle Aussagen, die anderen GesprächspartnerInnen gehören, werden dementsprechende gekennzeichnet (z.B. MP).
- Alle Aussagen in Kursivschrift sind Übersetzungen der originalen Aussagen auf Rumänisch.
- Zur Erinnerung: T1 = Transkription 1; T2 = Transkription 2; T3 = Transkription 3; B1 = Bewerterin 1, B2 = Bewerterin 2.
- Die einzelnen Beispiele sind auch strukturell gemeinsam gruppiert, weil sie eine bestimmte Herausforderung/Strategie aufweisen.

	Identifizierte Elemente		Analyse durch Externe
Art	Erläuterung	Beispiel(e)	Beispiel(e)
Strategie	Gesprächskoordination zu Klarheitszwecken: Erläuterung der (kommunikativen) Maßnahmen anderer GesprächspartnerInnen // durch Erklärung der angewendeten kommunikativen Maßnahmen // durch direkte Ansprache der GesprächspartnerInnen	(T1) 6. Ähm also die Frau Ärztin ist noch nicht da. (T1) 8. (...) ich frage bis dann nach. (T1) 18. <i>Zurzeit warten wir noch, dass sich die Frau Doktor dazu schaltet.</i> (T1) 119. Okay, jetzt ist die Mutter ähm dran (T1) 173. Ich versuche das noch einmal weiterzugeben, ähm. (T1) 178. (...) <i>Ihr Rezept wurde erstellt, also falls es noch Fragen gibt.</i> (T1) 200. Okay, ich glaube jetzt ist alles abgeklärt. (T2) 61. <i>Okay, ich habe mitbekommen, dass Sie ihr Ihren Personalausweis gegeben haben und sie hat mir gesagt, dass sie Ihre persönlichen Daten aufnehmen wird.</i> (T2) 11. (...) <i>ich werde übersetzen, was Sie bisher gesagt haben. In Ordnung?</i> (T2) 25. = Ich frage jetzt nach. (T2) 33. (...) <i>Ähm ich werde jetzt diesen Abschnitt übersetzen.</i> (T3) 54. Okay, ich sag es ihm gleich.	zu T2: (B2) Sie unterbricht zwar nicht, klärt aber den Patienten über ihre Rolle auf #02:07-02:09 D: OK, ich werde das übersetzen, was Sie bisher gesagt haben, OK?
Strategie	Gesprächskoordination: Direkte Ansprache/Frage //	(T1) 2. <i>Okay, alo, Grüßgott!</i> (T1) 8. (...) <i>Ähm::, Frau... ***?;</i>	zu T3: (B2) Den Arzt spricht sie indirekt an „Ich hätte eine Frage an den Herrn Doktor“.

	Identifizierte Elemente		Analyse durch Externe
	Non-Renditions // strategische Auslassungen	(T1) 94. (...)Ähm haben Sie mich gehört, haben Sie meine Frage gehört? (T2) 29. (...) Herr ***, können Sie uns kurz sagen ähm was sie bräuchten (...)? (T2) 5. = ja, ich höre Ihnen zu, erzählen Sie. (T3) 26. (...)Können Sie mir kurz sagen, wie Sie heißen?	zu T2: (B2) Patient und Dolmetscherin überlappen sich bei #01:37-01:41, die Dolmetscherin reagiert darauf „Ja, sagen Sie, bitte, ich höre Ihnen zu“ und die Unterbrechung scheint kein Störfaktor darzustellen. zu T1: (B2) Auch wird manchmal durch die Dolmetscherin eine eigene Interpretation einer Aussage hinzugefügt: - #13:50 Mutter „Sie kann mir das nicht geben?“ - Dolmetscherin: „Sie fragt, warum, ob Sie das nicht können.“ - Siehe Beispiel oben „camarerä“, als die Dolmetscherin glaubt, die Aussage der Patientin verstanden zu haben.
Strategie	Inhaltsbezogene Strategien zum Vertrauensaufbau: Selbstpräsentation // Registeranpassung	(T1) 14. Ähm hallo! Ich heiße Corina (...). (T1) 14. (...) Practic, totu' o să fie anonim, evident, dar am- da' ca să pot să fac chestia asta (...). Grundsätzlich wird alles anonym sein, natürlich, aber ich habe- um dies tun zu können (...). (T2) 1. Ich heiße Corina. Ich werde heute für Sie übersetzen (...). (T3) 26. Ähm guten Tag, mein Name ist Corina, ich werde für Sie übersetzen (...).	zu T3: (B1) Der Arzt drückt sich sehr klar und verständlich aus. Er erklärt alles äußerst patientenfreundlich. zu T2: (B2) Der Patient drückt sich einerseits sehr gewählt aus, andererseits macht er Kongruenzfehler (Numerus des Subjekts stimmt nicht mit dem Prädikat überein). Dies muss die Dolmetscherin ausgleichen. zu T1: (B1) Ja, die Patientin und die Mutter verwenden ein einfaches Sprachregister, teilweise ein Soziolekt, der schwer zu verstehen ist. // (B2) Die Psychologin drückt sich meistens eher einfach aus (#03:21 „Was tut sie den ganzen Tag?“ (...)).die Dolmetscherin gibt diese Aussagen manchmal in einem gehobeneren Register wieder („Welche sind Ihre täglichen Aktivitäten?“; (...)). // Die Dolmetscherin passt das Sprachregister der Psychologin an (siehe oben), allerdings scheint diese Entscheidung der Dolmetscherin die Kommunikation eher zu erschweren.
Strategie	Gesprächskoordination zum leichten Übergang von Originalbeitrag zur Dolmetschung: Speech-Marker	(T1) 34. Mhm, ich fühle mich gut, es geht mir gut. (T1) 72. Okay. Ich bin nicht traurig, ich fühle mich normal. (T1) 175. Ja, okay. Ähm grundsätzlich können Sie (...). (T2) 11. Mhm, okay, ich werde übersetzen, was Sie bisher gesagt haben. In Ordnung?	
Strategie	Inhaltsbezogene Strategie zur treuen Wiedergabe: Intonation und Aussprache	(T1) 44. Das ist viel ↑ besser als das letzte Mal.	zu T3: (B1) Die Stimme, Intonation und Prosodie sind im Einklang mit dem Gesagten. // Sie setzt zwar paraverbale Elemente ein, diese scheinen aber nicht zwangsläufig der Kommunikationssteuerung zu dienen. zu T2: (B1) Ja, alles adäquat. // Sie setzt zwar paraverbale Elemente ein, diese scheinen aber nicht zwangsläufig der Kommunikationssteuerung zu dienen. zu T1: (B1) Ja, angemessen. // (B2) Ja, dies kommt an einigen Stellen vor. So übernimmt sie z.B. die glückliche Stimme der Psychologin um Minute

	Identifizierte Elemente		Analyse durch Externe
			#03:08, nachdem die Patientin erwähnt, dass sie mehr Energie hat als beim letzten Treffen. Auch Fragen werden an mehreren Stellen mithilfe der Stimmführung markiert. Die Dolmetscherin setzt die Stimmführung ein, um bestimmte Wörter zu markieren, z.B. # 06:28 „Früher hatte sie weniger Energie“.
Strategie	Gesprächskoordination zur Verständniskontrolle : Non-Renditions // Nachfragen // Strategische Wiederholungen // Bestätigung des Verständnisses	(T1) 53. <i>Könnten Sie vielleicht wiederholen? (...)</i> (T1) 56. <i>Okay, also sie schlafen drei – vier Stunden.</i> (T1) 96. <i>Mhm. Die Fr- ja, ich habe das verstanden, aber die Frage ist ob Sie früher, in der Vergangenheit, ähm irgendwo gearbeitet oder ähm studiert haben.</i> (T1) 99. <i>Zimmer-Zimmermädchen? Hab’ ich es richtig verstanden?</i> (T1) 118. <i>Ich habe verstanden.</i> (T2) 31. <i>Ok, also ähm Sie haben Schmerzen, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Am linken Bein.</i>	zu T3: (B1) Ja (Die Dolmetscherin vergewissert sich, ob seitens der GesprächspartnerInnen die vermittelten Informationen verstanden wurden) zu T3: (B2) Nein, die Gesprächspartner*innen signalisieren dies aber auch von selbst (Ja, OK, danke) bzw. stellt der Patient auch aktiv Fragen. (ob sich die Dolmetscherin vergewissert, ob alles verstanden wurde)
Strategie	Inhaltsbezogene Strategien: Erweiterte Übersetzung // Erläuterung von Begriffen	(T1) 66. <i>Okay. 60 %. Also eine Sechs.</i> (T1) 96. (...) <i>Die Fr- ja, ich habe das verstanden, aber die Frage ist ob Sie früher, in der Vergangenheit, ähm irgendwo gearbeitet oder ähm studiert haben.</i>	zu T3: (B2) Die Dolmetscherin präzisiert an einzelnen Stellen die Aussagen des Arztes bzw. des Patienten - Als es um die Überweisung zum Psychiater geht: #03:10 „Sie haben ja ohnehin gesagt, dass Sie das wollen“ - Die Dolmetscherin erklärt zusätzlich, was eine Überweisung ist #04:07 „Ihnen wird auf einen Zettel geschrieben, wann Sie kommen sollten“ - „...“, ob der Psychiater da ist, bei AmberMed“ #04:27 – hier wird das „hier“ des Patienten präzisiert
Strategie	Inhaltsbezogene Strategien: Hinzufügungen // Änderungen	(T1) 67. Ä: Ähm (4) wie ist denn die Stimmungslage? Ist sie traurig? 68. D: Ähm, cum vă simțiți, care-care sunt emoțiile dumneavoastră? Sunteți tristă? D: Ähm, wie fühlen Sie sich, was sind Ihre Gefühle? Sind Sie traurig? (T1) 73. Ä: (...)Das-was denkt sie dazu? 74. D: (...)M:: oare de ce? D: Mhm. Trotzdem sind Sie nur drei - vier Stunden am Tag aktiv. M:: warum könnte das sein? (T1) 160. 160. MP: Eu nu mă dau înapoi de doamna doctoră (...). MP: Ich lasse mich von der Frau Doktor nicht	Zu T3: (B1) Sie (die Dolmetscherin) nutzt konzeptuelle Äquivalente, sie muss manchmal umformulieren, sodass es in der Zieslsprache natürlich klingt. Z.B. Was machen seine Unterschenkel? – Vă mai doare gamba? // Ja, die Dolmetscherin kann alles mit Leichtigkeit übertragen. Der Schwierigkeitsgrad und der Fachlichkeitsgrad des Gesprächs sind nicht hoch. // (B2) Die medizinische Sprache, die zur Anwendung kommt, kann dem allgemeinen Sprachgebrauch zugeordnet werden zu T2: (B1) Äquivalente Konzepte, sogar dort wo sprachliche in Ordnung wären (Container – container). zu T1: (B1) Es werden wenige Fachwörter benutzt (Depression, Befund...), die die D. beherrscht. // Konzeptuelle Äquivalente.

	Identifizierte Elemente		Analyse durch Externe
		<i>einschüchtern (...).</i> 161. Okay, die:: Mutter hat gemeint, dass sie Ihnen voll vertraut (...).	
Strategie	Inhaltsbezogene Strategien: Selbstkorrektur	(T1) 121. = sie war nämlich keine Putzfrau, sie war eigentlich Verkäuferin	
Strategie	Inhaltsbezogene Strategien: Bezugnahme auf Kontext	(T1) 129. <i>Okay, ähm die Frau Doktor verschreibt *** noch ein Medikament zu denen, die sie bereits nimmt. Sie werden es auf dem Rezept finden =</i>	
Strategie	Inhaltsbezogene Strategien: Sprachliche Distanzierung	(T1) 149. <i>Nein, die Frauen Dok-die Frau Doktor hat gemeint, dass sie Ihnen den Diagnosezettel nicht nach jedem Termin geben wird.</i>	zu T1: (B2) #13:50 Mutter „Sie kann mir das nicht geben?“ Dolmetscherin: „[Ähm] Sie fragt, warum, ob Sie das nicht können.“ Hier ist am Häsitationslaut erkennbar, dass die Dolmetscherin zögert; sie distanziert sich von der Person der Mutter (dritte Person statt erster Person in der Dolmetschung).
Strategie	Gesprächskoordination zur Optimierung des Kommunikationsflusses: Übliche Schlussformeln // Eigenständige Informationsabfrage // Eigenständige Erklärung	(T1) 177. (...)also falls es noch Fragen gibt. (T1) 190. <i>Ähm ich würde vielleicht nochmal wegen der Uhrzeit fragen, wenn Sie möchten, wegen dem Termin.</i> (T2) 63. <i>Kurzer Augenblick, damit ich frage, ob Sie noch etwas von Ihnen braucht.</i> (T1) 198. MP: Okay (...)și luni, de la ora două la cinci pentru medicamente. MP: Okay (...) und am Montag von zwei bis fünf Uhr für die Medikamente. 199. D: Exact. D: Genau. (T2) 9. <i>Ja. Also grundsätzlich ähm sprechen die Ärzte nicht zwingend Rumänisch, aber ähm wir haben- es gibt ähm es gibt Übersetzer wie ich, die übersetzen können.</i>	zu T3: (B1) Nein (die Dolmetscherin unterbricht lange Passagen nicht) zu T2: (B1) Nein, wirkliche Schwierigkeiten hat sie nicht, sie meistert die Dolmetschung sehr souverän. Lediglich am Anfang muss sie nachhaken, um welche Beschwerden es sich genau handelt. zu T2: (B1) Sie dolmetscht nicht nur, sie stellt auch sicher, dass sie verstanden wird, sie gibt zusätzliche Erklärungen. Da sie sich nicht vor Ort befindet und den Patienten zB nicht zum Test begleiten kann, muss sie sicherstellen, dass er genau weiß, was zu tun ist. zu T1: (B1) Vereinzelt. (unterbricht die Dolmetscherin) // (B2) Die Patientin beantwortet die Fragen der Psychologin mehrmals sehr verwirrend. Die Dolmetscherin entscheidet sich wiederholt, selbst bei der Patientin nachzufragen und die Fragen zu wiederholen, statt die Antworten der Patientin zu dolmetschen und der Psychologin die Möglichkeit einzuräumen, die Fragen anders zu formulieren oder den Gesundheitszustand der Patientin anhand der Antworten zu beurteilen. zu T3: (B2) Die Dolmetscherin greift aktiv ins Gespräch ein, während der Patient seine Situation schildert (D: # 01:17 „Und zwar?“), statt die Aussage des Patienten zu dolmetschen. Erst dann unterbricht der Arzt mit seiner Folgefrage, wodurch die Schilderung des Patienten (P: „Ich habe sozusagen einen Blödsinn gemacht“) ungedolmetscht bleibt.
Strategie	Gesprächskoordination: Kooperation mit GesprächspartnerInnen	(T2) 28. <i>P: Ich gebe ihr ein Dokument, damit sie mich einträgt. *** ist mein Name.</i>	
Strategie	Strategie für den Umgang mit schwierigen Stellen:	(T2) 58. (...)Ähm aber davor müssen Sie von hier-, wo Sie sind, rausgehen und, Sie haben ja wahrscheinlich	zu T2: (B2) Die Dolmetscherin hat einige Schwierigkeiten, die „blauen Container“ zu benennen und zu beschreiben, in denen der verpflichtende

	Identifizierte Elemente		Analyse durch Externe
	Bezugnahme auf Vorkenntnisse der GesprächspartnerInnen // Eigene Vorkenntnisse über Institution	<i>beim Eingang eine Art Kabinen oder Zelte gesehen, sich testen lassen (...).</i>	Covid-Schnelltest vor dem Arztbesuch stattzufinden hat, dies scheint aber keine negativen Folgen auf den weiteren Gesprächsverlauf zu haben.
Strategie	Vertrauensaufbauende Strategie // Gesprächskoordination: Non-Renditions – Anreden	(T3) 28. <i>Ah, Herr ***. Wir haben schon mal gesprochen.</i> (T3) 32. <i>Okay, wie fühlen Sie sich, Herr ***?</i>	zu T3: (B1) Die Dolmetscherin ist sehr höflich, spricht sowohl den Arzt als auch den Patienten sehr höflich an
Strategie	Strategie für den Umgang mit schwierigen Stellen: Vorkenntnisse über die Institution	(T3) 62. (...) <i>Nachdem das Gespräch fertig ist, werden Sie raus und nach vorne zum Schalter gehen müssen, um einen Termin beim Psychiater zu bekommen, es wird Ihnen auf einen Zettel geschrieben, wann Sie kommen müssen (...).</i>	zu T3: (B2) (Hilfspersonal AmberMed) Scheint der Dolmetscherin gegenüber positiv eingestellt zu sein, HP und Dolmetscherin scheinen bereits eine Beziehung zueinander zu haben. Freundliche Stimme, freundlicher Ton, Duzen. („Hallo Corina!“)
Strategie	Inhalts- und Kontextbezogene Strategien: Inferenzierung	(T1) 34. <i>Mhm, ich fühle mich gut, es geht mir gut.</i>	
Strategie	Allgemein	zu T3: (B1) Viele: sie stellt sich vor, sie dolmetscht vollständig, sie räumt Zeit ein für Antworten, sie hört sehr aufmerksam zu, sie gibt den Gesprächsteilnehmern zu verstehen, dass sie ihnen zuhört und sie versteht. (wie viele kommunikationsfördernde Strategien benutzt die Dolmetscherin). // zu sozialen Normen: (B2) Ja, „Herr Doktor“ #00:12. Sie spricht außerdem zuerst mit dem Arzt zu Beginn des Gespräches und erst danach mit dem Patienten. zu T2: (B2) Die Dolmetscherin geht mit beiden Gesprächsteilnehmer*innen höflich um. In dieser Aufnahme sind Machtverhältnisse nur insofern hörbar, als dass dem Patienten gesagt wird, was er wann zu tun hat.	
Schwierigkeit	Kommunikative Kompetenzen der GesprächspartnerInnen: Kein Wunsch auf Kommunikation // Inkohärenz // Überreaktion // Spontane Eingriffe	(T1) 45. <i>P: Ja.</i> (T1) 76. <i>P: Ich hab ‘ keinen anderen Grund (warum ich länger aktiv sein soll).</i> 123. <i>MP: (...) Nein, nicht, dass (unverständlich) zu sagen. Sie kann es nicht, sie will es nicht. Ich weiß nicht mehr, was ich tun soll. Wie ich vorgehen soll, wie ich mit ... kämpfe. Lass das Kind reden (unverständlich), wenn ich sie schon aus dieser Depression raushole.</i> (T1) 159. <i>MP: Ich lasse mich von der Frau Doktor nicht einschüchtern.</i> (T1) 50. <i>MP: °leise° (unverständlich)</i>	zu T1: (B1) Die Aussagen der Patientin ergeben keinen Sinn. // Nicht strukturiert. Auf die Frage, was sie früher gearbeitet oder gelernt hat, antwortet sie nach dem Nebengespräch mit der Mutter, dass sie gerade arbeitslos ist. Das war die Antwort auf die Frage davor. (...) Ja, an mehreren Stellen muss sie bei der Patientin nachfragen. Die Patientin versteht eventuell die Fragen nicht oder möchte sie nicht beantworten. Ich habe das Gefühl, sie ist überhaupt nicht selbstreflektiert, kann nicht beschreiben, wie sie sich fühlt. // Die Patientin drückt sich definitiv zu kompakt aus, es ist unmöglich sich aus dem Gesagten eine Meinung zu bilden. Sie beantwortet die Fragen sehr vage. // Die Mutter der Patientin unterbricht ihre Tochter häufig. // (B2) Ja, z.B. ab Minute #03:22-04:16 scheinen sich Dolmetscherin und Patientin gegenseitig nicht zu verstehen. (...) Ein offensichtlicher Grund kann nicht identifiziert werden. Eventuell ist das Missverständnis auf rudimentäre Sprachkenntnisse der Patientin zurückzuführen oder aber könnte der Grund mit ihrem psychischen Zustand zusammenhängen. // (B2) Die kommunikativen Fähigkeiten der

	Identifizierte Elemente		Analyse durch Externe
			Patientin lassen zu wünschen übrig. Die Länge ihrer Aussagen erschwert mitunter das Verständnis, da sie sich teilweise zu kompakt äußert. Sie wiederholt teilweise dieselben Aussagen, auch wenn es aufgrund der Dolmetschungen für sie klar sein sollte, dass ihre Botschaft nicht angekommen ist. // Teilweise, allerdings nimmt die Patientin teilweise keinen Bezug auf das Gesagte und ihre Ideen werden mitunter nicht deutlich formuliert. // Unterschiedlich; teilweise ist ihre Ausdrucksweise weder logisch noch strukturiert. // Es kommt einige Male vor, dass die Dolmetscherin die etwas kryptischen Antworten der Patienten nicht versteht und mehrmals bei ihr direkt nachfragt (#03:22-04:22). Die Patientin ist sehr passiv und antwortet lediglich (teilweise einsilbig) auf jene Fragen, die ihr gestellt werden. zu T3: (B1) Der Arzt unterbricht den Patienten ein Mal. Leider wurde der unterbrochene Gedankengang des Patienten später nicht mehr aufgenommen. // Ich denke, der Arzt befindet sich unter Zeitdruck; daher auch die Unterbrechung des Patienten am Anfang // In einer fördernden Weise. Beide stellen klare Fragen und bringen alles schnell auf den Punkt. (wie sich die Gesprächsteilnehmer am Gespräch beteiligen). // (B2) (...) allerdings gibt es Unterbrechungen von Seiten der Gesprächspartner*innen, die dazu führen, dass manche Aussagen nicht mehr getätigt werden (der Arzt unterbricht und fragt etwas, während der Patient seine derzeitige Situation schildert). // (B2) zum Arzt: Ja, einige Wiederholungen gegen Ende des Gespräches, als er die Überweisung zum Psychiater einige Male erwähnt. Das Gesagte ist aber weder zu kompakt noch zu repetitiv. // zum Arzt: Eine Unterbrechung des Arztes führt dazu, dass der Patient nicht mehr darstellen kann, was ihm in letzter Zeit passiert ist. Dadurch gehen Informationen verloren. Auch ganz am Anfang wird die Dolmetscherin vom Arzt unterbrochen, als sie erklärt, weshalb sie das Gespräch aufnehmen möchte. Diese Unterbrechung scheint aber nicht zu einem Informationsverlust zu führen. Es gibt gegen Ende des Gespräches Nebengespräche auf der Seite des Arztes, die hörbar, aber nicht verständlich sind, dann kündigt der Arzt das Ende des Gesprächs an. // zu T3, 41: (B2) Aufgrund dieser Unterbrechung erfährt der Arzt nicht, was der Patient getan hat. Dies könnte für die weitere Behandlung von Bedeutung sein.
Schwierigkeit	Akustik: Schlechte Tonqualität // Aussprache der GesprächspartnerInnen // Technische Schwierigkeiten	(T1) 24. Ä: (...) Sie können aber die ***, Sie können aber die ***, ((Echo)) *** fragen, ob sie damit einverstanden ist = (T1) 123. MP: (...) <i>Nein, nicht, dass (unverständlich) zu sagen.</i> (T2) P: (...) <i>Naja ich bin jetzt auch gestresst und (unverständlich).</i>	zu T3: (B1) die anderen zwei Gesprächsteilnehmer sind eher schlecht zu hören; Arzt und Patient hört man etwas dumpf, im Hintergrund. // (B2) Die Dolmetscherin hört man sehr gut, bei den anderen Gesprächsteilnehmer*innen ist die Qualität mitunter schlecht bis sehr schlecht. zu T2: (B1) Die Dolmetscherin hört man sehr gut, die anderen

	Identifizierte Elemente		Analyse durch Externe
			GesprächsteilnehmerInnen mal besser, mal schlechter. // Da sich die GesprächsteilnehmerInnen vor Ort nicht im selben Raum wie die Dolmetscherin befindet, ist die Tonqualität ihrer Aussagen niedriger. Man hört sie leiser und weniger klar. // (B2) Bei den anderen Gesprächsteilnehmer*innen ist die Qualität teilweise gut, teilweise aber auch schlecht bis sehr schlecht. Es kann aber nicht bewertet werden, inwiefern lediglich die Qualität der Aufnahme schlecht ist. // zum Hilfspersonal: (B2) Es gibt einige wenige Überlappungen, die aber nicht störend sind. // (B2) Manche Stellen sind nicht bzw. nur teilweise verständlich (#03:17-03:24). Es ist aber nicht klar, ob dies lediglich an der Tonqualität liegt. Teilweise scheint der Patient an diesen Stellen auch zu nuscheln. // Teilweise scheint der Patient an diesen Stellen auch zu nuscheln. zu T1: (B1) Die Dolmetscherin hört man sehr gut, die Patientin eher schlecht, die anderen gut. // 3:30-4:12 – die Tonqualität ist schlecht und sie wird durch die Zurufe der Mutter verschlechtert. Die Dolmetscherin muss die Patientin mehrmals bitten, das Gesagte zu wiederholen. Zum Schluss gibt es immer noch keine klare Antwort auf die Frage, wie der Tagesablauf der Patientin aussieht, sondern lediglich wie viele Stunden am Tag sie aktiv ist. // (B2) Im Großen und Ganzen ist die Tonqualität gut, [H] teilweise sind manche Passagen weniger gut hörbar. // Teilweise scheint sie (die Patientin) manche Wörter eher gemurmelt und leise auszusprechen.
Schwierigkeit	Zeichen kognitiver Überlastung: „ähm“	(T1) 94. (...) Ähm haben Sie mich gehört, haben Sie meine Frage gehört? (T2) 9. Ja. Also grundsätzlich ähm sprechen die Ärzte nicht zwingend Rumänisch, aber ähm wir haben- es gibt ähm es gibt Übersetzer wie ich, die übersetzen können. (T3) 36. Ähm haben Sie Ihre Medikamente regelmäßig eingenommen? 42. Ähm der Herr Doktor fragt, ob ihr Unterschenkel noch wehtut oder ob Sie im Bereich noch Beschwerden haben.	zu T3: (B1) Nein, die Dolmetscherin verhält sich durchgehend sehr souverän. zu T1: (B2) #03:18: Psychologin: Was tut sie den ganzen Tag? Dolmetscherin: Ähm welche sind Ihre [Pause] ähm täglichen Aktivitäten? Die Häsitationslaute und die Pause deuten darauf hin, dass es der Dolmetscherin schwer fällt, die Frage ins Rumänische zu dolmetschen. Sie wählt hier auch ein gehobeneres Register als die Psychologin, wodurch die Patientin die Frage womöglich gar nicht richtig versteht. Diese kleine Herausforderung wird aber schnell überwunden.
Schwierigkeit	Akustik: Hintergrundgeräusche	(T1) 35-47: ((Tippen)) (T1) 81. Ä: Mhm. ((Tippen, 10)) Ähm was macht sie denn beruflich? (T1) 110-111. ((Tippen)) (T1) 119-124. ((Tippen))	

	Identifizierte Elemente	Analyse durch Externe
	(T3) ((Hintergrundgeräusche Ordination, 15)) 1. A: Vielleicht fragen Sie mal zuerst wie es ihm geht. Hallo? (T1) 82. Cu ce vă ocupați? Ähm ce meserie aveți? ((Hintergrundgeräusche)) (T1) 87. P: ((Hintergrundgeräusche)) Cum îi zic (unverständlich) = 88. MP: (unverständlich) 89-91. ((Tippen)) (T1) 105. ((Hintergrundgeräusche)) (T2) 59. P: Foarte bine. 60. AM: ((Hintergrundgeräusche))	
Schwierigkeit	Kommunikative Kompetenzen der GesprächspartnerInnen: Überlappungen // Nebengespräche (T1) 3. AM: Du kannst ihr ja (unverständlich) = 4. [MP: Alo, bună ziua.] [MP: Alo, Grüßgott.] (T1) D: Oare puteți să repetați? (...) D: Könnten Sie vielleicht wiederholen? (...) 54. [P: Cam patru =] [P: Circa vier =] (T1) 146. [Ä: Nein, nein.] 147. [AM: Das machen wir nicht.] (T1) 151. [Ä: Wir machen... Ähm wenn sie...] 152. [AM: Weil es nicht notwendig ist.] (T2) 3. D: O să vă rog să îmi spuneți (...). D: Ich würde Sie bitten, mir zu sagen = 4. [P: Cineva mi-a oferit că =] [P: Jemand hat mir =] (T2)15. D: = er ist damit einverstanden (...) = 16. [AM: Okay.] 17. D: = jemand hat ihn ähm hier (...) = 18. [AM: Ja.] 19. D: = und ähm =	zu T3: (B1) Gegen Ende kann man im Untersuchungszimmer kurz eine dritte Stimme hören. // (B2) Ja, an einzelnen Stellen. Die Stimmen im Hintergrund sind unverständlich und es ist unklar, ob es Nebengespräche sind oder ob es bei den Stimmen im Hintergrund um das gedolmetschte Gespräch geht. // (B2) Es gibt gegen Ende des Gesprächs Nebengespräche, eventuell ist HP daran beteiligt, die Stimmen können aber nicht genau zugeordnet werden. // Es sind Hintergrundgeräusche wahrnehmbar. Auf der Seite der Psychologin geht es hier hauptsächlich um ein hörbares Tippen. zu T1: (B1) Die Mutter hört man im Hintergrund sprechen, während die Patientin dran ist. // Häufige Überlappungen, Nebengespräche mit der Mutter. // 7:04-7:33 – Nach einer erneuten Frage der Psychologin an die Patientin, beginnt ein Nebengespräch zwischen der Patientin und ihrer Mutter, aus dem man nur Bruchstücke versteht. Die Dolmetscherin fragt, ob die Frage gehört wurde. // Die Art und Weise wie sie antwortet und die Nebengespräche erschweren die Arbeit der D. // (B2) Tonunterbrechungen konnten nicht festgestellt werden, dafür aber Unterbrechungen durch andere Gesprächsteilnehmerinnen. // (B2) Stimmen im Hintergrund sind hörbar, vor allem auf der Seite der Patientin, bei der die Mutter häufiger etwas korrigieren oder ergänzen möchte.

	Identifizierte Elemente	Analyse durch Externe
	20. [AM: Ja.] 21. D: = er möchte gerne einen Termin vereinbaren. (T1) 51. P: E drept, fă! P : <i>Das stimmt aber, du!</i> 52. [MP: °leise° Ce energie, mama?] [MP : °leise° Was für eine Energie, Liebes?] (T3) 71. D: Mhm, okay. Ähm, der Herr Doktor sagt, dass, wenn Sie weniger rauchen könnten oder wenn Sie ähm mit dem Rauchen aufhören würden, würde das Ihren Geweben (Gefäßen) sehr helfen. 72. A: ((Nebengespräch mit AM)) 73. AM: ((Antwortet darauf)) (T3) 75. D: Okay, der Patient hat gemeint, er wird versuchen. 76. AM: ((Nebengespräch mit A)) 77. A: ((antwortet)) Dann sind wir fertig für heute.	
Schwierigkeit	Positionierung der GesprächspartnerInnen und Vertrauen // Wahrnehmung der Dolmetschenden (T1) 62. Ok. Sie: ähm okay, ich hab'-am Tag bin ich ähm ge... zwischen drei und vier Stunden aktiv. (T1) 63. Ä: (...)Ähm, was braucht sie, ähm, wenn sie sagt, ähm, (...). (T1) 76. Sie sagt das ist einfach so. Ähm also sie hat keinen-keinen Grund gegeben. (T3) 1. Vielleicht fragen Sie mal zuerst wie es ihm geht. Hallo?	zu T2: (B2) Das Gespräch verläuft nicht zwischen GK und P sondern über die D (#02:21 D: „Er hat gemeint, jemand hat ihn....“; #02:37 GK: „Hat er dir worum es geht, was er hat, ob er Medikamente braucht oder ob er Schmerzen hat? Damit ich weiß, wann ich ihm einen Termin gebe und bei welchem Arzt.“
Schwierigkeit	Terminologische Kompetenzen der GesprächspartnerInnen (T1) 87. P: ((Hintergrundgeräusche)) Cum îi zic (unverständlich) = P: ((Hintergrundgeräusche)) Wie sage ich ihr (unverständlich) = (T2) 30. P: Ich habe ähm ein Problem am rechten Bein, das ich vermute, ich weiß nicht, ich weiß nicht wie es heißt (...). (T2) 40. P: (...)Ich vermute ähm das Problem im Trombosensystem (Kreislaufsystem).	zu T2: (B1) Der Patient drückt nicht von Anfang an klar aus, was genau seine Beschwerden sind. Anfangs nennt er nur das Körperteil, das ihm Probleme bereitet. Kurz darauf fällt ihm der Terminus Thrombose ein, der Licht ins Dunkle bringt.

	Identifizierte Elemente	Analyse durch Externe
Schwierigkeit	Wahrnehmung der Dolmetscherin // Gesprächssteuerung	(zur D) 92. Ä: Redet denn die Mutter die ganze Zeit? (T1) 106. [Ä: Da sie schon de ganze Zeit reinredet.] (T1) 139. MP: <i>Und, Frau Übersetzerin. Ich habe eine sehr große Bitte an Sie, ich bitte Sie herzlich, der Frau Doktor zu sagen (...).</i> (zur D) (T2) 51. AM: Und dann wollte ich dich fragen (...). zu T3: (B2) Die Dolmetscherin wird direkt angesprochen. Das gesamte Gespräch wird so geführt, dass mit dem Patienten nicht direkt kommuniziert wird („Frag ihn, wie es ihm jetzt geht“, „Hat er seine Medikamente regelmäßig genommen?“ usw.). // zum Patienten: Auch er spricht den Arzt nicht direkt, sondern über die Dolmetscherin an („Mich würde ihre Meinung [der Ärzte] interessieren“) zu T2: (B2) Die GK unterbricht das Gespräch mit dem Patienten, um die Verfügbarkeiten der Dolmetscherin für ein Folgegespräch zu klären. Diese Informationen werden für den Patienten nicht gedolmetscht. zu T1: (B2) Um Minute 13 kommt die Dolmetscherin nicht dazu, die Aussagen der Mutter der Patientin zu dolmetschen, da das HP davor schon eingreift
Schwierigkeit	Fremdwort	(T1) 98. P: În Spania, camarer(a). P: In Spanien, camarera. (...) 101. D: (...) Also sie hat in Spanien gearbeitet, ähm sie war Putzfrau = (...) 121. D: = sie war nämlich keine Putzfrau, sie war eigentlich Verkäuferin zu T1: (B1) Die Patientin benutzt ein spanisches Wort, das die Dolmetscherin nicht versteht. Sie fragt nochmal nach, was die Patientin meint, doch diese kann es weder erklären, noch kennt sie die rumänische Entsprechung. // 7:56-08:05 – Patientin benutzt als Berufsbezeichnung für ihre frühere Aktivität einen spanischen Begriff („camarero“ =Kellner). D findet eine ähnlich klingende Berufsbezeichnung in rumänischer Sprache („cameristă“ = Reinigungskraft in Hotels) und fragt nach, ob das gemeint ist. Patientin wiederholt den spanischen Begriff. D gibt die falsche Annahme (Putzfrau) weiter an die Psychologin. // (B2) Eine zweite Stelle an der die Dolmetscherin die Patientin nicht versteht, beginnt um Minute #07:56, als die Patientin behauptet als „camareră“ gearbeitet zu haben. Dieses Wort gibt es auf Rumänisch allerdings nicht. Die Dolmetscherin fragt nach, ob die Patientin mit „camareră“ „cameristă“ (= Zimmermädchen) meint, die Patientin wiederholt nur ihren eigenen Ausdruck. Die Dolmetscherin versteht sie aufgrund der mehrmaligen Verwendung eines erfundenen Wortes (vermutlich aus dem Spanischen direkt übernommen) nicht.
Schwierigkeit	Gesprächssteuerung: Einbeziehung mehrerer TeilnehmerInnen	(T1) 104. Ä: Mhm. (4) Okay. Ähm möchte die Mutter was zu ihrem Zustand auch sagen?
Schwierigkeit	Inhaltsbezogene Schwierigkeiten: Äquivalente finden	(T1) 114. MP: (...) Acum, credeți-mă că nu mai este bună de nimic. 115. D: (...)Jetzt, glauben Sie mir, ist sie komplett fertig. (...) 120. D: (...) jetzt meint sie, dass es auch offensichtlich ist, dass *** nicht gut geht und dass sie sich nicht gut fühlt. zu T3: (B1) Gegen Ende wird ein einziger Terminus falsch gedolmetscht („Gefäße“ als „Gewebe“ gedolmetscht). zu T2: (B1) Da es sich um ein kurzes Aufnahmegespräch handelt, kommen sehr wenige Fachbegriffe vor. Diese stellen für die Dolmetscherin keine Herausforderung dar. // Es werden einige Fachbegriffe benutzt, die die Kommunikation nicht erschweren (#03:44 offene Wunde, #04:00 Thrombose).

	Identifizierte Elemente	Analyse durch Externe
		(T1) 122. Ä: Mhm (5) und in welcher Weise meint sie das, dass sie sich nicht gut fühlt – von der Stimmung her, vom Antrieb oder oder was? 123. D: <i>Mhm, Sie haben gemeint, dass ähm *** nicht gut geht. Meinen Sie damit auf emotionaler Ebene oder-meinen Sie...? Sieht man das auch körperlich oder... Was meinen Sie, wenn Sie sagen, dass es ihr nicht gut geht?</i> zu T1: (B2) Ab Minute #14:00 wird erklärt, weshalb ein Befundbericht nicht nach jedem Termin ausgehändigt werden kann. Die Dolmetschung dieser Erklärungen (ab Minute #14:36) ist unvollständig (fehlende Informationen: die Erstellung eines Befundberichts ist aufwendig und kostet bei einem Privatarzt normalerweise viel Geld, bei AmberMed wurde dieser Bericht bereits erstellt; wenn die Mutter den Bericht wieder haben möchte, kann sie hierfür € 50-80 in einer Privatpraxis zahlen). Allerdings ist aus der Aufnahme nicht klar, worauf dies zurückzuführen ist, also ob ein Missverständnis vorliegt oder ob die Wiedergabe der Dolmetscherin aus anderen Gründen unvollständig ist.
Schwierigkeit	Fehlende visuelle Hinweise: Medikamentenname // Räumliche Hinweise	(T1) 125. MP: (...)Sie bekommt jetzt noch ein Medikament dazu, das heißt Venlafaxin 37,5 Mg. (...). (T2) 49. AM: = er kommt heute zum Arzt, aber er muss, bevor er zum Arzt geht, nach draußen , steht unser blauer Container, wo er getestet werden muss für Corona. zu T1: (B2) Die Psychologin nennt ein neues Medikament, das der Patientin verschrieben wird (#11:29). Der Name des Medikaments wird nicht gedolmetscht, stattdessen weist die Dolmetscherin darauf hin, dass der Name des Medikaments auf dem Rezept sichtbar sein wird.
Schwierigkeit	Positionierung der GesprächspartnerInnen und Vertrauen: Konflikt	(T1) 146. [Ä: Nein, nein.] 147. [AM: Das machen wir nicht.] (T1) 160. MP: Eu nu mă dau înapoi de doamna doctoră (...). MP: <i>Ich lasse mich von der Frau Doktor nicht einschüchtern (...).</i> (...) 166. MP: <i>Falls-falls möglich und falls die Frau Doktor mir helfen will, bitte ich sie herzlich (...).</i> (...) Ä: (...) Ich bin da jetzt irgendwie mal... Langsam-langsam ist meine Grenze erreicht, ja? zu T1: (B1) 12:33-18:55 – Eine ungewöhnliche Bitte der Mutter wird von der Ärztin und vom Hilfspersonal abgelehnt, doch die Mutter insistiert weiter und die Gesprächsteilnehmerinnen sind immer gereizter und ungeduldiger. Die D beginnt Informationen auszulassen oder sie geschwächt (euphemistisch) wiederzugeben.
Schwierigkeit	Gesprächssteuerung // Technische Ausstattung	(T3) 12. AM: (4) Corina? Hallo, *** spricht. Ich ruf dich auf dem Handy an, weil ich bin grad auf dem Sessel und das ist ((Lachen)) voll mühsam. Ja, ich ruf beim Handy an dann kann ich dich =
Schwierigkeit	Kulturelle Unterschiede	konnten in den Transkripten nicht identifiziert werden zu T3: (B1) Nein, nicht nötig in dieser Situation (kulturelle Unterschiede zu erklären)
Schwierigkeit	Überblick	zu T3: (B1) Kaum. // (B2) Teilweise kommunikationsfördernde Situation. Global betrachtet handelt es sich m.E. am ehesten um eine teilweise kommunikationsfördernde Situation, wobei es schwer zu beurteilen ist, inwiefern die Tonqualität beim tatsächlichen Gespräch war. Einige Stellen können eher einer kommunikationsfördernden Situation zugeordnet werden, da die Dolmetscherin imstande ist, mit den anderen Gesprächsteilnehmer*innen für das Vorwärtstreffen der Kommunikation zusammenzuarbeiten und die von den Gesprächspartner*innen verwendete Sprachen von der Dolmetscherin immer oder meistens verstanden wird. Allerdings fehlt an einer Stelle eine potentiell wichtige Information in der Dolmetschung (siehe weiter oben), die den Gesprächsverlauf bzw. die Behandlung potentiell noch hätte ändern können.

	Identifizierte Elemente	Analyse durch Externe
		zu T2: (B1) Die Bedingungen fördern die Kommunikation. // Gesprächsteilnehmer - Fördernd. // Die verwendete Ausdrucksweise wird leicht von der D verstanden. // Selten. – Schwierigkeiten aller Art. // Oft. – wird von der Dolmetscherin auf adäquate sprachliche Lösungen zurückgegriffen. // Viele – kommunikationsfördernde Strategien. // (B2) Diese Gesprächssituation ist kommunikationsfördernd. In diesem Rahmen scheint der Austausch beinahe problemlos zu erfolgen. Einzige Ausnahme ist die Passage #03:17-03:24, bei der der Patient nicht so leicht verständlich ist. Er scheint neben den Schmerzen im linken Bein auch ein anderes Problem zu haben, das aber in der Aufnahme nicht verständlich ist. Die Zusammenarbeit zwischen Dolmetscherin und den anderen Gesprächsteilnehmer*innen scheint reibungslos zu funktionieren, die Sprache wird von der Dolmetscherin gut verstanden und die Botschaft übertragen. zu T1: (B1) Die Kommunikation ist stockend, für die Psychologin ergibt das Narrativ der Patientin keinen Sinn, alle Gesprächsteilnehmerinnen sind sichtlich irritiert. // Die Bedingungen verhindern die effiziente Kommunikation, da die Mutter der Patientin während des Gesprächs anwesend ist und sie ständig unterbricht.// Die Psychologin und das Hilfspersonal werden verstanden, einige Ausdrücke der Patientin und ihrer Mutter nicht. // Oft. – Schwierigkeiten // Eher oft. – Dolmetscherin imstande adäquate Lösungen zu finden // Eher viele. – kommunikationsfördernde Strategien // (B2) Die Situation ist eindeutig nicht kommunikationsfördernd, dies scheint aber nicht in erster Linie auf die Dolmetscherin zurückzuführen sein. Der Kommunikationsablauf wird von mehreren Gesprächsteilnehmerinnen (insbesondere Patientin und ihrer Mutter) erschwert bis unmöglich gemacht. Es scheinen mehrere Missverständnisse zwischen den Gesprächsteilnehmerinnen zu geben, die Mutter der Patientin will wiederholt eingreifen und die Antworten der Patientin beeinflussen, das medizinische Hilfspersonal erklärt der Dolmetscherin gegen Ende, dass die Situation eigentlich ohnehin heikel ist, da die Patientin bereits 20 Jahre alt ist und die Mutter eigentlich nur mit einer Vollmacht Informationen über den Gesundheitszustand der Tochter erhalten dürfte. Die letzten 10 Minuten des Gesprächs drehen sich nur noch um einen Wunsch der Mutter, der seitens AmberMed nicht zu erfüllen ist und die Mutter besteht wiederholt auf die Erfüllung des Wunsches, auch wenn mehrmals betont wird, dass dies nicht möglich ist. Die Sprachverwendung der Patientin sorgt häufig für Missverständnisse beziehungsweise zwingt die Dolmetscherin dazu, mehrmals nachzufragen, was eigentlich gemeint ist. Des Weiteren gibt es einige wenige Stellen, die nicht ganz korrekt gedolmetscht wurden, an denen es ebenfalls zu (kleineren) Missverständnissen kommt, die sich aber schnell klären lassen (Beispiele siehe oben).

Anhang 3

Transkript 1

Gespräch zwischen Psychologin und dem Personal bereits bekannten Patientin mit Teilnahme einer AmberMed-Mitarbeiterin aus der Verwaltung und der Mutter der Patientin. Die Psychologin, die AmberMed-Mitarbeiterin und die Dolmetscherin schalten sich individuell aus der Ferne per Telefon der Konferenz zu. Nur die Patientin sitzt mit ihrer Mutter in demselben Raum zu zweit, ansonsten sind sie auch am Gespräch telefonisch beteiligt. Die AmberMed-Mitarbeiterin erstellt die Konferenz und ermöglicht die Zuschaltung aller Teilnehmenden dazu.

Legende

D = Dolmetscherin

AM = AmberMed (Mitarbeiterin)

Ä = Ärztin

P = Patientin

MP = Mutter Patientin

1. **AM:** So, die Mama von der Frau ... *** ist jetzt in der Leitung,
2. **D:** Okay, alo, bună ziua!
D: Okay, alo, Grüßgott!
3. **AM:** Du kannst ihr ja (unverständlich) =
4. **[MP:** Alo, bună ziua.]
MP: Alo, Grüßgott.
5. **AM:** = dass du das Gespräch aufnimmst (unverständlich) die Patientin ist ja auch einverstanden.
6. **D:** Ähm also die Frau Ärztin ist noch nicht da.

7. **AM:** Nein, nein. Nur du jetzt, jetzt rufe ich die Frau Doktor an.
8. **D:** Ok, passt, ich frage bis dann nach. Ähm::, doamna ... ***?
*D: Ok, passt, ich frage bis dann nach. Ähm::, Frau... ***?*
9. **MP:** Da, vi-o dau, sunt mama, vi-o dau imediat la telefon.
MP: Ja, ich gebe gleich das Handy weiter, ich bin die Mutter, ich gebe es gleich weiter.
10. **D:** Okay! Mulțumesc.
D: Okay! Danke.
11. **P:** Alo!
12. **D:** Bună! ***?
*D: Hallo! ***?*
13. **P:** Bună. Da da.
P: Hallo. Ja ja.
14. **D:** Ähm salut! Mă numesc Corina, ähm, Am mai tradus pentru tine până acuma la telefon și o să traduc și astăzi, ähm discuția ta cu doamna:: psiholog. Ähmm ce voiam să te întreb, este, eu sunt studentă la master și trebuie să îmi fac lucrarea de master și::: pentru lucrarea mea, vreau să ähm scriu despre: interpretar(e), despre traducere la telefon, ce fac eu acuma, Pentru asta aş avea nevoie să înregistrez câteva conversații, ca să pot să le analizez. Practic, totu' o să fie anonim, evident, dar am- da' ca să pot să fac chestia asta, aş vrea să te întreb dacă ai o problemă dacă înregistrez discuția ta- cu: doamna doctor.
D: Ähm hallo! Ich heiße Corina, ähm, ich habe bisher für dich schon mal am Telefon übersetzt und werde heute, ähm, auch dein Gespräch mit der Frau Psychologin. Ähmm ich wollte dich fragen, ich bin Masterstudentin und muss meine Masterarbeit schreiben und für meine Arbeit möchte ich ähm über das Dolmetschen, über das Übersetzen am Telefon, das was ich gerade

mache, schreiben. Dafür bräuchte ich, einige Gespräche aufzunehmen, um sie zu analysieren. Grundsätzlich wird alles anonym sein, natürlich, aber ich habe- um dies tun zu können, möchte ich dich fragen, ob du ein Problem damit hättest, wenn ich dein Gespräch- mit der Frau Doktor aufnehmen würde.

15. **AM:** (4) N-am.

AM: (4) Hab ' ich nicht.

16. **D:** Deci e în regulă cu tine.

D: Also das geht für dich in Ordnung.

17. **AM:** Mhm.

18. **D:** Okay, mulțumesc frumos. Deocamdată așteptăm să se conecteze doamna doctor.

D: Okay, vielen Dank. Zurzeit warten wir noch, dass sich die Frau Doktor dazu schaltet.

19. **P:** Okay.

20. **AM:** So, die Frau Doktor ist in der Leitung, Corina.

21. **D:** Okay::.. Grüßgott!

22. **Ä:** Grüßgott!

23. **D:** Ähmhhh Frau Doktor, ich hätte eine Bitte an Sie.

24. **Ä:** Mir ist das alles recht. Sie können aber die ***, Sie können aber die ***, ((Echo)) *** fragen, ob sie damit einverstanden ist =

25. **[D:** Ähm:: =]

26. **Ä:** = Sie können die *** fragen, ob sie damit einverstanden ist, mit dem

27. **[D: Achso!]**
28. **D:** Ja, ja sie ähm, ich hab' sie schon gefragt, sie ist damit einverstanden, also:: wenn Sie auch, dann können wir anfangen.
29. **Ä:** Ja ja. Alles klar.
30. **D:** Okay.
31. **Ä:** Okay. Erste Frage ist für *** die, wie sie sich fühlt.
32. **D:** Mhm, ***, cum te simți? Cum îți merge?
*D: Mhm, ***, wie fühlst du dich? Wie geht es dir?*
33. **P:** Mă simt bine. Îmi merge (unverständlich).
P: Ich fühle mich gut. Es geht mir gut.
34. **D:** Mhm, ich fühle mich gut, es geht mir gut.
35. **Ä:** O:kay ((fragend)). Ähm was macht sie, Aktivität, die Energie. Wie geht's damit?
((Tippen
36. **D:** Mhm, ähmm cum stai cu energia si cu activitățile?
D: Mhm, ähmm wie sieht es bei dir mit der Energie und den Aktivitäten aus?
37. **P:** Stau bine. Am destulă energie.
P: Es sieht gut aus. Ich habe genug Energie.
38. **D:** Mhm, ja damit geht es mir auch gut, ich hab' genug Energie.
39. **Ä:** Ja, okay. Ähm hat sie... den ganzen Tag Energie oder nur ein paar Stunden?

40. **D:** Mhm, ähm și ai toată ziua energie sau doar câteva ore pe zi?
D: Mhm, ähm und hast du den ganzen Tag Energie oder nu ein paar Stunden am Tag?
41. **P:** Am:, toată ziua.
P: Hab 'ich, den ganzen Tag.
42. **D:** Den ganzen Tag.
43. **Ä:** Wa::s?! Viel besser als das letzte Mal.
44. **D:** Asta-i mult ↑ mai bine decât data trecută.
D: Das ist viel ↑ besser als das letzte Mal.
45. **P:** Da.
P: Ja.
46. **D:** Ja, das stimmt.
47. **Ä:** ((Lachen)) Das ist wunderbar. Ok, ähm was, was tut sie den ganzen Tag?
))
48. **D:** Ähm, care-s activitățile dumneavoastră ähm zi de zi?
D: Ähm, was sind Ihre alltäglichen Aktivitäten?
49. **P:** (6) Câteva ore de energie fizică.
P: (6) Ein paar Stunden Energie.
50. **MP:** °leise° (unverständlich)
51. **P:** E drept, fă!

P : *Das stimmt aber, du !*

52. [MP: °leise° Ce energie, mama?]

MP : °leise° *Was für eine Energie, Liebes?*

53. **D:** Oare puteţi să repetaţi? Că nu îs-nu îs sigură dacă am înţeles.

D: *Könnten Sie vielleicht wiederholen? Ich bin-bin mir nicht sicher, ob ich verstanden habe.*

54. **[P:** Cam patru =]

[P: *Circa vier =]*

55. **P:** = cam trei - patru ore dorm, nu mult.

P: = *circa drei - vier Stunden schalfe ich, nicht mehr.*

56. **D:** Okay, deci trei - patru ore dormiţi.

D: *Okay, also sie schlafen drei – vier Stunden.*

57. **P:** Nu.

P: *Nein.*

58. **D:** Oare puteţi să repetaţi? Deci, practic, întrebarea era care sunt activităţile dumneavoastră într-o zi normală.

D: *Könnten Sie vielleicht wiederholen? Also die Frage war, was Ihre Aktivitäten an einem gewöhnlichen Tag sind.*

59. **P:** Cam patru ... cam trei - patru ore de (unverständlich)

P: *Circa vier-circa drei - vier Stunden (unverständlich).*

60. **D:** Ok, deci trei - patru ore aveţi activitate.

D: *Ok, also drei – vier Stunden sind Sie aktiv.*

61. **P:** Da (Räuspern).
P: *Ja (Räuspern).*
62. **D:** Ok. Sie: ähm okay, ich hab‘-am Tag bin ich ähm ge... zwischen drei und vier Stunden aktiv.
63. **Ä:** Mhm. Okay, das letzte Mal waren es noch fünf Stunden. Okay ((Lachen)). Okay. Gut. Ähm, was braucht sie, ähm, wenn sie sagt, ähm, ‘ne Zahl zwischen null und zehn. Null ist ganz krank, zehn ist ganz gesund. Wie ist sie jetzt dann?
64. **D:** Mhm, pe o scară de la zero la zece, ähm cât de sănătoasă vă simțiți?
D: *Mhm, auf einer Skala von null bis zehn, ähm wie gesund fühlen Sie sich?*
65. **P:** (5) 60 %.
P: (5) 60 %.
66. **D:** Okay. 60 %. Also eine Sechs.
67. **Ä:** Aha. 60 Prozent, okay. Mhm,. Ähm (4) wie ist denn die Stimmungslage? Ist sie traurig?
 ((Tippen))
68. **D:** Ähm, cum vă simțiți, care-care sunt emoțiile dumneavoastră? Sunteți tristă?
D: *Ähm, wie fühlen Sie sich, was sind Ihre Gefühle? Sind Sie traurig?*
69. **P:** Nu sunt nici tristă, nici de fel.
P: *Ich bin weder traurig, noch anders.*
70. **D:** Mhm, ich...
71. **[P:** Normal, așa.]
P: *Normal, so.*

72. **D:** Okay. Ich bin nicht traurig, ich fühle mich normal.
73. **Ä:** Mhm, aber trotzdem sind am Tag nur drei bis vier Stunden Energie. Das-was denkt sie dazu?
74. **D:** Mhm. Cu toate astea, nu sunteți activă decât trei - patru ore pe zi. **M::** oare de ce?
***D:** Mhm. Trotzdem sind Sie nur drei - vier Stunden am Tag aktiv. **M::** warum könnte das sein?*
75. **[P:** Da.]
***P:** Ja.*
76. **P:** N::-am de ce altce(va).
***P:** Ich hab 'keinen anderen Grund (warum ich länger aktiv sein soll).*
77. **D:** Sie sagt das ist einfach so. Ähm also sie hat keinen-keinen Grund gegeben.
78. **Ä:** Mhm hat sie früher mehr Energie gehabt, bevor sie krank geworden ist?
79. **D:** Ați avut mai multă energie înainte să vă îmbolnăviți?
***D:** Hatten Sie mehr Energie, bevor Sie krank geworden sind?*
80. **P:** Am avut mai puțin.
***P:** Ich hatte weniger davon.*
81. **D:** Früher hatte sie weniger Energie.
82. **Ä:** Mhm. ((Tippen, 10)) Ähm was macht sie denn beruflich?
83. **D:** Cu ce vă ocupați? Ähm ce meserie aveți? ((Hintergrundgeräusche))
***D:** Was machen Sie beruflich? Ähm was ist Ihr Beruf? ((Hintergrundgeräusche))*

84. **P:** Ähm nimic încă. Stau acasă.
P: Ähm noch nichts. Ich sitze zuhause.
85. **D:** Jetzt nichts, ich bleibe-ich bin zuhause.
86. **Ä:** Was hat sie gelernt, was hat sie gearbeitet bis jetzt?
87. **D:** Și până acum ce ați studiat sau ce ați lucrat?
88. **P:** ((Hintergrundgeräusche)) Cum îi zic (unverständlich) =
89. **MP:** (unverständlich)
90. ((Tippen
91. **P:** = Da. Scuzați-mă.
P: = Ja. Entschuldigung.
92. **MP:** (unverständlich) în Spania, unde (unverständlich) =
))
93. **Ä:** Redet denn die Mutter die ganze Zeit?
94. **D:** Ja, das höre ich auch die ganze Zeit im Hintergrund. Ich verstehe aber nicht sehr viel davon... Ähm oare:: m-ați auzit, mi-ați auzit întrebarea?
D: Ähm haben Sie mich gehört, haben Sie meine Frage gehört?
95. **P:** (6) Am auzit întrebarea, nu am de muncă momentan, nu-nu sunt pregătită momentan.
P: (6) Ich habe die Frage gehört, ich habe im Moment keine Arbeit, nein - Ich bin im Momentan nicht bereit.
96. **D:** Mhm. Între- da, am înțeles asta, doar că întrebarea este înainte, mai demult, în trecut, ähm dacă ați lucrat undeva sau dacă ați ähm studiat undeva.
D: Mhm. Die Fr- ja, ich habe das verstanden, aber die Frage ist ob Sie früher, in der Vergangenheit, ähm irgendwo gearbeitet oder ähm studiert haben.

97. **P:** Am lucrat, am studiat.
P: *Ich habe gearbeitet, ich habe studiert.*
98. **D:** Mhm, okay, și ce ați lucrat?
D: *Mhm, okay, was haben Sie denn gearbeitet?*
99. **P:** În Spania, camarer(a).
P: *In Spanien, camarer(a).*⁶
100. **D:** Came-cameristă? Bine-am înțeles?
D: *Zimmer-Zimmermädchen? Hab' ich es richtig verstanden?*
101. **P:** Camareră (unverständlich).
P: *Camarera (unverständlich).*
102. **D:** Ok. Am înțeles. Also sie hat in Spanien gearbeitet, ähm sie war Putzfrau =
103. **Ä:** Mhm.
104. **[D:** = einfach. Ja.]
105. **Ä:** Mhm. (4) Okay. Ähm möchte die Mutter was zu ihrem Zustand auch sagen?
106. ((Hintergrundgeräusche))
107. **[Ä:** Da sie schon de ganze Zeit reinredet.]
108. **D:** ((Lachen)) Ähm oare vrea și mama dumneavoastră să zică câteva cuvinte despre cum vă simțiți acum?
D: ((Lachen)) *Ähm möchte denn auch Ihre Mutter etwas über Ihren jetzigen Zustand sagen?*
109. **P:** Nu știu, vrei să zici ceva?

⁶ Kellnerin (Spanisch)

P: Ich weiß nicht, willst du was sagen?

110. **MP:** (unverständlich) (Hintergrundgeräusche) Alo:, bună ziua.

MP: (unverständlich) (Hintergrundgeräusche) Alo:, Grüßgott.

111. **D:** Bună ziua.

D: Grüßgott.

((Tippen

112. **MP:** (seufzt) Mda.

MP: (seufzt) Jo.

))

113. **MP:** Eu am lăsat-o pe *** să vorbească cu dumneavoastră. Și poate v-ați dat și seama, și poate și doamna doctoră, de la întrebările și de la răspunsurile (pe) care le-ați primit de la ***. *** nu este bine, ce să spun, nu este bine deloc.

*MP: Ich habe *** mit Ihnen sprechen lassen. Und vielleicht haben Sie auch bemerkt und vielleicht auch die Frau Doktor aus den Fragen und Antworten, die Sie von *** bekommen haben. *** geht es nicht gut, was soll ich sagen, ihr geht es gar nicht gut.*

114. **D:** Mhm.

115. **MP:** Da-Dar cu (unverständlich) răspunsul la întrebarea care ați pus-o dumneavoastră, ce a-ce a făcut înainte. Da, a muncit în Spania. Ca vânzătoare. Era vânzătoare la-la-la magazin. La magazin de pâine, la restaurant. Muncea foarte mult, era foarte activă. Acum, credeți-mă că nu mai este bună de nimic.

MP: Ab-aber wegen (unverständlich) der Antwort auf die Frage, die Sie gestellt haben, was sie früher gearbeitet hat. Ja, sie hat in Spanien gearbeitet. Sie war Verkäuferin im-im-im Laden. Im Brotladen, beim Restaurant. Sie arbeitete sehr viel, sie war sehr aktiv. Jetzt, glauben Sie mir, ist sie komplett fertig.

116. **D:** Mhm, okay.

117. [**MP:** Deci *** nu este...]

***MP:** Also *** ist nicht ...*

118. [**D:** Mhm, okay]

119. **D:** Am înțeleș.

***D:** Ich habe verstanden.*

120. **D:** Okay, jetzt ist die Mutter ähm dran und sie meint, also dass sie:, zu allererst hat sie erklärt eigentlich was ähmm *** früher gearbeitet hat, =

((Tippen

121. **D:** = sie war nämlich keine Putzfrau, sie war eigentlich Verkäuferin und sie hat in verschiedenen Geschäften ähm bei einer Bäckerei, in einem Restaurant gearbeitet und die hat auch gemeint sie war ziemlich aktiv ähm früher, als sie in Spanien war ähm, aber jetzt meint sie, dass es auch offensichtlich ist, dass *** nicht gut geht und dass sie sich nicht gut fühlt.

122. **Ä:** Mhm (5) und in welcher Weise meint sie das, dass sie sich nicht gut fühlt – von der Stimmung her, vom Antrieb oder oder was?

123. **D:** Mhm, ați zis că ähm *** nu se simte bine. Vă referiți aici din punct de vedere emoțional sau la felul- vă referiți... ? Se vede și fizic sau... La ce vă referiți când spuneți că nu se simte bine?

***D:** Mhm, Sie haben gemeint, dass ähm *** nicht gut geht. Meinen Sie damit auf emotionaler Ebene oder- meinen Sie...? Sieht man das auch körperlich oder... Was meinen Sie, wenn Sie sagen, dass es ihr nicht gut geht?*

124. **MP:** Și emoțional și fizic, o văd că ähm e-e-e slăbită, nu:... Ea a rămas așa în lumea ei, în gându' ei acolo. Nu, nu că nu (unverständlich) de zis. Nu poate, nu vrea. Nu știu ce să mai fac.

Cum să fac, cum să dau pe piept cu...să vorbească copilu' (unverständlich) dacă tot o scot din depresia asta.

MP: Sowohl emotional, als auch körperlich, ich sehe wie sie ähm schwach ist-ist, nein:... Sie ist in ihrer Welt, in ihren Gedanken geblieben. Nein, nicht, dass (unverständlich) zu sagen. Sie kann es nicht, sie will es nicht. Ich weiß nicht mehr, was ich tun soll. Wie ich vorgehen soll, wie ich mit ... kämpfe. Lass das Kind reden (unverständlich), wenn ich sie schon aus dieser Depression raushole.

125. **D:** Mhm, okay. Sie sagt sie ist ähm ein bisschen geschwächt und einfach in ihrer Welt verloren und dass sie jetzt nichts mehr tun will und die Mutter weiß nicht, wie sie *** aus ihrer Depression raus...holen kann.

))

126. **Ä:** Hm, okay. Gut. Ähm. (4) Okay. Sie bekommt jetzt noch ein Medikament dazu, das heißt Venlafaxin 37,5 Mg. Das bekommt sie jetzt dazu.

127. **D:** Mhm.

128. **Ä:** Ähm und wir werden am 26. Jänner wieder um kurz nach zwei halt reden miteinander, ja?

129. **D:** Okay, ähm doamna doctor îi prescrie *** încă un medicament față de ceea ce lua deja. O să vedeți pe rețetă =

D: Okay, ähm die Frau Doktor verschreibt *** noch ein Medikament zu denen, die sie bereits nimmt. Sie werden es auf dem Rezept finden =

130. **[MP:Da =]**

MP: Ja =

131. **D:** = și vă face deja programare pe luna viitoare, în 26 ianuarie.

D: = und Sie bekommen einen Termin für das nächste Monat, am 26. Jänner.

132. **MP:** Și pentru rețetă trebuie să vin eu personal?

***MP:** Und muss ich für das Rezept persönlich kommen?*

133. **D:** Muss die Mutter oder *** persönlich zu AmberMed für das Rezept?

134. **AM:** Nein, sie muss nicht persönlich kommen, sie kann auch mit ihrer-mit ihrem Ausweis ihre Mama oder ihre Schwester schicken.

135. **D:** Mhm.

136. [**MP:** (unverständlich) pot eu să vin.]

***MP:** (unverständlich) ich kann kommen.*

137. **D:** Okay, =

138. [**MP:** (unverständlich)]

139. **D:** = perfect, da.

***D:** = perfekt, ja.*

140. **MP:** Și:, domnișoara translator. Am o rugămintă foarte mare dă dumnevoastră, vă rog din suflet, să-i spuneți la doamna doctoră. Eu când vin să iau rețeta ähm, să-mi:-să-mi dea diagnosticu'. Vreau la-la fiecare Termin, vreau diagnosticu' ei. Numa'-numa'-numa' diagnosticu' și ce tratament-ce tratament ia. Numa' atâta.

***MP:** Und, Frau Übersetzerin. Ich habe eine sehr große Bitte an Sie, ich bitte Sie herzlich, der Frau Doktor zu sagen. Wenn ich das Rezept abholen komme, soll sie mir die Diagnose geben. Ich möchte das bei jedem Termin, ihre Diagnose. Nur-nur-nur die Diagnose und die Medikation, die sie nimmt. Nur das.*

141. **D:** Ok. Deci să fie scris diagnosticul? Ca să înțeleg.

***D:** Okay. Also soll die Diagnose schriftlich sein? Damit ich verstehe.*

142. **MP:** Da, o hârtie, o hârtie cu diagnosticul care îl are ea.
***MP:** Ja, ein Zettel, ein Zettel mit ihrer Diagnose.*
143. **AM:** Ich hab' ihr das schon gegeben das letzte Mal.
144. [**MP:** (Unverständlich)]
145. **AM:** Wer, ähm:, Corina. Sie will einen Befund von uns haben, wir haben das letzte Mal ausgemacht, dass ich-wenn sie die Medikamente für *** abholen kommt, dass ich ihr das ausdrücke, wo drauf steht, dass *** eine Depression hat. Und das hamma auch ausgedrückt und das hat sie von mir bekommen.
146. **D:** Mhm, ja, sie hat mir das auch gesagt, also, sie-sie meint nur, dass sie diesen Befund jetzt bei-nach jedem Termin möchte.
147. [**Ä:** Nein, nein.]
148. [**AM:** Das machen wir nicht.]
149. **D:** Nu, doamnele doc-doamna doctor a zis că nu:: o să vă dea diagnosticul de fiecare dată, după fiecare ähm programare.
***D:** Nein, die Frauen Dok-die Frau Doktor hat gemeint, dass sie Ihnen den Diagnosezettel nicht nach jedem Termin geben wird.*
150. **MP:** Nu poate ... să mi-l dea?
***MP:** Kann sie ... mir das nicht geben?*
151. **D:** Sie fragt ähm warum, ob Sie das nicht können?
152. [**Ä:** Wir machen... Ähm wenn sie...]
153. [**AM:** Weil es nicht notwendig ist.]

154. **Ä:** Sie ist jetzt bei mir in Behandlung. Und wenn sie jetzt zum Beispiel zu 'nem Priavtarzt geht, also die wird hier von uns gut behandelt und kostenlos behandelt. Wenn sie zu einem Privatarzt geht, dann kann sie für so einen Befund 50 oder 80 Euro hinlegen. Das ist einfach so, und wir machen das hier nicht. Sie wird gut behandelt, sie bekommt die Medikamente, aber Befundberichte kosten normalerweise viel Gel-Geld, ja, und Zeit.

155. **AM:** Und man kriegt ja nur einmal, damit man es irgendwo vorlegt, und nicht jedes Mal.

156. **D:** Mhm, okay. Ähm zic că nu are rost, în primul rând și ați primit-dacă primiți o dată diagnosticul, îl primiți în principiu, ca să-l aveți dumneavoastră, să știți, să aveți scris care-i problema, și::: momentan, ***, practic, se află în grija doamnei doctor de aici, doamna ***. Dacă să zicem că: =

*D: Mhm, okay. Ähm sie sagen dass es keinen Sinn ergibt, erstens selbst wenn Sie die Diagnose einmal bekommen, bekommen Sie diese für Sie selbst, um informiert zu sein, das Problem schriftlich festgehalten zu haben u::nd im Moment befindet sich *** eigentlich in der Behandlung der Frau Doktor hier, Frau ***. Angenommen Sie =*

157. **[MP: Da.]**

158. **MP:** Ja.

159. **D:** = o să vreți să mergeți la un doctor, la un psiholog privat, acolo probabil o să vă dea un diagnostic la cerere. Dar aici nu.

D: = suchen einen Arzt, einen privaten Psychologen, auf, dort werden Sie wahrscheinlich auf Verlangen eine Diagnose bekommen. Aber hier nicht.

160. **MP:** Eu nu mă dau înapoi de doamna doctoră. Eu nu mă dau înapoi de doamna doctoră, pentru că cu dumnealor colaborez de când am adus-o pe *** din Spania, ähm aicia la AmberMed am fost cu ea. Dar așa, pentru pentru binele meu ähm și pentru liniștea mea, aș vrea-aș vrea diagnosticul ca să îl știu.

*MP: Ich lasse mich von der Frau Doktor nicht einschüchtern. Ich lasse mich von der Frau Doktor nicht einschüchtern, weil ich mit ihnen zusammenarbeite, seitdem ich *** aus Spanien gebracht habe, ähm hier bei AmberMed war ich mit ihr. Aber so, für mein eigenes Wohl ähm und für meine eigene Ruhe, möchte ich die Diagnose haben, damit ich weiß.*

161. **D:** Okay, die:: Mutter hat gemeint, dass sie Ihnen voll vertraut, aber, dass sie möchte, dass sie eine schriftliche Diagnose bekommt, einfach für ihre eigene Ruhe.

162. **Ä:** Das verstehe ich, aber ich sitze jetzt hier zuhause, die *** sitzt bei sich zuhause, wir sind noch nicht mal da und ähm ähm das-das geht nicht jetzt. Das muss jetzt einfach mal so (unverständlich) ja? Vielen dank, dass sie mir vertraut, aber das geht jetzt nicht, das ist nicht machbar, ja?

163. **D:** Mhm. Okay. Doamna doctor vă mulțumește că ähm aveți încredere în ea, dar în condițiile actuale, și anume ea este acasă și și ***, din partea AmberMed, este tot acasă, nu au posibilitatea să vă ofere diagnosticul ăsta de fiecare dată, că nici ele nu-s acolo, la fața locului.

*D: Mhm. Okay. Die Frau Doktor bedankt sich bei Ihnen für Ihr Vertrauen in sie, aber unter den aktuellen Umständen und zwar sie sitzt zuhause und auch *** von AmberMed, können sie Ihnen diese schriftliche Diagnose nicht jedes Mal anbieten, weil sie selbst nicht vor Ort sind.*

164. **MP:** (7) ((Seufzen)) Okay.

165. **Ä:** Okay? Tut leid ((Lachen)).

166. **MP:** Dacă-dacă se poate și vrea doamna doctoră să mă ajute, o rog din suflet în ianuarie, in ianuarie să îmi transcrie și mie diagnosticul și poate și prin poștă, nu este neapărat ca (unverständlich)

MP: Falls-falls möglich und falls die Frau Doktor mir helfen will, bitte ich sie herzlich, mir im Jänner die Diagnose zu transkribieren und vielleicht auch per Post zukommen lassen, es muss nicht unbedingt sein (unverständlich).

167. **D:** Mhm.

168. **MP:** Deci că are toate datele mele personale.

MP: Weil sie all meine persönlichen Daten hat.

169. **D:** Mhm, okay. Ähm die Mutter hat einfach darauf bestanden, dass Sie vielleicht im-im Jänner das machen könnten. Ähm das mit der Diagnose und mit den persönlichen Daten.

170. **AM:** Also, ähm, ähmm, es-es ähm, ich kann das jetzt nicht ganz verstehen, ja, sie bekommt von uns eine kostenlose Behandlung und Befundberichte ähm die schreiben wir jetzt einfach nicht. Da muss sie zu einem Privatarzt, dann kann sie auch einen Befundbericht haben. Ich bin da jetzt irgendwie mal... Langsam-langsam ist meine Grenze erreicht, ja?

171. **D:** Ja.

172. **Ä:** *** wie siehst du das?

173. **AM:** Nein, überhaupt nicht, also wir schreiben das ganz sicher nicht. Tut mir leid.

174. **D:** Ich versuche das noch einmal weiterzugeben, ähm.

175. **AM:** Nicht im Jänner und nicht im Februar. Sie kann gerne die Behandlung, so wie die Frau Doktor gesagt hat, woanders fortsetzen. Ähm erstens ist *** volljährig, sie ist 26 Jahre alt. Wir dürfen nicht mal ihrer Mutter etwas sag- ähm geben, bevor wir wenigstens eine Ermächtigung von *** haben. Also so ist das Ganze sowieso, ähm, sehr wackelig. Und dieser Befund, den sie haben will, kriegt sowieso nur die ***, und das nur über privat und nur einmal im Jahr.

176. **D:** Ja, okay. Ähm practic nu fa-nu-din partea Amber Med nu puteți să primiți ähm acest diagnostic de fiecare dată la cerere. Doamna doctor a explicat că, dacă chiar doriți să primiți un diagnostic scris la cerere de fiecare dată, o să trebuiască să găsiți un psiholog privat. Ei pot să facă chestia asta, dar tot așa, contra cost. În Amber Med și din partea Amber Med nu pot să facă asta.

D: Ähm grundsätzlich können Sie von AmberMed diesen Befundbericht ni-nicht jedes Mal auf Verlangen bekommen. Die Frau Doktor hat erklärt, dass, wenn Sie wirklich jedes Mal einen schriftlichen Befundbericht haben möchten, werden Sie sich einen privaten Psychologen aussuchen müssen. Sie können das machen, aber nur gegen Geld. Bei und im Rahmen von AmberMed ist das nicht möglich.

177. **MP:** Aha.
178. **D:** În princi-, acum v-au făcut rețeta, dacă mai sunt întrebări.
D: Grundsätz-, Ihr Rezept wurde erstellt, also falls es noch Fragen gibt.
179. **MP:** Pentru rețetă când pot să vin?
MP: Wann darf ich für das Rezept vorbeikommen?
180. **D:** **Ähm** sie will wissen, wann sie zur Apotheke darf. Also für das Rezept.
181. **AM:** Am Montag von 14 bis 17 Uhr.
182. **D:** Mhm, okay. Okay, deci mai zic o dată, pentru siguranță, luni, între două și cinci după masa.
D: Okay, also ich wiederhole zur Sicherheit: Montag zwischen zwei und fünf Uhr nachmittags.
183. **MP:** ((Nuscheln)) Mulțumim. Ok.
184. **D:** Und =
185. **[AM:** Alles Gute.]
186. **D:** Okay, ja.
187. **Ä:** Also sie kann: gerne ähm, wenn sie sich weiter behandeln lassen will, und ich würde gerne *** weiter behandeln, ja, weil ich hab' ja auch eine Idee mit der Medikation, möchte die Medikation, dieses Venlafaxin dann auch steigern, ja, also ich- Am 26. ist neuer Termin, ja, also ich freue mich, wenn sie-wenn sie wieder telefonisch sich meldet, ja, wenn wir sie erreichen können.

188. **D:** Mhm.

189. **Ä:** Ja?

190. **D:** Okay.

191. **D:** Okay, doamna doctor se bucură să poată să aibă grijă de ***, să o aibă în grija ei și speră că o să îmbunătățească situația până în 26 ianuarie, când aveți următoarea programare. Și deja are așa aproximativ o idee despre ähm cum să continue cu medicamentele pe care le primește momentan ***. Ähm eventual o să mai întreb doar despre oră, dacă vreți, despre ora programării.

*D: Okay, die Frau Doktor freut sich, *** behandeln zu dürfen und in ihrer Pflege zu haben und sie hofft, dass ihre Situation sich bis zum 26. Jänner verbessert, wenn Sie den nächsten Termin haben. Und sie hat bereits ungefähr eine Idee über ähm wie sie die Medikation, die *** momentan nimmt, fortsetzen möchte. Ähm ich würde vielleicht nochmal wegen der Uhrzeit fragen, wenn Sie möchten, wegen dem Termin.*

192. **MP:** (unverständlich)

193. **D:** Ähm Frage: Wann, also wissen Sie schon um welche Uhrzeit die-der Termin vereinbart ist?

194. **[AM:** Ja.]

195. **[Ä:** Ja, also der ist so...]

196. **[AM:** 15 Uhr.]

197. **Ä:** 15 Uhr, genau.

198. **D:** Okay. Deci la ora trei după-masa in 26 ianuarie.

D: Okay. Also um drei Uhr nachmittags am 26. Jänner.

199. **MP:** Okay, imediat o să-mi notez pe ceva (Hintergrundgeräusche) și luni, de la ora două la cinci pentru medicamente.

***MP:** Okay, ich schreibe das sofort auf ((Hintergrundgeräusche)) und am Montag von zwei bis fünf Uhr für die Medikamente.*

200. **D:** Exact.

***D:** Genau.*

201. **D:** Okay, ich glaube jetzt ist alles abgeklärt.

202. **Ä:** Ja, gut.

203. **AM:** Gut.

204. **Ä:** Schöne Weihnachten.

205. [**D:** (lacht) Danke, ebenfalls.]

206. [**AM:** Schöne Feiertage.]

207. **D:** °leise° Ebenfalls.

208. **MP:** Danke.

209. **D:** Sărbători fericite! La revedere! Auf Wiederhören.

***D:** Schöne Feiertage! Auf Wiederhören!*

210. **Ä:** Auf Wiederhören.

211. **MP:** Mulțumim frumos.

***MP:** Vielen Dank.*

Anhang 4

Transkript 2

Aufnahmegespräch zwischen neuem Patienten und AmberMed-Mitarbeiterin zur Feststellung seiner Beschwerden und entsprechenden Terminvereinbarung. Der Patient und die Mitarbeiterin befinden sich in demselben Raum. Die Dolmetscherin wird von der Mitarbeiterin angerufen und auf Lautsprecher gestellt.

Legende

D = Dolmetscherin

AM = AmberMed (Mitarbeiterin)

P = Patient

1. **D:** Mă numesc Corina. O să traduc pentru dumneavoastră azi, dar înainte să începem, am o întrebare, o rugămintă. Ähm oare v-ar deranja dacă înregistrez conversația asta? Eu îmi scriu lucrarea de master pe: tema asta, cu interpretarea la doctor, cu traducerea la doctor, și așa avea nevoie de material. Totu' este anonim, evident, dar doar dacă sunteți dumneavoastră de acord.

D: Ich heiße Corina. Ich werde heute für Sie übersetzen, aber bevor wir anfangen, habe ich eine Frage, eine Bitte an Sie. Ähm würde es Ihnen etwas ausmachen, wenn ich dieses Gespräch aufnehme? Ich schreibe meine Masterarbeit zu diesem Thema, zum Dolmetschen beim Arzt, zum Übersetzen beim Arzt, und ich bräuchte Material dafür. Alles ist anonym, natürlich, aber nur wenn Sie damit einverstanden sind.

2. **P:** (unverständlich)

3. **D:** Okay, bine, atunci ähm bun atunci putem să și începem. O să vă rog să îmi spuneți =

D: Okay, gut, dann ähm gut dann können wir anfangen. Ich würde Sie bitten, mir zu sagen =

4. **[P:** Cineva mi-a oferit că =]

P: Jemand hat mir =

5. **D:** = da, vă ascult, spuneți-mi.

D: = ja, ich höre Ihnen zu, erzählen Sie.

6. **P:** Cineva mi-a oferit destinația aceasta pentru oameni ai străzii.

P: Jemand hat mir diesen Ort für Obdachlose empfohlen.

7. **D:** Mhm, okay.

D: Mhm, ja, okay.

8. **P:** Cu recomandarea că este (sunt) aici specialiști care vorbește (vorbesc) și limba română.

P: Mit der Empfehlung, dass hier auch rumänischsprachige Spezialisten sind.

9. **D:** Da. Deci, în principiu, ähm doctorii nu vorbesc neapărat română, dar ähm avem- sunt ähm- sunt sunt traducători ca mine care: pot să traducă.

D: Ja. Also grundsätzlich ähm sprechen die Ärzte nicht zwingend Rumänisch, aber ähm wir haben- es gibt ähm es gibt Übersetzer wie ich, die übersetzen können.

10. **P:** În cazul ăsta aș dori să mi se deie (dea) o programare.

P: In diesem Fall hätte ich gerne einen Termin.

11. **D:** Mhm, okay, o să traduc ce ați zis până acum. Bine?

D: Mhm, okay, ich werde übersetzen, was Sie bisher gesagt haben. In Ordnung?

12. **P:** Okay.

13. **D:** Also, ***. Ähm er hat gemeint =

14. **[AM: Ja.]**

15. **D:** = er ist damit einverstanden, dass ich das ähm, dass ich das Gespräch aufnehme und er hat gemeint ähm =

16. **[AM: Okay.]**

17. **D:** = jemand hat ihn ähm hier, also zur AmberMed hingewiesen, weil er gehört hat, dass man, also auch Obdachlose ähm bei AmberMed Hilfe finden können so zu sagen =

18. **[AM: Ja.]**

19. **D:** = und ähm =

20. **[AM: Ja.]**

21. **D:** = er möchte gerne einen Termin vereinbaren.

22. **AM:** Hat er dir gesagt, worum es geht, was er hat, ob er Medikamente braucht oder ob er Schmerzen hat? Damit ich weiß, wann ich ihm einen Termin gebe und bei welchem Arzt.

23. **D:** Ich ähm =

24. **[AM: Also nur kurz, was er braucht.]**

25. **D:** = Ich frage jetzt nach.

26. **AM:** Mhm.

27. **D:** Oare îmi spuneți, vă rog, cum vă cheamă, ca să: nu mă ähm să nu mă bâlbâi ((Lachen))?

D: Könnten Sie mir bitte sagen, wie Sie heißen, damit ich ähm nicht stottere ((Lachen))?

28. **P:** Îi dau un document ca să mă înregistreze. *** mă cheamă.

P: Ich gebe ihr ein Dokument, damit sie mich einträgt. *** ist mein Name.

29. **D:** Okay. Domnu' ***, puteți să ne ziceți scurt ähm de ce ați avea nevoie, dacă: aveți o problemă sau vă trebuie medicamente sau despre ce ar fi vorba?

D: Okay. Herr ***, können Sie uns kurz sagen ähm was sie bräuchten, ob Sie ein Problem haben oder Medikamente brauchen oder worum es geht?

30. **P:** Am ähm o problemă pe care, la piciorul stâng, eu o suspectez ca ähm, nu știu cum îi, nu știu cum îi spune. Mă rog, acum sunt și eu stresat și: ähm (unverständlich).

P: *Ich habe ähm ein Problem am rechten Bein, das ich vermute, ich weiß nicht, ich weiß nicht wie es heißt. Naja ich bin jetzt auch gestresst und (unverständlich).*

31. **D:** Ok, deci practic, ähm aveți dureri, dacă bine-am înțeles. La piciorul stâng.

D: *Ok, also ähm Sie haben Schmerzen, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Am linken Bein.*

32. **P:** Da.

P: *Ja.*

33. **D:** Okay, bine. Ähm o să traduc deocamdată partea asta.

D: *Okay, gut. Ähm ich werde jetzt diesen Abschnitt übersetzen.*

34. [**P:** Da.]

P: *Ja.*

35. **D:** Ähm also ***, er hat gemeint =

36. [**AM:** Ja.]

37. **D:** = er hat Schmerzen am linken Bein. Deswegen braucht er einen Termin.

38. **AM:** Okay. Aber er hat keine offene Wunde oder so? Kannst du das nochmal fragen, ob es Schmerzen sind oder ob er eine große Wunde am Bein hat oder so?

39. **D:** Domnule ***, aveți vreo rană deschisă pe piciorul stâng sau doar pur și simplu vă doare?

D: *Herr ***, haben Sie irgendeine offene Wunde am linken Bein oder schmerzt es einfach?*

40. **P:** După informațiile ce le-am obținut, e o tromboză. Suspectez ähm problema în sistemul de tromboză.

P: *Laut den Informationen, die ich erhalten habe, ist es eine Thrombose. Ich vermute ähm das Problem im Trombosensystem (Kreislaufsystem).*

41. **D:** Okay ähm =

42. **AM:** Ich glaub' ich hab' verstanden, er hat Angst, dass er eine Thrombose hat, oder?

43. **D:** = genau, das-das vermutet er zumindest.

44. **AM:** Ja, okay. Ich geb' ihm gleich einen Termin jetzt, ja?

45. **D:** Okay.

46. [**AM:** Weil wenn es =]

47. **AM:** = die Thrombose ist, dann ist das akut. Ähm, ich- also sag ihm kurz, er hat mir eh schon seinen Ausweis gegeben, dass wir seine Daten aufnehmen werden, =

48. [**D:** Mhm.]

49. **AM:** = er kommt heute zum Arzt, aber er muss, bevor er zum Arzt geht, nach draußen, steht unser blauer Container, wo er getestet werden muss für Corona.

50. [**D:** Mhm. Okay.]

51. **AM:** Und dann wollte ich dich fragen, hättest dann auch noch Zeit etwas später, damit wir dich anrufen können, wenn er nochmal dran ist beim Arzt oder bist du am Vormittag ähm=

52. **D:** Ja, also ich hätte-ich muss ein bisschen nachdenken, also ((pf::)) Moment. Ich glaube zwischen 15 und 16.30 bin ich beschäftigt. Ähm.

53. **AM:** Also nein, es ist eh am Vormittag, wir haben jetzt am Vormittag die Ärzte da. Es wäre innerhalb der nächsten zwei Stunden wahrscheinlich, dass wir uns nochmal melden würden, wenn es ok ist für dich.

54. **D:** Ah, okay, ja. Ok, dann passt das schon.

55. **AM:** Ja?

56. **D:** Mhm.

57. **AM:** Okay, gut, dann- dann gebe ich dich nochmal ähm zu ihm, damit du sagst, wir werden jetzt seine Daten aufnehmen, er muss dann draußen noch einen Corona-Schnelltest machen, kommt demnächst, und dann kommt er heute zum Arzt.

58. **D:** Ok passt. Ähm deci ce mi s-a spus, domnul ***, este că astăzi o să-o să și vedeți un doctor, pentru că problema dumneavoastră, dacă este într-adevăr tromboză, este una acută și atunci e important să mergeți cât mai repede. Ähm dar înainte să puteți merge la doctor o să fie nevoie să: ieșiți din- unde sunteți acum, din incintă, și ähm probabil ați văzut că la intrare sunt niște- ca un fel de cabine sau corturi unde trebuie să vă testați. Deci trebuie prima dată să vă testați de: Corona și după aia o să puteți să ähm mergeți la doctor. Deci totu' se rezolvă azi.

*D: Ähm also mir wurde gesagt, Herr ***, dass Sie heute schon einen Arzt besuchen werden, weil Ihr Problem, wenn es sich tatsächlich um eine Thrombose handelt, akut ist und es wichtig ist, möglichst bald zum Arzt zu gehen. Ähm aber davor müssen Sie von hier-, wo Sie sind, rausgehen und, Sie haben ja wahrscheinlich beim Eingang eine Art Kabinen oder Zelte gesehen, sich testen lassen. Also Sie müssen sich zuerst auf Corona testen lassen und danach werden Sie zum Arzt gehen können. Also alles wird heute erledigt.*

59. **P:** Foarte bine.

P: Sehr gut.

60. **AM:** ((Hintergrundgeräusche))

61. **D:** Okay, deocamdată am înțeles că i-ați dat buletinu' dumneavoastră și mi-o zis că o să vă înregistreze datele personale.

D: Okay, ich habe mitbekommen, dass Sie ihr Ihren Personalausweis gegeben haben und sie hat mir gesagt, dass sie Ihre persönlichen Daten aufnehmen wird.

62. **P:** Da. Până mă înregistrează mă duc să îmi fac testu'.

P: Ja, bis sie mich anmeldet, gehe ich mich testen lassen.

63. **D:** Okay, stați numa' o secundă să întreb dacă nu cumva mai vrea să afle ceva de la dumneavoastră.

D: Kurzer Augenblick, damit ich frage, ob Sie noch etwas von Ihnen braucht.

64. **D:** Ähm Lisa er hat gemeint er würde schon jetzt =

65. [**AM:** Mhm.]

66. **D:** = ähm gehen um sich zu testen, also geht das?

67. **AM:** Ja. bitte auf die Ärztin- ist schon draußen im Container. Ich glaube da warten andere Patienten- er soll sich einfach anstellen- hinter den anderen Patienten, die draußen warten vorm Container.

68. **D:** Okay. Da, deci, domnu' ***, puteți să mergeți liniștit. Este acolo deja o doamnă doctor care testează și mergeți acolo, vă puneți la coadă și vă testați.

*D: Okay. Ja, also, Herr ***, Sie können ruhig gehen. Da gibt es schon eine Ärztin, die Tests macht, und Sie gehen dahin, stellen sich an und lassen sich testen.*

69. **P:** Okay. Mulțumesc.

P: Okay. Danke.

70. **D:** Cu mare drag. La revedere!

***D:** Sehr gerne. Auf Wiederhören!*

71. **D:** Tschüss, ***, bis später.

72. [**AM:** Danke!]

73. **AM:** Danke, bis später.

Anhang 5

Transkript 3

Gespräch zwischen Allgemeinarzt und bereits bestehendem Patienten zur Kontrolle. Thema: Verdacht auf Thrombose. Der Arzt und der Patient befinden sich in demselben Raum. Auch anwesend ist eine AmberMed-Mitarbeiterin, die für die Technik zuständig ist – sie ruft die Dolmetscherin an und stellt sie auf Lautsprecher.

Legende

D = Dolmetscherin

A = Arzt

AM = AmberMed (Mitarbeiterin)

P = Patient

((Hintergrundgeräusche Dolmetscherin, 39))

((Hintergrundgeräusche Ordination, 15))

1. **A:** Vielleicht fragen Sie mal zuerst wie es ihm geht. Hallo?
2. **D:** Hallo?
3. [**A:** Ja (4)=]
4. **D:** Ähm =
5. [**A:** =ähm wie geht es ihm?]
6. **D:** Okay, passt. Ähm Moment. Ich möchte Sie nur kurz fragen. Äähm, falls Sie- Falls es Sie stören würde, wenn ich dieses Gespräch aufnehme. Ähm vielleicht hat Ihnen *** etwas darüber gesagt, ich schreibe meine Masterarbeit über AmberMed und bräuchte ein paar =
7. [**A:** (unverständlich)]

8. **[AM: (Hintergrund)]**

9. **D:** = ähm (unverständlich).

10. **[AM: Ähm Corina?]**

11. **D:** Ja.

12. **AM:** (4) Corina? Hallo, *** spricht. Ich ruf dich auf dem Handy an, weil ich bin grad auf dem Sessel und das ist ((Lachen)) voll mühsam. Ja, ich ruf beim Handy an dann kann ich dich =

13. **D:** Okay.

14. **L:** = auf Lautsprecher machen , ja?

15. **D:** Okay.

16. **AM:** Okay. ((Legt auf))

(60)

17. **AM:** Hallo, Corina.

18. **D:** Hallo. Geht's jetzt?

19. **AM:** [Du bist jetzt auf =], ja, du bist jetzt auf Lautsprecher, jetzt können dich alle hören.

20. **D:** Okay, passt. Ähm =

21. **[AM: (unverständlich)]**

22. **D:** Ja, also ich hätte die- eine Frage für Herr Doktor =

23. **[AM: Ja.]**

24. **D:** = nämlich, ob es okay wäre, wenn ich dieses Gespräch aufnehme. Ich schreibe meine Masterarbeit über AmberMed =

25. **A:** Also es ist okay. Fragen Sie den Patienten auch noch.

26. **D:** Ja. Mach' ich gleich. Ähm bună ziua, mă numesc Corina, o să traduc pentru dumneavoastră. Îmi spuneți vă rog scurt cum vă numiți?

D: Ja. Mach' ich gleich. Ähm guten Tag, mein Name ist Corina, ich werde für Sie übersetzen. Können Sie mir kurz sagen, wie Sie heißen?

27. **P:** ***

28. **D:** Ah, domnu' ***. Am mai vorbit. Ähm domnu' ***, ca data trecută. Sunteți de acord dacă înregistrez această conversație pentru:: lucrarea mea de master?

*D: Ah, Herr ***. Wir haben schon mal gesprochen. Ähm, Herr ***, so wie letztes Mal. Sind Sie damit einverstanden, dieses Gespräch für meine Masterarbeit aufnehmen zu lassen?*

29. **P:** Da.

P: Ja.

30. **D:** Okay, super, mulțumesc. Okay, der Patient ist damit einverstanden.

D: Okay, super, danke.

31. **A:** Gut, fragen Sie, wie es ihm geht.

32. **D:** Okay, cum vă simțiți, domnu' ***?

***D:** Okay, wie fühlen Sie sich, Herr ***?*

33. **P:** Ähm ceva mai bine față de data trecută când am fost.

***P:** Ähm etwas besser als letztes Mal, als ich da war.*

34. **D:** Mhm. Es geht ihm besser als letztes Mal, als er da war.

35. **A:** Ja, hat er seine Medikamente regelmäßig genommen?

36. **D:** Ähm v-ați luat medicamentele în mod regulat?

***D:** Ähm haben Sie Ihre Medikamente regelmäßig eingenommen?*

37. **P:** Da.

***P:** Ja.*

38. **D:** Ja.

39. **[P:** Și:: am făcut o-] o prostie, să spun așa.

***[P:** U::nd ich hab] einen Blödsinn gemacht, so zu sagen.*

40. **D:** Și anume?

***D:** Und zwar?*

41. **A:** Was machen seine Unterschenkel?

42. **D:** Ähm vă întreabă domnu' doctor dacă vă mai doare gamba sau dacă mai aveți probleme în partea aia.

D: Ähm der Herr Doktor fragt, ob ihr Unterschenkel noch wehtut oder ob Sie im Bereich noch Beschwerden haben.

43. **P:** *Îs suportabile, nu simt durere, dar ähm se- se umflă încă venele. Îs suportabile, nu am probleme cu ele. Chiar am primit o ofertă de muncă pe șantier, muncă fizică =*

P: Sie (die Schmerzen) sind ertragbar, ich spüre keinen Schmerz, aber ähm die Venen schwellen sich noch. Sie sind ertragbar, ich habe kein Problem damit. Ich habe sogar ein Jobangebot auf einer Baustelle bekommen, körperliche Arbeit =

44. **D:** Mhm.

45. **P:** *=și:: m-ar interesa părerea lor. Aș- aș putea ähm depune muncă fizică?*

P: =u::nd mich würde ihre Meinung interessieren. Könnte-könnte ich körperliche Arbeit leisten?

46. **D:** Mhm, okay. Ähm ihm geht es besser, also Schmerzen hat er nicht mehr, er- er meint nur, dass seine Venen immer noch ein bisschen geschwollen sind. Aber Schmerzen hat er kaum. Ähm er wollte nur wissen-ihm wurde ein Job angeboten und es geht darum, auf einer Baustelle zu arbeiten, also körperliche Arbeit. Und er würde gerne Ihre Meinung dazu hören, ob es in Ordnung wäre, dass er so eine Arbeit betätigt.

47. **A:** Ja, also die Kollegin, die ihn letzte Woche gesehen hat, hat gemeint, er sollte noch zum Psychiater. Aus meiner Sicht kann er arbeiten, auf der Baustelle. Wir geben ihm einen Termin für den- für den Psychiater aber noch mit.

48. **D:** Mhm.

49. **A:** Ja?

50. **D:** Ja.

51. **A:** Bis dahin soll er seine Medikamente so nehmen, wie bisher, =

52. **D:** Mhm.

53. **A:** = und ähm ä::hm dann- es geht dann weiter, ob der Psychiater noch eine andere medikamentöse Einstellung haben will- will, =

54. **D:** Okay, ich sag es ihm gleich. Deci, domnu' ***, domnu' doctor zice că în principiu dumneavoastră puteți să acceptați acea ofertă de muncă, puteți să lucrați ähm pe acel șantier. Ähm mai rămâne doar să vă facem programare la psihiatru. Că ați zis ähm oricum că vreți. Deci acea programare urmează să vină și ea și ähm a insistat domnul doctor că e important să vă luați medicamentele în mod regulat, așa cum vi s-a prescris. Și că este posibil ca psihiatrul, la programare, să vă mai recomande și el ceva pe lângă.

***D:** Okay, ich sag es ihm gleich. Also, Herr ***, Herr Doktor sagt, dass Sie grundsätzlich dieses Jobangebot akzeptieren dürfen, dass Sie auf ähm dieser Baustelle arbeiten dürfen. Ähm es bleibt uns nur übrig, Ihnen einen Psychiatertermin zu machen. Weil Sie ähm sowieso gesagt haben, dass Sie das möchten. Also dieser Termin folgt noch und ähm der Herr Doktor hat darauf bestanden, dass Sie Ihre Medikamente regelmäßig einnehmen, so wie verschrieben. Und dass es möglich ist, dass der Psychiater beim Termin ebenfalls etwas verschreibt.*

55. **P:** Okay, mulțumesc.

***P:** Okay, danke.*

56. **D:** Okay, er hat verstanden, er bedankt sich bei Ihnen.

57. **A:** Okay. Und ähm jetzt kriegt er die Überweisung für den Psychiater mit=

58. **D:** Mhm.

59. **A:** = beziehungsweise einen Termin kriegt er draußen bei der =

60. **D:** [Mhm.]

61. **A:** = beim Schalter kriegt er einen Termin für den Psychiater. Aus meiner Sicht kann er arbeiten, ja?

62. **D:** Mhm, okay. Ähm bun, domnu' doctor vă dă imediat o trimitere la psihiatru. După ce terminați discuția cu el și ieșiți, o să trebuiască să mergeți la recepție în față, să vi se dea o programare, la psihiatru, vi se scrie pe o foiță când tre' să veniți, și ähm practic domnu' doctor zice că e în regulă dacă doriți să lucrați.

D: Mhm, okay. Ähm gut, der Herr Doktor gibt Ihnen gleich eine Überweisung zum Psychiater. Nachdem das Gespräch fertig ist, werden Sie raus und nach vorne zum Schalter gehen müssen, um einen Termin beim Psychiater zu bekommen, es wird Ihnen auf einen Zettel geschrieben, wann Sie kommen müssen und ähm im Grunde genommen meint der Herr Doktor, dass es in Ordnung ist, wenn Sie arbeiten möchten.

63. **P:** Ähm da, da' la psihiatru să vin aici cu o nouă programare sau îmi dă o nouă locație?

P: Ähm ja, aber für den Psychiater muss ich mit einem neuen Termin kommen oder bekomme ich eine andere Adresse?

64. **D:** Der Patient möchte wissen, ob er, wenn er zum Psychiater kommt, ob der- der Psychiater da ist, bei AmberMed, oder ob er zum Psychiater anderswo hin muss.

65. **[AM:** Ja.]

66. **[A:** Ja.] Der Psychiater ist hier. Der Termin, den er bekommt- es ist ein Termin für AmberMed. Hier.

67. **D:** Mhm, okay. Da, psihiatrul se află la AmberMed, deci când primiți programarea, tot la AmberMed trebuie să mergeți.

***D:** Mhm, okay. Ja, der Psychiater befindet sich bei AmberMed, also wenn Sie den Termin bekommen, müssen Sie immer noch zu AmberMed.*

68. **P:** Okay. Mulțumesc.

***P:** Okay. Danke.*

69. **D:** Er hat verstanden. Er bedankt sich.

70. **A:** Gut und sag ihm vielleicht noch, wenn er weniger raucht oder aufhört zu rauchen, dann tut das seinen Gefäßen gut.

71. **D:** Mhm, okay. Ähm, domnu' doctor spune că, dacă ați putea fuma mai puțin sau dacă ați ähm înceta cu fumatul, asta v-ar ajuta foarte mult țesuturile.

***D:** Mhm, okay. Ähm, der Herr Doktor sagt, dass, wenn Sie weniger rauchen könnten oder wenn Sie ähm mit dem Rauchen aufhören würden, würde das Ihren Geweben (Gefäßen) sehr helfen.*

72. **A:** ((Nebengespräch mit AM))

73. **AM:** ((Antwortet darauf))

74. **P:** Voi încerca.

***P:** Ich werde versuchen.*

75. **D:** Okay, der Patient hat gemeint, er wird versuchen.

76. **AM:** ((Nebengespräch mit A))

77. **A:** ((antwortet)) Dann sind wir fertig für heute.

78. **D:** Mhm, okay, am terminat pe azi atunci.

***D:** Mhm, okay, dann sind wir für heute fertig.*

79. **A:** Termin bekommt er draußen beim Schalter. Okay?

80. **D:** Okay, puteți ähm puteți să mergeți acuma la recepție să vă luați programarea.

***D:** Okay, Sie können ähm jetzt zum Schalter den Termin abholen gehen.*

81. **P:** Okay, mulțumesc.

***P:** Okay, danke.*

82. **D:** Ok, verstan(den).

83. [**A:** Danke dir.]

84. **D:** Bitte sehr, auf Wiederhören!

85. **A:** Auf Wiederhören!

86. **D:** La revedere!

***D:** Auf Wiederhören!*

Abstract

Im Zentrum der vorliegenden Masterarbeit soll das Telefondolmetschen im Gesundheitswesen stehen. Dieser Unterbereich des Dolmetschens bezieht sich auf telefonisch vermittelte zweisprachige Gespräche in Gesundheitseinrichtungen. Im Rahmen der Arbeit soll untersucht werden, welche Herausforderungen dieses Setting Dolmetschenden bereitet und wie sie diese Hürden überwinden können.

Das erste Kapitel beruht auf die grundlegenden Merkmale des Telefondolmetschens im Gesundheitswesen. Es wird dabei erläutert, in welchen Settings Interaktionen per Telefondolmetschen stattfinden, beziehungsweise welche Konstellationen auftreten. Mit Konstellationen werden die verschiedenen Möglichkeiten der Zuschaltung und Positionierung gemeint, also wo die Gesprächspartner sich während der Dolmetschung befinden und welche Position sie im Gespräch einnehmen.

Im zweiten Kapitel werden die oben erwähnten Herausforderungen, mit denen Dolmetschende umgehen müssen, genauer erläutert. Zu diesem Zweck wird auf Hales Aufteilung des Dolmetschprozesses im Community Interpreting (2007) zurückgegriffen, um die verfügbaren kognitiven Kapazitäten der Dolmetschenden und deren Anwendung besser zu schildern. Des Weiteren wird auch den situationsbezogenen Faktoren und ihrem Einfluss auf die Kommunikation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Als Nächstes wird im dritten Kapitel auf mögliche Lösungen auf die problematischen Situationen beim Dolmetschen eingegangen. Die Forschung zum Telefondolmetschen zeigt, dass Hürden im Dolmetschprozess zwar nicht vermieden, sondern nur bewältigt werden können, was den Einsatz von sogenannten „coping tactics“ nötig macht. Diese basieren auf dem Effort Modell und werden im Rahmen der Masterarbeit als Stützpunkt für die Präsentation der aus der Literatur abgeleiteten Strategien dienen. Darüber hinaus wird im Detail auf die spezifischen Strategien, die Dolmetschenden am Telefon zur Verfügung stehen, eingegangen.

Nicht zuletzt werden die zentralen Aspekte der Arbeit im Rahmen des praktischen Teils genauer untersucht, indem Transkripte von telefonischen Dolmetschungen im Sprachpaar Rumänisch-Deutsch auf mehreren Ebenen analysiert werden: Sprache, Inhalt, problematische Stellen, angewendete Methoden. Die Dolmetschungen sind im Rahmen der von der Nichtregierungsorganisation „AmberMed“ geführten Arztgespräche entstanden. Der Korpus enthält 3 aufgezeichnete gedolmetschte Gespräche, die zwischen 5 und 21 Minuten dauern. Da es sich dabei um das eigene Material der Autorin handelt, wird dazu eine Peer-Analyse von 3 externen professionellen DolmetscherInnen geführt, um die Analyse aus mehreren Blickwinkeln durchzuführen und somit möglichst Objektivität zu gewährleisten. Es wird ein qualitativer

Forschungsansatz bei der Analyse der jeweiligen Dolmetschungen angewendet. Zum Schluss werden die Ergebnisse der Auswertung diskutiert und einen möglichen Ausblick für die weitere Entwicklung des Themas gegeben.