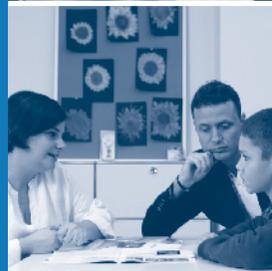


Sprachliche Brücken zur Genesung

Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Sprachliche Brücken zur Genesung

Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2008-2013»

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 5 |
| Einleitung | 6 |
| Aufbau und Begrifflichkeit | 8 |
| Schwierigkeiten mit den Bezeichnungen eines Berufsfeldes im Aufbau | 9 |
| 1 Die ganze Welt – in der Mitte Europas | 11 |
| 1.1 Sprache ist Heimat | 12 |
| 1.2 Erste Initiativen in der Schweiz | 12 |
| 1.3 Auch Europa handelt | 14 |
| 1.4 Der Stellenwert des interkulturellen Übersetzens in der schweizerischen Integrationspolitik | 15 |
| 1.5 Ein reicher Fundus an Literatur | 16 |
| 1.6 Die räumliche Zuordnung der Studien und ihre Geldgeber | 16 |
| 1.7 Verschiedene Patientengruppen und Gesundheitsinstitutionen im Fokus | 17 |
| 1.8 Fazit: Die Literatur als Spiegelbild einer vielschichtigen Entwicklung | 18 |
| 2 Übersetzen: Theoretische Grundlagen einer symbolträchtigen Tätigkeit | 19 |
| 2.1 Sprache, Denken und Selbstverständnis | 19 |
| 2.2 Das Fremde und das Eigene | 20 |
| 2.3 Sprache und Macht | 24 |
| 2.4 Rollenvielfalt der Dolmetschenden in der Theorie | 24 |
| 2.5 Grundsätze des Gesundheitswesens | 26 |
| 2.6 Fazit: Die Theorie deckt unterschiedliche Betrachtungsniveaus ab | 27 |
| 3 Wie Sprachbarrieren der Heilung im Weg stehen | 28 |
| 3.1 Ungesunde Verständigungsschwierigkeiten | 29 |
| 3.2 Leid und Krankheit | 30 |
| 3.3 „Gesund werden erfordert verstanden werden“ | 32 |
| 4 Sprachbarrieren überwinden | 33 |
| 4.1 Ein grundsätzlich positives Echo auf professionelle Dolmetschdienste | 34 |
| 4.2 Der heikle Einsatz von Verwandten und Freunden | 36 |
| 4.3 Wenn sprachkundiges Spitalpersonal übersetzt | 38 |
| 4.4 Telefonische Dolmetschdienste | 40 |
| 4.5 Alternativen zum Dolmetschen | 43 |
| 4.6 Die Sicht von der „Gegenseite“ aus: Was Dolmetschenden auffällt | 44 |
| 4.7 Der Königsweg führt über professionelles Dolmetschen | 45 |
| 4.8 Fazit: Der Situation angepasste Methoden wählen | 47 |
| 5 Rollenvielfalt beim Dolmetschen | 48 |
| 5.1 Wörtliche Übersetzung | 48 |
| 5.2 Interkulturelles Übersetzen, Vermitteln und Schlichten | 49 |
| 5.3 Patientenfürsprache | 53 |
| 5.4 Co-Therapie | 54 |
| 5.5 Verschiedenen Herren dienen: Chancen multipler Standpunkte und Konflikte in der Rollenvielfalt | 55 |
| 5.6 Fazit: Klare Trennung zwischen den Rollen oft nicht machbar – und nicht sinnvoll | 56 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6 | Spezielle Bedürfnisse besonderer Patientengruppen – besondere Ansprüche an spezielle Institutionen | 58 |
| 6.1 | Nicht für alle Sprachgruppen das Gleiche | 58 |
| 6.2 | Medizinische Begleitung in der Kinderheilkunde | 59 |
| 6.3 | Fremdsprachige Patientinnen und Patienten in Haftanstalten | 60 |
| 6.4 | Fazit: Verschiedene Pflegesituationen – andere Ansprüche | 62 |
| 7 | Die Sprache – auch psychologisch bedeutsam | 63 |
| 7.1 | Frauensprache – Männersprache | 63 |
| 7.2 | Vom Dialog zum Trialog – wenn die Gesprächsbalance sich verschiebt | 67 |
| 7.3 | Patientengespräche unter dem sprachwissenschaftlichen Brennglas | 69 |
| 7.4 | Fazit: Verständigung erfordert mehr als blosser Sprachkenntnis | 71 |
| 8 | Wer bezahlt wofür – und mit welcher Begründung? | 72 |
| 8.1 | Gesetzliche Grundlagen für die Übersetzungsdienste im Gesundheitswesen | 73 |
| 8.2 | Implizite rechtliche Begründungen für das Dolmetschen | 75 |
| 8.3 | Die Kantone werden zur Kasse gebeten | 77 |
| 8.4 | Anregungen aus dem Ausland | 77 |
| 8.5 | Zeit zur Verankerung in den Regelstrukturen? | 78 |
| 9 | Empfehlungen für die Praxis | 80 |
| 9.1 | Anforderungen an interkulturell Übersetzende und Vermittelnde | 80 |
| 9.2 | Einen etablierten Platz in der Struktur des Gesundheitswesens schaffen | 81 |
| 9.3 | Handlungsbedarf bei der Finanzierung | 83 |
| | Zitierte Literatur | 85 |
| | Ausgewertete Artikel und Schriften: | 85 |
| | Ergänzende Literatur: | 90 |
| | Glossar | 91 |

Vorwort

Wenn es um die Gesundheit geht, ist eine gute Verständigung von zentraler Bedeutung. Vertrauliche und differenzierte Gespräche erleichtern den Zugang zu Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden und spielen beim Vorbeugen oder Kurieren von Krankheiten und Verletzungen eine wesentliche Rolle. Nicht alle Einwohner und Einwohnerinnen unseres Landes verfügen jedoch über die dazu nötigen Sprachkenntnisse oder können sich diese innert nützlicher Frist aneignen. Wissenschaftliche Studien belegen es: Wer keine Landessprache spricht, ist signifikant weniger gesund und psychisch weniger ausgeglichen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Ein Teil der in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten sind von Verständigungsproblemen, Integrationsschwierigkeiten und schlechtem Gesundheitszustand betroffen, die sich wechselseitig verstärken.

Das Nationale Programm «Migration und Gesundheit», das von 2002 bis 2013 durch das Bundesamt für Gesundheit mit zahlreichen Partnern umgesetzt wird, trägt dieser Situation Rechnung. Es ist so konzipiert, dass die Thematik der interkulturellen Verständigung bei zahlreichen Aktivitäten mitberücksichtigt wird. Insbesondere fördert das BAG die Ausbildung und Zertifizierung von interkulturellen Übersetzerinnen und Übersetzern, die im Gesundheitswesen zum Einsatz kommen, sowie ein Kompetenzzentrum zur Qualitätssicherung und den Aufbau eines nationalen Telefondolmetschdienstes. Zudem sind bereits zahlreiche Studien erstellt worden, die qualitative, rechtliche und finanzielle Aspekte des interkulturellen Übersetzens beleuchten.

Die vorliegende Publikation möchte diese Studien einem breiteren Publikum näherbringen. Sie resümiert wesentliche Erkenntnisse und zeigt, in welchem Forschungskontext diese eingebettet sind. Die Publikation basiert auf zehn Expertenberichten und rund sechzig Artikeln aus Zeitschriften oder Sammelbänden, die in der Schweiz zum Thema «Interkulturelle Verständigung im Gesundheitswesen» entstanden sind.

Ich freue mich, dass Sie sich für dieses bedeutende und facettenreiche Thema interessieren und wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.



Pascal Strupler
Direktor Bundesamt für Gesundheit

Einleitung

Mehr als ein Fünftel der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz ist ausländischer Nationalität. Den überwiegenden Teil machen Personen aus einem Mitgliedsland der EU25 und der EFTA aus (Bundesamt für Statistik 2008: 32), die sich auf Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch unterhalten können. Indes wächst auch der Anteil der fremdsprachigen Migrantinnen und Migranten, die keiner der Schweizer Amtssprachen mächtig sind und die sich auch nicht über eine gemeinsame Drittsprache mit den Einheimischen zu verständigen vermögen.

In der Gesundheitspflege ist der ungehinderte sprachliche Austausch zwischen Patientinnen und Patienten, ihren Ärztinnen und Ärzten und den Pflegenden besonders wichtig. Denn für eine präzise Diagnose sind Informationen von Seiten der Kranken unentbehrlich – und eine erfolgreiche Behandlung ist unmöglich, wenn diese die Anweisungen ihrer Ärztinnen und Ärzte nicht verstehen. In den späten 1980er-Jahren, mit der verstärkten Zuwanderung von Menschen ausserhalb der EU, wurde daher die Frage immer drängender, mit welchen Mitteln die Verständigung in der Gesundheitspflege über sprachliche und soziokulturelle Grenzen hinweg sichergestellt werden kann.

Die Forschung widerspiegelt – zeitlich leicht verzögert – die Realität in den Schweizer Spitälern und Arztpraxen. Die ersten Berichte und Artikel über das Dolmetschen im Gesundheitswesen nähern sich dem Untersuchungsgegenstand aus theoretischer Perspektive an, gestützt auf Literatur aus dem Ausland; ausserdem legen einige der frühen Studien Bestandsaufnahmen vor über den Anteil fremdsprachiger Patientinnen und Patienten in ausgewählten Schweizer Gesundheitsinstitutionen. Während sich in den Kliniken verschiedene Vorgehensweisen etablieren, um die Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, beginnt auch die Forschung, die unterschiedlichen Formen des Dolmetschens und ihre Vor- und Nachteile auszuleuchten: Ob Angehörige der Patientinnen und Patienten, sprachkundiges Spitalpersonal,

Telefondolmetschdienste oder persönlich anwesende, professionelle Übersetzerinnen und Übersetzer herangezogen werden, vermag die Begegnung zwischen Patientin oder Patient und dem medizinischen Gegenüber unmittelbar zu prägen. Dabei hängt es von der Situation und dem Leiden der Patientinnen und Patienten ab, ob eher wörtliches Übersetzen angebracht ist oder interkulturelles Vermitteln, das auch dem lebensweltlichen Hintergrund der Kranken Rechnung trägt.

Mit der zunehmenden Bedeutung, die dem Übersetzen im Gesundheitswesen beigemessen wurde, begannen sich auch Disziplinen dem Thema zuzuwenden, die auf den ersten Blick wenig mit der Begegnung zwischen medizinischen Fachleuten und ihren Patientinnen und Patienten zu tun haben: Juristinnen und Juristen beugten sich über das gesetzliche Fundament, das Übersetzungen im Gesundheitswesen ermöglicht oder gar fordert, Wirtschaftsfachleute warfen die Frage nach dem Verhältnis von Kosten und Nutzen des Übersetzens im Sozial- und Gesundheitswesen auf, und die Soziolinguistik begann, sprachliche Strategien von Übersetzenden oder die geschlechtsspezifische Sprache in der medizinischen Konsultation auszuleuchten.

Heute existiert eine umfangreiche Sammlung an Studien und Schriften über die Verständigung im Gesundheitswesen der vielsprachigen Schweiz. Die zahlreichen Untersuchungen decken dabei die persönliche und zwischenmenschliche Ebene ab wie auch die organisatorische innerhalb einer Klinik bis hin zur systemischen des Schweizer Gesundheits- und Sozialwesens als Ganzes. Weiterer Forschungsbedarf ist trotzdem abzusehen: Sollten beispielsweise vermehrt – wie in verschiedenen empirischen Untersuchungen gefordert – gemeinsame Lehrgänge für medizinisches Personal und Übersetzende angeboten werden, um die Zusammenarbeit optimal zu gestalten, dürften auch solche Schulungen und ihre Auswirkungen das Interesse der Forschung auf sich ziehen.

Aufbau und Begrifflichkeit

Der vorliegende Bericht setzt in seinem Aufbau bei theoretischen Auseinandersetzungen mit der Thematik an, behandelt anschliessend Analysen, die einen Überblick über die interkulturelle Verständigung im Gesundheitswesen gewähren, und fokussiert sodann auf Studien, die speziellere Aspekte herausarbeiteten: sei es im Hinblick auf die untersuchte Klientel, sei es, dass der Blickwinkel stark von einer bestimmten wissenschaftlichen Disziplin geprägt ist, die – wie etwa die Rechtswissenschaft oder die Linguistik – nicht von vornherein mit medizinischen Fragen verbunden ist.

In der Begrifflichkeit, insbesondere bei der Bezeichnung der Berufsfelder in der interkulturellen Verständigung, folgt der Bericht den Definitionen von INTERPRET, der schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln. INTERPRET definiert „Übersetzerinnen“ resp. „Dolmetscherinnen“ als „Sprachspezialistinnen [...] mit perfekter Kenntnis der eigenen Muttersprache sowie einer oder mehrerer Fremdsprachen“, welche Inhalte in die Zielsprache – in der Regel in ihre Muttersprache – übertragen.

INTERPRET unterscheidet ausserdem zwischen den interkulturell Übersetzenden und den interkulturell Vermittelnden. Interkulturell Übersetzende „sind Fachpersonen für mündliches Übersetzen in Dialogsituationen. Sie ermöglichen eine gegenseitige Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen unterschiedlicher Herkunft. Sie dolmetschen unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der Gesprächsteilnehmer/innen“. Im Unterschied dazu sind die interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler nicht an die dialogische Gesprächssituation gebunden; vielmehr informieren sie Zugewanderte aus dem Ausland wie auch die Fachpersonen öffentlicher Dienste im Inland über kulturelle Besonderheiten und über die Regeln, die in der Gesellschaft oder im Umgang mit Behörden gelten. Schliesslich nennt INTERPRET auch noch die Mediation, die nach einem Konfliktausbruch zum Tragen kommt und die neutral alle beteiligten Parteien im Bestreben unterstützt, die Auseinandersetzung fair und einvernehmlich zu lösen.

Die meisten Studien, die im vorliegenden Bericht ausgewertet sind, befassen sich mit dem Dolmetschen. Um allzu beharrliche Wortwiederholungen zu vermeiden, verwendet der vorliegende Bericht die Ausdrücke „Dolmetschende“ resp. Dolmetscherinnen und Dolmetscher und „Übersetzende“ resp. Übersetzerinnen und Übersetzer synonym.

Schwierigkeiten mit den Bezeichnungen eines Berufsfeldes im Aufbau

Dem vorliegenden Bericht liegen Studien zu Grunde, die sich mit verschiedenen „Typen“ von Dolmetschenden auseinandersetzen: Übersetzungen können von Angehörigen oder von Personen aus dem Freundeskreis der Patientinnen und Patienten geleistet werden; mitunter werden aber auch Personen für Übersetzungen hinzugezogen, die zwar der Dolmetschsprache und der Landessprache mächtig sind, die aber keine Ausbildung als Übersetzende absolviert haben. In der Regel handelt es sich dabei etwa um fremdsprachige Mitarbeitende des Spitals oder um Angehörige bzw. Personen aus dem Freundeskreis der Kranken. Die Bezeichnungen „Ad-hoc-Übersetzende“ oder „Laien-“ bzw. „Gelegenheitsdolmetschende“ bezeichnet solche mehrsprachigen Personen, die helfen, Sprachbarrieren zu überwinden, ohne dazu ausgebildet worden zu sein, und die auch nicht mit den berufsethischen Grundsätzen der geschulten Übersetzerinnen und Übersetzer vertraut sind. In wissenschaftliche Analysen der Qualität von Übersetzungen werden übersetzende Verwandte allerdings oft einer eigenen Kategorie zugewiesen und getrennt von anderen Ad-hoc-Übersetzenden beurteilt.

Die zweite Kategorie ist die der „professionell Übersetzenden“. Eine Bezeichnung, die zwar Transparenz suggeriert, diese aber nur bedingt herstellt. Das Fachhochschulgesetz von 1995 fordert für den Dolmetsch-Abschluss ein abgeschlossenes dreijähriges Hochschulstudium mit mindestens zwei Fremdsprachen und darauf aufbauend drei Semester Vollzeitstudium an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW oder einen Masterstudiengang von zwei bis vier Semestern an der Ecole de traduction et d'interprétation der Universität Genf. Seit 2006 ist speziell für Personen mit Migrationshintergrund

mit dem Zertifikat für interkulturelles Übersetzen eine weitere Qualifizierungsmöglichkeit geschaffen worden. Ausgestellt wird es von INTERPRET, die im Auftrag des BAG auch die Qualitätskontrolle sicherstellt und ein Verzeichnis aller zertifizierten Personen führt (Joss 2008: 321ff.). Zwei Jahre später etablierte sich ausserdem der eidgenössische Fachausweis für interkulturelles Übersetzen. Das Zertifikat und der eidgenössische Fachausweis sind für etliche Sprachkombinationen die einzige erwerbbar Qualifizierung in der Schweiz. Neben einer abgeschlossenen allgemeinbildenden Schule auf Sekundarstufe II müssen seine Anwärtinnen und Anwärter eine mindestens einjährige teilzeitliche Tätigkeit im Sozial-, Bildungs- oder Gesundheitsbereich mitbringen, ausserdem mindestens 150 Stunden im Einsatz als interkulturell Übersetzende nachweisen, verschiedene Ausbildungsmodulare absolvieren und schliesslich Kompetenznachweise für die Dolmetsch- und die Amtssprache erbringen.

Die meisten der hier ausgewerteten Studien wurden vor der Einführung von Zertifikat und eidgenössischem Fachausweis für interkulturelles Dolmetschen durchgeführt – und die wenigsten Arbeiten führen aus, welche Ausbildung die jeweils als „professionell“ bezeichneten Dolmetschenden durchlaufen haben. Der vorliegende Bericht muss sich deshalb darauf beschränken, gleichsam als „Sprachrohr“ die jeweilige Terminologie der verschiedenen Studien zu übernehmen, ohne dabei gewährleisten zu können, dass die Bezeichnung „professionell Dolmetschende“ stets für gleichwertige Ausbildungsgänge und Kompetenzen steht.

1 Die ganze Welt – in der Mitte Europas

Rund 20 Prozent der Schweizer Wohnbevölkerung stammen aus dem Ausland. In den letzten Jahrzehnten wanderten zunehmend auch Menschen aus weit entfernten Ländern in die Schweiz ein. Übersetzungen, die sprachliche und soziokulturelle Grenzen überwinden, sind eine Voraussetzung, um allophone Migrantinnen und Migranten in der Schweiz medizinisch behandeln zu können.

Die Schweiz ist seit jeher weltverbunden. Offenheit gehört zu ihrem Selbstverständnis: in ihrer früheren Geschichte, weil das rohstoffarme Land es nicht vermochte, seine ganze Bevölkerung zu ernähren und daher viele ihr Heil in der Fremde suchen mussten; und seit Beginn des 20. Jahrhunderts, weil die imposante Bergwelt Gäste aus aller Welt anzieht und mit dem Touristengewerbe einen wichtigen Erwerbszweig schuf. Ausserdem benötigte die boomende Wirtschaft nach dem Zweiten Weltkrieg Arbeitskräfte, die aus Süd- und Südosteuropa einwanderten. Politische Konflikte und Armut wiederum vertrieben viele Menschen aus ihrer Heimat und liessen sie im wohlhabenden Kleinstaat mitten in Europa Zuflucht suchen. So wurde die Schweiz vom Auswanderungs- zum Einwanderungsland.

Im Jahr 2009 wurde „[j]ede vierte Arbeitsstunde [...] in der Schweiz von einer Person nicht schweizerischer Nationalität geleistet“ (Bericht zur Weiterentwicklung der Integrationspolitik des Bundes 2010: 13). Die überwiegende Mehrheit stellen Menschen aus den EU-/EFTA-Staaten. In Städten liegt der Anteil an Personen ausländischer Staatsangehörigkeit mit etwa 30 Prozent höher als auf dem Land. Dabei weist der Kanton Genf mit 38,9 Prozent im Jahr 2008 (Office cantonal de la statistique 2009: 2) den höchsten Anteil an Einwohnerinnen und Einwohnern aus dem Ausland auf (dazu auch Eytan, Bischoff und Loutan 1999: 190). Kamen die Zugewanderten bis in die 1980er-Jahre vornehmlich aus benachbarten Staaten, spiegelt sich in jüngerer Zeit die Globalisierung auch in den Herkunftsländern der Migrantinnen und Migranten: Heute muss davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz über 200'000 fremdsprachige Personen leben, die nicht in der Lage sind, sich in einer der Landessprachen zu verständigen (Mannhart, Graf und Gehrig 2009: 1).

1.1 Sprache ist Heimat

Nur wer sich verständigen kann, fühlt sich zu Hause. Das gilt für Neankömmlinge – aber auch für die Einheimischen. Denn wo Verständigung misslingt, kommt es rasch zu Fehleinschätzungen, Irrtümern und Feindseligkeit, und gemeinsame Ziele bleiben unerreicht.

Verständigung geht dabei weit über die rein sprachliche Kommunikation hinaus. Insbesondere, wenn Menschen von unterschiedlichem soziokulturellem Hintergrund miteinander in Berührung kommen, können divergierende Werthaltungen, Erwartungen und Vorstellungen die Verständigung mit dem Gegenüber behindern.

Seit Beginn der 1990er-Jahre ist denn auch das Bewusstsein gewachsen, dass sogar in der viersprachigen Schweiz die öffentlichen Institutionen eine problemlose Kommunikation mit ihren Klientinnen und Klienten nicht als gegeben voraussetzen dürfen. Gerade im Gesundheitswesen ist es aber von zentraler Bedeutung, dass Ärztinnen und Ärzte und die Pflegenden sich mit ihren Patientinnen und Patienten verständigen können. Andernfalls ist es nicht möglich, präzise Diagnosen zu stellen, Behandlungen verständlich zu machen und therapeutische Anweisungen umzusetzen. Kommunikation über sprachliche Barrieren hinweg wurde somit auch für das Gesundheitswesen zum Thema.

1.2 Erste Initiativen in der Schweiz

Der helvetisch-föderalen Tradition entsprechend, waren es einzelne Kantone, die mit ersten Initiativen dem Problem wachsender Verständigungsschwierigkeiten im Gesundheitswesen entgegentraten (dazu Fontana 2000: 13). Als erster Kanton rief Basel im Jahr 1987 einen Übersetzungsdienst für Spitäler ins Leben; als Nächstes schuf 1990 das Inselspital in Bern einen eigenen Dolmetschdienst. Im gleichen Jahr begann das Rote Kreuz in Genf, seinen Übersetzungsservice auch den Spitälern zur Verfügung zu stellen. 1993 gründete sich der Verein „Appartenances“, der sich spezifisch die psychosoziale Unterstützung der Migrantinnen und Migranten auf die Fahnen schrieb und

der im August 1996 einen ersten Ausbildungsgang für interkulturell Übersetzende und Mediatorinnen/Mediatoren lancierte. Von Lausanne aus dehnten sich die Aktivitäten und Angebote des Vereins allmählich in andere Kantone der französischen Schweiz aus.

Auch der Bund wurde zunehmend aktiv. So begann er, die verschiedenen regionalen und kantonalen Initiativen zu koordinieren und eigene Abklärungen in Auftrag zu geben. 1997 befasste sich die vom Bundesrat ins Leben gerufene Expertenkommission „Migration“ mit der Problematik und betonte dabei die Notwendigkeit von Massnahmen, um die gesellschaftliche Eingliederung fremdsprachiger Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz zu fördern und zu erleichtern. Ein Jahr später gab das Bundesamt für Gesundheit BAG beim schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM einen Grundlagenbericht in Auftrag unter dem Titel „Übersetzung und Mediation im Gesundheitswesen“ (Weiss und Stuker 1998).

Der Grundlagenbericht von Weiss und Stuker wurde zum Geburtshelfer eines weiteren wichtigen Akteurs im Feld der interkulturellen Vermittlung: Die Präsentation des Berichts mündete schliesslich in der Gründung der schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln INTERPRET, die sich ganz dem Ziel verschrieb, Übersetzungen und interkulturelle Vermittlung in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung zu fördern und zu ermöglichen.

Im Jahr 2000 erarbeitete das BAG ein Strategiedokument mit dem Titel „Migration und Gesundheit“; 2002 wurde das Nationale Programm „Migration und Gesundheit“ angeschoben, das noch bis 2013 dauern soll. Im Rahmen dieses Programms konnten viele Projekte realisiert werden. Unter anderem wurde INTERPRET mit der Qualitätsentwicklung und -sicherung für das interkulturelle Übersetzen betraut; die Organisation erarbeitete ein Zertifizierungs- und Gleichwertigkeitsverfahren und akkreditierte Ausbildungsmodule. Diese werden bis heute vom BAG mitfinanziert. Laut Spang (2009) wurde ein Meilenstein mit der Schaffung des eidgenössischen Fachausweises für interkulturelles Übersetzen im Jahr 2008 erreicht. Ein juristisches Gutachten und eine

Vorstudie zu den Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen stellten die verschiedenen praktisch ausgerichteten Projekte auf eine tragfähige theoretische und argumentative Grundlage.

1.3 Auch Europa handelt

Nicht nur in der Schweiz sehen sich Gesundheitsinstitutionen durch sprachliche und soziokulturelle Barrieren herausgefordert. So regte die Gesundheitsbehörde von Reggio Emilia (Italien) mit Unterstützung des österreichischen Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie die Lancierung eines Programms für migrantenfreundliche Krankenhäuser an (Migrant Friendly Hospitals, MFH). Das Projekt wurde im Jahr 2002 von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission (SANCO) angenommen und mit knapp 1,7 Millionen Euro unterstützt. Ende 2003 stiess auch die Schweiz dazu, indem das Bundesamt für Gesundheit BAG finanzielle Mittel für eine Anschubfinanzierung zur Verfügung stellte (dazu auch Bischoff et al.: 2009).

Das Fundament für seine konkreten Aktionen und Empfehlungen legte das Programm für migrantenfreundliche Krankenhäuser mit einer umfassenden Untersuchung: Es betraute das schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) der Universität Neuchâtel damit, eine systematische Bedürfnisabklärung vorzunehmen und eine Übersicht über bereits laufende Vorhaben zu erstellen, die darauf abzielen, Spitäler auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten auszurichten. Zu erwähnen ist auch das Handbuch „Diversität und Chancengleichheit“, das im Rahmen des europäischen Programms MFH entstand und vom Programm „Migration und Gesundheit“ finanziert wurde. Im Rahmen der Phase II des Programms MFH hat das BAG einen Fonds von zwei Millionen Franken geöfnet, um Spitäler zu unterstützen, welche mit gezielten Massnahmen die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten zu verbessern versuchen.

1.4 Der Stellenwert des interkulturellen Übersetzens in der schweizerischen Integrationspolitik

Sprache und Bildung ist ein ausdrücklicher Schwerpunkt, den das eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement EJPD in der Integrationsförderung der Ausländerinnen und Ausländer setzt. Massnahmen, die hierfür umgesetzt werden, bestehen im Aufbau sogenannter „Kompetenzzentren Integration“ sowie in der „Unterstützung von Vermittlungsstellen für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln“ (Bericht zur Weiterentwicklung der Integrationspolitik des Bundes 2010: 27).

Das interkulturelle Übersetzen und Vermitteln fördert der Bund in erster Linie, indem er gemeinsam mit den Kantonen und privaten Trägern Partnerschaften eingeht. Dazu investiert er jährlich 2,5 Millionen Franken in 31 Kompetenzzentren, die fremdsprachigen Personen wie auch Behörden als zentrale Anlauf- und Scharnierstellen zur Verfügung stehen. Dieses Angebot wird insbesondere für die Verständigung im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich sowie im Justizwesen genutzt. Im Jahr 2008 leisteten die vom Bundesamt für Migration mit 1,4 Millionen Franken unterstützten 16 Vermittlungsstellen insgesamt 94'964 Übersetzungsstunden (ebd.: 27); ein Jahr später stieg die Anzahl der Übersetzungsstunden auf 112'135 an. Um die Qualität des Angebotes zu sichern und weiterzuentwickeln, werden INTERPRET und die Ausbildungsinstitutionen vom Bund finanziell unterstützt.

Über die Auswirkungen der Kompetenz- und der Vermittlungsstellen liegen noch keine umfassenden Erkenntnisse vor. Zwar schätzen die Kantone deren Leistungen positiv ein, indes ist eine von unabhängigen Stellen erarbeitete Wirkungsanalyse der „Kompetenzzentren Integration“ noch in Arbeit (ebd.: 28). Es ist allerdings absehbar, dass der Einsatz qualifizierter interkulturell Übersetzender ausgeweitet werden müsste, „um den effektiven Bedarf an den Schulen und Berufsberatungsstellen, in den Institutionen des Sozialbereichs [...] und in den ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens zu decken“ (ebd.). In Erwägung gezogen wird ausserdem, eingewan-

derte Menschen individuell von geschulten Mentorinnen und Mentoren (mit gleichem soziokulturellem Hintergrund) begleiten zu lassen, die insbesondere bei Konflikten vermittelnd wirken könnten. Die zusätzlichen Kosten für solche individuellen Begleitungen und Vermittlungen werden auf 40 Millionen Franken geschätzt (ebd.).

1.5 Ein reicher Fundus an Literatur

Angesichts des hohen Stellenwertes, der interkulturellen Übersetzungs- und Vermittlungsdiensten in der Schweizer Integrationspolitik mittlerweile zugewiesen wird, erstaunt es wenig, dass in den letzten Jahren etliche Arbeiten zur interkulturellen Verständigung im Schweizer Gesundheitswesen erschienen sind, die verschiedene Facetten des Untersuchungsgegenstandes abdecken.

Die hier vorliegende Literaturlauswertung stützt sich auf rund 70 Publikationen, die vom Bundesamt für Gesundheit BAG als relevant erachtet und ausgewählt wurden. Es handelt sich mehrheitlich um Artikel aus Zeitschriften oder Sammelbänden, zu denen sich rund 10 Expertenberichte hinzufügen.

1.6 Die räumliche Zuordnung der Studien und ihre Geldgeber

Die empirischen Auseinandersetzungen mit dem Untersuchungsgegenstand weisen räumliche Schwerpunkte auf. In den (Stadt)Kantonen Genf und Basel, die als Grenzkantone besonders viele Migrantinnen und Migranten empfangen und betreuen, war offenbar die Sensibilität für das Problemfeld früh gegeben. Als Geldgeber für die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit der Thematik wirken insbesondere drei Institutionen: Es sind dies der Schweizerische Nationalfonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung, das europäische Programm für migrantenfreundliche Krankenhäuser (Migrant Friendly Hospitals MFH) und das Bundesamt für Gesundheit BAG im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit.

1.7 Verschiedene Patientengruppen und Gesundheitsinstitutionen im Fokus

Die ältesten empirischen Beiträge aus der untersuchten Schriftenauswahl beziehen sich nicht auf grössere Kliniken oder Spitäler, vielmehr berichten sie von den Erfahrungen, die ein Hausarzt bei der Betreuung türkischsprachiger Migrantinnen und Migranten sammelte (Flubacher 1994, 1997 und 1999). Es handelt sich dabei um Berichte über individuelle Erfahrungen.

Ein Grossteil der analysierten Artikel basiert dagegen auf weit grösseren Fallzahlen; in den meisten Fällen werden alle (zumeist fremdsprachigen) Patientinnen und Patienten in die Untersuchung einbezogen, die während eines gewissen Zeitraumes eine bestimmte Institution besuchen. Die Analysen finden in Gesundheitsinstitutionen unterschiedlichen Zuschnitts statt, beispielsweise im Rahmen der grenzsanitarischen Massnahmen, aber auch in Institutionen für die Akutpflege und in Rehabilitationskliniken. Die quantitativ umfassend angelegten Studien lassen dabei auch Rückschlüsse darauf zu, wie stark verschiedene Sprachgruppen in der Gesamtbevölkerung (Bischoff et al. 1999a bzw. – beruhend auf den gleichen Daten – Bischoff und Loutan 2004) oder in einzelnen Spitälern (Bischoff 2003b, Guex und Singy 2003, Bischoff und Hudelson 2009) vertreten sind.

In der Auswertung wird die Grundgesamtheit entweder nach Nationalität oder nach Muttersprache differenziert ausgewertet; einzelne Studien schlüsseln ihre Auswertungen auch nach Geschlecht auf.

Eine „besondere“ Klientel stellen drei Artikel in den Brennpunkt: Der eine analysiert die Beziehungen zwischen Kinderärztinnen und -ärzten und fremdsprachigen Kindern resp. ihren Eltern in Genf, ein anderer bezieht sich auf eine Frauenklinik, der dritte wiederum lotet die Situation erkrankter Häftlinge in Gefängnissen aus.

1.8 Fazit: Die Literatur als Spiegelbild einer vielschichtigen Entwicklung

Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick über Forschungsarbeiten, die bis zum Frühjahr 2010 in der Schweiz zum Thema „Interkulturelle Verständigung im Gesundheitswesen“ geleistet wurden. Der Untersuchungsgegenstand ist vielschichtig: In der Fachwelt gibt es eine Vielzahl an theoretischen Konzeptionen, die jeweils in verschiedene Lösungsansätze münden. Auch sind die Gesundheitsinstitutionen mit unterschiedlichen Problemen konfrontiert: Ein grosses Spital sieht sich anderen Schwierigkeiten gegenübergestellt als ein kleineres – und verfügt über andere Möglichkeiten, sie zu lösen; in akuten Situationen gilt es, andere Probleme zu bewältigen als in langfristig angelegten; und in Arztpraxen oder für Spitex-Dienste stehen nicht die gleichen Aufgaben im Vordergrund wie im Spital. Diese Vielfalt an Sichtweisen und Problemlagen spiegelt sich in der Forschung wider.

2 Übersetzen: Theoretische Grundlagen einer symbolträchtigen Tätigkeit

Verständigung zwischen verschiedenen Lebenswelten erfordert mehr als bloss sprachlichen Austausch. Vielmehr muss zugleich zwischen unterschiedlichen Werten und Überzeugungen vermittelt werden. Auch gilt es, den Stellenwert des Fremden in der eigenen Gesellschaft zu definieren.

Die Auseinandersetzung mit der Sprache und ihrem Einfluss auf das Denken hat in den Sozial- und Geisteswissenschaften Tradition. Wilhelm von Humboldt, der als ein Begründer der vergleichenden Sprachwissenschaft gilt, hielt in seinen „Thesen zur Grundlegung einer Allgemeinen Sprachwissenschaft“ (ca. 1811) fest: „Jede Sprache setzt dem Geist derjenigen, welche sie sprechen, gewisse Grenzen, schliesst, insofern sie eine gewisse Richtung gibt, andere aus.“ (v. Humboldt, 1973/1985, S. 13)

2.1 Sprache, Denken und Selbstverständnis

Ist es bei von Humboldt letztlich die sprachliche Auseinandersetzung mit anderen Menschen, die das Denken schärft (v. Humboldt 1836: 10), gingen die beiden amerikanischen Anthropologen Edward Sapir und Benjamin Lee Whorf Mitte des 20. Jahrhunderts mit ihrer Hypothese des sprachlichen Relativismus viel weiter. Diese besagt, dass Grammatik und Wortschatz einer Sprache die Vorstellungen determinieren, die sich die Sprachgemeinschaft von der Welt macht (dazu Weiss und Stuker 1998: 31). In ihrer radikalen Auslegung hätte diese Annahme allerdings zur Folge, dass Übersetzungen von einer Sprache in die andere per se ein Ding der Unmöglichkeit wären (ebd. sowie in Dahinden und Chimienti 2002: 13). Dass die Sapir-Whorf-Hypothese trotz ihrer Widerlegung durch die dolmetscherische Praxis beträchtlichen Widerhall fand, dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sie dem Zeitgeist entsprach: Anfangs der 1920er-Jahre hatte Ludwig Wittgenstein in der Philosophie mit seinem Tractatus logico-philosophicus den sogenannten „linguistic turn“ eingeleitet, indem er befand: „Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“ (Wittgenstein 1922/1989: 134). Unter dem Einfluss der linguistischen Wende rückten neben der Philosophie auch

2 Übersetzen: Theoretische Grundlagen einer symbolträchtigen Tätigkeit

andere geistes- und sozialwissenschaftliche Fächer die Auseinandersetzung mit der Sprache (und mit ihrer Bedeutung für die Erkenntnisfähigkeit) in den Mittelpunkt der Betrachtungen.

Vor dem Hintergrund des Übersetzens im Gesundheitswesen gilt es allerdings zu bedenken, dass sich hinter dem Wort der „Sprache“ eine vielschichtige Wirklichkeit verbergen kann. Denn selbst wenn zwei Personen vordergründig die gleiche Sprache sprechen, ist damit noch keine Verständigung gewährleistet: So stellen Fachleute aus der Anthropologie wie auch aus der Heilkunde fest, dass die Medizin in den westlichen Industriegesellschaften zunehmend an die Stelle des Religiösen tritt und ihr Fachpersonal zu Trägern einer eigentlichen „biomedizinischen Kultur“ wird. Wer nicht in die Fachsprache und Handlungsweisen dieser „Kultur“ eingeweiht ist, vermag gewisse ihrer Züge nur schwer zu verstehen – selbst dann, wenn er oder sie die gleiche Sprache spricht wie die medizinische Fachkraft (Leanza 2001: 2). In der ärztlichen Begegnung mit Migrantinnen und Migranten ist – so lässt sich daraus schliessen – unter Umständen mindestens eine zweifache Übersetzung gefordert: zum einen zwischen den Sprachen des Ankunfts- und des Herkunftslandes, zum anderen von der „biomedizinischen Kultur“ in die „Alltagskultur medizinischer Laien“. Einzelne empirische Arbeiten machen gar einen weiteren kulturellen Graben aus, den es zu überbrücken gilt: jener zwischen fremdsprachigen Patientinnen und Patienten, die aus einfachen (ländlichen) Verhältnissen stammen, und den Übersetzenden, die der (städtischen) Oberschicht angehören (Sleptsova 2007).

2.2 Das Fremde und das Eigene

Die Auseinandersetzung mit dem Fremden schärft das Bewusstsein für die Vielfalt – und regt dazu an, das eigene Selbstverständnis zu hinterfragen. Bei den frühen Fachexpertinnen und -experten für Ethnologie und Linguistik waren es die Sitten, Bräuche und Sprachen, die sie bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der „neu entdeckten“ Länder antrafen. Heute, im Zeitalter der Globalisierung, begegnet uns das Fremde zunehmend zu Hause. Ob ein Land dabei Strukturen – wie beispielsweise Übersetzungsdienste

– schafft, um neu Zugezogene fremder Muttersprache einzubinden, hängt wesentlich von seinem Selbstverständnis ab. Staaten, die sich als Einwanderungsland verstehen – also etwa die USA, Australien, aber auch Italien – haben vergleichsweise rasch entsprechende Angebote aufgebaut, die der Integration neu Zugezogener dienen sollen. Anders verhält es sich bei Ländern wie Frankreich und der Schweiz (Leanza 2008: 13). Während in Frankreich die Vorstellung einer starken und an die Sprache gebundenen nationalen Identität die Einsicht in die Notwendigkeit von Übersetzungen erschwert haben könnte, dürfte es in der Schweiz paradoxerweise auf die für das eigene Selbstverständnis grundlegende Mehrsprachigkeit zurückzuführen sein, dass man sich hierzulande lange mit „sprachlicher Bastellei“ („bricolage linguistique“) zufriedengab und sich daran gewöhnte (Longerich 2002: 68).

Wie „das Fremde“ gesehen und wie mit ihm umgegangen wird, hängt indes nicht nur vom Selbstverständnis der Einwanderungsländer ab, sondern auch vom Zeitgeist. Im Lauf der letzten Jahrzehnte fanden denn auch Verschiebungen in der Integrationspolitik der europäischen Länder statt, die insbesondere von Dahinden und Chimienti (2002) nachgezeichnet werden. Den Autorinnen zufolge herrschte zunächst das sogenannte assimilationstheoretische Paradigma vor, als in den 1950er-Jahren die Auseinandersetzungen darüber ihren Anfang nahmen, wie Migrantinnen und Migranten in die Gesellschaft zu integrieren seien: Dass die Zugewanderten die Landessprache übernahmen, galt als ein wichtiges Merkmal gelungener Anpassung. Mehrsprachigkeit – d.h. die Pflege der Heimatsprache – wurde dabei gar als Hindernis für eine erfolgreiche Assimilation gesehen, und man argwöhnte, der Einsatz von Übersetzenden raube den Zugewanderten den Antrieb, die Landessprache zu erlernen (Dahinden und Chimienti 2002: 18ff.). Diese Betrachtungsweise entlässt die politischen Institutionen aus der Pflicht, offizielle verwaltungsinterne Übersetzungsangebote sicherzustellen; vielmehr bleiben die einzelnen Amtsstellen und ihre fremdsprachige Klientel sich selber überlassen, wenn sie Übersetzungsdienste in Anspruch nehmen müssen (ebd.: 38).

Obschon unbestritten bleibt, dass Sattelfestigkeit in einer Sprache die Voraussetzung ist, um weitere (Fremd)Sprachen zu lernen (ebd.: 21), erteilen ab Mitte der 1970er-Jahre neuere Ansätze (und Integrationsleitbilder) dem Einsprachenkonzept eine Absage. Anstatt dass an jedes Individuum die Forderung erhoben wird, die Landessprache zu lernen, ist es aus dieser Perspektive eine akzeptable Zwischenlösung, wenn erst einmal die Kinder die „neue“ Sprache übernehmen. Die Mehrsprachigkeit gewinnt aus dieser Sicht an Wertschätzung, das Beherrschen mehrerer Sprachen und das Spiel mit dem Wechsel sprachlicher Codes („language switching“) wird als Ressource anerkannt. Das Nebeneinander vielschichtiger Lebenswelten erscheint aus dieser Perspektive ebenfalls als gesellschaftliche Bereicherung. Die Inanspruchnahme von Übersetzenden erscheint dabei als eine Übergangslösung, die insbesondere die erste Generation der Zugewanderten bei der gesellschaftlichen Integration unterstützen soll. Dienste für die Übersetzung und die interkulturelle Vermittlung werden staatlich unterstützt und aufgebaut, um die Chancengleichheit der neu Zugewanderten zu sichern und die kulturelle Vielfalt zu gewährleisten (ebd.: 38).

Freilich blieben auch die Ansätze nicht von Kritik verschont, welche Multikulturalismus als etwas Positives begreifen und davon ausgehen, die Pflege der Herkunftskultur begünstige letztlich die gesellschaftliche Integration. Bemängelt wurde, dass damit die Kulturalisierung sozialer Probleme begünstigt werde, oder anders ausgedrückt: Es bestehe die Gefahr, dass die individuelle Leidensgeschichte und die persönlichen Schwierigkeiten eines Individuums auf seinen kulturellen Hintergrund reduziert würden (ebd.: 31ff.; dazu auch Bachl 2006: 16ff.). Die theoretische Auseinandersetzung von Dahinden und Chimienti kommt damit zum gleichen Schluss wie Hausarzt Flubacher in seiner täglichen Arbeit: „Allzu viele Untersuchungen konstruieren Migranten primär als ‚Fremde‘, als exotische Wesen ohne jegliche Individualität [...] Die Tendenz, Immigranten [sic] zu sehr als verwundbare, hilflose Menschen, als Risikogruppe, abzustempeln, welche selbstverständlich besonderer Interventionen bedürfen [...] entstammt derselben Geisteshaltung. Entgegen der philanthropisch deklarierten Absicht hat dies für die betroffenen Menschen meist nur noch mehr Aus-

grenzung zur Folge“ (Flubacher 1997: 814). Diese Gefahr wird dabei durchaus auch von den Betroffenen selber – den Patientinnen und Patienten aus dem Ausland – wahrgenommen (Siny und Guex 2005: 48ff.). Eine (Über)Betonung des „kulturellen Hintergrundes“ kann aus dieser Perspektive zur Zementierung künstlicher Kategorisierungen beitragen.

Um sich vor einem unüberlegten Multikulturalismus abzugrenzen, sprechen sich Fachleute ab den 1990er-Jahren vermehrt für Betrachtungsweisen aus, die sich den Begriffen „Transkulturalität“ oder „Interkulturalität“ zuordnen lassen. Die transkulturelle Kompetenz einer Person kennzeichnet sich dadurch, dass sie sich migrationsspezifisches Hintergrundwissen aneignet, sich dabei aber auch mit eigenen Wertvorstellungen und den soziokulturellen Rahmenbedingungen auseinandersetzt, die die transkulturelle Begegnung prägen (Dahinden und Chimienti 2002: 33ff.). Das Konzept der Trans- oder Interkulturalität zeitigt unmittelbare Auswirkungen für die Arbeit der Personen, die zwischen den Sprachen übersetzen bzw. zwischen Lebenswelten vermitteln: Interkulturelle Tätigkeiten „lösen sich von der Fixierung auf soziale Merkmale wie Ethnizität, Geschlecht und soziale Schicht und setzen beim Individuum an. [...] Es geht also weniger um die Konstruktion von Modellen einzig für MigrantInnen, sondern um den Einbezug von soziokulturellen und migrationsspezifischen Dimensionen in der alltäglichen Arbeit. Eine transkulturelle Kompetenz bedeutet, die Person mit ihrem Lebenslauf und ihrer sozialen und psychischen Situation ins Zentrum zu stellen und einfach kulturelle Erklärungsmuster zu hinterfragen“ (ebd.: 34). An die Vermittelnden stellen sich damit hohe Ansprüche: Nebst sprachlichen Fähigkeiten sollten sie auch über fachliche Kenntnisse verfügen, z.B. über gesetzliche Grundlagen oder über das Sozialversicherungssystem. Die Autorinnen schlagen daher vor, die Übersetzenden seien in die allgemeinen öffentlichen Dienste einzugliedern, „l'interprétariat communautaire serait soutenu également par l'Etat et devrait être institutionnalisé de manière transversale dans les services généraux. Il devrait servir à un rapprochement des deux parties (autochtones-migrants) dans un mouvement qui devrait être multilatéral et réflexif“ (ebd.: 42).

2.3 Sprache und Macht

Kommunikation hängt von vielen Einflussgrößen ab – nicht zuletzt auch von gesellschaftlichen Hierarchien und Machtverhältnissen. Oft spiegeln sich diese nicht nur im Kommunikationsverhalten wider, sondern gar in der Sprache selbst. Feministische Sprachkritik und empirische Studien, die das unterschiedliche Sprechverhalten von Frauen und Männern ausleuchten, haben die Sensibilität für das subtile Zusammenspiel von Sprache, Macht und – oft an die geschlechtliche Zugehörigkeit gebundene – gesellschaftliche Hierarchien erhöht. Weber et al. (2005) reihen sich in diese Forschungstradition ein, wenn sie fragen, wie das Geschlecht der dolmetschenden Person auf die dreifache Interaktion zwischen Pflegenden, Kranken und Dolmetschenden zurückwirkt (mehr zu dieser Studie im Kapitel 7.1).

Inwiefern sich die Machtkonstellationen im Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin verschieben, wenn eine dolmetschende Person dazu kommt, ist Gegenstand des Beitrags von Leanza (2008). Der Autor setzt hierfür bei Michel Foucault an, der Macht als eine unpersönliche Kraft versteht, die in den Beziehungen zwischen Institutionen und deren Klienten zirkuliert (ebd.: 211). Foucault betont, dass Macht mit Wissen zusammenhängt, und so liegen die Befürchtungen der Ärztin/des Arztes nahe, sie/er verliere an Macht, wenn sie/er ihr/sein Wissen transparent mit der dolmetschenden Person zu teilen habe: „The practitioner completely loses grasp of one of the most important attributes of his position. Power, along the discourse, is transmitted to the interpreter“ (ebd.: 214). Von seiner theoretischen Auseinandersetzung mit Machtverhältnissen im – übersetzten – therapeutischen Gespräch leitet der Autor verschiedene Empfehlungen für die Ausbildung von Dolmetschenden ab. Ausserdem zeigt er, wie anhand von Berufsbezeichnungen, die Übersetzende verwenden, auf deren Berufsverständnis geschlossen werden kann.

2.4 Rollenvielfalt der Dolmetschenden in der Theorie

Wer sich eingehend mit Dolmetschen und interkultureller Vermittlung auseinandersetzt, erkennt rasch die reiche geisteswissenschaftliche und literarische Tradition des Untersuchungsfeldes. So leitet Alexander Bischoff etliche seiner

Arbeiten ein mit Zitaten philosophischer und literarischer Exponenten wie den Postmodernisten Jacques Derrida (Bischoff 2005a: 215), Peter Sloterdijk (Bischoff und Dahinden 2008), Pascal Mercier (Bischoff 2007) und Umberto Eco (Bischoff, Kurth und Schuster 2008).

Gar auf Platon und Luther bezieht sich Bischoff in einem Beitrag, der die Rolle der Dolmetschenden zu jener der Mediiierenden in Beziehung setzt und abzugrenzen sucht (Bischoff 2005b). Als Aufhänger für den Artikel dient ein Zeitungsbericht über einen Mordfall, der von einem „Mann mit albanischem Namen“ begangen wurde und der dem Journalisten zufolge durch eine Mediation hätte verhindert werden können. Bischoff hinterfragt den gewaltigen Anspruch, der im Zeitalter der Globalisierung an die Mediation erhoben wird – und macht darauf aufmerksam, dass Mediation zwischen Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund eine doppelte sei: Zum einen gelte es, zwischen zwei Parteien zu vermitteln, die sich sachlich nicht einig sind, zum anderen zwischen zwei Fraktionen, die „sich herkunftsmässig nicht verstehen und nicht die gleiche Sprache sprechen“ (ebd.: 117). Wenn es aber gelingt, Strukturen zu schaffen, die Verständigung und Zusammenarbeit über sprachliche und soziokulturelle Unterschiede hinweg ermöglichen, kann sich die „babylonische Vielfalt“ auch im Spital als konstruktive Bereicherung erweisen, als Absage an einen totalitären Machtanspruch, wie er unter Umständen mit der Forderung nach einer einheitlichen Sprache verkörpert wird (Bischoff 2005a: 216).

Auch Weiss und Stuker (1998: 43ff.) befassen sich in ihrer Literaturstudie mit den verschiedenen Rollen der Übersetzerin oder des Übersetzers. Sie reichen von der wörtlichen Übersetzung eines Sachverhaltes über die interkulturelle Vermittlung und die Patientenfürsprache bis zur Co-Therapie. Die Autorinnen berufen sich für die von ihnen vorgeschlagene Typologie auf die „einschlägige Literatur“, die bis ins Jahr 1966 zurück reicht. Wer verschiedene Rollen gleichzeitig erfüllt, läuft allerdings auch Gefahr, in Konflikte zu geraten – zumal auch die Erwartungen des Gegenübers oft unklar sind. Loyalitäts- und Machtkonflikte nehmen daher in der Arbeit von Weiss und Stuker breiten Raum ein.

Überhaupt gewährt die im Untertitel als „Grundlagenbericht“ bezeichnete Schrift eine umfassende Übersicht über die verschiedensten Facetten des interkulturellen Vermittelns im Gesundheitswesen. Sie schliesst mit einer Reihe von Empfehlungen für konkrete Massnahmen ab, z.B. in der Ausbildung von Übersetzenden, und legt eine auf die praktische Anwendung ausgerichtete Basis. Damit ergänzt sie den theoretisch fundierten Grundsatzartikel von Illario Rossi (1999), der die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen mit den Übersetzenden und interkulturellen Mediatorinnen und Mediatoren hervorhebt.

2.5 Grundsätze des Gesundheitswesens

Als „theoretisch“ in einem alltagssprachlichen Sinn können auch die Grundsätze gelten, die den Rahmen einer Literaturstudie abstecken, welche das schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien im Auftrag des Programms für migrantenfreundliche Krankenhäuser durchführte (Bischoff 2006a). Der Autor zählt dabei eine Reihe unbestrittener Kriterien auf, die ein Krankenhaus zu erfüllen hat – und denen es auch aus Sicht fremdsprachiger Patientinnen und Patienten zu genügen gilt (ebd.: 21).

Während die hohe Qualität der Pflege („quality of care“), die Anwendung von nachgewiesenermassen bewährten Methoden („evidence based medicine“) und die Gewichtung der Patientenbedürfnisse („patient-centered care“) für alle Patientinnen und Patienten gleichermassen von Bedeutung sind, nennt Bischoff drei weitere Anforderungen, denen im Hinblick auf fremdsprachige Kranke besonderes Augenmerk zu schenken ist: die Empfindlichkeit gegenüber kulturellen Bedürfnissen („responsiveness to cultural needs“), die Verständlichkeit des Gesundheitswesens („health literacy“) und Strukturen, die Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten zwischen den Patientinnen und Patienten vermeiden („equality and equity“). In seiner Literaturstudie lotet der Autor aus, welche Massnahmen verschiedene europäische Spitäler in die Wege geleitet haben, um diese Ansprüche zu erfüllen.

2.6 Fazit: Die Theorie deckt unterschiedliche Betrachtungsniveaus ab

Für die Schweiz existieren theoretische Grundlagen, die verschiedene Facetten der interkulturellen Verständigung im Gesundheitswesen beleuchten. Sie fokussieren dabei nicht ausschliesslich auf den Bereich der Medizin, sondern thematisieren teilweise auch grundsätzlich den gesellschaftlichen Umgang und Stellenwert „des Fremden“ bzw. den von zugewanderten Menschen.

Mit den Beziehungen der beteiligten Personen untereinander befassen sich zum einen die theoretischen Schriften, die sich mit den Rollen auseinandersetzen, welche Dolmetschende übernehmen können, sowie mit den Funktionen (und Implikationen), die mit der Rollenvielfalt verbunden sind. Zum anderen thematisieren auch einige (wenige) Artikel das Einflussgefüge zwischen Ärzten/Ärztinnen, Pflegenden, Patientinnen, Patienten und Übersetzenden – und die Verschiebungen in der Machtkonstellation, die sich durch den Einsatz von Dolmetschenden in der medizinischen Konsultation ergeben.

An der Schnittstelle zwischen Sprachwissenschaft und Psychologie stehen jene Arbeiten, die sich mit der genderspezifischen Sprache befassen und der Frage nachgehen, wie sich das Geschlecht von Übersetzenden auf die (subjektiv empfundene) Qualität der medizinischen Konsultation auswirkt. Zum Teil gehen diese Studien den aufgeworfenen Fragen zwar auch empirisch nach, begründen ihren Fokus aber mit ausführlichen theoretischen Einleitungen, die es rechtfertigen, sie auch als grundsätzlichen gedanklichen Beitrag zur Thematik zu werten.

So gesehen decken die analysierten Artikel sowohl gesamtgesellschaftliche Betrachtungen als auch zwischenmenschliche Beziehungen bis hin zu individuell psychologischen und linguistischen Facetten theoretisch ab. Der Schwerpunkt der in der vorliegenden Schrift behandelten Untersuchungen liegt allerdings – wie die nachfolgenden Kapitel zeigen werden – eindeutig auf den erfahrungsgestützten Daten der Empirie.

3 Wie Sprachbarrieren der Heilung im Weg stehen

Verständigung und Verständnis stehen am Anfang einer erfolgreichen medizinischen Behandlung. Allerdings genügt es nicht, die Betrachtungen auf die therapeutische Interaktion zu beschränken. Denn Krankheitssymptome widerspiegeln mitunter auch umfassendes Leiden am Exil in einer fremden Welt.

Die Schweizer Sprachlandschaft ist vielfältig – und diese Vielfalt kommt auch im Gesundheitswesen zum Ausdruck. Das unterstreichen die ersten Bestandsaufnahmen, die um die Jahrtausendwende in allen drei Sprachräumen der Schweiz durchgeführt wurden, etwa von Tonnerre (1999), Bischoff et al. (1999a sowie 1999b) sowie Guex und Singy (2003). In diesen Studien gab übereinstimmend eine Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte an, sehr oft fremdsprachige Patientinnen und Patienten zu behandeln. Mit Hilfe professionell Dolmetschender indes konnte nur eine vergleichsweise geringe Anzahl an Konsultationen durchgeführt werden. Sogar in einer Genfer Klinik, die bereits seit 1993 mit dem Übersetzungsdienst des Roten Kreuzes kooperiert, kamen nur in 24 Prozent der Therapiegespräche professionell Dolmetschende zum Einsatz; immerhin in 17 Prozent wurde die Übersetzung gemäss der gleichen Studie durch Angehörige oder Bekannte der Patientinnen und Patienten sichergestellt (Bischoff et al. 1999b); andere Untersuchungen ermittelten für die Laienübersetzenden aus dem Familien- und Freundeskreis gar noch höhere Werte (Tonnerre 1999).

Gerade die traditionelle Mehrsprachigkeit der Schweiz könnte laut den Autoren dazu geführt haben, dass die Schwierigkeiten interkultureller Verständigung lange unterschätzt wurden: Da die ersten Migrantinnen und Migranten aus dem lateinischen Sprachraum stammten und die Pflegenden auf Französisch oder Italienisch ausweichen konnten, verschärften sich die Probleme erst in jüngerer Zeit, mit der Ankunft von Menschen, die beispielsweise slawischer oder arabischer Muttersprache sind (Bischoff et al. 1999a: 253; Guex und Singy 2003: 13ff. und 53ff.). Doch obgleich die Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten von zahlreichen medizinischen Fachkräften bald als Problem erkannt wurde und sich viele

von ihnen für den Einsatz qualifizierter Dolmetscher aussprachen, zog nur eine kleine Minderheit in Erwägung, entsprechende Netzwerke aufzubauen (Eytañ, Bischoff und Loutan 1999: 192).

Neuere Zahlen aus dem Genfer Universitätsspital bestätigen, dass die Arbeit mit professionell Dolmetschenden immer noch keine Selbstverständlichkeit ist – obschon die untersuchte Institution mittlerweile auf eine zehnjährige Zusammenarbeit mit Übersetzenden des Roten Kreuzes zurück blicken kann (Hudelson und Vilpert 2009).

3.1 Ungesunde Verständigungsschwierigkeiten

Die in den hier analysierten Studien konsultierte Literatur nennt verschiedene Risiken von Verständigungsbarrieren: Abgesehen davon, dass sie die Gefahr unzutreffender Diagnosen erhöhen, stellen sie die Kontinuität der Betreuung in Frage, weil fremdsprachige Patientinnen und Patienten bei einem erneuten Ausbruch der Krankheit häufig nicht die gleiche Klinik aufsuchen. Auch nehmen sie Angebote der gesundheitlichen Vorsorge weniger oft in Anspruch als Personen, die sich ungehindert verständigen können (Bischoff et al. 2003b: 541). Verschiedene Studien berufen sich auf Ergebnisse, wonach sich Migrantinnen und Migranten in ihren gesundheitsrelevanten Handlungsweisen anders verhalten als die Einheimischen – und auch anders behandelt werden als diese: So neigen fremdsprachige Zugewanderte dazu, Dienste der medizinischen Grundversorgung häufiger in Anspruch zu nehmen als die Einheimischen. Auch werden Migrantinnen und Migranten weniger oft zu Nachfolgeuntersuchungen aufgeboten, ausserdem halten sie sich nicht so strikt an die medizinischen Anweisungen, und ihre Meinungsäusserungen finden beim medizinischen Personal geringere Beachtung (dazu Bischoff und Loutan 2004: 183 sowie Bischoff 2006b: 28). Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die auf starken psychologischen Rückhalt angewiesen sind, wirken sich Verständigungsbarrieren ausgesprochen nachteilig aus. Eine Untersuchung in einer Klinik für chronische Schmerzpatientinnen und -patienten ermittelte, dass Personen ausländischer Herkunft, die sich nur schwer mit dem Arzt oder der Ärztin unterhalten können, die Klinik zwar nicht häufiger aufsuchen als andere,

3 Wie Sprachbarrieren der Heilung im Weg stehen

dass aber ihre Konsultationsgespräche signifikant weniger lange dauern als jene mit Patientinnen oder Patienten, die einer Landessprache mächtig sind. Das kürzere Gespräch führt allerdings kaum zu Kosteneinsparungen. Denn Ärztinnen und Ärzte, die sich ausführlicher mit ihrem kranken Gegenüber unterhalten, neigen eher dazu, auch Empfehlungen für den Lebensstil und vorbeugende Massnahmen auszusprechen, statt bloss Medikamente zu verschreiben (Ruppen, Bandschapp und Urwyler 2010: 262ff.). Bischoff und Steinauer (2007: 345) ziehen aus verschiedenen Studien denn auch den Schluss: „Fremdsprachige Patienten erhalten tendenziell aufgrund fehlenden bzw. ungenügenden Informationsflusses eine der Situation unangemessene Behandlung.“

Nicht nur vom Standpunkt der Patienten/ Patientinnen aus sind Verständigungsschwierigkeiten fatal. Auch aus Sicht medizinischer Fachpersonen stellen Kommunikationsprobleme mit Migrantinnen und Migranten eines der zentralen Probleme in ihrer täglichen Arbeit dar (Flubacher, 1997; Dahinden, Chimienti 2002:10; empirisch belegt auch in Bischoff et al. 1999a: 249). Das Gefühl, unverstanden zu bleiben und das Gegenüber nicht oder zumindest nicht gut genug zu verstehen, belastet und frustriert viele Pflegenden (Luck 2006). So gesehen stellen Verständigungsbarrieren nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Pflegenden ein Gesundheitsrisiko dar.

3.2 Leid und Krankheit

Etliche der analysierten Studien, die sich mit den Schwierigkeiten der interkulturellen Verständigung auseinandersetzen, beschränken sich nicht auf die unmittelbare medizinische Interaktion: Vielmehr gilt es, auch die Vorgeschichte der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen – und die Probleme, die sich ihnen auch ausserhalb des Gesundheitswesens stellen, wenn sie sich in ihrer neuen gesellschaftlichen Umgebung zurechtfinden müssen. Gerade Asylsuchende, die ihre Heimat aus politischen Gründen verlassen mussten, tragen oft schwer an ihrer Vergangenheit. Der Verlust von Angehörigen, Kriegserlebnisse und Folter hinterlassen Spuren – manchmal körperliche, fast

immer seelische. Bischoff et al. (2003a: 507) ermitteln in einer breit angelegten Untersuchung mit Asylsuchenden für 19 Prozent schwere psychische Symptome, und 63 Prozent hatten traumatische Erlebnisse erlitten.

Auch wenn Menschen von traumatischen Kriegserlebnissen verschont blieben und sie einzig die Hoffnung auf bessere wirtschaftliche Bedingungen ins Ausland geführt hat, sind sie verwundbar. Es liegt indes auf der Hand, dass es Personen, die von der Schweizer Wirtschaft angeworben werden und die als „eurokompatible Geschäftsleute“ (sinngemäss Guex und Singy 2003: 14) einen hohen Status geniessen, leichter fällt, gesellschaftliche und emotionale Ressourcen für die Integration in das neue Lebensumfeld zu aktivieren als eingewanderten ungelerten Hilfskräften, die mit weniger hoch qualifizierten einheimischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Konkurrenz treten müssen – und deren Ablehnung zu spüren bekommen. Flubacher (1997: 813) spricht in diesem Zusammenhang denn auch von „Verflechtungen von medizinischen mit psychosozialen Problemen“ und schlägt einen „Fragekatalog zur erweiterten Sozialanamnese“ vor (ebd.: 812): Dieser sollte unterschiedliche Aspekte wie Rückkehrperspektiven, fremdenpolizeilichen Status, finanzielle Absicherung oder Zufriedenheit mit der Wohnlage berücksichtigen. Bischoff (2007: 22) gesteht denn auch zu, dass in vielen Fällen andere Ansätze als „blosse Dolmetscherdienste „ebenso, wenn nicht sogar wichtiger wären: Weiterbildung, Spracherwerb, Empowerment. Übersetzungsdienste tragen ihrerseits wesentlich zum Empowerment bei, folgern Fachleute aus Genf: In einer Studie konnten sie zeigen, dass bei übersetzten Konsultationen 83 Prozent der Patienten und Patientinnen eine nachfolgende medizinische Betreuung erhalten, gegenüber 63 Prozent bei nicht übersetzten Gesprächen. „Relayée par un professionnel – reconnu comme tel par la structure socio-sanitaire qui finance et organise sa présence, la parole du patient gagne à l'évidence en poids et en légitimité sociale face au soignant“ (Guex und Singy 2003: 57).

3.3 „Gesund werden erfordert verstanden werden“

Der hier zitierte programmatische Titel von Bischoff (2002) bringt es auf den Punkt und bündelt eine Reihe empirischer Ergebnisse: Wenn sich Gesundheitsfachleute und ihre Patientinnen/Patienten buchstäblich gut verstehen, werden therapeutische Anweisungen besser befolgt, Untersuchungstermine zuverlässiger eingehalten und weniger notfallmässige Interventionen beansprucht.

Ideal scheinen die Voraussetzungen zu sein, wenn Pflegende die gleiche Sprache sprechen wie ihr krankes Gegenüber: Bischoff et al. (2003a sowie – auf den gleichen Daten beruhend – Bischoff 2005) zeigen auf, dass das medizinische Personal die Qualität der Verständigung weit aus am besten bewertet, wenn zwischen beiden Parteien sprachliche Übereinstimmung herrscht. Doch nicht nur die Verständigungsqualität erhöht sich: Linguistische Barrieren wirken auch auf Krankheitsbild und Behandlung zurück. Insbesondere psychische Symptome wie Schlaflosigkeit, Unruhe und Kummer wie auch traumatische Erlebnisse werden einem gleichsprachigen Gegenüber eher anvertraut (Bischoff et al., 2003a: 507).

Alle untersuchten Studien stützen somit den Befund, wonach Übersetzungsdienste im Gesundheitswesen der Qualität des Austausches zwischen medizinischen Fachkräften und fremdsprachigen Patienten zugutekommen. Empirisch erhärtet wird dieses Ergebnis sowohl über ein qualitatives Untersuchungsdesign (Kamm und Kaya 2008: 145ff.) als auch auf quantitativem Weg (Bischoff et al., 2003a).

4 Sprachbarrieren überwinden

Wenn sich Menschen unterschiedlicher Muttersprache gegenüberstehen, können sie sich auf verschiedene Arten behelfen, um sich trotzdem zu verständigen. Übersetzungsdienste stehen dabei im Zentrum der Betrachtung. Diese können auf unterschiedliche Art organisiert werden – wobei in der Wissenschaft zumindest Einigkeit darüber besteht, von welchen Vorgehensweisen Abstand genommen werden sollte.

Ob auf eine gemeinsame Drittsprache ausgewichen oder fremdsprachiges Personal beigezogen wird, ob professionell Dolmetschende zum Einsatz kommen oder Verwandte einspringen – die Wege, die bei Verständigungsschwierigkeiten im Gesundheitswesen beschritten werden, sind vielfältig. Der „direkte“ Ansatz besteht darin, dass entweder das medizinische Fachpersonal Fremdsprachen lernt oder dass sich Migrantinnen und Migranten die für sie neue Sprache oder eine gemeinsame Verkehrssprache aneignen (Bischoff 2006a: 36ff.). Diese „direkte“ Strategie wird indes nur von einigen wenigen Studien in Betracht gezogen, obschon die Praxis nicht gegen sie spricht: Im einen Fall führt die Kommunikation über eine (für beide Parteien „fremde“) Verkehrssprache manchmal sogar zu befriedigeren Ergebnissen als der Einsatz von Dolmetschenden (Bischoff 2001: 37).

In der überwiegenden Mehrzahl setzen sich die ausgewerteten Studien mit verschiedenen Aspekten des Dolmetschens auseinander. Eine neuere Übersicht über die verschiedenen Formen des Übersetzens geben Guex und Singy (2003: 25ff.) und Gehrig et al. (2009: 39ff.). Dass Übersetzungen die Qualität der Konsultation mit fremdsprachigen Patienten steigern, ist vielfach belegt. Allerdings hängt es dabei auch stark davon ab, wie die Dolmetschdienste organisiert sind bzw. ob professionell oder behelfsmässig Übersetzende hinzugezogen werden.

4.1 Ein grundsätzlich positives Echo auf professionelle Dolmetschdienste

Wie sich Übersetzungsdienste generell auf die therapeutischen Gespräche auswirken, wird in verschiedenen Artikeln ausgelotet. So führte Bischoff im Jahr 1999 am Genfer Universitätsspital bei Ärztinnen und Ärzten auf der einen und bei Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite eine Befragung durch, um die Qualität der Kommunikation in der Sprechstunde zu ermitteln. Die Gruppe der Kranken umfasste Migrantinnen und Migranten unterschiedlichster Herkunft, darunter auch solche französischer Muttersprache. Personen in Spitalbehandlung, die während der Konsultation von Dolmetschenden unterstützt worden waren, beurteilten die Gespräche am besten – sogar noch besser als Kranke, die sich auf Französisch mit ihrem medizinischen Gegenüber direkt unterhalten hatten. Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte zeigte sich insofern ein etwas anderes Bild, als diese den Gesprächen mit französisch sprechenden Patientinnen und Patienten die besten Noten gaben. Auch die Kommunikation mit Dolmetschenden wurde aus Sicht der medizinischen Fachpersonen weniger eindeutig positiv beurteilt als durch die Patientinnen und Patienten; aus Sicht der medizinischen Fachleute kann es eine bessere Alternative darstellen, wenn auf eine Verkehrssprache – etwa Englisch – ausgewichen wird, die beide Parteien verstehen. Bischoff (2001: 37) schliesst aus der skeptischen Haltung der Ärztinnen und Ärzte, dass diese auf die Zusammenarbeit mit Dolmetschenden vorbereitet werden müssen, um den vollen Nutzen aus der „Kommunikation zu dritt“ ziehen zu können. Einig waren sich hingegen beide Gruppen – Ärztinnen/Ärzte wie auch Patientinnen/Patienten – in ihrer negativen Bewertung von Gesprächen, bei denen Verwandte als Übersetzende fungierten.

Wenige Monate später testete Bischoff seine These, wonach sich ein spezifisches Training für Ärztinnen und Ärzte positiv auf die Qualität von Konsultationen „im Dialog“ auswirkt. Dazu befragte der Autor Ende des Jahres 1999 und Anfang 2000 im Rahmen von insgesamt 1016 Konsultationen zahlreiche Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten. Dabei verglich er die Beurteilung von Ge-

sprächen mit medizinischen Fachpersonen, die ein solches Training absolviert haben, mit jenen von Medizinerinnen und Medizinern ohne spezifische Ausbildung. Während fremdsprachige Kranke die Verständigung mit „trainierten“ Ärztinnen und Ärzten deutlich besser beurteilten, bewerteten die medizinischen Fachpersonen, die das Weiterbildungsangebot genutzt hatten, die Qualität der Konsultation eher schlechter – insbesondere, wenn ungeschulte Ad-hoc-Übersetzende zum Einsatz gekommen waren. Bischoff et al. (2003b: 544) erklären sich den überraschenden Befund dadurch, dass Ärztinnen und Ärzte durch das Training für Belange der Kommunikation generell kritischer und aufmerksamer würden. Ausserdem sieht er sich in seiner Feststellung bestärkt, dass sich Familienmitglieder nicht zum Übersetzen eignen, denn das Training führte dazu, dass Ärztinnen und Ärzte vermehrt auf geschulte Dolmetschende zurückgriffen.

Zugunsten einer Schulung der Gesundheitsfachleute sprechen sich schliesslich auch Bischoff, Kurth und Schuster (2008: 171) aus: „Im Alltag wird Gesundheitsfachpersonal häufig mit Dolmetscherinnen konfrontiert, ohne eine entsprechende Vorbereitung auf diese Zusammenarbeit zu erhalten. Das Wissen um die Kriterien einer ‚guten Dolmetscherin‘, oder eines ‚idealen Dialogs‘ kann nicht einfach als gegeben angenommen, sondern sollte in Weiterbildungsveranstaltungen für das medizinische Fachpersonal behandelt werden“. Zu diesem Fazit kommen die Autorinnen und der Autor auf Grund einer qualitativen Untersuchung an der Universitäts-Frauenklinik Basel. Eine Studie, die im Universitätsspital von Lausanne durchgeführt wurde, unterstreicht diese Forderung. Hier sind es insbesondere die interkulturell Vermittelnden, die den Standpunkt vertreten, nur eine entsprechend ausgebildete Ärztin resp. ein Arzt vermöge den vollen Nutzen aus ihren Diensten zu ziehen (Singy und Guex 2005: 49). Die Bedeutung einer Schulung hebt auch Longerich (2002: 67) hervor; diese sollte sich an Pflegenden wie auch Dolmetschende richten, um alle Beteiligten zum Dialog zu befähigen. Aus Sicht der Autorin ist es besonders hilfreich, wenn die Übersetzenden aus dem gleichen Land stammen wie die Patientinnen und Patienten, denn der gemeinsame Hintergrund trage dazu bei, Vertrauen

aufzubauen. Umso wichtiger allerdings ist die Schulung der Dolmetschenden, damit diese in der Lage sind, dem oft belastenden Austausch mit den Patientinnen und Patienten mit ausreichender Distanz entgegenzutreten.

Gesamthaft betrachtet, lassen sich also die Vorteile des Dolmetschens in der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und fremdsprachigen Patienten und Patientinnen empirisch belegen. Um indes den vollen Nutzen aus den Übersetzungen zu ziehen, empfehlen die Fachleute, Ärzteschaft wie auch Pflegende entsprechend zu schulen (dazu auch Luck 2006).

4.2 Der heikle Einsatz von Verwandten und Freunden

Was liegt näher, als sich im fremden Land von sprachkundigen Familienmitgliedern ins Spital begleiten zu lassen, damit diese bei allfälligen Verständigungsschwierigkeiten als Übersetzende einspringen können? Tatsächlich waren es noch in den 1990er-Jahren oftmals Angehörige, die als Dolmetschende dienten; in ihrer theoretischen Auseinandersetzung kommen Weiss und Stuker (1998: 40) zum Schluss, dass zum Zeitpunkt ihrer Studie fast ausschliesslich Laienübersetzende aus dem Familien- und Freundeskreis der Patientinnen und Patienten sowie zweisprachiges Gesundheitspersonal für Dolmetschdienste eingesetzt wurden. Die erste gesamtschweizerische Erhebung über die Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten untermauert diese Feststellung mit Zahlen und ermittelte für die Jahre 1996/97, dass 79 Prozent von insgesamt 244 befragten Gesundheitsinstitutionen bei Verständigungsschwierigkeiten „ziemlich häufig“ auf Verwandte zurückgriffen (Bischoff et al. 1999a: 250; zitiert auch in Bischoff und Steinauer 2007: 346 sowie in Bischoff und Hudelson 2009:1). Dabei kommt der Autor auch einer aufschlussreichen Gesetzmässigkeit auf die Spur: Angehörige werden als Übersetzende insbesondere in Sprachgemeinschaften beigezogen, die erst seit vergleichsweise kurzer Zeit in der Schweiz heimisch sind. Oder anders ausgedrückt: „The longer an allophone community is living in Switzerland, the less relatives are used in medical services for interpretation“ (Bischoff et al. 1999a: 251).

Dass es oft Verwandte und Freunde sind, die als Übersetzende fungieren, ist zum einen auf finanzielle Erwägungen von Seiten der Pflegeinstitution zurückzuführen (Bischoff et al., 1999a: 253) und zum anderen der Pragmatik geschuldet: Einen Termin mit professionellen Übersetzerinnen und Übersetzern abzusprechen, ist oft mit einem gewissen Aufwand verbunden, ausserdem ist der Zugang zu Übersetzungsdiensten mitunter ungewiss (Bischoff und Steinauer 2007: 346). Schliesslich braucht eine Gesundheitsinstitution, die auf Verwandte zurückgreift, auch keine Verantwortung für die Qualität der Übersetzung zu übernehmen (Bischoff und Loutan 2004: 192).

Generell raten die Fachleute – in der Regel mit Nachdruck – davon ab, Angehörige und Freunde als Dolmetschende beizuziehen (etwa in Bischoff 2006a: 33). Begründet wird die ablehnende Haltung mit einem Verlust an Intimität und Vertraulichkeit des Arztgesprächs (Bischoff et al. 1999a: 253) sowie damit, dass es den im Herkunftsland verwurzelten Verwandten nicht gelinge, eine Brücke zur Lebensart im neuen Umfeld zu schlagen. Zudem ist die Übersetzungsleistung von Verwandten oft durch deren Voreingenommenheit geprägt, sodass sie unter Umständen über Informationen hinweggehen, die aus medizinischer Sicht bedeutsam sind (Longerich 2002: 66). Auch würden insbesondere Kinder belastet, wenn sie emotional aufgeladene Gespräche zu übersetzen hätten (Bischoff et al. 2003a: 510; Halbright und Ackermann-Frösch 2007: 15; Kurz 2006: 30), und die Hierarchie bzw. Rollenverteilung innerhalb der Familie werde gestört, wenn die Nachkommen ihren Eltern schlechte Nachrichten oder ärztliche Handlungsanweisungen übermitteln müssten (Bischoff und Steinauer 2007: 346). Nicht zu unterschätzen sei schliesslich auch die Gefahr, dass Angehörige Fragen des Arztes/der Ärztin aus ihrer eigenen Wahrnehmung beantworten würden, ohne den Patienten oder die Patientin zu fragen. Im schlimmsten Fall kann dies zu Missverständnissen bis hin zu Fehldiagnosen führen (Bischoff und Loutan 2004: 193). Gründe, die zugunsten des Einsatzes von Verwandten beim Dolmetschen sprechen könnten, werden bloss in einem einzigen Artikel angeführt, und sie beschränken sich auf die Feststellung, Angehörige seien besonders geeignet, um den Patien-

4 Sprachbarrieren überwinden

tinnen und Patienten anwaltschaftliche Unterstützung im Sinne der „advocacy“ zukommen zu lassen (Bischoff und Steinauer 2007: 346).

Die Empirie bekräftigt, dass Übersetzende aus dem Familien- und Freundeskreis ungeeignet sind – und zwar nicht nur im Gesundheitswesen: Eine Untersuchung, die sich mit Dolmetschen und Vermitteln in öffentlichen Institutionen des Kantons Basel auseinandersetzt, weist nach, dass Kaderpersonal aus dem Bildungs-, Sozial-, Polizei- und Gesundheitsbereich die Übersetzungsleistungen von Verwandten zu 68 Prozent als nicht gut beurteilt (Bischoff und Dahinden 2008: 11). Auch in einer Studie, die ausschliesslich auf das Gesundheitswesen fokussiert, erhalten Familienangehörige schlechtere Noten als andere Laiendolmetschende oder gar professionell Übersetzende (Bischoff und Hudelson 2009: 3). Des Weiteren bekräftigt eine qualitative Befragung von medizinischem Fachpersonal an der Universitäts-Frauenklinik Basel, dass der Beizug von Kindern insbesondere bei Fragen rund um die Sexualität problematisch ist (Bischoff, Kurth und Schuster 2008: 168). Die Schweizer Studien sind mithin im Einklang mit Ergebnissen aus dem Ausland, welche dolmetschende Verwandte negativ beurteilen (Bischoff und Grossmann 2006: 23).

4.3 Wenn sprachkundiges Spitalpersonal übersetzt

Im Gesundheitswesen arbeiten mittlerweile viele Menschen, die selber einen Migrationshintergrund aufweisen oder ausländischer Nationalität sind: In einem Zürcher Spital etwa waren bereits im Jahr 1993 47 Prozent der Pflegenden und 59 Prozent der Spitalgehilfinnen und -gehilfen ausländische Staatsangehörige, während die Angestellten des kantonalen Universitätsspitals Genf aus 60 verschiedenen Ländern stammten (Mader 2000: 67). Teilweise erschwert die „babylonische Sprachenvielfalt“ des Pflegepersonals die Verständigung: Luck (2006: 206) ermittelt für das Universitätsspital Basel einen Anteil von bis zu 75 Prozent an Pflegenden ausländischer Nationalität, bei denen folglich auch nicht vorausgesetzt werden darf, dass sie mehr als eine Schweizer Landessprache verstehen. Vorteilhaft ist ein Migrationshintergrund der Pflegenden dann, wenn sie sich sowohl in einer Schweizer Amtssprache als auch in der Sprache ihres

Herkunftslandes gut verständigen können. Da liegt es nahe, für Übersetzungsdienste auf solche mehrsprachigen Spitalangestellten zurückzugreifen. Mit der Theorie in Beziehung gebracht werden kann diese alltägliche Praxis über das Stichworte der „Valorisierung von Immigration Sprachen“ (Dahinden und Chimienti 2002: 22): Dass Migrantinnen und Migranten weiterhin ihre Muttersprache pflegen, wird unter dieser Perspektive nicht mehr als Gefahr für eine gelungene Integration gesehen, sondern als Ressource – für die betroffenen Menschen selber wie für das Einwanderungsland (dazu auch 3.2 der vorliegenden Arbeit sowie Kamm und Kaya 2008: 143ff.).

Wissenschaftlich erforscht wurde der Einsatz von mehrsprachigem Spitalpersonal im Übersetzungsdienst über quantitative wie qualitative Ansätze. Gestützt auf grosse Zahlen leuchtet Bischoff das Phänomen aus: In den Jahren 1996/97 gaben 75 Prozent von 244 befragten Spitälern und Kliniken an, häufig fremdsprachiges Klinikpersonal für Dolmetschdienste einzuspannen – 43 Prozent ziehen dafür Angestellte mit Verwaltungsaufgaben bei (Bischoff et al. 1999a: 250). Es sind also nicht unbedingt mehrsprachige Pflegenden, die Hilfe bei Übersetzungen leisten, und es lassen sich Belege finden, wonach Angestellte ohne direkten Patientenkontakt für Dolmetschdienste sogar geeigneter seien als das Pflegepersonal (Bischoff, Steinauer und Kurth 2006c: 34).

Bischoff et al. (1999a) zufolge dienen Spitalangestellte vor allem in Sprachgemeinschaften als (Laien)Übersetzende, die bereits seit Längerem in der Schweiz heimisch sind. So gesehen spiegelt sich am Einsatz mehrsprachiger Spitalmitarbeitender auch der Grad der Integration einer Sprachgruppe wider (ebd.: 253, auch bestätigt durch Eytan, Bischoff und Loutan 1999: 191); in der Theorie wird dieses Phänomen unter dem Begriff der „Transkulturalisierung“ bearbeitet (Kamm und Kaya 2008: 144). So erstaunt es auch nicht, dass für Übersetzungen ins Italienische, Spanische, Portugiesische und – je nach Quellenlage – Serbokroatische besonders oft internes Personal hinzugezogen wird (Eytan, Bischoff und Loutan 1999: 190; Bischoff und Dahinden 2008: 12; sowie auf anderer Datengrundlage auch Bischoff und Hudelson 2009: 3).

4 Sprachbarrieren überwinden

Die Frage, unter welchen Umständen sprachkompetente Angestellte für Übersetzungen beigezogen werden sollen, beantworten Bischoff, Steinauer und Kurth (2006c). Eine „Entscheidungswaage“, die verschiedene Merkmale der Beratungssituation berücksichtigt – z.B. ihre Dringlichkeit, die Komplexität bzw. den Abstraktionsgrad des Gesprächs, die Emotionalität – gibt Hinweise, wann eher professionelle (externe) und wann spitalinterne Laiendolmetscherinnen und -dolmetscher beigezogen werden sollten (ebd.: 7). Wenn auch sprachkundiges Personal namentlich in dringenden, unplanbaren Situationen unschätzbare Dienste bei der Übersetzung leisten kann, gilt es dennoch, potenzielle Probleme zu gewärtigen: Die Laienübersetzenden können in Rollenkonflikte geraten, oder es entstehen Spannungen im Team, wenn andere Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter die Arbeit einer Kollegin/eines Kollegen übernehmen müssen, die/der zum Dolmetscheinsatz gerufen wird. Auch erwähnen Bischoff et al. (2003a: 510) eine Studie, die vermehrte Interpretationsfehler nachwies, wenn ungeschultes Personal beim Dolmetschen einsprang.

Anhand vertieft untersuchter Fallbeispiele diskutieren Kamm und Kaya (2008) die Vorteile, die aus dem Einsatz mehrsprachiger Klinikangestellter gewonnen werden können. Diese qualitative Studie kann als eigentliches Plädoyer für diesen Ansatz gesehen werden: Sie hebt hervor, dass insbesondere Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation ideale Voraussetzungen mitbringen, um zwischen den Lebenswelten des Aufnahme- und des Herkunftslandes zu vermitteln.

4.4 Telefonische Dolmetschdienste

Wenn Gesundheitsfachleute bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten nicht deren Verwandte und Freunde um Hilfe bitten wollen und weder mehrsprachiges Personal noch professionell Übersetzende zur Verfügung stehen, können telefonische Dolmetschdienste eine hilfreiche und zielführende Alternative darstellen. Zu diesem Befund kommt eine Studie, die im Auftrag des BAG im Rahmen seiner Strategie Migration und Gesundheit eine umfassende Literaturliteraturauswertung vornahm und diese Ergebnisse mit sechs – überwiegend im Ausland durchgeführten – Fallstudien ergänzte (Bischoff und Grossmann 2006: 5).

Die Literaturobwertung zeigt, dass Patientinnen und Patienten den telefonischen Übersetzungsdienst sehr schätzen und ihn in den meisten Fällen ebenso gut akzeptieren wie die direkte Übersetzung durch Dolmetschende vor Ort. Bloss eine einzige – und in ihrer methodischen Qualität von den Autoren angezweifelte (ebd.: 20) – Studie wies nach, dass die Patientenzufriedenheit bei telefonischen Dolmetschdiensten tiefer liegt als bei direkten Übersetzungen.

Auch die Fallstudien bezeugen, dass telefonisches Dolmetschen in seiner Beliebtheit kaum hinter dem unmittelbaren Übersetzen zurücksteht. Fachleute gehen davon aus, dass in bestimmten Fällen Telefondolmetschen sogar hilfreicher ist als die direkte Übersetzung, weil es als anonym empfunden wird (ebd.: 31). In einer anderen Studie wird das telefonische Dolmetschen gar als Mittel gesehen, um zu verhindern, dass die kommunikative Macht zu stark von der Ärztin/dem Arzt auf die Übersetzenden übergeht (Leanza 2008: 216). Zusammenfassend lässt sich bestätigen, dass sowohl Patientinnen und Patienten wie auch Fachleute, die mit telefonischen Übersetzungsdiensten arbeiten, diese sehr zu schätzen wissen.

Etwas anders sieht es aus, wenn telefonisches Dolmetschen von Personen beurteilt wird, die nicht damit vertraut sind. So stellte sich in einer Umfrage unter Schweizer Ärztinnen und Ärzten heraus, dass ein solcher Dienst aus ihrer Sicht kein vordringliches Anliegen ist: Gefragt, welchem Hilfsmittel sie in der Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten den Vorzug gäben, wählten 85 Prozent von 169 befragten Waadtländer Ärztinnen und Ärzten die direkten, vor Ort anwesenden Übersetzenden. An zweiter Stelle folgte mit 58 Prozent das Wörterbuch, und erst an dritter Stelle (mit 45 Prozent) stand der telefonische Dolmetschdienst (Bischoff und Grossmann 2006: 19ff.). Für eine skeptische Haltung gegenüber telefonischen Übersetzungsdiensten sprechen auch die Ergebnisse aus der Fallstudie im Kantonsspital Baden: Trotz eines vorhandenen Telefonübersetzungsdienstes wurden im Jahr 2004 nur gerade 6 von insgesamt 111 Übersetzungen telefonisch durchgeführt. Begründet wurde der zurückhaltende Gebrauch mit befürchteten Qualitätseinbussen sowie mit

4 Sprachbarrieren überwinden

der Vermutung, „dass das Bewusstsein über diese Möglichkeit nicht stark genug vorhanden sei“ (ebd.: 33). Ein Erfahrungsbericht neueren Datums belegt allerdings, dass sich telefonische Dolmetschdienste in der Schweiz allmählich etablieren; seit 2006 bietet TeleLingua telefonische Übersetzungen für Institutionen des Gesundheitswesens an, und die Erfahrungen, die unter anderem das Kantonsspital Graubünden mit dem neuen Angebot für „kürzere und notfallmässige Mitteilungen“ machen konnte, sind positiv (Halbright und Ackermann-Frösch 2007: 15).

Aus den Erfahrungen, die im Ausland mit Telefondolmetschdiensten gesammelt wurden, lassen sich Empfehlungen für die erfolgversprechende Anwendung dieser Methode ableiten: So bietet sie sich insbesondere für Sprachen an, die nur selten gesprochen werden (Bischoff und Grossmann 2006: 7, 16) sowie in kleinen bzw. abgelegenen Spitälern, für die der Einsatz von Dolmetschenden vor Ort (bzw. ihre Anfahrt) zu kostspielig wäre (ebd.: 26, 39). Einem national organisierten, rund um die Uhr erreichbaren Dienst sprechen die Autoren den grössten Nutzen zu (ebd.: 40); die ständige Verfügbarkeit ist nicht zuletzt für stationär behandelte Patienten und Patientinnen von Bedeutung (ebd.: 19). Richtlinien, die dem medizinischen Personal helfen zu entscheiden, wann Übersetzende anzufordern sind und welcher Methode der Vorzug gegeben werden soll, können dazu beitragen, die Qualität der Konsultation zu steigern (ebd.: 8, 40). Eine Zertifizierung (bzw. eine entsprechende Ausbildung) von Telefondolmetschenden ist wichtig, um die Qualität des Angebots zu gewährleisten (ebd.: 8, 41); von Vorteil ist es, wenn Telefondolmetschende thematisch spezialisiert sind und über das entsprechende Fachvokabular verfügen (ebd.: 17). Auch technische Voraussetzungen gilt es zu erfüllen: So empfehlen sich mobile Kommunikationssysteme, die auch mit Headset zu bedienen sind. Da es sich beim Telefondolmetschen um eine technikgestützte Methode handelt, bietet sie im Übrigen den Vorteil, dass sich ein Gespräch aufzeichnen lässt und bei Bedarf mehrmals abgehört werden kann (ebd.: 31). Allerdings vermag unter Umständen eine ausgeklügelte und hoch technisierte Ausstattung die Gesprächsatmosphäre in Mitleidenschaft zu ziehen; so hat die Videotelefonie zwar den Vorteil, dass

Dolmetschende auch nonverbale Aspekte der Kommunikation berücksichtigen können (ebd.: 14) – andererseits gibt es Patientinnen und Patienten, die sich durch eine Kamera eingeschüchtert fühlen (ebd.: 22).

Ein im Jahr 2009 im Auftrag des BAG erstelltes Detailkonzept mit einer integrierten Marktanalyse zeigt auf, wie ein nationaler Telefondolmetschdienst für den Schweizer Gesundheitsbereich aussehen könnte. Vorgeschlagen wird ein Dienst, der zwölf Sprachen abdeckt; damit könnten 90 Prozent der fremdsprachigen Bevölkerung bedient werden. Ferner sollte der Dienst die ganze Woche – auch am Samstag und Sonntag – rund um die Uhr erreichbar sein; ausserhalb definierter Tageszeiten könne ein eingeschränktes Angebot in Betracht gezogen werden, während in der Nacht und an Sonn- und Feiertagen auch eine automatische Telefonvermittlung oder ein Outsourcing an eine externe Firma zu erwägen sei (Fritschi et al. 2009: 50ff.). Die Marktanalyse kommt auf Grund verschiedener Szenarien zum Schluss, dass ein Telefondolmetschdienst in der Schweiz kostendeckend arbeiten könnte, wenn – je nach Rahmenbedingungen – Stundentarife zwischen 120 und 240 Franken berechnet würden (ebd.: 62).

4.5 Alternativen zum Dolmetschen

Neben den verschiedenen Formen von Dolmetschdiensten existieren auch noch andere Hilfsmittel, welche die Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten unterstützen können. Diese Alternativen sind Gegenstand einer Untersuchung, die bei privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzten des Waadtländer Netzwerkes „réseau santé“ durchgeführt wurde (Graz, Vader und Raynault 2002). Zwar fanden 85 Prozent der Befragten, die Anwesenheit von Dolmetschenden sei generell erwünscht. Bei der Frage, wie oft welche Form der sprachlichen Unterstützung in den letzten Monaten zweckmässig gewesen wäre, wurden indes ein schriftlich vorliegendes Glossar mit den wichtigsten medizinischen Ausdrücken sowie der Einsatz eines telefonischen Übersetzungsdienstes signifikant häufiger genannt als der Beizug einer oder eines vor Ort anwesenden Dolmetschenden. Die Studie hält allerdings auch fest, dass die Antworten der Medizinerinnen und Mediziner

von der praktischen Erfahrung geprägt waren, wonach es ohnehin unmöglich sei, für jeden Fall physisch anwesende Dolmetschende aufzubieten; auch zielten zahlreiche Konsultationen mit Migrantinnen und Migranten auf Beschwerden wie kurzfristige Atem- und Verdauungsprobleme oder geringfügige Verletzungen ab, die keine komplexe Kommunikation erforderten (ebd.: 79).

4.6 Die Sicht von der „Gegenseite“ aus: Was Dolmetschenden auffällt

Die Mehrheit der Studien, die sich mit Sprachbarrieren im Gesundheitswesen auseinandersetzten und mit den Möglichkeiten, diese zu überwinden, stellen entweder die Pflegenden oder aber die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Die Sichtweise der Dolmetschenden wird dagegen seltener ausgelotet. Eine Ausnahme stellt eine qualitative Untersuchung von Patricia Hudelson (2005) dar. Gestützt auf Tiefeninterviews mit Dolmetschenden ermittelt sie drei Problembereiche, wo die Gefahr besonders gross ist, dass sich Erwartungen und Kommunikationsgewohnheiten von Pflegenden und von Patientinnen und Patienten konflikthaft an einander reiben: Zum einen haben Kranke, die eine medizinische Praxis oder ein Spital aufsuchen, oftmals ihre eigenen Vorstellungen vom Ursprung ihres Leidens; diese „Laiendiagnose“ deckt sich indes häufig nicht mit der fachmedizinischen Sicht. Insbesondere bei psychischen oder stark stigmatisierten Krankheiten (etwa Tuberkulose oder Aids) lehnen Betroffene mitunter das medizinische Urteil ab und weichen auf „unwissenschaftliche“ Erklärungen wie etwa den bösen Blick oder Gottes Wille aus. Unter Umständen sinkt dabei auch die Bereitschaft der Patientin oder des Patienten, ärztliche Anweisungen zu befolgen. Auch in ihrer Erwartung an die medizinische Begegnung unterscheiden sich Patientinnen und Patienten oft erheblich vom Fachpersonal. So ist man es in vielen anderen Ländern nicht gewohnt, präzise Untersuchungstermine festzulegen. Zu früh oder zu spät kommende Patientinnen und Patienten wiederum sorgen beim medizinischen Gegenüber für Irritation. Wenn ausländische Patientinnen und Patienten medizingläubig sind (wie bspw. bei Bachl 2002: 23 erwähnt), können sich daran ebenfalls Konflikte entzünden, weil sie dann gerne

auf eingehenderen Untersuchungen beharren und sich nicht mit einfacheren medizinischen Massnahmen zufriedengeben wollen. Schliesslich kann sogar die verwendete Ausdrucksweise der Beteiligten für Befremden und Verwirrung sorgen. In einigen Fällen empfinden die Patientinnen und Patienten ein grosses Unbehagen, weil sie ein Gespräch als unschicklich wahrnehmen, während die medizinische Fachkraft über die gewundenen und umständlichen metaphorischen Umschreibungen ihres Gegenübers verwundert oder gar irritiert ist. Hudelson schliesst ihren Beitrag mit Empfehlungen, die Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten dabei helfen sollen, sich dieser kommunikativen Fallstricke gewahr zu werden und entsprechende Sorgfalt walten zu lassen.

4.7 Der Königsweg führt über professionelles Dolmetschen

Das Urteil ist praktisch einstimmig: Professionelle Übersetzungsdienste stellen das Mittel der Wahl für qualitativ hochstehende Gespräche mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten dar. Im Unterschied zu behelfsmässig Dolmetschenden zeichnen sich professionell Übersetzende dadurch aus, dass sie eine fundierte Ausbildung durchlaufen und entsprechende Zulassungsverfahren erfolgreich absolviert haben sowie bei den zuständigen Stellen akkreditiert sind (s. dazu auch die Ausführungen auf S. 6).

Die hohe Wertschätzung, die professionell Übersetzende geniessen, spiegelt sich bspw. im Umstand wider, dass im Lauf der Zeit – d.h. mit wachsender Erfahrung – immer häufiger auf sie zurückgegriffen wird: Die Abteilung für Reise- und Migrationsmedizin des Kantons Genf bspw. steigerte innerhalb von drei Jahren bei den Konsultationen mit Kosovaren den Anteil an Gesprächen, die mit professionellen Übersetzenden bestritten wurden, von 11 Prozent im Jahr 1998 über 48 Prozent im Jahr 1999 auf 53 Prozent im Jahr 2000 (Bischoff 2002: 49). Dass professionelle Übersetzungen mit wachsender Erfahrung und Sensibilisierung des medizinischen Fachpersonals häufiger nachgefragt werden, bestätigt auch eine Studie, die sich mit den Auswirkungen einer Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte auseinandersetzt (Bischoff et al. 2003b).

4 Sprachbarrieren überwinden

Auch wenn ausdrücklich nach der Qualität der Leistung von Übersetzenden gefragt wird, schneiden professionell Dolmetschende sehr gut ab – und zwar sowohl aus Sicht von Patientinnen und Patienten als auch vom Standpunkt des medizinischen Fachpersonals aus. In einer Umfrage unter leitenden Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden waren alle Befragten (100 Prozent!) der Ansicht, dank Berufsübersetzenden habe die Qualität des Gesprächs zugenommen, und 76 Prozent äusserten die Einschätzung, Konflikte mit Patientinnen und Patienten hätten vermieden werden können. Jeweils mindestens 90 Prozent der Befragten bejahten, dass sie dank der professionellen Übersetzung ihre Patientinnen und Patienten besser verstanden und ihnen ihre Anweisungen präziser vermittelt hätten. Alles in allem tragen professionell Dolmetschende aus Sicht von 80 Prozent dazu bei, erkrankte Migrantinnen und Migranten besser in die Gesellschaft zu integrieren. Die Erfolgsbilanz wird allenfalls durch die 20 Prozent getrübt, die denken, fremdsprachige Patientinnen und Patienten gerieten in ein Abhängigkeitsverhältnis zu den Dolmetschenden, sowie durch die 6 Prozent, die der Meinung sind, Übersetzungsdienste hielten fremdsprachige Patientinnen und Patienten davon ab, die Landessprache zu lernen (Bischoff und Hudelson 2009: 3).

Werden Patientinnen und Patienten befragt, fällt die positive Beurteilung des professionellen Dolmetschens ebenso deutlich aus. So erzielten in einer Genfer Klinik die Patientengespräche, die mit Hilfe von Berufsübersetzenden geführt worden waren, die höchsten Durchschnittswerte auf der Bewertungsskala – sie übertrafen sogar die Noten für Konsultationen, die ohne Dolmetschende auf Französisch geführt worden waren (Bischoff 2001: 34). In der gleichen Umfrage zeigten sich auch die Ärztinnen und Ärzte mit den professionell Dolmetschenden sehr zufrieden und erteilten ihnen die Note 8,8 (auf einer Skala bis 10). Allerdings beurteilten sie im Unterschied zu den Patientinnen und Patienten die auf Französisch geführten Gespräche besser als die professionell übersetzten (ebd.: 35).

4.8 Fazit: Der Situation angepasste Methoden wählen

Wenn professionelle Dolmetschdienste ungeachtet ihrer Stärken und Vorteile dennoch nicht häufiger zum Einsatz kommen, ist dies in erster Linie organisatorischen Gründen geschuldet: Der Zugang zu diesen Diensten sei häufig ungewiss, ausserdem gelte es Wartezeiten einzuhalten, und professionell Dolmetschende seien nicht immer verfügbar (Bischoff und Steinauer 2007: 346). Doch obschon aus Sicht vieler Autorinnen und Autoren zahlreiche organisatorische Fragen rund um Institutionalisierung, rechtliche Grundlagen, Finanzierung etc. noch ungeklärt sind, sprechen die Erfahrungen aus der Praxis klar für den Einsatz professionell Übersetzender.

5 Rollenvielfalt beim Dolmetschen

Wer in Verbindung zu anderen Menschen steht, nimmt dabei kaum je eine unverrückbare Position ein. Die eigene Rolle wird durch das Beziehungsgeflecht im Innern einer Gruppe ebenso beeinflusst wie durch die äusseren Rahmenbedingungen. In der medizinischen Konsultation mit Migrantinnen und Migranten schlagen Übersetzende Brücken zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin – wie auch zwischen unterschiedlichen Vorstellungen und Werten.

Die Rollenvielfalt von Dolmetschenden kommt in den untersuchten Studien aus unterschiedlichsten Blickwinkeln zur Sprache. In der Theorie beleuchten bereits Weiss und Stuker (1998) die verschiedenen möglichen Funktionen, die Übersetzende erfüllen können (ebd., 43ff. sowie unter 3.4 der vorliegenden Schrift). Die empirischen Studien, die sich mit der Rollenvielfalt der Dolmetschenden befassen, folgen weitgehend der theoretischen Typisierung von Weiss und Stuker. Die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln INTERPRET hat mittlerweile allerdings detailliertere Arbeitsdefinitionen für die verschiedenen Tätigkeiten im Bereich der interkulturellen Verständigung ausgearbeitet (s. dazu die Ausführungen zur Begrifflichkeit auf S. 5 sowie das Glossar).

5.1 Wörtliche Übersetzung

Wortgetreue Übersetzungen muten professionell an: Wer wörtlich dolmetscht, konzentriert sich ganz auf die Sprache – lässt nichts weg, fügt nichts hinzu, überträgt möglichst getreu einen Inhalt von der einen in die andere Sprache. Trotzdem besticht diese Form des Dolmetschens im Urteil von medizinischen Fachpersonen nicht unbedingt (Singy und Guex 2005: 46). Mitunter bemängeln sie, beim wortgetreuen Übersetzen komme kein richtiges Gespräch zustande, und die Kommunikation sei eher punktuell, weil die Patientinnen oder Patienten nicht aktiv am Gespräch teilnahmen. Auch wird vermutet, bei der wörtlichen Übersetzung sei die Gefahr von Missverständnissen grösser. So lassen sich Studien finden, in deren Rahmen „keine Fachperson [...] wortgetreues Übersetzen durchwegs positiv bewertet. Eine Mehrheit spricht sich eher für interkulturelles Vermitteln aus“ (Bischoff, Kurth und Schuster 2008: 169).

Wenngleich die Skepsis gegenüber wörtlichen Übersetzungen überwiegt, werden gelegentlich auch Stimmen laut, die dieser ausdrücklich den Vorzug geben. So favorisieren insbesondere Fachleute aus Psychologie und Psychotherapie wortgetreues Dolmetschen, damit nicht unzulässige „emotionale Verunreinigungen“ (sinngemäss Guex und Singy 2003: 26) die Narration der Patientinnen und Patienten verfälschen. Auch aus der Empirie lassen sich Gründe ableiten, die zugunsten der wörtlichen Übersetzung sprechen. So stellten die Fachleute am Universitätsspital Basel, das von vielen türkischen Patientinnen und Patienten aufgesucht wird, fest, dass es in der medizinischen Konsultation oftmals zwei „kulturelle Gräben“ zu überwinden gilt: jenen zwischen den türkischen Kranken und ihren Ärztinnen und Ärzten und jenen zwischen den türkischen Dolmetschenden, die in der Regel höheren sozialen Schichten angehören, und den vielfach aus einfachen Verhältnissen stammenden Patientinnen und Patienten. In solchen Fällen können freiere Übersetzungen im Fiasko enden, und auch die Voraussetzungen für ein interkulturelles Vermitteln sind nicht gegeben, weil Dolmetschende und die Patientinnen und Patienten kaum Berührungspunkte teilen. Ein Verzicht auf Vermittlungsversuche kann dabei auch entlastend sein: „Wenn Dolmetscher glauben, sie müssten ‚mediieren‘ zwischen den unhöflichen Männern und den zu schützenden Psychologinnen, übernehmen sie mehr Verantwortung als sie müssten, sie werden zudem zu falschen ‚Kumpels‘ der Patienten. Wenn sie darauf verweisen können, dass sie strikt wörtlich und zwar alles Wort für Wort übersetzen, definieren sie sich als Mitglied des therapeutischen Teams und geben gleichzeitig ihren Landsleuten die Chance, sich einer anderen Ausdrucksweise zu befleißigen“ (Sleptsova 2007: 578).

5.2 Interkulturelles Übersetzen, Vermitteln und Schichten

In der Praxis – und auch bei der Lektüre entsprechender Fallstudien – ist es nicht immer einfach zu klären, wann Übersetzende über ihren Einsatz als interkulturelle Übersetzende hinaus bereits als interkulturell Vermittelnde tätig werden. Zwischen dem Übersetzen, Vermitteln und Schichten gibt es offenbar keine scharfen Grenzen, sodass

die drei Formen „nicht selten als Mischformen auftreten“ (Bischoff und Dahinden 2008: 3). Dank INTERPRET könnte zumindest in Zukunft die Fachterminologie trennschärfer werden, da diese Interessensgemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln eine Reihe von Definitionen ausgearbeitet hat.

Das interkulturelle Übersetzen scheint in der Forschung grössere Beachtung zu finden als das wörtliche Übersetzen. In der Literatur finden sich Hinweise, dass die Tradition des interkulturellen Übersetzens in verschiedenen Ländern unterschiedlich lange zurückreicht: So setzen südeuropäische Länder wie Italien und Frankreich eher auf die interkulturelle Vermittlung als auf das „reine“ Übersetzen (Bischoff und Dahinden 2008: 4 sowie Leanza 2008: 214).

Verschiedene qualitative Untersuchungen liefern Belege dafür, wie wichtig interkulturelles Übersetzen für den Therapieerfolg ist. Denn selbst wenn auf sprachlicher Ebene die Kommunikation weitgehend erfolgreich verläuft, ist damit Verständnis im eigentlichen Sinn noch nicht gesichert. Unter anderem sehen sich Gesundheitsfachleute mit dem grundsätzlichen Problem konfrontiert, dass die Auffassungen von Gesundheit bzw. von „gesundem Verhalten“ als solche stark von soziokulturellen Vorstellungen geprägt sind. In einer orthopädischen Klinik z.B. mussten die Mitarbeitenden feststellen, dass ihre Vorstellungen von einer Rehabilitation, die auf Training und Stärkung der Muskulatur aufbaut, mit den Befürchtungen vieler Migrantinnen und Migranten kollidieren, wonach bei Schmerz besser auf Anstrengung zu verzichten und Schonung angebracht sei: „Viele der [...] behandelten Migranten [verstehen] oftmals nicht, dass sie ihre Muskeln aufbauen und die Kraft trainieren müssen, um künftig Krankheiten zu vermeiden. Vielmehr wird Schmerz als Gefahr interpretiert, so dass die Patienten sich hinterher in der Beweglichkeit selbst limitieren“ (Kamm und Kaya 2008: 144).

Wie nahe das interkulturelle Übersetzen beim interkulturellen Vermitteln liegt, belegen aufgezeichnete Konsultationsgespräche, die zeigen, dass die Übersetzenden oft auch in der unmittelbaren Auseinandersetzung zwischen dem

Arzt/der Ärztin und dem Patienten/der Patientin vermitteln; sie nuancieren Unmutsbekundungen des Patienten und der Patientin, neutralisieren seine/ihre Gefühlsausbrüche (Bischoff 2007: 21) und erklären und umschreiben Fachausdrücke (Weiss und Stuker 1999: 260). Empirisch begründete Aussagen zur Wirkung interkultureller Vermittlung sind nirgends zu finden; erschwerend kommt hinzu, dass in den Forschungsarbeiten selber die Kategorien verwischen und zumindest die Ausdrücke „Übersetzen“ und „Vermitteln“ mitunter nahezu synonym verwendet werden (z.B. in Bischoff und Dahinden 2008: 11ff.). Die wissenschaftliche Auseinandersetzung widerspiegelt damit, dass „eine klare Trennung zwischen Dolmetschen und interkulturellem Vermitteln [...] in der Praxis nicht möglich und auch nicht wünschenswert [ist]“ (Bischoff 2007: 22). Dies widerspricht allerdings den Berufsbildern, wie sie von INTERPRET definiert werden: Interkulturelles Vermitteln meint INTERPRET zufolge „eine eher soziale, öffentliche und pädagogische Tätigkeit [...] bei welcher Personen mit ‚Autorität‘ (aufgrund des persönlichen oder des sozialen Status) am richtigen Platz sind“. Im Unterschied dazu ist für die interkulturelle Übersetzung zwar eine selbstsichere Persönlichkeit gefragt, die sich aber „in der Übersetzungssituation völlig zurücknehmen“ kann (Hagenow-Caprez 2008: 57).

Zu Verbreitung und Häufigkeit des interkulturellen Vermitteln werden oft empirische Erkenntnisse aus dem Ausland zitiert, und qualitative Studien sind zahlreicher als quantitative. Dies könnte dem Umstand geschuldet sein, dass das interkulturelle Vermitteln (noch) kein geläufiges Instrument darstellt. Diesen Schluss legen zumindest die Ergebnisse aus der (einzigen) quantitativen Erhebung zum Thema nahe: Während in verschiedenen sozialen Institutionen durchschnittlich bereits seit zehn Jahren mit Übersetzenden gearbeitet wird, stehen interkulturell Vermittelnde im Schnitt erst seit vier Jahren im Einsatz; und im Unterschied zum Übersetzen, das „ganz klar zur Routine der interkulturellen Kommunikation“ gehört, stellt das interkulturelle Vermitteln die Ausnahme dar (Bischoff und Dahinden 2008: 10).

Das interkulturelle Schlichten (synonym auch: interkulturelle Konfliktmediation) kommt in der Forschung noch

seltener zur Sprache als das interkulturelle Vermitteln. Im Unterschied zum interkulturellen Vermitteln, das zwei Parteien mit unterschiedlichem soziokulturellem Hintergrund über die „unterschiedlichen Regeln des politischen oder des Sozialsystems sowie über unterschiedliche Umgangsformen“ (Bischoff und Dahinden 2008: 4) informiert und Unklarheiten ausräumt, setzt die interkulturelle Konfliktmediation ein, wenn Spannungen auftreten oder gar ein Streit ausgebrochen ist. Kennzeichen der/des interkulturellen Konfliktmediatorin/Konfliktmediators ist es, beiden Parteien in gleichem Mass verpflichtet, d.h. neutral und interessensunabhängig zu sein.

Die interkulturelle Mediation trägt auch dem Umstand Rechnung, dass „Mitglieder verschiedener Kulturen unterschiedliches Konfliktverhalten [haben]“ (ebd.). Damit überlagern sich gleich zwei Mediationsaufgaben – jene zwischen zwei Sprach- und Wertesystemen und jene zwischen zwei Konfliktparteien (Bischoff 2005b: 115). In der Praxis bestätigt sich allerdings, dass Übersetzen, Vermitteln und Schlichten nicht scharf von einander zu trennen sind: „Der Kreis schliesst sich dort, wo Dolmetscher auch Konflikte mediierten, oder Konfliktmediatoren auch dolmetschen“ (ebd.).

In der Schweiz ist interkulturelle Vermittlung erst seit recht kurzer Zeit ein Thema – von der Konfliktmediation ganz zu schweigen; das lässt sich aus der relativ geringen Anzahl an Forschungsarbeiten schliessen, die ausserdem neueren Datums sind. Empirische Erhebungen bestätigen, dass Gesundheitsinstitutionen in der Schweiz nur selten ausdrücklich auf Vermittler oder Vermittlerinnen zurückgreifen; in einer Befragung erklärten zwischen 78 und 80 Prozent (in Basel und Genf), nie eine Schlichtung anzufordern (Bischoff, Kurth und Conca-Zeller 2008: 152). Aber auch international „steckt die Forschung bezüglich interkultureller Mediation [...] (noch) gänzlich in den Kinderschuhen“ (Bischoff und Dahinden, 2008: 5). Zwar wurden insbesondere in den USA wissenschaftliche Analysen zur allgemeinen Mediation durchgeführt; die interkulturelle Perspektive blieb aber weitgehend aussen vor.

5.3 Patientenfürsprache

Die Patientenfürsprache wird in der konsultierten Literatur zwar erwähnt, zumeist aber geschieht dies beiläufig, und eine systematische Auswertung, z.B. über die Häufigkeit ihres Einsatzes oder ihre Auswirkungen, wurde nirgends vorgenommen.

Gekennzeichnet wird die Patientenfürsprache dadurch, dass die Übersetzenden die Argumentationen der Patientinnen und Patienten verstärken und diese auch ausserhalb der Klinik oder Praxis unterstützen – etwa, indem sie sie bei Besorgungen oder auf dem Gang zu Behörden begleiten (Weiss und Stuker 1998: 48) oder von den Patientinnen oder Patienten zu Hause kontaktiert werden, um diesen bei persönlichen Schwierigkeiten beizustehen (Loutan, Farinelli und Pampallona 1999: 281). Mithin ist die Patientenfürsprache dadurch geprägt, dass Übersetzende bewusst mehrere Rollen übernehmen (dazu auch 6.6).

Indes dürfte die Patientenfürsprache nicht von allen Fachpersonen als zeitgemäss und wünschenswert betrachtet werden – geht sie doch stillschweigend von der Annahme aus, Migranten und Migrantinnen seien hilflos und müssten „als benachteiligte Gruppe im Gesundheitssystem aktiv unterstützt werden“ (Weiss und Stuker 1999: 258). Empirische Ergebnisse aus dem Ausland weisen ausserdem darauf hin, dass die Patientenfürsprache oft implizite Züge annimmt, sodass das Gespräch für die übrigen Beteiligten undurchschaubar wird: Die Dolmetschenden übernehmen die Fürsprache, indem sie eigene Übersetzungsstrategien entwickeln, um das soziale und politische Ungleichgewicht zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zu kompensieren und letztere/n zu stärken. „Die ÜbersetzerInnen liefern den PatientInnen grundlegende Zusatzinformationen, welche nicht expliziter Teil des Gesprochenen werden, also nicht rückübersetzt werden. Ohne das Wissen der PatientInnen und der ÄrztInnen werden deren Aussagen von den ÜbersetzerInnen verändert, indem sie mit politischen und sozialkritischen Inhalten verbunden werden“ (Weiss und Stuker 1998: 48). Aus Sicht vieler Schweizer Fachleute kommt so eine unzulässige Form der Übersetzung zustande, die Missverständnissen Vorschub leistet. In anderen Ländern

dagegen – in der Literatur erwähnt wird insbesondere Kanada – nimmt die Funktion der „advocacy“ im medizinischen Gespräch einen zentralen Stellenwert ein (Siny und Guex 2005: 45).

5.4 Co-Therapie

Wie die Patientenfürsprache wird auch die Co-Therapie in der Theorie erwähnt, empirisch aber – zumindest in der Schweiz – nicht ausgeleuchtet. Konzeptionell lehnt sich die Co-Therapie an Vorgaben aus der systemischen Paar- und Familientherapie an (Weiss und Stuker 1998: 49), und idealerweise sollten dabei zwei therapeutisch ausgebildete Fachkräfte beteiligt sein (Weiss und Stuker 1999: 258). Aus den vorliegenden Darlegungen lässt sich implizit schließen, dass im Idealfall die eine therapeutische Fachkraft aus dem Herkunftsland des Patienten/der Patientin stammen oder doch zumindest mit ihrer Lebenswelt vertraut sein sollte.

Die theoretischen Überlegungen betonen den hohen Anspruch, der sich an die Co-Therapie (bzw. an die beteiligten medizinischen Fachpersonen) stellt. In der Praxis allerdings gerät die konzeptionelle Stringenz rasch aus dem Blickfeld. Verschiedene Autorinnen und Autoren erkennen bereits in länger andauernden bzw. in sich wiederholenden Gesprächssituationen mit den gleichen Übersetzenden eine „Co-Therapie“ (Weiss und Stuker 1998: 49), während bei anderen der Begriff für ein mitfühlendes Übersetzen steht: Die Dolmetschenden gehen emphatisch auf die Patientinnen und Patienten ein und bestärken sie, z.B. indem sie an ihre eigenen Erfahrungen anknüpfen und diese ihrem Gegenüber als Handlungsalternativen anbieten können: „[...] cela signifie donner droit de cité au „je“ de l'interprète, à l'autonomie et au droit d'expression de sa pensée. Ceci est particulièrement utile lorsque l'expérience de la migration de l'interprète peut servir de proposition de solution alternative pour le patient ou les parents d'élèves“ (Métraux 1995: 25).

Dass der Begriff der Co-Therapie höchst unterschiedlich verwendet wird, kann als Bestätigung dafür gelten, dass er allgemein „zu wenig reflektiert“ wird (Weiss und Stuker

1998: 49). Zugleich weist er in seiner definitorischen Unschärfe auf die Schwierigkeiten hin, die entstehen können, wenn verschiedene Rollen nicht klar voneinander zu trennen sind.

5.5 Verschiedenen Herren dienen: Chancen multipler Standpunkte und Konflikte in der Rollenvielfalt

Insbesondere in qualitativen, narrativ angelegten Untersuchungen treten die Schwierigkeiten, aber auch die Potenziale deutlich zu Tage, die sich ergeben, wenn eine einzelne Fachkraft – die Übersetzerin bzw. der Übersetzer – mehrere Aufgaben erfüllt. Über eine einzelne Rolle hinaus wachsen Übersetzende in der Regel erst bei Stammpatientinnen und -patienten, die über längere Zeit immer wieder eine Konsultation besuchen. Dann kann es geschehen, dass Dolmetschende auch zu vermitteln beginnen, der Patientin oder dem Patienten einen Brief übersetzen oder sie/ihn auf einen Behördengang begleiten.

Indem die Trennung zwischen beruflicher und privater Sphäre verwischt, laufen die Übersetzenden Gefahr, persönlich vereinnahmt zu werden. Wenn Dolmetschende und Klienten/ Klientinnen unterschiedlichen Geschlechts sind, ist das Risiko besonders hoch, dass sich die Beteiligten in schwierige Konflikte verstricken. So hebt eine Übersetzerin im Rahmen eines narrativen Interviews denn auch hervor, sie habe sich ausschliesslich von Frauen zu Hilfestellungen überreden lassen, die über das professionelle Dolmetschen hinausgegangen seien. Aber selbst dann kämpft sie gegen inneren Widerstand: „Ich mach’s nicht gerne. Ich opfere meine Zeit dafür und ich muss mir auf dem Weg dahin die ganze Geschichte anhören und beim Verabschieden noch ein paar Tränen angucken. Das braucht eine enorme Energie“ (Bischoff 2007: 22). Eine Aufgabe, die „eine gefestigte Persönlichkeit“ (ebd.) voraussetzt und auch eine gewisse Konfliktfähigkeit – denn wenn die Berufstätigkeit in das Privatleben übergreift, drohen familiäre Spannungen. Zu bedenken gilt ausserdem, dass auch die Übersetzenden selber oft noch mitten im Integrationsprozess stehen und in ihrer unsicheren Position zusätzlich destabilisiert werden, wenn es ihnen nicht gelingt, sich von fordernden Klientinnen und Klienten abzugrenzen (Weiss und Stuker 1998: 52).

Was für die dolmetschende Person ein riskantes Unterfangen ist, kann ihrem Gegenüber durchaus helfen. Indem Übersetzende Einblick in ihre eigenen Erfahrungen gewähren, eröffnen sie den Patientinnen oder Patienten unter Umständen neue Sichtweisen auf ihre eigene Situation. Die Migrationserfahrung der Dolmetschenden wird zur Ressource, um zwischen den zwei Welten des Herkunfts- und des Aufnahmelandes zu vermitteln. Um diese Aufgabe souverän zu bewältigen, muss die vermittelnde Person allerdings unter Umständen eine dreifache Klippe überwinden: Sie muss gegebenenfalls mit der unterschweligen Spannung zum Gegenüber unterschiedlichen Geschlechts zurechtkommen, sie muss sich von den Erwartungen ihrer Landsleute abgrenzen und sie muss auch in der Lage sein, sich trotz ihres Bildungs- und Informationsvorsprungs in diese hineinversetzen zu können (Bischoff 2007: 22). Aufgezeichnete Konsultationsgespräche zeigen denn auch, dass es angesichts der vielfachen und hohen Ansprüche oftmals darum geht, zwischen verschiedenen Übeln abzuwägen: Wer sich beispielsweise beim Übersetzen mit der Patientin oder dem Patienten solidarisiert und eine schamhafte Situation durch eine ungenaue Übersetzung entschärft, enthält der Ärztin oder dem Arzt unter Umständen wichtige Informationen vor (Weiss und Stuker 1999: 260).

5.6 Fazit: Klare Trennung zwischen den Rollen oft nicht machbar – und nicht sinnvoll

Die Forschung in der Schweiz hat ihren Blick bis jetzt vor allem auf jene kommunikativen Dienste gerichtet, die bereits seit Längerem etabliert sind: Übersetzungen und ihre Auswirkungen wurden unter verschiedenen Perspektiven sowie quantitativ und qualitativ erforscht. Weit weniger oft behandelt wurde die interkulturelle Vermittlung; zum interkulturellen Schlichten existieren nahezu keine Daten.

Eine methodisch saubere Auseinandersetzung mit den verschiedenen Ausprägungen des Dolmetschens und mit der interkulturellen Vermittlung wird dadurch erschwert, dass die Grenzen zwischen diesen Formen nicht trennscharf zu ziehen sind – oder dass eine Vermischung der Rollen sogar ausdrücklich gefordert ist: So übernehmen aus Sicht von Gehri et al. (1999: 268) die Dolmetschenden,

die als interkulturell Vermittelnde tätig sind, im Idealfall „le rôle du traducteur, d’avocat du patient et de co-thérapeute dans une relation à trois“. Auch neuere Schriften bekräftigen, dass „eine klare Trennung zwischen Dolmetschen und interkulturellem Vermitteln [...] in der Praxis nicht möglich, und auch nicht wünschenswert“ sei (Bischoff 2007: 22). Im Widerspruch zu dieser Auffassung steht ein Fazit, das als Plädoyer für eine schärfere Grenzziehung gelesen werden kann, indem es fordert, in psychiatrischen und psychosomatischen Settings sei eine wörtliche Übersetzung wünschenswert, weil die Sprachspezialistinnen „von kulturellen Bedeutungszusammenhängen während der Trialogsituation [...] überfordert [sind], da sie nicht über eine entsprechende psychologische, ethnologische und medizinische Ausbildung verfügen“. Hingegen sei „[i]m somatischen Setting [...] eine interkulturelle Vermittlung, die über das Wort-für-Wort-Übersetzen hinausgeht, in vielen Fällen wünschenswert“ (Gehrig und Graf 2009: 17).

Wenn Übersetzende sich auf die erweiterte Rollenvielfalt einlassen und mit Mitgefühl auf ihre Landsleute eingehen, erfordert das in jedem Fall „ein ‚gesundes‘ Verhältnis der Übersetzerin zu ihrer eigenen Geschichte“ (Weiss und Stucker 1998: 52). Supervisionen, Vor- und Nachgespräche wie auch qualifizierte Ausbildungsgänge wären hilfreich, um Rollenkonflikte zu erkennen, zu durchschauen und besser zu bewältigen (ebd.).

6 Spezielle Bedürfnisse besonderer Patientengruppen – besondere Ansprüche an spezielle Institutionen

Nicht alle Zugewanderten benötigen in den medizinischen Konsultationen die gleiche Unterstützung – und je nachdem, welche Klientinnen und Klienten eine Klinik oder eine Praxis betreut, unterscheiden sich auch die Ansprüche an die Übersetzung.

Inwiefern sich die Bedürfnisse unterscheiden, die Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern an die Übersetzungsdienste stellen, steht in keiner der analysierten Untersuchungen im Zentrum; dennoch lassen insbesondere quantitativ angelegte Arbeiten entsprechende Rückschlüsse zu.

6.1 Nicht für alle Sprachgruppen das Gleiche

Eine der ältesten Schweizer Studien zum Übersetzen im Gesundheitswesen enthält Angaben darüber, für welche Sprache am häufigsten Übersetzende angefordert wurden. An der Spitze stehen Albanisch, Serbokroatisch, Türkisch, Tamil und Kurdisch – Sprachen, die in Ländern gesprochen werden, aus denen die Menschen erst in jüngerer Zeit in die Schweiz einzuwandern bzw. zu fliehen begannen (Bischoff et al. 1999a: 252 sowie – auf den gleichen Daten beruhend – Bischoff 2006a: 33). Fritschi et al. (2009: 22) setzen in ihrer Studie ebenfalls Albanisch an die Spitze der geleisteten Dolmetscheinsätze, gefolgt von Türkisch und Bosnisch/Kroatisch/Serbisch. Allerdings unterscheidet sich die Klientel der verschiedenen Kliniken in ihrer sprachlichen Zusammensetzung: Im Kinderspital von Lausanne etwa sind gemäss der Arbeit von Gehri et al. (1999) Übersetzungen ins Portugiesische häufiger als jene ins Albanische.

In einer Studie, die in Genf durchgeführt wurde, bescheinigten Pflegefachpersonen der Verständigung in den Konsultationen mit Migrantinnen/Migranten aus Afrika und aus Lateinamerika eine gute Qualität; schlecht schnitten hingegen die Gespräche ab mit Zugewanderten aus dem Nahen und Fernen Osten, aus den Balkan- und den osteuropäischen Staaten sowie der russischen Föderation (Bischoff et al. 2003a: 505ff.). Die Autoren der Studie beschränken sich darauf, diese Differenzen

statistisch zu belegen; in der Diskussion verzichteten sie darauf, mögliche Gründe für die Unterschiede aufzuführen und fokussieren dafür auf die Folgen, die das mangelhafte sprachliche Verständnis für die Anamnese haben kann.

Wie in der frühen gesamtschweizerischen Studie von 1999 bestätigt eine rund zehn Jahre jüngere und auf ein Genfer Spital ausgerichtete Analyse, dass Albanisch, Tamilisch oder Türkisch sprechende Patientinnen und Patienten nach wie vor eine „Sonderposition“ einnehmen. In diesen Sprachgemeinschaften kommen nämlich besonders oft Verwandte und Freunde als Übersetzende zum Einsatz (Bischoff und Hudelson 2009: 3). Dieser Befund wird in der Studie selber nicht ausdrücklich kommentiert; er lässt sich aber mit der Feststellung in Zusammenhang bringen, dass nur wenig Angestellte diese Sprachen sprechen (ebd.: 4) – und dass es sich mithin um Sprachgemeinschaften handelt, die in der Schweiz noch nicht richtig integriert sind.

Inwiefern unterschiedliche Sprachgemeinschaften sich in ihren Bedürfnissen an die Übersetzungsdienste unterscheiden, steht in keiner der ausgewerteten Studien im Zentrum. Die Tatsache vermag allerdings kaum zu überraschen, dass die Rahmenbedingungen des „Exils“ – z.B. die Grösse einer bestimmten Sprachgruppe, ihre Aufenthaltsdauer im Einwanderungsland und ihre Vertrautheit mit dessen Institutionen und Gepflogenheiten – auch auf die Ansprüche der Migrantinnen und Migranten an die kommunikative Unterstützung zurückwirken.

6.2 Medizinische Begleitung in der Kinderheilkunde

Die Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt in der pädiatrischen Praxis weichen von den „üblichen“ Arztbesuchen ab, denn die Babys sind in der Regel nicht krank. Diese Routinekontrollen können – wie andere Angebote der gesundheitlichen Vorsorge auch – als Ausdruck einer „biomedizinischen Kultur“ (s. Kapitel 2.2) gesehen werden, die in westlichen Industrieländern verwurzelt ist, für zahlreiche andere Gesellschaften aber eher fremd anmuten dürfte (Leanza 2001: 2; ausserdem unter dem Stichwort „société du tout sanitaire“ ebenfalls angesprochen bei Rossi 1999: 289).

6 Spezielle Bedürfnisse besonderer Patientengruppen – besondere Ansprüche an spezielle Institutionen

Im Rahmen einer Untersuchung an einer Kinderklinik in der französischen Schweiz, die überwiegend von Migrantinnen und Migranten besucht wird, wurden rund 50 Konsultationen mit Albanisch und Tamilisch sprechenden Eltern (vermutlich vorwiegend Müttern) und deren Babys gefilmt und beobachtet; dieses empirische Material ergänzte der Autor mit Gesprächen, die er mit den behandelnden Kinderärztinnen und -ärzten führte.

Aus Sicht der Eltern problematisch dürfte die fehlende Kontinuität in der Betreuung sein: Innerhalb einer Konsultation lösen sich Pflegefachkräfte und Ärzte ab, was zu Brüchen in der kommunikativen Situation führt (Leanza 2001: 5). Für Personen, die mit der „biomedizinischen Kultur“ (s. im Kapitel 2.2) nicht vertraut sind, kann es ausserdem schwierig sein zu verstehen, dass ein Baby zwar gesund ist, trotzdem aber eine Behandlung benötigt (etwa eine Impfung); in einem solchen Fall ist eine interkulturelle Vermittlung unabdingbar.

6.3 Fremdsprachige Patientinnen und Patienten in Haftanstalten

Mit besonderen medizinischen Herausforderungen sehen sich die Schweizer Gefängnisse konfrontiert. Der Anteil an fremdsprachigen Häftlingen ist mit rund 70 Prozent hoch, und diese sind von verschiedenen übertragbaren Krankheiten wie Aids, Hepatitis B und C markant stärker betroffen als der Durchschnitt der Bevölkerung in der Schweiz (Künzli und Achermann 2009: 10. Auf die rechtliche Situation generell gehen Kapitel 8.1 und 8.2 ein).

Zwar verpflichtet die Bundesverfassung die Schweizer Behörden nur, sich in einer der vier Landessprachen an die Bevölkerung zu wenden, und die individuelle Sprachenfreiheit garantiert einzig, dass sich fremdsprachige Personen im privaten Bereich in ihrer Muttersprache unterhalten können. Im Gesundheitswesen werden aber besondere Ansprüche an die Kommunikation gestellt. Aus ihnen lässt sich die Pflicht ableiten, für Strafgefangene Übersetzungsdienste anzubieten.

Aus rechtlicher Sicht lässt sich eine Übersetzung für kranke Inhaftierte aus mehreren Gründen einfordern. Zwei Argumente fallen dabei besonders ins Gewicht: Zum einen das Äquivalenzprinzip, das besagt, Gefangene hätten grundsätzlich das Anrecht auf die gleichen und qualitativ gleichwertigen medizinischen Leistungen wie die Menschen ausserhalb der Anstaltsmauern (ebd.: 18). Zum anderen die Aufklärungspflicht, welche gewährleistet, dass auch bei Strafgefangenen medizinische Handlungen nur dann vorgenommen werden, wenn die Betroffenen einwilligen – und zwar im vollen Verständnis des Eingriffs und seiner möglichen Folgen („informed consent“; ebd.: 24). Selbst wenn fremdsprachige Inhaftierte ausdrücklich wünschen, keine Informationen über ihren Gesundheitszustand zu erhalten, bedarf es auch „in Bezug auf diese geforderte ausdrückliche Willensäusserung [...] zwingend einer hinreichenden Übersetzungsleistung, da nur so rechtsgültig auf die Aufklärung verzichtet werden und nur so die fehlende Einwilligung als rechtlich zulässig gelten kann“ (ebd.: 14).

Da sich Gefangene in einer Zwangssituation befinden und ihren Arzt/ihre Ärztin in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht frei wählen können, ist es nicht zulässig, von ihnen zu fordern, sich selbst um Dolmetschende zu bemühen (ebd.: 17). Mitgefangene oder fremdsprachige Strafvollzugsbeamte als Dolmetschende einzusetzen, verbietet sich wegen des Verlustes an Vertraulichkeit – zumal „[d]ie Berufung auf das Arztgeheimnis in Hafteinrichtungen geeignet ist, zu Spannungen zwischen Gesundheits- und Sicherheitspersonal zu führen“ (ebd.: 29).

Mit dem rechtlich Wünschenswerten deckt sich das tatsächlich Gegebene nur zum Teil. Die Kantone setzen die Vorgaben des Bundes sowohl im Hinblick auf ihren Umgang mit den Amtssprachen als auch bei der medizinischen Aufnahme- und Behandlungspflicht ihrer Spitäler in je eigenen kantonalen Gesetzgebungen um. Auch die medizinische Betreuung der Haftanstalten ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt: Teilweise schliessen sie mit privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzten spezielle Verträge ab, teilweise nehmen sie medizinische Angebote

6 Spezielle Bedürfnisse besonderer Patientengruppen – besondere Ansprüche an spezielle Institutionen

kantonaler Spitäler in Anspruch, andere wiederum verfügen über einen anstaltseigenen Gesundheitsdienst (ebd.: 41 ff.). Zu welchem Zeitpunkt und in welchen Fristen die Gefangenen untersucht werden, variiert ebenfalls von Kanton zu Kanton bzw. wird auch von den einzelnen Haftanstalten unterschiedlich geregelt – obschon die Europäische Folterkonvention bestimmte Standards festlegt. Für die Rechtsexperten drängt sich vor diesem Hintergrund auf, „dass in diesem für die Prävention von Infektionskrankheiten zentralen Bereich ein erheblicher Harmonisierungs- und Normierungsbedarf besteht“ (ebd.: 35).

6.4 Fazit: Verschiedene Pflegesituationen – andere Ansprüche

In den konsultierten Studien stehen „klassische“ Kliniken im Vordergrund. Gepflegt wird aber auch ausserhalb von Spitälern. Wie in der Spitex-Pflege mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten umgegangen wird, thematisiert eine einzige Studie, die beiläufig feststellt, dass häufig Angehörige der Klientel übersetzen. Spitex-Mitarbeitende würden kaum auf professionelle Dolmetschende zurückgreifen, „weil sie befürchten, Klienten würden den Beizug eines Dolmetschers bei der Pflege zu Hause als Einmischung in ihre Privatsphäre empfinden“ (Bischoff, Kurth und Conca-Zeller 2008: 154). Auch Sozialdienste ziehen selten Dolmetschende hinzu – Bischoff et al. vermuten den Grund im nicht formalisierten Zugang zum offiziellen Dolmetschdienst (ebd.).

Aus der Literatur lassen sich auch Hinweise darauf gewinnen, dass sich die Bedürfnisse in Akutspitälern erheblich von jenen psychiatrischer Kliniken unterscheiden. Während in einer psychiatrischen Klinik 37 Prozent der Gespräche von geschulten interkulturellen Dolmetschenden übersetzt wurden, kamen im Akutspital mehrheitlich Ad-hoc-Übersetzende und nur in 9 Prozent der Einsätze interkulturelle Übersetzende zum Einsatz. Als Erklärung wird die Vermutung angeführt, bei komplexen Gesprächen seien die Anforderungen an die Übersetzung zu hoch für Ad-hoc-Dolmetschende (Bischoff, Steinauer und Kurth 2006: 37).

7 Die Sprache – auch psychologisch bedeutsam

Sprache verbindet die Menschen und stellt so gesehen ein gemeinschaftlich genutztes Instrument dar. Dennoch ist das Sprechen stets auch eine persönliche Angelegenheit, denn Sprachverhalten und Wortwahl verraten viel über einen Menschen. Auch lassen sich anhand des Diskussionsflusses Rückschlüsse über Status und Position der Personen ziehen, die sich am Gespräch beteiligen.

Wenn ein Gespräch sprachlich-kulturelle Gräben überwinden soll, ist es mit der wörtlichen Übertragung von Inhalten oft nicht getan. Gerade im sensiblen Bereich der Medizin, wo heikle und gesellschaftlich oftmals tabuisierte Themen wie Sexualität oder stigmatisierte Krankheiten zur Sprache kommen, müssen sich Übersetzende bei der Wortwahl auch von ihrem Gefühl für Schicklichkeit leiten lassen und soziokulturell bedingte Unterschiede im Kommunikationsstil beachten. Insbesondere in psychologischen Gesprächen ist neben der sachlich korrekten Wortwahl auch der angemessene Kommunikationsstil von grosser Bedeutung (Joss 2008: 321) – stellt das Gespräch an sich in der Psychologie doch eine wichtige Komponente der medizinischen Behandlung dar (Singy und Guex 2005: 45).

7.1 Frauensprache – Männersprache

Dass sich Frauen in ihrem Kommunikationsverhalten von Männern unterscheiden, wurde von verschiedenen Soziolinguisten/-linguistinnen insbesondere im Umfeld der beruflichen Tätigkeit hinlänglich belegt – z.B. von Deborah Tannen (1994/2001). Im Spitalalltag wiederum sehen sich viele weibliche Pflegendе mit dem Problem konfrontiert, dass sie von einigen männlichen Patienten nicht akzeptiert und ernst genommen werden (Bachl 2002: 23). Die Annahme, dass medizinische Konsultationen für alle Beteiligten besonders befriedigend verlaufen, wenn Arzt/Ärztin und Patient/Patientin gleichen Geschlechts sind, liegt daher nahe, und auch das Geschlecht der übersetzenden Person könnte die Zufriedenheit der Beteiligten beeinflussen.

Es existieren unterschiedliche Theorien, die begründen, weshalb Frauen und Männer eine andere Sprache sprechen. Das „Defizit-Modell“ postuliert, dass Frauen sich

eine zögernde, weniger durchsetzungskräftige Sprache aneignen als Männer. Das „Dominanzmodell“ schreibt den Frauen eine untergeordnete gesellschaftliche Position zu, die sie zwingt, ihre Ziele über geschicktes Verhandeln zu erreichen; im Unterschied zu Männern formulieren Frauen mehr offene Fragen und unterbrechen ihr Gegenüber weniger oft. Damit versuchen sie, sich trotz ihres fehlenden Einflusses Gehör zu verschaffen. Das dritte Modell, jenes des „kulturellen Unterschieds“, betont, dass bereits Mädchen und Knaben in ihrer Kindheit und Jugend je eine geschlechtsspezifische Sprache lernen (Weber et al. 2005: 138); dass es in der Praxis mehrheitlich Frauen sind, die als Dolmetschende fungieren (Bischoff 2007: 21; Bischoff et al. 2008b: 3), könnte berufliche Gründe haben, bspw. eine gute Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit mit den Aufgaben als Mutter.

Vor diesem Hintergrund liegt es nahe zu fragen, wie wichtig es ist, dass Ärzte/Ärztinnen, Übersetzende und Patienten/Patientinnen gleichen Geschlechts sind; zumindest stellt sich im Berufsalltag eines Hausarztes heraus, dass bspw. „[g]erade die Kombination männlicher Hausarzt/weibliche Übersetzerin zu einer Konstellation (führt), die sich für das Gesprächsklima sehr günstig auszuwirken scheint“ (Flubacher 1994: 21). Diese Einschätzung wird von den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen nicht unbedingt bestätigt. Eine Studie, die an fünf Lausanner Kliniken mit einem hohen Anteil an ausländischen Patientinnen und Patienten durchgeführt wurde, geht der Frage systematisch nach, wie wichtig die „geschlechtliche Übereinstimmung“ aus Sicht von Gesprächsteilnehmenden ist (Weber et al. 2005). Befragt wurden hierfür interkulturell Übersetzende bzw. interkulturell Mediierende mit unterschiedlich langer Berufspraxis sowie Patientinnen und Patienten, die ihr Gespräch ohne Beistand durch interkulturell Dolmetschende geführt, und jene, die eine solche Unterstützung genossen hatten. Den Autoren fiel zunächst auf, dass keine der befragten Gruppen die lexikalischen und grammatikalischen Aspekte in den Sprachen erwähnte, die oft auf je spezifische und voneinander abweichende Art auf die Geschlechter Bezug nehmen: „The discourse they develop does not contain any perceptible sign of a reflection about the potentially discri-

minating role of languages and their use“, folgern Weber et al. (2005: 141). Die Strukturen der Sprachen selber betonen also unter Umständen Hierarchieunterschiede zwischen Männern und Frauen und bleiben nicht ohne Einfluss darauf, wie die Äusserungen einer weiblichen Dolmetscherin oder eines männlichen Dolmetschers verstanden werden: „it seems reasonable to assume that women and men working as interpreters in the medical sphere cannot stay out of reach of gender related hierarchical phenomena“ (ebd.: 147). Zu den sprachlichen Strukturen, die allfällige Unterschiede zwischen den Geschlechtern akzentuieren, gesellt sich der unterschiedliche Kommunikationsstil von Frauen und Männern, der sich beispielsweise darin äussert, dass Frauen mehr offene Fragen stellen als Männer. Ungeachtet dieser theoretischen Darlegungen waren sich indes Patientinnen und Patienten, die ihre medizinischen Gespräche ohne Hilfe von interkulturell Übersetzenden führten, darin einig, dass das Geschlecht ihrer medizinischen Gesprächspartnerinnen und -partner keine Rolle spiele. Im Unterschied dazu waren die Patientinnen und Patienten, bei denen das Gespräch übersetzt worden war, mehrheitlich der Ansicht, für Frauen sei es einfacher, sich mit einer Ärztin und/oder einer Übersetzerin zu unterhalten; Kranke, die von einer Übersetzung profitiert hatten, erwiesen sich demnach als feinfühlicher für die Schwierigkeiten, die in der Verständigung zwischen Menschen unterschiedlichen Geschlechts auftreten können. Bei den interkulturell Übersetzenden hingegen sind es jene mit weniger Erfahrung, die befürchten, das Gespräch falle schwerer, wenn sich Frauen mit Männern verständigen müssen. Interkulturell Dolmetschende mit längerer Berufspraxis dagegen halten die Bedeutung des Geschlechts in der Kommunikation für vernachlässigbar.

Jene Personen, die der Ansicht sind, das Geschlecht der Diskussionspartner wirke sich auf die Qualität der Unterhaltung aus, heben zwei Themenkomplexe besonders hervor. Zum einen bestehe zwischen Frauen ein „besonderer Draht“, der den Austausch zwischen eingewanderten Frauen und Ärztinnen oder Pflegerinnen erleichtere. Im Vergleich zu medizinischem Personal männlichen Geschlechts sei z.B. eine Ärztin besser vertraut mit den verschiedenen

Aspekten rund um Geburt und Kinderbetreuung und könne die Migrantinnen daher besser verstehen. Zum anderen gebe es Tabus, die zwischen Menschen unterschiedlichen Geschlechts kaum besprochen werden könnten. Als Beispiel wird eine interkulturelle Übersetzerin angeführt, der es schwerfällt, im Rahmen der Aids-Prävention mit jungen Männern über sicheres Sexualverhalten zu sprechen, weil sie sieht, dass es die Patienten schockiert, solche Ratschläge von einer Frau entgegenzunehmen (ebd.: 145). Die Autoren ziehen den Schluss, mit Gesprächspartnern unterschiedlichen Geschlechts sei es besonders heikel, Themen wie die Sexualität im Allgemeinen, aber auch Aids, Vergewaltigung oder Gewalt in der Ehe zur Sprache zu bringen. Abschliessend äussern sich die Autoren der Studie erstaunt darüber, dass selbst die – kommunikativ und sprachlich erfahrenen – Übersetzenden nicht aufmerksamer für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Sprache sind. Sie führen diesen Mangel an Hellhörigkeit darauf zurück, dass für die Übersetzenden die grundsätzliche Akzeptanz ihrer Tätigkeit im Vordergrund stehe – und dass diese bei Weitem nicht gesichert sei, da es nach wie vor Ärztinnen und Ärzte gebe, die auch bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten die direkte Begegnung ohne Übersetzende nahezu „glorifizierten“ (ebd.: 146).

Während Weber et al. Patientinnen und Patienten und Übersetzende direkt fragten, welche Bedeutung sie den geschlechtlichen Unterschieden in der medizinischen Konsultation beimessen, ermittelten Bischoff, Hudelson und Bovier (2008) den Gender-Effekt auf indirektem Weg. In einer Klinik des Genfer Universitätsspitals, die zu mehr als 50 Prozent ausländische bzw. zu über 25 Prozent fremdsprachige Patientinnen und Patienten behandelt, untersuchten sie, ob die Qualität von Patientengesprächen anders bewertet wird, wenn diese zwischen Menschen gleichen oder unterschiedlichen Geschlechts stattfinden. Sie berücksichtigten ausserdem, ob bei den Gesprächen jeweils Dolmetschende anwesend waren oder nicht. In der Beurteilung am besten schnitten Gespräche ab, die von Übersetzenden unterstützt wurden – und zwar unabhängig davon, ob Arzt/Ärztin und Patient/Patientin gleichen Geschlechts waren. Am schlechtesten bewertet wurden Gespräche, bei

denen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin unterschiedlichen Geschlechtern angehörten und die ausserdem ohne Übersetzerin stattfanden. Aus Sicht der Autoren kann somit eine Übersetzerin dazu beitragen, die Schwierigkeiten abzumildern, die sich einstellen können, wenn Patient/Patientin und Arzt/Ärztin unterschiedlichen Geschlechts sind. Dolmetscherinnen könnten in diesen Situationen auch als Vermittlerinnen zwischen den unterschiedlichen, geschlechtsspezifischen „Sprachkulturen“ wirken (ebd.: 4).

7.2 Vom Dialog zum Trialog – wenn die Gesprächsbalance sich verschiebt

Dass sich das Kräfteverhältnis im Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin verändert, wenn eine dritte Person für die Übersetzerin beigezogen wird, ist nicht in Abrede zu stellen. Uneinigkeit herrscht allerdings in der Frage, ob diese Umstellung der kommunikativen Balance positiv oder negativ zu werten ist.

Auf der einen Seite werden Stimmen laut wie jene eines Hausarztes, der die sprachlich bedingte „automatische Dominanz“ seiner Übersetzerin begrüsst, weil damit „eine Situation [entsteht], wo der ausländische Patient seinem Arzt nicht a priori hoffnungslos ausgeliefert“ ist (Flubacher 1994: 21). Aus seiner Sicht entspricht die Diskussion zu dritt besser dem traditionellen Verständnis eines angemessenen Umgangs mit Krankheit, der auch Familienangehörige und den Freundeskreis mit einschliesst. Demgegenüber ist das exklusive Zweiergespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin Ausdruck einer individualistischen Prägung, die für nicht-westliche Gesellschaften nur schwer zugänglich ist.

Andere Medizinerinnen und Mediziner hingegen vermögen sich nicht ohne Weiteres mit dem Verlust ihrer überlegenen Position abzufinden. So kann es für die Ärztin oder den Arzt mitunter schwierig sein, die Gesprächsleitung im Trialog zurückzugewinnen – besonders bei Dolmetscherinnen, die selbst die Initiative übernehmen und sich beispielsweise schon vor der eigentlichen Konsultation mit dem Patienten oder der Patientin im Wartezimmer zu unterhalten beginnen (Bischoff, Kurth und Schuster 2008: 171). Von vielen Medi-

zinern und Medizinerinnen gefürchtet ist auch das „kulturelle Komplizentum“ (Longerich 2002) bzw. die Allianz zwischen Dolmetschenden und Patientinnen und Patienten (Bischoff, Kurth, Conca-Zeller 2008: 153). Diese ist aus medizinischer Sicht allerdings nicht zwangsläufig nachteilig: Longerich erwähnt als Beispiel eine marokkanische Mutter mit einem stark übergewichtigen Kind, dessen Essgewohnheiten sie der Pflegenden nicht aufzudecken wagt; aus ihrer Sicht ist der grosse Appetit des Sprösslings ein Zeichen guter Gesundheit. Erst dank der Übersetzerin – der sich die Mutter zu offenbaren traut – erfährt die Pflegende, dass das Übergewicht nicht auf eine Stoffwechselerkrankung, sondern auf die verzehrten Essensportionen zurückzuführen ist. Aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen kann den Dolmetschenden das Subversionspotenzial nicht abgesprochen werden (Leanza 2008: 214); im schlimmsten Fall nehmen sie ihren Verlust über die Gesprächskontrolle so wahr, als ob aus der Perspektive des Patienten oder der Patientin ihr medizinisches Wissen auf die Dolmetschenden übergegangen wäre und diese diejenigen seien, die Diagnosen ausstellten und therapeutische Anleitungen gäben. Massnahmen, die der ärztlichen Machteinbusse vorbeugen, können auf unterschiedlicher Ebene ansetzen. So sollten bspw. zertifizierte Lehrgänge für Übersetzende diese für die Gefahren sensibilisieren, die mit ihrem Einfluss verbunden sind und sie zum verantwortlichen Umgang mit ihrer Macht anhalten. Wie Übersetzende in eine Klinik eingebunden sind – ob sie also als Freischaffende hinzugezogen werden und über eine Agentur bzw. eine Vermittlungsstelle fest an die Institution gebunden sind oder in einem spitaleigenen Übersetzungsdienst arbeiten –, kann ebenfalls Rückwirkungen auf die Freiheiten haben, die sie sich bei ihrer beruflichen Tätigkeit herausnehmen; allerdings macht die Literatur widersprüchliche Angaben darüber, ob es die freischaffenden oder die stärker eingebundenen Dolmetschenden sind, die ihren Einfluss eher ausspielen: So sind zwar möglicherweise freischaffende Dolmetschende unabhängiger von allfälligen Sanktionen der Institution – auf der anderen Seite aber muss ein Arzt/eine Ärztin mit ihren Leistungen zufrieden sein, damit weitere Aufträge gewährleistet sind (Leanza 2008: 215). Die stärkere Einbindung von Dolmetschenden in das medizinische

Team – z.B. beim gemeinsamen Rapport –, ihr Einbezug in die Supervision sowie ein spezielles Training der Ärzte und Ärztinnen für die Zusammenarbeit mit Übersetzenden könnten ebenfalls dazu beitragen, dass der „Triolog“ für alle Seiten befriedigender verläuft. Aufschlussreich kann es auch sein, die sprachlichen Bilder zu beachten, mit denen Dolmetschende sich und ihre Tätigkeit umschreiben: Wenn sie sich eher instrumentell und von der Person abstrahiert schildern – z.B. als „Übersetzungsmaschine“ oder „Sprachbox“ –, lässt dies darauf schließen, dass sie eher zu wörtlichen Übersetzungen neigen, ohne vermittelnd oder aus eigener Initiative einzugreifen. Auch das telefonische Übersetzen kann als ein Mittel gesehen werden, um die Wirkung der Übersetzenden zu „ent-personalisieren“ und damit zu begrenzen (ebd.: 216). Aus Sicht der Fachperson ist es allerdings nicht unbedingt von Vorteil, wenn der vermittelnde Einfluss der Übersetzenden beschnitten wird. Leanza empfiehlt vielmehr, die transkulturelle Kompetenz der Dolmetschenden zu nutzen und mit entsprechenden Richtlinien, Schulungen und ethischen Codes die Erfahrungsvielfalt der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb einer Klinik auszuschöpfen (2008: 218ff.).

7.3 Patientengespräche unter dem sprachwissenschaftlichen Brennglas

Die Sprache bietet verschiedene Strategien an, um Verständigungsschwierigkeiten zu überwinden. Gajo (2005) untersucht, mit welchen Mitteln Pflegende mit den Kranken kommunizieren, wenn sie nicht auf Übersetzungsdienste zurückgreifen. Das Spektrum an sprachlichen Strategien und Instrumenten ist vielfältig: Ein Wort kann durch ein anderes ersetzt oder mit einem ganzen Satz umschrieben werden, sodass sich Pflegende und Patient/Patientin durch variierende Wiederholungen allmählich einem gemeinsamen Verständnis eines Sachverhalts annähern. Auch wenn Einzelheiten (etwa der Name eines Produktes o. Ä.) schriftlich festgehalten werden, kann das für das fremdsprachige Gegenüber von Nutzen sein, weil es das Besprochene noch einmal im Nachhinein durchdenken kann. Zu wissen, welche Strategie in welchem sozialen Kontext und in welcher individuellen Konstellation angewendet werden muss, kann als wichtige Voraussetzung bzw. als Kennzeichen für transkulturelle Kompetenz gesehen werden (Gajo 2005).

Aus dem Blickwinkel des Sprachwissenschaftlers umfasst die transkulturelle Kompetenz drei Ebenen: Auf der Makroebene geht es darum, die Gesundheitsinstitutionen – ihre Angebote und Funktionsweisen – zu erfassen. Auf der Mesoebene angesiedelt sind das Wissen und die Vorstellungen einer (Sprach)Gemeinschaft. Auf der Mikroebene schliesslich geht es um individuelle Patientinnen und Patienten, um die Aufgaben, die es in einer gegebenen Gesprächssituation gemeinsam zu bewältigen gilt. Während der Patient/die Patientin sich in erster Linie auf der Makro- und der Mikroebene zurechtfinden muss, stehen für die Pflegenden, die sich im interkulturellen Bereich betätigen, die Meso- und die Mikroebene im Vordergrund: „Il [le soignant] devra en effet apprendre à situer le patient dans son environnement culturel et social (méso) pour agir et interagir de manière adéquate avec lui (micro)“ (Gajo 2005: 29). In dieser Vorstellung von transkultureller Kompetenz gewinnt die direkte Interaktion mit dem Patienten/der Patientin, das Wissen um die Wahl einer zielführenden Verständigungsstrategie, erheblich an Gewicht. Da die Sprechenden ihre sprachlichen Strategien oft unbewusst anwenden, neigen sie dazu, diese zu übersehen oder zumindest zu unterschätzen: „Les soignants sous-estiment la richesse et l'appropriété de leurs stratégies, et ont notamment tendance à opposer le ‚bricolage‘ au professionnalisme“ (ebd.: 26). Der Autor schliesst seine Betrachtungen mit der Forderung ab, in der Auseinandersetzung mit der transkulturellen Kompetenz die konkret angewandten Verständigungsstrategien stärker zu gewichten; aus seiner Sicht könnte dadurch die Kluft zwischen übergeordneten Vorstellungen bzw. deklariertem Wissen („savoir déclaré“) und praktischem Handeln gemindert werden; die zentrale Herausforderung liegt darin, die allgemeinen Überlegungen zur transkulturellen Kompetenz nicht zu trennen von den kommunikativen Kompetenzen, wie sie in den einzelnen Gesprächen zum Ausdruck kommen.

7.4 Fazit: Verständigung erfordert mehr als bloße Sprachkenntnis

Erfolgreiche Verständigung wie auch geglücktes Übersetzen ist mehr als das wörtliche Übertragen von Inhalten aus einer Sprache in die andere. Vielmehr fordert kommunikative Kompetenz den Dolmetschenden auch ein Gefühl dafür ab, wann sie den Gesprächsfluss ihres Gegenübers unterbrechen dürfen – oder wann sie im Gegenteil eine stockende Unterhaltung mit Fragen beleben sollen. Das Wissen um die angemessene Gesprächsstrategie gehört somit zu den Anforderungen transkultureller Kompetenz. Insbesondere traumatisierte Patientinnen/Patienten, die über schmerzhaft und belastende Erlebnisse berichten müssen, erhalten mitunter bei Unterbrechungen den Eindruck, gar nicht richtig Gehör zu finden. Métraux und Alvir (1995: 24) fordern daher, in solchen Fällen den Bericht der Patientin/des Patienten nur im Notfall zu unterbrechen, wenn es wegen des nachlassenden Erinnerungsvermögens der Übersetzenden nicht mehr zu vermeiden sei; eine sinn-gemässe Übersetzung, die den emotionalen und sozialen Rahmen wiedergebe, sei hier einer wörtlichen Übertragung vorzuziehen.

8 Wer bezahlt wofür – und mit welcher Begründung?

Die gesetzlichen Grundlagen, die für das Gesundheitswesen in der Schweiz massgeblich sind, äussern sich nicht zur Frage, ob und wann Dolmetschende in medizinischen Behandlungen hinzugezogen und wie sie entlohnt werden sollen. Aus internationalen Vereinbarungen und aus allgemeinen gesetzlichen Vorgaben lässt sich indes ein Recht auf Übersetzungsleistungen ableiten. Der Blick ins Ausland zeigt verschiedene Modelle ihrer Finanzierung.

Wie Übersetzungsdienste abgegolten und finanziert werden könnten, war von Anfang an ein Knackpunkt. Fontana (2000: 26ff.) gibt eine erste Übersicht darüber, welche verschiedenen Organisations- und Finanzierungsmodelle die frühen Dolmetschdienste im Gesundheitswesen gewählt haben.

Nicht minder brisant ist indes die Frage, welche Ausgaben bei einem Verzicht auf Übersetzungsleistungen anfallen würden. Denn Verständigungsschwierigkeiten sind teuer – auch wenn sich die Kosten nicht ohne Weiteres beziffern lassen. Rund ein Drittel mehr Zeit dauern Konsultationen, die übersetzt werden müssen (Aubert 2008: 27). Allerdings ist es schwierig, von der Zeitdauer direkt auf den finanziellen Aufwand für eine Therapie zu schliessen, denn kürzere Konsultationen, die dafür wegen mangelhafter Verständigung zu Folgebehandlungen führen, kosten letztlich mehr.

Eine aktuelle Vorstudie versucht, im Hinblick auf das interkulturelle Übersetzen im Gesundheitswesen eine Gesamtbilanz der Kosten zu ziehen. Auf der einen Seite stehen dabei die Aufwendungen für die Dolmetschdienste, auf der anderen Seite die dabei anfallenden oder vermiedenen medizinischen Kosten. Die Studie erfasst das Phänomen vornehmlich qualitativ, ohne konkrete Zahlen zu nennen, und zeigt dabei insbesondere, wie schwierig es ist, in diesem vielschichtigen Anwendungsgebiet die Kosten gegen den Nutzen abzuwägen. Die Untersuchung zeigt, dass der Einsatz von interkulturellen Übersetzenden zwar kurzfristig zusätzliche Kosten auslöst, welchen aber längerfristig Kosteneinsparungen entgegenstehen. Dieser zeitlich ver-

zögerte finanzielle Ausgleich verleiht dem Einsatz von geschulten Dolmetschenden Investitionscharakter. Kurzfristig wird die Kosten-Nutzen-Bilanz des interkulturellen Übersetzens von den direkten und indirekten Kosten sowie dem direkten Nutzen bestimmt. Entscheidend dürfte dabei sein, ob der direkte Nutzen in Form von effizienteren Behandlungen die indirekten Kosten überwiegt, die durch häufigere Konsultationen entstehen könnten: Das Gesundheitsmonitoring der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz gibt nämlich Hinweise auf Defizite beim Erstzugang zu medizinischen Leistungen, sodass davon auszugehen ist, dass Übersetzungsdienste fremdsprachige Kranke zum häufigeren Arztbesuch ermutigen könnten. Ob die Kosten durch den direkten Nutzen von Übersetzungsdiensten aufgewogen werden, ist unklar, womit die kurzfristige Kosten-Nutzen-Bilanz – der Nettonutzen – ebenfalls unbestimmt bleibt. Langfristige Effekte des interkulturellen Übersetzens wiederum entstehen über die Krankheitsverläufe fremdsprachiger Patientinnen und Patienten. Diese langfristigen Auswirkungen sind mit Gewissheit positiv, sodass sie einen indirekten Nutzen begründen, der grösser als null ist. Sollte sich herausstellen, dass der kurzfristige Nettonutzen des interkulturellen Übersetzens negativ ausfällt, wird das Ausmass des indirekten Nutzens darüber entscheiden, ob sich der Einsatz von interkulturell Übersetzenden wirtschaftlich auszahlt (Gehri und Graf 2009: VII).

8.1 Gesetzliche Grundlagen für die Übersetzungsdienste im Gesundheitswesen

Das Krankenversicherungsgesetz KVG, in Kraft getreten am 1. Januar 1996, regelt nach Artikel 1a die soziale Krankenversicherung und bezieht sich mithin auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Tagesversicherung. Die Schlagwörter „dolmetschen/Dolmetschende“ oder „übersetzen/Übersetzung/Übersetzende“ werden in dieser wichtigen rechtlichen Grundlage kein einziges Mal erwähnt; auch das Unfallversicherungsgesetz UVG erwähnt Übersetzungsleistungen nicht, schliesst sie allerdings auch nicht aus, „da – anders als beim KVG – die Leistungserbringer nicht abschliessend geregelt sind und auch der Wortlaut bezüglich der übernommenen Leistungen, nament-

8 Wer bezahlt wofür – und mit welcher Begründung?

lich des Anspruchs der Versicherten auf ‚zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen‘, offener formuliert ist als im Krankenversicherungsgesetz“ (Achermann und Künzli 2008: 61).

Aus Sicht der Fachleute besteht denn auch auf schweizerischer Ebene „keine befriedigende rechtlich abgestützte Lösung“ (Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals MFH 2008: 3), die es öffentlichen Spitälern und privaten Arztpraxen gestatten würde, Übersetzungsdienste für fremdsprachige Patientinnen und Patienten zu erfassen und abzurechnen. Einem unveröffentlichten Urteil des Bundesgerichts vom 31.12.2002 zufolge wird sich an dieser Situation so bald auch nichts ändern: Es verneinte in einem konkreten Fall, dass es rechtmässig sei, Dolmetschleistungen im Rahmen der Grundversicherung des KVG zu finanzieren. Unter anderem begründete das Gericht sein Urteil damit, dass einer Übersetzung nur unterstützender, nicht aber medizinischer Charakter zukomme (ebd.: 12). Somit bleibt es letztlich den Gesundheitsinstitutionen selber überlassen, Wege zu finden, um Leistungen im Wert von gesamthaft rund 5 Millionen Franken zu bezahlen (ebd.: 9).

Die Argumentation des Gerichts ist indes unter Fachleuten nicht unumstritten. Aus ihrer Sicht könnte es in gewissen Fällen geradezu zwingend sein, relevante Unterlagen oder ärztliche Anweisungen zu übersetzen, um die Wirksamkeit und damit Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung zu garantieren; so steht denn auch die Vermutung im Raum, letztlich würden durch den Beizug qualifizierter Übersetzender weniger hohe Kosten anfallen als durch sprachlich bedingte Fehldiagnosen (Bischoff et al. 2003a: 511). Doch selbst aus diesen Überlegungen folgt nicht zwangsläufig, dass Übersetzungen im Rahmen des KVG zu finanzieren seien; ebenso gut könnte der Schluss gezogen werden, die Krankenkassen seien überhaupt nicht verpflichtet, für die medizinische Behandlung von Fremdsprachigen aufzukommen, da ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ohne Dolmetschen nicht gesichert sei (Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals MFH 2008: 12).

8.2 Implizite rechtliche Begründungen für das Dolmetschen

Auch in anderen Bereichen, wo Bürgerinnen und Bürger mit staatlichen Institutionen der Schweiz in Kontakt geraten, wird kein „allgemeines Recht auf Übersetzungen“ festgesetzt. Eine Ausnahme bildet der Freiheitsentzug, indem jede Person, die in Haft genommen wird, Anspruch darauf hat, in „einer ihr verständlichen Sprache über die Gründe des Freiheitsentzuges und über die Rechte unterrichtet zu werden“ (ebd.: 12). Aus Sicht der Fachleute sind im medizinischen Bereich Rechtsgüter wie Leib und Leben betroffen, die genau so hoch zu werten seien wie die Freiheit; so gesehen, wäre der Staat verpflichtet, auch im Gesundheitsbereich ausreichend Dolmetschleistungen sicherzustellen.

Die Schweiz hat zudem verschiedene internationale Vereinbarungen unterzeichnet, aus denen sich ebenfalls die Verpflichtung herleiten lässt, Migrantinnen und Migranten seien beim Besuch eines Spitals oder eines Arztes/einer Ärztin durch Übersetzende zu unterstützen. So fordert der im Jahr 1976 in Kraft getretene UNO-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Pakt I), dass alle Einwohner eines Staates diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsdiensten und Gesundheitsinformationen haben; die Schweiz unterzeichnete den Pakt am 18. Juni 1992. Das bedeutet, dass auch hierzu-lande sprachliche Barrieren den Weg zu medizinischer Pflege nicht behindern oder gar verbauen dürfen (Achermann und Künzli 2008: 10).

Ein weiteres wichtiges Abkommen stellt die Biomedizinkonvention des Europarates dar, welche 1996 verabschiedet und am 24. Juli 2008 von der Schweiz ratifiziert wurde. Die Konvention hält den Grundsatz fest, wonach im Vorfeld einer medizinischen Behandlung von Patienten und Patientinnen die „freie Zustimmung in voller Kenntnis“ (informed consent) einzuholen sei. Aufklärung aber kann nur erfolgen, wenn der Patient/die Patientin den Arzt/die Ärztin auch versteht (ebd.: 22). Der informed consent gilt als gewichtiges juristisches Argument und wird auch im Beitrag von Ayer (2006: 31) gleich an erster Stelle genannt: „La clef de voute des droits des patients est sans contexte constitué par le consentement du patient à tout acte médical portant atteinte à sa personnalité.“

Ferner existieren auch verschiedene bilaterale Sozialversicherungsabkommen mit Staaten der Europäischen Union. Diese Abkommen halten fest, dass Behörden, Gerichte oder Sozialversicherungseinrichtungen Schriftstücke (z. B. Anfragen, Beschwerden u. Ä.) auch dann behandeln müssen, wenn sie in der Sprache des jeweiligen Vertragspartners abgefasst sind (ebd.: 24). Auch aus diesen Vorgaben lässt sich demnach eine Übersetzungspflicht im Gesundheitswesen ableiten.

8.3 Die Kantone werden zur Kasse gebeten

Im föderalen Schweizer Gesundheitssystem sind es die kantonalen Gesetzgebungen, die Aufnahme-, Behandlungs- und Informationspflichten der Spitäler regeln. Da die Fragen rund um Übersetzungen und ihre Finanzierung nicht durch übergeordnete Gesetze auf Bundesebene geregelt sind, muss jeder Kanton für sich die Frage klären, wer für Dolmetschleistungen aufzukommen habe, die im Rahmen einer medizinischen Behandlung erforderlich werden. Die Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals wie auch die Rechtsexperten Achermann und Künzli zeigen auf, dass die Kantone resp. ihre öffentlichen Spitäler zwischen zwei Modellen wählen können, um die Finanzierung von Dolmetschleistungen sicherzustellen:

- Mit einem Behandlungsvertrag, der zwischen dem Spital und dem Patienten/der Patientin abgeschlossen wird, „kann auch die Übernahme allfälliger Übersetzungskosten durch den Patienten (ganz oder teilweise) vereinbart werden. Der Behandlungsvertrag hat sich selbstverständlich an den kantonalen gesetzlichen Rahmen, namentlich das Spitalgesetz und ausführende Verordnungen oder Dekrete über die Taxordnungen der Spitäler zu halten“ (Achermann und Künzli 2008: 67).
- Wird kein Behandlungsvertrag abgeschlossen, können die Übersetzungskosten nur dann dem Patienten/der Patientin belastet werden, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage existiert. Die Kantone wählen dafür unterschiedliche Formen der Umsetzung, indem Normstufe und Detaillierungsgrad „recht unterschiedlich ausgestaltet (sind) und [...] von einer Parlamentsverordnung bis zur Verordnung des zuständigen Departementes [reichen]“ (ebd.).

Die Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals erwähnt allerdings noch eine weitere Möglichkeit, um die Finanzierung von Dolmetschleistungen zu verankern. Im Rahmen der Leistungsvereinbarungen, welche die Kantone im Hinblick auf ihre Bedarfsplanung mit den Spitälern schliessen, können sie Vorschriften zu sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen erlassen. Diesen könnten auch die Dolmetschleistungen zugeordnet werden. Die Expertengruppe ermuntert denn auch die Spitaldirektionen, „entsprechende Initiativen zur Ergänzung ihrer Leistungsaufträge zu ergreifen“ (Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals 2008: 19). Diese Anregung deckt sich mit der Empfehlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, deren Vorstand den Kantonen empfiehlt, die sprachübergreifende Kommunikation zu fördern und die Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten zu erleichtern. Dies könnte durch die „Aufnahme von qualifizierten Übersetzungsdienstleistungen in die Leistungsverträge mit den Spitälern als Dienstleistungen von öffentlichem Interesse“ erfolgen sowie indem verschiedene Lösungen gefördert werden, „die darauf ausgerichtet sind, den Zugang zum interkulturellen Übersetzen im Gesundheitsbereich zu erleichtern“. Die GDK räumt dabei auch ein, dass diese Lösungen je nach Kanton unterschiedlich sein können (GDK in einem Schreiben vom 26. 5. 2010 an die kantonalen Gesundheitsdepartemente).

8.4 Anregungen aus dem Ausland

Der Blick über die Grenze zeigt verschiedene Möglichkeiten, wie Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen organisiert und finanziert werden können. Je nachdem, ob ein Staat bereits auf eine längere oder erst eine kürzere Erfahrung mit Immigranten und Immigrantinnen zurückblickt, wie er seine Integrationspolitik ausrichtet oder wie sein Gesundheitswesen organisiert ist, drängen sich unterschiedliche Finanzierungsmodelle auf. Dahinden und Stants (2007: 24ff.) unterscheiden deren sieben, die im Wesentlichen von zwei Dimensionen geprägt werden: Länder, die erst seit vergleichsweise kurzer Zeit das Ziel von Einwanderung sind, neigen dazu, Dolmetschleistungen im Rahmen von Pilotprojekten zu organisieren und zu finanzieren.

8 Wer bezahlt wofür – und mit welcher Begründung?

Demgegenüber sind etablierte und strukturell verankerte Modelle in Ländern die Regel, die bereits seit längerem das Ziel von Einwanderung sind. Die zweite Dimension spannt sich zwischen verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten auf: Dolmetschleistungen können entweder direkt finanziert werden, indem eine Regierung entsprechende Gelder bereithält. Oder die Spitäler erhalten Globalbudgets und müssen in diesem Rahmen entsprechende Posten für Dolmetschleistungen reservieren. Aus Sicht der Fachleute scheint die Option „Globalbudgets“ den Spitalern grösseren Handlungsfreiraum zu eröffnen, während bei der Direktfinanzierung die Vergabe von Geldern in der Regel an bestimmte Bedingungen geknüpft ist (ebd.: 28).

Für die Schweiz lassen sich aus den ausländischen Erfahrungen verschiedene Möglichkeiten ableiten. Die Finanzierung über Projektgelder wäre auch hierzulande machbar, und sie könnte – wie es in Italien geschehen ist – mit der Zeit zu „ersten strukturellen Verankerungen“ führen (ebd.: 30). Eine zentrale Finanzierung über den Bund könnte allerdings im föderalistischen Schweizer Gesundheitssystem bald zum Scheitern verurteilt sein, sodass die Autorinnen eher eine Mischform der „zentralen Finanzierung über die Globalbudgets der Spitäler“ empfehlen (ebd.: 31). Schliesslich inspirieren Grossbritannien und Belgien bei der institutionellen Verankerung der Dolmetschenden zu einer Kombination von Festanstellungen in den Spitalern mit komplementären Übersetzerinnen und Übersetzern für die fehlenden Sprachen.

8.5 Zeit zur Verankerung in den Regelstrukturen?

Die Finanzierung der Kosten von Dolmetschleistungen im Gesundheitsbereich ist in der Schweiz nicht einheitlich geregelt. Aus juristischer Sicht darf aber niemandem infolge mangelnder Sprachkenntnisse eine medizinisch indizierte Behandlung vorenthalten bleiben. Die Aufklärung im Vorfeld eines medizinischen Eingriffs muss in einer für den Patienten bzw. die Patientin verständlichen Sprache erfolgen, sodass die Einwilligung in den Eingriff auf freier Willensentscheidung basiert. Gemäss dem Übereinkom-

men über Menschenrechte und Biomedizin (Biomedizinkonvention) gilt der «informed consent» (freie Zustimmung in voller Kenntnis) für alle medizinischen Eingriffe, unabhängig davon, ob sie in öffentlichen Spitälern oder in einer privaten Arztpraxis ausgeführt werden.

Zwei parlamentarische Vorstösse mit dem Anliegen, die Finanzierung des interkulturellen Übersetzens durch eine Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG gesamtschweizerisch zu regeln, sind abgelehnt worden. Mehrere Kantone regeln die Abgeltung von Dolmetschleistungen mittels Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern. Somit hängt es heute vom Behandlungsort ab, ob Dolmetschleistungen kostenlos in Anspruch genommen werden können.

Im Rahmen des Bundesrätlichen Auftrags zur Weiterentwicklung des Integrationsrechts soll die Integration als staatliche Querschnittsaufgabe in den Regelstrukturen besser verankert werden. In diesem Zusammenhang wird eine gesamtschweizerische Regelung zur Finanzierung der Dolmetschleistungen im Gesundheitsbereich erneut diskutiert werden.

9 Empfehlungen für die Praxis

Übersetzungen im Gesundheitswesen können aus verschiedenen Perspektiven in den Blick genommen werden: Auf einer individuellen Ebene gilt es, Anforderungen an die Dolmetschenden selber festzulegen; auf organisatorischem Niveau ist zu klären, wie Übersetzungsleistungen wirkungsvoll und kostengünstig bereitgestellt werden können. Und auf der Ebene des Gesamtsystems stellt sich die Frage nach der rechtlichen Begründung und den Finanzierungsmöglichkeiten.

Zahlreiche Studien belegen, wie vielfältig und hoch die Ansprüche sind, die an Dolmetschende bzw. interkulturell Vermittelnde gestellt werden. Gedanken zur Ausbildung von (interkulturell) Übersetzenden im Gesundheitssystem wurden denn auch bereits früh angestellt (insbesondere in Weiss und Stuker 1998: 143/Anhang 3, oder Mader 2000: 69). Seither wurde vieles erreicht – sowohl im Hinblick auf Qualifizierungsmöglichkeiten im interkulturellen Übersetzen als auch mit Blick auf dessen ökonomische und juristische Grundlagen.

9.1 Anforderungen an interkulturell Übersetzende und Vermittelnde

Eine Grundlage, die eine Übersicht über die Fähigkeiten liefert, die interkulturell Übersetzende mitbringen sollten, legt die vom Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit in Auftrag gegebene Analyse von Hagenow-Caprez (2008) vor. In der Auswertung der Prüfungsergebnisse für interkulturelle Übersetzende fand die Autorin heraus, dass das grösste Manko beim Beherrschen der Dolmetschsprache liegt – also der „Fremdsprache“ aus Sicht der Schweizer Ansprechpartner. „Aus diesem Grund ist eine seriöse Überprüfung der Dolmetschsprache/n aus Qualitätsüberlegungen zwingend – auch wenn für die schweizerischen Fachpersonen diese Fähigkeiten sehr viel weniger sichtbar sind als die Kompetenzen in der lokalen Amtssprache“ (Hagenow-Caprez 2008: 17). Aus diesem Befund wird die Empfehlung abgeleitet, bei „Secondas“ resp. „Secondos“, die ganz oder teilweise in der Schweiz aufgewachsen sind, sei die Vertrautheit mit der ursprünglichen Muttersprache frühzeitig zu prüfen, wenn möglich bereits bei der

Rekrutierung. Des Weiteren fordern die in einer Umfrage konsultierten Fachleute, die Kandidatinnen und Kandidaten für den Fachausweis Interkulturelles Übersetzen seien bei den Abschlussprüfungen in eine möglichst „realitätsnahe Simulation eines Übersetzungseinsatzes“ zu integrieren, sodass alle massgeblichen Fähigkeiten überprüft werden könnten (ebd.: 73). Hagenow-Caprez entwirft schliesslich ein Persönlichkeitsprofil der interkulturell Übersetzenden, das sich u.a. durch Kontrolle der eigenen Gefühlsbetontheit auszeichnet sowie durch die Fähigkeit, den eigenen Lebensweg mit seiner Migrationsgeschichte und die eigenen Stärken, Schwächen und Grenzen zu reflektieren (ebd.: 56).

Abgesehen von sprachlichen Fähigkeiten im engeren Sinne sollten Dolmetschende auch die Sensibilität für Machtsituationen und für die eigene Stellung im mitunter heiklen Zusammenspiel zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient mitbringen. Ethische Codes und Verhaltensrichtlinien im Sinne von „Best Practice Recommendations“ könnten hierbei eine hilfreiche Grundlage darstellen (Bischoff und Steinauer 2007: 347; Leanza 2008: 218).

9.2 Einen etablierten Platz in der Struktur des Gesundheitswesens schaffen

Zurzeit existieren weder die gesetzlichen Grundlagen noch die organisatorischen Strukturen, um den Übersetzungsdiensten im kantonal organisierten Gesundheitswesen einen festen Platz zuzusichern. Immerhin zeigt das juristische Gutachten von Achermann und Künzli (2008: 2), welche Lücken es zu füllen gilt, und es entwickelt Vorschläge, etwa dass „[a]ngesichts der unbefriedigenden Situation [...] andere Optionen zu prüfen [sind], wie eine genügende Übersetzungsinfrastruktur zur Verfügung gestellt werden kann, sei dies durch eine Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand von Vermittlungsstellen für interkulturelle DolmetscherInnen, sei dies durch eine explizite Regelung der Übersetzungsfrage auf Ebene der Kantone, oder sei dies durch die Suche nach weiteren Finanzierungsmodellen“.

Eine Datenbank, die es gestattet, Ärztinnen und Ärzte nach ihren Sprachkenntnissen auszusuchen, wurde von der FMH im Internet aufgeschaltet (<http://www.doctorfmh.ch/>)

und erfüllt damit eine Ankündigung im Bericht der Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals (2008: 22). Auch die Erfahrungen, die einzelne Kantone wie etwa Genf mit einer „Dolmetscher-Bank“ sammeln konnten, werden in der Literatur beifällig gewürdigt (Bischoff 2002: 50).

Den einzelnen Kliniken wird ausserdem empfohlen, interne Listen mit ihren mehrsprachigen Mitarbeitenden zu führen und regelmässig auf den neuesten Stand zu bringen (Bischoff und Steinauer 2007: 348). Auch lässt sich aus den konsultierten Schriften implizit die Empfehlung ableiten, die einzelnen Kliniken sollten eine zentrale Stelle schaffen, um Übersetzungsdienste zu koordinieren, weil „Mitarbeiter in Institutionen ohne zentrale Koordinationsstelle viel Eigeninitiative und Zeit investieren müssen, um einen Dolmetscheinsatz zu organisieren“ (Bischoff, Kurth und Conca-Zeller 2008: 152). Auch schriftliche Vorgaben, die Pflegende und Ärzte/Ärztinnen bei der Wahl einer situationsadäquaten Übersetzungsform unterstützen könnten, wären hilfreich; teilweise schlägt die konsultierte Literatur selber Kriterien vor, um die Entscheidung nach dem geeigneten Übersetzungstypus zu erleichtern (Bischoff, Steinauer und Kurth 2006: 55; Bischoff und Steinauer 2007: 349).

Stark auf die praktische Umsetzung ausgerichtet ist schliesslich die Arbeit von Bischoff, Steinauer und Kurth (2006), die im Anhang verschiedene Leitlinien anführt. Diese richten sich zum einen an das Spital (etwa die Leitlinien zum Aufbau einer spitalinternen Sprachdatenbank, das Profil für eine Übersetzungshilfe, Empfehlungen für die Verwaltung der Sprachenbank und die Betreuung der Übersetzungshilfe; S. 48-51). Zum anderen wenden sie sich an die einzelnen Pflegenden und Ärzte/Ärztinnen (z.B. die Entscheidungshilfe für die Wahl einer internen oder externen Übersetzungshilfe; ebd.: 52-57). Schliesslich zielt eine Direktive auch auf die Übersetzungshilfen selber ab, indem diese beispielsweise dazu angehalten werden, Interpretationen zu vermeiden oder die Gesprächsleitenden darauf hinzuweisen, wenn sie selber etwas hinzufügen (ebd.: 58).

9.3 Handlungsbedarf bei der Finanzierung

Eng verzahnt mit organisatorischen Aspekten ist die Frage der Finanzierung von Dolmetschdiensten. Eine wertvolle Argumentationsgrundlage gibt eine neue Studie, die sich mit den Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen auseinandersetzt (Gehrig und Graf 2009). Sie nennt aus den vier verschiedenen Perspektiven der Ethik, des Rechts, der Medizin und der Ökonomie triftige Gründe, die für den Einsatz interkulturell Übersetzender sprechen. Ethisch ist zu fordern, dass alle Menschen – auch solche fremder Muttersprache – diskriminierungsfreien Zugang zu medizinischen Leistungen haben sollen. Juristisch gilt es zu bedenken, dass die gleiche medizinische Versorgung vom Völkerrecht wie auch vom Verfassungsrecht der Schweiz garantiert wird. Aus medizinischer Sicht wiederum ist ausreichende Verständigung unabdingbar, weil das Gesundheitsfachpersonal „für eine effiziente und fundierte Beurteilung wesentlich auf die Sicht der Patientin oder des Patienten angewiesen ist“ (Gehrig und Graf 2009: III). Ausserdem setzt die moderne Medizin oftmals auf Verhaltensänderungen, um die Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu stärken; diese sollten bspw. regelmässige Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen und vorbeugende Massnahmen – bspw. Sonnenschutz, Kariesschutz, gesunde Ernährung – gegen Krankheiten ergreifen. Somit verhindert eine Sprachbarriere zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Patientinnen oder den Patienten, dass diese den ärztlichen Empfehlungen folgen, was sich nachteilig auf die Genesung auswirken kann. Aus wirtschaftlichem Blickwinkel schliesslich lässt sich die Vermutung äussern, dass sich angesichts negativer Effekte, die aus den Verständigungsbarrieren erwachsen, Übersetzungsdienste auch ökonomisch auszahlen. Denn Verständigungsprobleme zwischen Gesundheitsfachpersonen und fremdsprachigen Patientinnen und Patienten können entweder zu einer medizinischen Unterversorgung führen, die aufgrund ungünstiger Krankheitsverläufe überproportional hohe Kosten nach sich zieht – oder aber sie begünstigen die Überversorgung, etwa weil Ärztinnen und Ärzte aus Sicherheitsgründen zusätzliche Abklärungen veranlassen, wenn sie nicht sicher sind, ob sie ihre Patientin/ihren Patienten ausreichend verstehen. Das ökonomische

Argument musste allerdings lange Zeit als Hypothese betrachtet werden, da es selbst für das Ausland nur wenige und für die Schweiz bis vor Kurzem gar keine Analysen gab, welche den Finanzierungsbedarf für Übersetzungsdienste gegen die Kosten der Sprachbarrieren aufrechnen. Eine Vorstudie, in Auftrag gegeben vom Bundesamt für Gesundheit, gibt Hinweise darauf, dass sich diese Hypothese bestätigen könnte. Endgültigen Aufschluss geben könnte eine umfassende Analyse über das Kosten-Nutzen-Verhältnis des interkulturellen Übersetzens, deren Machbarkeit die Vorstudie prüft.

Ansonsten legt die Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals in ihrem Expertenbericht aus dem Jahr 2008 ausführlich begründete Empfehlungen vor, um den Anspruch auf Übersetzungsdienste im Gesundheitswesen rechtlich zu verankern und ihre Finanzierung sicherzustellen. Die insgesamt 20 Ratschläge richten sich dabei an so unterschiedliche Akteure wie etwa die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, den Verband Spitäler der Schweiz H+ oder das Bundesamt für Gesundheit BAG, und sie schlagen Aktionen auf gesetzlicher, politischer, institutioneller und gar wissenschaftlicher Ebene vor.

So gesehen existiert mit den vorliegenden Berichten eine umfassende und aktuelle Grundlage, um die Verankerung des Übersetzens im Gesundheitswesen einen wichtigen Schritt voranzutreiben.

Zitierte Literatur

Ausgewertete Artikel und Schriften:

- Achermann Alberto, Künzli Jörg, 2007: Gesundheitsrelevante Rechte inhaftierter Personen im Bereich des Schutzes vor Infektionskrankheiten und Kompetenzen des Bundes zu ihrer Durchsetzung. Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit – Sektion Aids.
- Achermann Alberto, Künzli Jörg, 2008: Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung. Bern: BAG, Fachbereich Migration und Gesundheit.
- Aubert Marlyse, 2008: Une assistance linguistique qualifiée s'impose. In: Competence 2008 (1-2), S. 26-27.
- Ayer Ariane, 2006: Patients allophones. Le droit à la consultation avec interprète. In: H competence 2006 (4), S. 31-32.
- Bachl, Margrit, 2002: Die Sprache ist nur das Hauptproblem. In: Krankenpflege – soins infirmiers 2002 (6), S. 21-23.
- Bachl, Margrit, 2006: Grenzen und Möglichkeiten der interkulturellen Mediation: Dolmetschen, vermitteln, schlichten – Wege zur Integration. In: Krankenpflege – soins infirmiers 2006 (11), S. 15-17.
- Bericht zur Weiterentwicklung der Integrationspolitik des Bundes, 2010. Bericht des Bundesrates zuhanden der eidgenössischen Räte in Erfüllung der Motionen 06.3445 Fritz Schiesser „Integration als gesellschaftliche und staatliche Kernaufgabe“ und 06.3765 SP-Fraktion „Aktionsplan Integration“.
- Bischoff Alexander, Tonnerre Claude, Eytan Ariel, Bernstein Martine, Loutan Louis, 1999a: Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. In: Sozial- und Präventivmedizin 1999 (44), S. 248-256.
- Bischoff Alexander, Tonnerre Claude, Loutan Louis, Stalder Hans, 1999b: Language difficulties in an Outpatient Clinic in Switzerland. In: Sozial- und Präventivmedizin 44, 1999 (44), S. 283-287.
- Bischoff Alexander, 2001: Von einer Sprache zur anderen. Sprachbarrieren und Kommunikation in einer medizinischen Poliklinik. In: Soziale Medizin, 2001 (3), S. 32-37.
- Bischoff Alexander, 2002: Gesund werden erfordert verstanden werden. Gute Erfahrungen mit professionellen Dolmetscherdiensten. In: Soziale Medizin, 2002 (4), S. 48-50.
- Bischoff Alexander, 2005: Les barrières langagières dans les relations de soin. In: Conti Virginie, de Pietro Jean-François, 2005: L'intégration des migrants en terre francophone. Aspects linguistiques et sociaux. Lausanne: Edition LEP, S. 163-172.
- Bischoff Alexander, Bovier Patrick A., Rrustemi Isah, Gariazzo Françoise, Eytan Ariel, Loutan Louis, 2003a: Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. In: Social Sciences and Medicine, 2003 (57), S. 503-512.
- Bischoff Alexander, Perneger Thomas V., Bovier Patrick A., Loutan Louis, Stalder Hans, 2003b: Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. In: British Journal of General Practice, 2003 (53), S. 541-546.
- Bischoff Alexander, Loutan Louis, 2004: Interpreting in Swiss Hospitals. In: Interpreting, 2004 (6: 2), S. 181-204.

Zitierte Literatur

- Bischoff Alexander, 2005a: Sprachverwirrung im Spital. In: *Pflege*, 2005 (18): 215-17.
- Bischoff Alexander, 2005b: Der Mediator als Dolmetscher – der Dolmetscher als Mediator. In: Von Sinner Alex, Zirkler Michael (Hrg.): *Hinter den Kulissen der Mediation. Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung*. Bern: Haupt. S. 115-126.
- Bischoff Alexander, 2006a: Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. Neuchâtel und Basel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Bischoff Alexander, 2006b: Kommunikation: fremde Sprachen im Spital. In: Saladin Peter (Hrg.): *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz. S. 28-30.
- Bischoff Alexander, Steinauer Regine, Kurth Elisabeth, 2006: Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen. Forschungsbericht zuhanden des MFH-Netzwerks Schweiz. Universität Basel: Institut für Pflegewissenschaft.
- Bischoff Alexander, Grossmann Florian, 2006: Telefondolmetschen im Spital. Forschungsbericht zuhanden des MFH-Netzwerks Schweiz. Basel: Institut für Pflegewissenschaft.
- Bischoff Alexander, Steinauer Regine, 2007: Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. In: *Pflege*, 2007 (20), S. 343-351.
- Bischoff Alexander, 2007: Zoom auf eine Dolmetscherin. Neues aus einer Nationalfondsstudie über interkulturelle Mediation und Integration. In: *Soziale Medizin*, 2007 (1), S. 20-22.
- Bischoff Alexander, Conca-Zeller Antoinette, 2008: Nur übersetzen? Dolmetschen, vermitteln und schlichten in Gesundheitsinstitutionen. In: Conrad Christoph und von Mandach Laura (Hrg.): *Auf der Kippe. Integration und Ausschluss in Sozialhilfe und Sozialpolitik*. Zürich: Seismo, S. 149-159.
- Bischoff Alexander, Hudelson Patricia, Bovier Patrick, 2008: Doctor – Patient Gender Concordance and Patient Satisfaction in Interpreter-Mediated Consultations: An Exploratory Study. In: *Journal of Travel Medicine*, 2008 (17: 1), S. 1-5.
- Bischoff Alexander, Kurth Elisabeth und Schuster Sylvie, 2008: Der Dialog zu Dritt: PatientInnen, DolmetscherInnen und Gesundheitsfachleute in der Universitäts-Frauenklinik Basel. In: *Curare*, 2008 (3), S. 163-175.
- Bischoff Alexander, Dahinden Janine, 2008: Dolmetschen, vermitteln und schlichten im vielsprachigen Basel. In: *Journal of Intercultural Communication*, 2008 (16: 2), S. 1-20.
- Bischoff Alexander, Chiarenza Antonio, Loutan Louis 2009: „Migrant-friendly hospitals“: a European initiative in an age of increasing mobility. In: *World Hospitals and Health Services*, 2009 (45:3), S. 7-9.

- Bischoff Alexander, Hudelson Patricia, 2009: Communicating With Foreign Language – Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough? In: Journal of Travel Medicine, 2009, S. 1-6.
- Bundesamt für Statistik (Hrg.), 2008: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2008. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Dahinden Janine, Chimienti Milena, 2002: Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Theoretische Perspektiven. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Dahinden Janine, Stants Fabienne, 2007: Finanzierung von Dolmetscherleistungen in öffentlichen Spitälern: Ideen aus anderen Ländern. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Dornheim Jutta, 2002/2007: Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell. In: Domenig Dagmar (Hrg.), 2002/2007: Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber, S. 29-48.
- Eytan Ariel, Bischoff Alexander, Loutan Louis, 1999: Use of Interpreters in Switzerland's Psychiatric Services. In: The Journal of nervous and mental disease, 1999 (187:3). S. 190-192.
- Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals, 2008: Bericht über die Finanzierung von Dolmetschleistungen zugunsten der Angehörigen der Bevölkerung, welche die jeweilige Amtssprache nicht verstehen, in den schweizerischen Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit H+ die Spitäler der Schweiz.
- Flubacher Peter, 1994: Eine Übersetzerin in der Hausarztpraxis. Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. In: Soziale Medizin, 1994 (21:1), S. 20-22.
- Flubacher Peter, 1997: Ausländische Patienten in der hausärztlichen Praxis: unlösbare Probleme für Arzt und Patient? In: Praxis, 1997 (86), S. 811-816.
- Flubacher Peter, 1999: Quelques suggestions pratiques d'un médecin de famille pour éviter les problèmes liés à la communication „transculturelle“. In: Psychothérapies, 1999 (19: 4), S. 257-265.
- Fontana Federica, 2000: Le Rôle socio-économique des médiateurs culturels interprètes (MCI) dans la problématique de l'hospitalisation des migrants. Université de Lausanne: Institut d'économie et management de la santé.
- Fritschi Tobias, Gehrig Matthias, Egger Theres, Muggli Markus, Mellenberger Cornelia, 2009: Konzept Telefondolmetschdienst für den Gesundheitsbereich. Detailkonzept und Marktanalyse im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, PricewaterhouseCoopers PwC.
- Gajo Laurent, 2005: Interaction et compétence transculturelle en milieu hospitalier: étude contextuelle des pratiques soignantes dans cinq hôpitaux suisses. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Gehri Mario, Hunziker Bernard, Géraud Françoise, Rouffaer Diane, Sopa Sanjje, Sage-Da Cruz Clara, Métraux Jean-Claude, 1999: Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL): état des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels. In: Sozial- und Präventivmedizin, 1999 (44), S. 264-271.
- Gehrig Matthias und Graf Iris, 2009: Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie). Teilbericht I (Hauptbericht): Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen zugrunde liegen. BASS: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien.
- Guex Patrice, Singy Pascal, 2003: Quand la médecine à besoin d'interprètes. Genève: Médecine et Hygiène.
- Graz, Bertrand, Vader John-Paul, Raynault Marie-France, 2002: Réfugiés, migrants, barrières de la langue: opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. In: Santé publique, 2002 (14: 1), S. 75-81.
- Hagenow-Caprez Margrit, 2008: Wie viel Sprache soll es sein? Definition der sprachlichen Qualifikationen der interkulturellen Übersetzer/innen für die Zulassung zur Ausbildung und für die Zertifizierung. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Halbright Ron, Ackermann-Frösch Nathalie, 2007: Der Dolmetscher sitzt am Telefon. Krankenpflege – soins infirmiers, 2007 (4), 14-15.
- Hudelson Patricia, 2005 (22): Improving patient-provider communication: insights from interpreters. In: Family practice, 2005, (22: 3), S. 311-316.
- Hudelson Patricia, Vilpert Sarah, 2009: Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. In: Biomed Central Health Services Research, 2009 (9), 187.
- Joss Monika, 2008: Mehr als Dolmetschen. In: Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des médecins suisses – Bollettino dei medici svizzeri, 2008 (89: 8), S. 320-322.
- Kamm Martina, Kaya Bülent, 2008: Interne Laiendolmetscher: ein Gewinn für die Rehabilitation von Migranten/Migrantinnen. In: Curare (31), 2008, S. 143-152.
- Künzli Jörg, Achermann Alberto, 2009: Sprachbarrieren bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Haftsituationen. Ansprüche fremdsprachiger Inhaftierter und Verpflichtungen des Staates. Bern: Bundesamt für Gesundheit (Sektion Aids).
- Kurz Andreas, 2006: „Dolmetschen lohnt sich auch finanziell“. In: Krankenpflege – soins infirmiers, 2006 (5), S. 30.
- Leanza Yvan, 2001: Pédiatrie et culture: entre impuissance et volonté d'accueil de la diversité culturelle. In: Actes du VIIIème congrès de l'Association pour la recherche InterCulturelle (ARIC), Université de Genève, S. 24-28, septembre 2001.
- Leanza Yvan, 2008: Community Interpreter's Power. The Hazards of a Disturbing attribute. In: Curare 31, 2008 (31: 2-3), S. 211-220.
- Longerich Brigitte, 2002: Plaidoyer pour le „trilogue“. In: Krankenpflege – soins infirmiers, 2002 (6), S. 64-68.

- Loutan Louis, Farinelli Tiziana, Pampallona Sandro, 1999: Medical interpreters have feelings too. In: Sozial- und Präventivmedizin, 1999 (44), S. 280-282.
- Luck Frank, 2006: „Sprechen Sie Deutsch?“ In: Pflegezeitschrift 2006 (4), S. 206-210.
- Mader Jacques, 2000: Etre compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client. In: Krankenpflege – soins infirmiers, 2000 (8), S. 66-70.
- Mannhart Urs, Graf Iris, Gehrig Matthias, 2009: Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie). Teilbericht II: Fallstudien, die den Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen illustrieren. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG.
- Martin Lise, 2000: Dites-le en serbo-croate. In: Krankenpflege – soins infirmiers, 2000 (8), S. 62-65.
- Métraux Jean-Claude, Alvir Spomenka, 1995: L'interprète: traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. In: InterDIALOGOS, 1995 (2), S. 22-26.
- Office cantonal de la statistique Ocstat, 2009: Résultats statistiques. Bilan et état de la population du Canton de Genève en 2008. Résultats de la statistique cantonale de la population. Genève: Ocstat.
- Rossi Illario, 1999: Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé – De l'interculturalité à la co-disciplinarité. In: Sozial- und Präventivmedizin 1999 (44), S. 288-294.
- Ruppen Wilhelm, Bandschapp Oliver, Urwyler Albert, 2010: Language difficulties in outpatients and their impact on a chronic pain unit in Northwest Switzerland. In: Swiss Medical Weekly, 2010 (140:17-18), S. 260-264.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 26.5.2010: Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitsbereich.
Internet: http://www.gdkcde.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Aktuelle_Stellungnahmen/RS_Traduction_interculturelle_20100526_d.pdf
- Singy Pascal, Guex Patrice, 2005: The interpreter's role with immigrant patients: contrasted points of view. In: Communication and medicine, 2005 (2: 1), S. 45-51.
- Sleptsova Marina 2007: Wenn die Vermittlung von Informationen auf eine Sprachbarriere trifft – zur Zusammenarbeit mit Übersetzern. In: Therapeutische Umschau, 2007 (64: 10), S. 575-579.
- Spang Thomas, 2009: „Zeichen der Zeit erkannt“. In: INTERPRET, Schweizerische Interessensgemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln (Hrsg.): Kongress 2009. Interkulturelles Übersetzen – Integration im Dialog. Bern: Bubenberger Druck- und Verlags-AG.
- Tonnerre Claude, 1999: Enquête sur l'utilisation d'interprètes dans les services de médecine en Suisse. Genève: Editions Médecine et Hygiène.
- Weber Orest, Singy Pascal und Guex Patrice, 2005: Gender and Interpreting in the Medical Sphere: what is at Stake? In: Santaemilia José (Ed), 2005: Gender, Sex and Translation. The Manipulation of Identities. Manchester UK, Northampton MA: St. Jerome, S. 137-147.

Zitierte Literatur

- Weiss Regula, Stuker Rahel, 1998: Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitswesen. Grundlagenbericht. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien an der Universität Neuenburg. (Forschungsbericht Nr. 11).
- Weiss Regula, Stuker Rahel, 1999: Wenn PatientInnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen ... Konzepte zur Übersetzungspraxis. In: Sozial- und Präventivmedizin, 1999 (44), S. 257-263. Basel: Birkhäuser.

Ergänzende Literatur:

- Humboldt Wilhelm von, 1836: Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaues und ihren Einfluss auf die geistige Entwicklung des Menschengeschlechts. Berlin: Druckerei der Königlichen Akademie der Wissenschaften.
- Humboldt Wilhelm von, 1979/1985: Schriften zur Sprache. Stuttgart: Philipp Reclam.
- UNESCO, 1982: Erklärung von Mexiko-City über Kulturpolitik.
<http://www.unesco.de/2577.html>
- Tannen Deborah, 1994/2001: Talking from 9 to 5. Women and Men at Work. New York: Harper-Collins.
- Wittgenstein Ludwig, 1922/1989: Logisch-philosophische Abhandlung. Tractatus logico-philosophicus. Kritische Edition. Hrg.: McGuinness Brian und Schulte Joachim. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Glossar

- **Ad-hoc-Übersetzende**, auch: Gelegenheitsübersetzende oder Laien-Übersetzende: Personen, die eine Amtssprache und eine Dolmetschsprache beherrschen und Gespräche übersetzen, aber keine Dolmetsch-Ausbildung absolviert haben.
 - ▶ Gelegenheitsübersetzende
- **Allophon**: gleichbedeutend mit „fremdsprachig“ und nicht der lokalen Sprache mächtig.
- **Ausländerinnen und Ausländer**: Wird synonym verwendet wie „Personen ausländischer Nationalität“ oder „Personen ausländischer Staatsangehörigkeit“. Bezeichnet alle Personen, die nicht schweizerischer Nationalität sind und die „zu einem bestimmten Zeitpunkt ihren Wohnsitz in der Schweiz haben – unabhängig von der Anwesenheitsdauer und der Art ihrer Anwesenheitsbewilligung“ (Bundesamt für Statistik 2008: 12).
- **Dolmetschende/Dolmetscherinnen/Dolmetscher**: „SprachspezialistInnen [...] mit perfekter Kenntnis der eignen Muttersprache sowie einer oder mehrerer Fremdsprachen“ (INTERPRET), die Inhalte von der einen in die andere Sprache übertragen. Wird in diesem Bericht synonym mit „Übersetzende“ (resp. ÜbersetzerInnen) verwendet.
- **Eingewanderte**: ▶ MigrantInnen
- **FMH**: Fédération des médecins helvétiques. Schweizerischer Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte. Nicht zu verwechseln mit ▶ MFH
- **Gelegenheitsübersetzende, GelegenheitsübersetzerInnen**: ▶ Ad-hoc-Übersetzende
- **Laien-Übersetzende, Laien-ÜbersetzerInnen**: ▶ Ad-hoc-Übersetzende
- **Migrantinnen und Migranten**: Personen, die ausserhalb des Landes leben, in dem sie geboren wurden (= im Ausland lebende Personen). Definition des Bundesamtes für Statistik (2008: 34), gestützt auf eine Definition der UNO. Synonym verwendet wie „Zugewanderte“ oder „Eingewanderte“. Nicht bedeutungsgleich zu Personen mit ▶ Migrationshintergrund
- **Migrationshintergrund**, Personen mit: Alle in der Schweiz wohnhaften Personen, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden oder nicht. Dieser Begriff umfasst somit zum einen die in der Schweiz wohnhaften AusländerInnen (erste und zweite Generation), zum anderen alle eingebürgerten Personen.
- **Interkulturell(e) Vermittelnde/VermittlerInnen**: Bezeichnet gemäss INTERPRET Personen, die „MigrantInnen und Fachpersonen öffentlicher Einrichtungen über kulturelle Besonderheiten, die unterschiedlichen Regeln des Polit- und Sozialsystems oder über unterschiedliche gesellschaftliche Umgangsformen“ informieren. Im Unterschied zu (interkulturell) Mediierenden/MediatorInnen wirken Vermittelnde präventiv, bevor ein Konflikt eintritt.
- **Mediierende/MediatorInnen**: Bezeichnet gemäss INTERPRET Personen, die meist „nach einem Konfliktausbruch eingeschaltet“ werden.

- **MFH:** Migrant Friendly Hospitals, internationale Initiative, die Spitäler dazu befähigen soll, die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten zu befriedigen. Nicht zu verwechseln mit ▶ FMH
- **Interkulturelle ÜbersetzerInnen** sind laut INTERPRET „Fachpersonen für mündliches Übersetzen in Trialogsituationen. Sie ermöglichen eine gegenseitige Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen unterschiedlicher sprachlicher Herkunft. Sie dolmetschen unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der Gesprächsteilnehmer/innen.“
- **Übersetzende:** Wird in diesem Bericht synonym zu ▶ „Dolmetschende“ verwendet.
- **Zugewanderte:** ▶ MigrantInnen

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
Publikationszeitpunkt: April 2011

Weitere Informationen:

BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik,
Abteilung Multisektorale Projekte,
Nationales Programm Migration und Gesundheit, CH-3003 Bern
E-Mail: migrationundgesundheit@bag.admin.ch
www.miges.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer Sprache.

Text: Lucienne Rey
Layout: Silversign, visuelle Kommunikation, Bern
Fotos: © Interpret

BAG-Publikationsnummer: GP 12.10 700 d 700 f 30EXT1107

Vertrieb:
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
Bestellnummer: 311.620.d

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier