

Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte¹

Bernd Meyer

Abstract

Wenn die direkte Kommunikation mit Patienten aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse nicht möglich oder erschwert ist, fungieren in deutschen Krankenhäusern häufig Angestellte oder Angehörige als DolmetscherInnen. Da jedoch Zweit- oder Fremdsprachenkenntnisse allein nicht ausreichen, um gute Dolmetschleistungen zu erzielen, müssen zweisprachige Pflegekräfte auf diese verantwortungsvolle Tätigkeit vorbereitet werden.

Dies kann, wie in dem Artikel vorgeführt wird, durch eine auf empirischen Daten und Untersuchungen gedolmetschter Arzt-Patienten-Kommunikation basierende Fortbildung für zweisprachiges medizinisches Personal geschehen. Im Mittelpunkt der Fortbildung stehen bestimmte institutionelle Diskursarten, wie etwa Anamnese- oder Aufklärungsgespräche, die eine wichtige Rolle für die medizinische Versorgung spielen. Die dem Ansatz zugrunde liegende Annahme ist, dass die Dolmetschleistung erheblich von dem abhängt, was dolmetschende Personen über die zu dolmetschenden Diskursarten, ihre Struktur und Zwecksetzung, wissen.

Keywords: Diskursanalyse, Arzt-Patienten-Kommunikation, Aufklärungsgespräche, Kommunal-dolmetschen, Dolmetschertraining

English Abstract

When direct communication with non-native patients is difficult or even impossible, in German hospitals interpreting is usually done by cleaning staff, nursing staff or relatives. As second language-skills alone are not sufficient for good interpreting, training is needed to prepare such ad hoc-interpreters for this task.

Based on research on interpreted doctor-patient-communication, the paper proposes a training program for bilingual medical staff. The program focuses on those institutional types of discourse that occur frequently and in which the mutual understanding between doctor and patient is crucial to the outcome of medical care, such as medical interviews or briefings for informed consent. The underlying assumption is that interpreters will perform better if they have previously reflected on the usual course and purpose of such types of discourse.

Keywords: Discourse Analysis, Doctor-Patient Communication, Briefings for Informed Consent, Community Interpreting, Interpreter Training

¹ Diese Arbeit entstand im Rahmen des Projekts 'Dolmetschen im Krankenhaus' (SFB 538 'Mehrsprachigkeit', Universität Hamburg). Ich danke Kristin Bührig und Claudia Boettger für wertvolle Hinweise, sowie der DFG für die Förderung des Projekts.

1. Einleitung
2. Zielsetzungen
3. Zwischenbemerkung: Warum ist Dolmetschen im Krankenhaus schwierig?
4. Authentische Diskursdaten als konzeptionelles und didaktisches Fundament einer Fortbildung
5. Ein Beispiel: die Diskursart 'Aufklärungsgespräch'
6. Konzeption und Durchführung der Fortbildung
 - 6.1 Vorbereitungen
 - 6.2 Methodische Überlegungen
 - 6.3 Aufbau der Fortbildung
 - 6.4 Ablauf der Fortbildung
 - 6.5 Reaktionen der TeilnehmerInnen
7. Zusammenfassung und Ausblick
8. Literaturhinweise

1. Einleitung

Wenn die direkte Kommunikation mit Patienten aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse nicht möglich ist, werden in deutschen Krankenhäusern neben den Angehörigen der Patienten in den meisten Fällen Krankenhausangestellte zum Dolmetschen hinzugezogen.² Pöchhacker (2000) kommt anhand einer Umfrage in Wiener Krankenhäusern zu dem Ergebnis, dass von den Krankenhausangestellten mit Deutsch als Zweit- oder Fremdsprache das Reinigungspersonal am häufigsten dolmetscht, gefolgt von den Pflegekräften. Andere Berufsgruppen, wie etwa Ärzte, kommen nur ausnahmsweise zum Einsatz. Aufgrund der in punkto Einwanderung vergleichbaren demographischen Verhältnisse kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Wiener Untersuchung auf das Krankenhauswesen in deutschen Ballungsräumen übertragbar sind.³

Wie jedoch Untersuchungen der gedolmetschten Arzt-Patienten-Kommunikation gezeigt haben, wird auch durch dolmetschende Krankenhausangestellte der sprachliche Handlungsprozess der primären Aktanten (Arzt und Patient) beeinflusst und z.T. beeinträchtigt. Im Fall von Reinigungspersonal mag der Hinweis auf die mangelnde Kenntnis medizinischer Sachverhalte als Begründung für unzureichende Dolmetschleistungen ausreichen. Aber auch Pflegekräfte, die ein breites medizinisches Wissen mitbringen, sind mit den Gegenständen und Zwecken, also den propositionalen und illokutiven Dimensionen der Arzt-Patienten-Kommunikation nicht immer vertraut. Es kommt also beispielsweise vor, dass eine Krankenschwester beim Dolmetschen Schwierigkeiten mit der situationsadäquaten Benennung einfacher medizinischer Sachverhalte in ihrer Muttersprache hat. Dies ist nicht erstaunlich, da die berufliche Sozialisation von Pflegekräften in der Regel ausschließlich in deutscher Sprache erfolgt. Ausnahmen liegen nur dann vor,

² Vgl. Pöchhacker (2000:153f.). Die Muttersprache dieser Personen ist in der Regel eine Einwanderersprache, Deutsch ist die zweite oder dritte Sprache und wurde je nach Alter und Migrationsbiographie mehr oder weniger ungesteuert außerhalb der Familie erworben.

³ Bischoff (2001) kommt zu einer ähnlichen Einschätzung in Bezug auf die Schweiz. Für Deutschland liegen entsprechende Untersuchungen über das Vorkommen von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen nicht vor. Die Gesundheitsberichte der Bundesländer gehen zwar in allgemeiner Form auf Sprachprobleme ein, können jedoch keine Zahlen präsentieren. Vgl. hierzu auch Bordes (2002:72) Ausführungen zum Zugang von Migranten zum Gesundheitssystem und den Erfahrungsbericht von Aumiller (2002).

wenn Pflegekräfte erst nach ihrer medizinischen Ausbildung nach Deutschland eingewandert sind.⁴

Die Unterschiede zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischem Handlungswissen lassen sich aus der jeweiligen Teilhabe dieser Agentengruppen am institutionellen Handlungsprozess ableiten (vgl. Bührig/Durlanik/Meyer 2000). Aufgrund ihrer spezifischen beruflichen Praxis sind Pflegekräfte mit der Struktur und Zwecksetzung wichtiger institutioneller Diskursformen (Anamnese-, Aufklärungs-, und Befundgespräch) nicht immer vertraut und verfügen häufig auch nicht über das für diese Gespräche relevante medizinische Wissen. Hinzu kommt, dass Pflegekräfte bisher keine Gelegenheit haben, die von ihnen ausgeführte Dolmetschtätigkeit zu reflektieren und sich die entsprechenden sprachlichen Verfahren und Rollenprofile systematisch anzueignen.

Aus diesen Gründen wurde im Hamburger DFG-Projekt 'Dolmetschen Im Krankenhaus' eine Fortbildung für Pflegekräfte mit Deutsch als Fremdsprache, bzw. mit Kenntnissen einer Einwanderersprache entwickelt und erprobt. Die der Fortbildung zugrunde liegenden Überlegungen und die Erfahrungen mit der erstmaligen Durchführung der Veranstaltung werden im Folgenden vorgestellt.

2. Zielsetzungen

Bemühungen, die beim Personal vorhandene Sprachen-Vielfalt gezielter für die Verbesserung der Verständigung mit den Patienten zu nutzen, gibt es mittlerweile in einigen Kliniken in Deutschland. In der Regel beschränken sich die Einrichtungen jedoch darauf, intern eine Liste der mehrsprachigen MitarbeiterInnen zu veröffentlichen, die für Dolmetschaufgaben angefordert werden können. Damit wird stillschweigend vorausgesetzt, dass diese Personen geeignete Dolmetscher sind. In manchen Fällen, wie etwa in Kassel, München oder Giessen gibt es in Krankenhäusern eigene Vermittlungsinstanzen, die den Einsatz solcher Angestellten regeln.

Die Ansätze zu einer Institutionalisierung führen teilweise auch zu einer Reflexion der Dolmetschpraxis. So finden beispielsweise in manchen Häusern interne Fortbildungen statt. Das Hamburger Universitätskrankenhaus in Eppendorf leistet sich hingegen einen externen Dolmetscherdienst, der mittlerweile ausgegliedert wurde und über eine Agentur verwaltet wird. Inwieweit die von dieser Agentur gegen Honorar vermittelten Personen für das Dolmetschen qualifiziert sind, ist jedoch von ihrem individuellen Engagement abhängig, da eine Fortbildung nur einmalig bei Einrichtung des Projektes 1995 stattfand.

Das in Deutschland vorhandene Spektrum der Bemühungen reicht somit von ad hoc-Lösungen über verschiedene mitarbeiterbezogene Projekte und Lehrgänge bis hin zur Inanspruchnahme bezahlter externer Dolmetschleistungen. Dieses Spektrum ist auch international gegeben. So führte der Wiener Krankenanstalten-

⁴ Der Anteil von Migranten am nicht-ärztlichen medizinischen Personal beträgt durchschnittlich gut 6%. Allerdings haben Aussiedler und Kinder aus binationalen Ehen in der Regel die deutsche Staatsbürgerschaft und werden damit nicht von der Statistik erfasst. Außerdem gibt es natürlich auch deutsche Angestellte mit Fremdsprachenkenntnissen. Der Anteil mehrsprachiger Personen am medizinischen Krankenhauspersonal dürfte also höher sein. Bührig/Meyer (2003), Meyer/Zeevaert (2002), Pöchhacker/Kadriç (1999) untersuchen verschiedene Fälle, in denen Angehörige oder Krankenhausangestellte dolmetschen.

verbund von November 2000 bis Januar 2001 einen 'Ausbildungskurs für Krankenhausdolmetscher' durch, der sich an zweisprachige Angestellte der städtischen Krankenhäuser mit medizinischer Ausbildung, wie z. B. Krankenschwestern oder medizinisch-technische Assistenten richtete. In der Schweiz wurden von dem Verein 'interpret' (www.inter-pret.ch) 'Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial-, und Bildungsbereich' entwickelt, wobei jedoch kein Schwerpunkt auf bestimmte Berufsgruppen gelegt wurde. Mit den dort entwickelten Standards wird vielmehr eine breit angelegte Qualifikation angestrebt, die sich nicht auf das Dolmetschen im Krankenhaus bzw. Gesundheitswesen beschränkt, sondern auch für andere öffentliche Einrichtungen gelten soll und zudem auch interkulturelle Konfliktmediation einschließen kann.

In Holland, Schweden oder Kanada gibt es staatlich subventionierte Dolmetscherzentralen, deren Personal z. T. verbindliche Standards erfüllen muss. In den USA werden neben ad hoc-Lösungen und hausinternen Diensten teilweise auch externe professionelle Dolmetscher hinzugezogen werden, deren Qualifikation allerdings, ähnlich wie im Fall des Hamburger Universitätskrankenhauses, nicht immer einer Kontrolle unterliegt (vgl. Roat 2003).

Der in diesem Artikel vorgestellte Ansatz besteht darin, durch Fortbildung die beim Pflegepersonal gegebenen Voraussetzungen für die Ausübung der Dolmetschtätigkeit auszubauen. Ein solcher Ansatz liegt international gesehen etwa im Mittelfeld zwischen einer völlig unregelmäßigen Situation einerseits und den kanadischen oder australischen Lösungen andererseits, bei denen der ungehinderte Zugang von Migranten zum Gesundheitssystem u. a. durch professionelle (zertifizierte) Dolmetschdienste gewährleistet werden soll.

Die im Hamburger DFG-Projekt 'Dolmetschen im Krankenhaus' entwickelte Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte und Krankenhausangestellte mit medizinischer Ausbildung basiert auf Ergebnissen und Erfahrungen aus diesem Projekt. Das Ziel der Fortbildung ist, die Dolmetschleistungen zweisprachiger, ad hoc tätiger Krankenhausangestellter zu verbessern. Der Schwerpunkt der Fortbildung liegt dabei, entsprechend der Datenlage des Projekts, auf der inneren Medizin und der Chirurgie. Die Fortbildung soll nicht zu einer Professionalisierung im Sinne einer zusätzlichen Berufsausbildung oder einer Herauslösung des Personenkreises aus ihrem bisherigen Arbeitsumfeld führen, sondern einen Rahmen für die Reflexion einer schon bestehenden Praxis bieten. Durch Befragungen der Fortbildungsteilnehmer wurden zudem die Inhalte und Methoden der Fortbildung überprüft.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Dimensionen des sprachlichen Handelns für das Dolmetschen im Krankenhaus besonders relevant sind und daher zum Gegenstand von Fortbildungsaktivitäten gemacht werden sollten. Diese Frage wird auf der Grundlage von linguistischen Untersuchungen zum medizinischen Dolmetschen und in Auseinandersetzung mit schon bestehenden Fortbildungskonzeptionen bzw. Anforderungsprofilen diskutiert.

3. Zwischenbemerkung: Warum ist Dolmetschen im Krankenhaus schwierig?

Aus der Literatur zum Dolmetschen im Krankenhaus lassen sich drei Bereiche herausfiltern, die nach Ansicht der jeweiligen Autoren besondere Anforderungen an das Dolmetschen im Krankenhaus bzw. im Gesundheitswesen stellen (vgl. Bischoff 2001, Hardt 1995, Pauwels 1995, Prince 1986, Wadensjö 1992):

- Kulturelle Unterschiede und Tabus in Bezug auf Gesundheit/Krankheit und damit zusammenhängende Themen, wie z. B. Sexualität oder Tod,
- Status- oder Rollenkonflikte zwischen der dolmetschenden Person und den primären Aktanten: Darf eine Krankenschwester einen Oberarzt unterbrechen, wenn dessen Ausführungen zu lang geraten? Soll man einen Patienten dolmetschen, der sich auf Deutsch artikulieren möchte, aber nur unzureichende Deutschkenntnisse hat? Inwieweit ist es die Aufgabe einer dolmetschenden Person, auf Missverständnisse hinzuweisen oder bei Konflikten zu vermitteln?
- Mangelnde Vertrautheit mit der institutionellen Kommunikation und medizinischen Sachverhalten.

Dem Aspekt 'kulturelle Unterschiede' wird in der Öffentlichkeit relativ viel Aufmerksamkeit entgegengebracht. Das mag daran liegen, dass kulturelle Dimensionen leichter veranschaulicht werden können als sprachliche und ihre institutionelle Nichtbeachtung auch in gewisser Weise 'skandalträchtig' ist, sodass anhand von mehr oder weniger klischeeartig vorgetragene Kulturunterschieden auf mögliche Probleme von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen hingewiesen werden kann. Inwieweit kulturelle Unterschiede aber tatsächlich das Hauptproblem bei der Verständigung mit nicht-muttersprachlichen Patienten sind, sei jedoch dahingestellt – man bedenke nur, dass auch Einwanderer und Arbeitsmigranten aus Ländern der EU nicht notwendigerweise genügend Deutsch sprechen, um die Beschreibung eines medizinischen Verfahrens zu verstehen (vgl. Riedel 2002).

Die Rollenproblematik findet in der interessierten Öffentlichkeit weniger Beachtung, wird dafür aber umso engagierter in Dolmetscherkreisen diskutiert. Während zunächst die Neutralität dolmetschender Personen betont wurde (Hardt 1995:174), wird es heutzutage häufig auch als Notwendigkeit angesehen, kulturelle Unterschiede zu vermitteln und über das eigentliche Dolmetschen hinaus als eine Art Beistand für die Patienten zu fungieren ('advocacy') (vgl. Beltran Avery 2001, Niska 2002). Entsprechend spricht der schweizerische Verein 'interpret' auch von 'interkulturellen Vermittlern'. Zudem haben Analysen gedolmetschter Interaktionen gezeigt, dass der Teilnehmerstatus dolmetschender Personen keineswegs normativ im Sinne einer Neutralität fixiert ist (vgl. Müller 1989, Wadensjö 1992, Apfelbaum 1997, Apfelbaum/Bischoff 2002). Auch ist festgestellt worden, dass sich die Erwartungen an das Dolmetschen seitens verschiedener Aktantengruppen im Krankenhaus (Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter) durchaus unterscheiden (vgl. Pöchlacker 2000). Diese Erwartungen stehen also im Zusammenhang mit einer 'Translationskultur' und sind damit historischem Wandel unterworfen. Da sie je nach Aktantengruppe variieren und zum Teil widersprüchlich sind, sollten sie auch nicht vorschnell ohne Auseinandersetzung mit der authentischen kommunikativen Praxis zu Normen erklärt werden.

Die mangelnde Vertrautheit mit institutioneller Kommunikation und medizinischen Sachverhalten wird in der öffentlichen Debatte meist lediglich mit Hinweis auf den 'Fachjargon' der Ärzte behandelt. Die medizinische Fachsprache wird dabei vor allem als eine Liste von Termini oder fachsprachlichen Ausdrücken verstanden, die dolmetschenden Laien nicht geläufig sind und daher die Dolmetschleistung beeinträchtigen können. So gibt etwa der us-amerikanische 'National Council on Interpreting in Health Care' (www.ncihc.org) in einer Aufstellung über verschiedene Trainingsverfahren für Dolmetscher im medizinischen Bereich (Stand: Januar 2003) Trainingsinhalte wie das Erlernen von "health care vocabulary" neben "biomedicine as a culture" oder generell "communication skills" an. Auch das vom NCIHC vorgeschlagene 40-stündige "Intensive Training" erweitert das Spektrum nur in Richtung auf das medizinische Wissen ("anatomy", "basic medical procedures") und scheint der Spezifik medizinischer Kommunikation keine besondere Aufmerksamkeit zu schenken.⁵

Analysen authentischer gedolmetschter Arzt-Patienten-Kommunikation machen deutlich, dass Arzt-Patienten-Kommunikation besondere Anforderungen an dolmetschende Personen stellt, die nicht als Ergebnis kultureller Unterschiede interpretiert werden können.⁶ Es erscheint daher als unzureichend, wenn Trainingsverfahren sich darauf beschränken, Terminologie und Wissen über den Gegenstandsbereich (Medizinische Versorgung im Krankenhaus) zu vermitteln oder kulturelle Dimensionen betonen, ohne die tatsächliche kommunikative Praxis im Krankenhaus in die Ausbildung einzubeziehen.

Die Ausblendung der institutionellen Kommunikation mag damit zusammenhängen, dass die institutionenspezifische Ausprägung von Diskursformen in ihrer Relevanz für das Dolmetschen insgesamt erst allmählich für die Dolmetscherausbildung an Universitäten und Fachhochschulen entdeckt werden. Während in der Übersetzerausbildung die Funktionalität von Textsorten oder 'Genres' und ihre Einbettung in institutionelle Zusammenhänge schon seit langem als relevant für das translatorische Handeln angesehen wird, ist die Dolmetscherausbildung noch immer stark auf den besonderen Fall des simultanen Konferenzdolmetschens ausgerichtet.⁷

Wie in der schriftlichen Kommunikation im Krankenhaus oder anderen gesellschaftlichen Institutionen ist auch in der mündlichen Arzt-Patienten-Kommunikation

⁵ Ähnlich unvermittelt erscheinen auch die Inhalte des Studienganges 'Fachdolmetschen bei Behörden, Gerichten und im Gesundheitswesen' der Fachhochschule Magdeburg. Auf der dortigen Homepage werden als Zielsetzungen und Inhalte des Studienganges (neben Themen wie 'Terminologierecherche' oder 'Rhetorik') 'Grundlagen des Dolmetschens und der interkulturellen Kommunikation' einerseits und 'Vertiefung der Fachkenntnisse in den Bereichen Rechts- bzw. Gesundheitswesen' andererseits angegeben. Wie dabei 'Kommunikation' und 'Gesundheitswesen' zueinander kommen, bleibt unklar.

⁶ Vgl. Bischoff (2001), Bolden (2000), Bührig (2001), Bührig/Meyer (1998, 2003), Davidson (2001, 2002), Meyer (2000, 2002a, 2002b), Pöchhacker (2000), Rehbein (1985), Stuker (1998), Tebble (1999).

⁷ Gerzymisch-Arbogast (2002) und House (2002) heben den 'Genre'-Aspekt von Texten als Kriterium für eine Beurteilung der Übersetzungsleistung hervor. Kautz (2002) betont die Notwendigkeit, texttypologische Gesichtspunkte beim Übersetzen zu reflektieren und verallgemeinert dies auch in Bezug auf das Dolmetschen. Aus den Ausführungen von Kalina (2002) und Pöchhacker (2000) zu den neueren Entwicklungen in der Dolmetschwissenschaft wird deutlich, dass immer öfter auch innerhalb der Dolmetschwissenschaft eine breitere Perspektive auf das Dolmetschen eingenommen wird.

tion davon auszugehen, dass diese im Rahmen von übergeordneten Formen des sprachlichen Handelns verläuft, mit denen jeweils bestimmte Zwecke eines Handlungszusammenhangs umgesetzt werden. Neben Anamnese- und Visiten-gesprächen und der Patientenaufklärung über diagnostische und therapeutische Methoden ('informed consent') sind auch Befundgespräche als relevante Diskursformen einzustufen, die bei geringen Deutschkenntnissen der Patienten der Verdolmetschung bedürfen. Die verschiedenen Typen von Gesprächen lassen sich je nach ihrer Position im Handlungsablauf weiter differenzieren. So können etwa diagnostische Aufklärungsgespräche von Aufklärungsgesprächen in der Anästhesie und solchen in therapeutischen Phasen der Krankheitsbearbeitung unterschieden werden. Wie in Einzelstudien gezeigt wurde, haben ungeschulte bilinguale Personen bei der Verdolmetschung nicht nur Schwierigkeiten mit dem medizinischen Vokabular, sondern auch mit (scheinbar) leichter zu dolmetschenden sprachlichen Mitteln wie etwa Pronomina oder Modalverben. Diese sprachlichen Formen sind für die Umsetzung institutioneller Zwecke von Bedeutung (Bührig/Meyer 2003, Meyer 2002a, 2002b, 2003; Rehbein 1986, 1993).

Dolmetschen im Krankenhaus ist also unter anderem deshalb schwierig, weil der Zweckbezug des sprachlichen Handelns in den verschiedenen Diskursformen für die Beteiligten nicht immer transparent ist. Allein aus dem Umstand, dass eine Person eine medizinische Ausbildung hat und in einem Krankenhaus tätig ist, kann nicht abgeleitet werden, dass diese Person über die institutionellen kommunikativen Praktiken oder das spezifische Verhältnis von sprachlichen Formen und kommunikativen Funktionen reflektieren könnte.

Die Reflexion dieses Verhältnisses ist aber gerade eine zentrale Voraussetzung für jede translatorische Handlung. Es besteht innerhalb der verschiedenen Ansätze zur Untersuchung des Dolmetschens und Übersetzens weitgehend Konsens darüber, dass die Art und Weise, wie Ausgangssprachliche in Zielsprachliche Formen überführt werden, von übergeordneten Handlungszusammenhängen abhängig ist, innerhalb derer die translatorische Handlung (Dolmetschen oder Übersetzen) vollzogen wird. Selbst die dekontextualisierte erscheinende Übersetzung von einzelnen Ausdrücken in zweisprachigen Wörterbüchern bildet einen Handlungszusammenhang, der das Resultat der translatorischen Handlung bestimmt (vgl. Ayivi 2000).

4. Authentische Diskursdaten als konzeptionelles und didaktisches Fundament einer Fortbildung

Aus den empirischen Untersuchungen gedolmetschter Diskurse und den Überlegungen zur besonderen Handlungsqualität des Dolmetschens ergibt sich nach meiner Auffassung, dass das tatsächliche sprachliche Handeln im Krankenhaus Gegenstand einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte sein muss. Wie aber kann sprachliches Handeln in eine Fortbildung eingebracht und zum Gegenstand gemacht werden? Es sind mehrere Vorgehensweisen denkbar, die jedoch unterschiedliche Zugänge zur kommunikativen Praxis eröffnen. Während retrospektive Verfahren (z. B. das Erzählen von Anekdoten oder das Nachspielen typischer Situationen) zunächst lediglich einen Zugang zu partikularen Erfahrungen, die für die Teilnehmenden außergewöhnlich oder auffällig waren, erlauben, kann mittels ausgewählter Sprachdaten (Transkriptionen, Videos oder Audioaufnahmen) ein

systematischer Einblick in das sprachliche Handeln in der Institution ermöglicht werden.

Rollenspiele bieten die Möglichkeit, Situationen zu bearbeiten, die von den TeilnehmerInnen beim Dolmetschen als problematisch empfunden wurden oder die in anderer Weise auffällig waren. Die Praxis des ad hoc-Dolmetschens bringt für die unvorbereitet agierenden Pflegekräfte häufig Konflikte mit sich, so dass praktisch jede dieser Personen mindestens von einer negativen Erfahrung aus diesem Zusammenhang berichten kann. Diese Konzentration auf 'skandalöse' Fälle kann jedoch dazu führen, dass die weniger auffälligen Phänomene in den Rollenspielen nicht vorkommen und damit als nicht fortbildungsrelevant angesehen werden. Gerade anhand scheinbar unproblematisch verlaufender Diskurse lässt sich jedoch das Zusammenwirken verschiedener sprachlicher Handlungen und ihr Bezug auf institutionelle Zwecksetzungen besonders gut aufzeigen. Solche Diskurse, die nur in geringem Maße erinnerbar sind, eignen sich daher besonders gut zu Fortbildungszwecken – vorausgesetzt, das Ziel einer Fortbildung besteht darin, den Aktanten die Systematik des sprachlichen Handelns in institutionellen Zusammenhängen zugänglich zu machen. Um solche Diskurse in die Fortbildung einbringen zu können, ist es jedoch notwendig, die entsprechenden Daten in authentischen Situationen zu erheben, sie für die Analyse durch Transkription aufzubereiten und zuvor im Zuge einer Rekonstruktion kommunikativer Tiefenstrukturen auszuwerten.⁸

Die Verwendung von authentischen transkribierten Sprachdaten gehört seit den neunziger Jahren zum Standard in sprachwissenschaftlich basierten Fortbildungen. Hierzu liegen Beispiele aus unterschiedlichen Anwendungsbereichen vor, wie etwa Beraterschulungen, behördliche Kommunikation, Arzt-Patienten-Kommunikation, Pflegekommunikation, Sprachunterricht, usw.⁹ Becker-Mrotzeck/Brünner (1999a) betonen die Nützlichkeit von Transkriptionen sowohl für die inhaltliche Vorbereitung von Fortbildungsveranstaltungen, als auch für die Gestaltung des Unterrichts selbst. Nach übereinstimmender Auffassung dieser AutorInnen lassen sich anhand authentischer Daten die spezifischen Diskursstrukturen im Zusammenhang dokumentieren und nachvollziehen. Auch die Objektivierung von typischen Problemfällen und die Rekonstruktion der Konstellati-

⁸ Ein und dieselbe Aktantenkonstellation kann in jeweils spezifischer Weise sprachlich bearbeitet werden. Diskursarten sind also nicht durch die exakte Übereinstimmung der Realisierungsformen gekennzeichnet, sondern durch eine bestimmte Zwecksetzung, die die Auswahl der sprachlichen Mittel steuert. Anders gesagt: Man wird beispielsweise kaum ein Aufklärungsgespräch finden, das einem anderen aufs Wort gleicht, auch wenn es im Diskurs der aufklärenden Ärzte Routinisierungen und formelhaftes Sprechen gibt. Dass man aber trotz der vielen Unterschiede im Detail von 'dem' Aufklärungsgespräch sprechen kann, liegt nicht an vereinzelt formelhaften Wendungen, sondern an einer bestimmten 'Bearbeitung' des Patientenwissens, die in diesen Gesprächen aus institutionellen Gründen erfolgen muss. Zum Verhältnis von sprachlicher Oberfläche und kommunikativer Tiefenstruktur, vgl. auch Ehlich/Rehbein (1986), Rehbein (2001), ten Thije (2002).

⁹ Vgl. z. B. Becker-Mrotzeck/Ehlich/Fickermann (1992), Bliesener (1992), Bühlig (1997), Hartog (1992), Koerfer/Thomas/Obliers/Köhle (1999), Liedke/Redder/Scheiter (1999), Menz/Nowak (1992), Reuter (1997), Sachweh (2001), Schultze (1999), Spranz-Fogasy (1992), ten Thije (2001). Diese Ansätze unterscheiden sich in ihrem methodischen Vorgehen und hinsichtlich der theoretischen Konzeptionen, stimmen jedoch in ihrem expliziten Bezug auf authentische Diskursdaten und deren Verwendung zu Fortbildungszwecken überein. Zu neueren Entwicklungen vgl. z. B. den Tagungsbericht von Eltester (2002).

onen, in denen sie systematisch auftreten, kann demnach nur ausgehend von authentischen Diskursdaten erfolgen.¹⁰

Rollenspiele bilden gegenüber authentischen Diskursen eine eigene Realität (vgl. Grießhaber 1987, Schmitt 1999). Dies stellt ihren didaktischen Wert nicht in Frage, ihre spezifische Leistung muss aber reflektiert werden. Insbesondere ist zu bedenken, welche Unterschiede zwischen authentischen und simulierten Diskursen auftreten. Wie Grießhaber (1994) betont, können Teilnehmer von Rollenspielen auch bei guter Vorbereitung oft nur Oberflächenphänomene imitieren, wie etwa formelhafte Wendungen oder Schlüsselwörter. Die Systematik des sprachlichen Handelns kann damit jedoch nicht durchsichtig gemacht werden, weil dieses Handeln im Rahmen der Fortbildung selbst überhaupt nicht repräsentiert ist.

5. Ein Beispiel: die Diskursart 'Aufklärungsgespräch'

Die Überlegungen zu den besonderen Ausprägungen des sprachlichen Handelns in institutionellen Zusammenhängen können am Beispiel des Aufklärungsgesprächs verdeutlicht werden. Aufklärungsgespräche werden vor bestimmten invasiven und risikoträchtigen Eingriffen geführt. Da solche Eingriffe häufig nicht ambulant durchgeführt werden können, finden Aufklärungsgespräche vor allem, wenn auch nicht ausschließlich, in Krankenhäusern statt. Die Gespräche werden aus rechtlichen Gründen geführt, aber auch, um die Kooperation zwischen Arzt und Patient im Zuge des institutionellen Handlungsprozesses sicher zu stellen. So gilt etwa das Einführen von Schläuchen oder Kathetern in den Körper des Patienten solange als Körperverletzung, wie keine Einwilligung vorliegt. Zudem sichern sich Ärzte durch das Hinweisen auf die Risiken eines Eingriffs gegen spätere Schadenersatzforderungen ab. Darüber hinaus bereitet der Arzt in den Gesprächen den Patienten auf eine für letzteren nicht vorhersehbare Handlung vor, an der beide – Arzt und Patient – aktiv teilhaben. Seitens des Patienten sind häufig vorbereitende Handlungen nötig, und auch während der Durchführung muss der Patient kooperieren, bzw. bestimmte Handlungen bewusst unterlassen ('stillhalten').

Wie verschiedene Untersuchungen zu Aufklärungsgesprächen gezeigt haben, sind diese durch einen Ablauf gekennzeichnet, der sich in bestimmten Aspekten immer wiederholt: Die betreffende Methode wird angekündigt, ihr Verlauf und ihre Zielsetzung werden beschrieben und es wird auf mögliche Komplikationen hingewiesen. Danach unterschreibt der Patient einen so genannten Aufklärungsbogen. Dieser Ablauf dient sowohl den juristischen, als auch den medizinischen Zwecken (vgl. Biel 1983, Mann 1984, Busch 1994, Meyer 2002a, Jung 2003).

Die von uns erhobenen Daten erlauben zudem die Vermutung, dass Aufklärungsgespräche sich entsprechend ihrer Position im institutionellen Handlungsprozess unterscheiden. So werden z. B. Ankündigungen in Aufklärungsgesprächen vor diagnostischen und therapeutischen Methoden anders ausgeführt werden als solche, die den Patienten auf eine Anästhesie vorbereiten. Auch die Risikoaufklärung unterscheidet sich: in Aufklärungen über diagnostische Methoden und Anästhesie lässt sich z. B. eher ein 'Herunterspielen' der Risiken beobachten, etwa

¹⁰ Die Fallstudie von Brons-Albert (1995) lässt vermuten, dass Kommunikationstrainings, die ohne Bezug auf authentische Daten konzipiert wurden, die gewünschten Verhaltensänderungen bei den Teilnehmern nicht bewirken können.

durch Quantifizierung oder den Rekurs auf eine institutionelle Obligation ('Das passiert sehr selten, aber ich muss Ihnen das sagen'). Vor therapeutischen Eingriffen mit vergleichbar geringen Risiken wird hingegen eher auf deren Existenz hingewiesen, ohne die Gültigkeit dieses Hinweises einzuschränken. Die Unterschiede bei der Risikoaufklärung lassen sich möglicherweise darauf zurückführen, dass der juristisch intendierte Entscheidungsprozess des Patienten aus Sicht der Ärzte nicht in jeder Phase der institutionellen Krankheitsbearbeitung gleichermaßen erwünscht ist. Während der Diagnoseerstellung ist ein 'Ausstieg' des Patienten aus der Behandlung aus ärztlicher Sicht kontraproduktiv, da die Voraussetzungen für eine Entscheidung über die Notwendigkeit einer Therapie noch nicht vorliegen, sondern erst mittels der aufklärungspflichtigen diagnostischen Methoden hergestellt werden sollen (vgl. Meyer 2002a, 2003).

Vor einer Anästhesie ist die Drift in Richtung auf eine Einwilligung des Patienten noch stärker, da nur dann über Anästhesien aufgeklärt wird, wenn der Patient den Eingriff bereits gebilligt hat. Die Betäubung ist in der Regel lediglich ein unterstützendes Verfahren, das die Durchführung des Eingriffs ermöglicht. Eine Einwilligung des Patienten in den Eingriff bei gleichzeitiger Ablehnung der Anästhesie wäre also in den meisten Fällen eine Rücknahme der Zustimmung insgesamt und damit eine erhebliche Behinderung des gesamten Verfahrens. Seitens der Ärzte müsste daraufhin die Planung der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen zumindest in Teilen erneut durchlaufen werden. Das Hinweisen auf Risiken wird somit durch die besonderen Konstellationen, die in Zusammenhang mit der konkreten Ausprägung des institutionellen Handlungsraumes und den ärztlichen Handlungsalternativen stehen, deformiert bzw. zu einer nur agentenseitig ausgeführten Handlung, die in ihren komplexen institutionellen Voraussetzungen für den Patienten nicht ohne weiteres nachvollziehbar ist.¹¹

6. Konzeption und Durchführung der Fortbildung

Im Folgenden werden der methodische Aufbau und der Ablauf der Fortbildung dargestellt. Ausgangspunkt für die gesamte Konzeption war die Überlegung, dass die Teilnehmer durch eine kritische Reflexion der kommunikativen Praxis im Krankenhaus, sowohl ihrer eigenen als auch der von Arzt und Patient, eine Konstellation in ihren verschiedenen Dimensionen besser verstehen und auf dieser Grundlage im Dolmetschprozess besser als bisher Entscheidungen treffen können. Es ging somit weder um Sprachunterricht, noch um die Konditionierung bestimmter Verhaltensmuster oder Routinen.

¹¹ Vgl. Bühlig (2001), Meyer (2002a, 2003). Ehlich/Rehbein (1986) verstehen das Geben von Hinweisen als eine Handlung, bei der ein Handelnder in einem Handlungsprozess steht und von einem anderen Aktanten Hinweise in Bezug auf die Weiterführung der schon begonnen Handlung bekommt, wie etwa beim Rätselraten. In Aufklärungsgesprächen sind es die Patienten, die sich, zumindest aus juristischer Sicht, in einem Entscheidungsfindungsprozess befinden ('Eingriff ja oder nein?'). Ihnen wird jedoch häufig nicht deutlich gemacht, dass sie eine Entscheidung fällen können bzw. sogar müssen.

6.1. Vorbereitungen

Um TeilnehmerInnen für die Veranstaltung zu mobilisieren, wurden die Pflegedienstleitungen und die ärztlichen und geschäftsführenden Direktorien von ca. vierzig Krankenhäusern in Hamburg angeschrieben. Zusätzlich dazu wurde durch Artikel in der Universitätszeitung und in einem Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung regional und überregional für die Fortbildung geworben.

Auf die Anschreiben meldeten sich ca. zwanzig Kliniken. Neben den Landeskrankenhäusern meldeten sich auch zahlreiche der kleineren Einrichtungen. In zwei der Rückmeldungen wurde uns mitgeteilt, dass zur Zeit kein Bedarf für eine solche Fortbildung bestehe. Alle anderen Kliniken stellten die Teilnahme von Pflegekräften in Aussicht. Dieser gute Rücklauf ist sicher auch damit zu erklären, dass die Kliniken für die Fortbildung keine eigenen finanziellen Mittel aufwenden mussten. Vielmehr wurde den TeilnehmerInnen von uns eine Informantenschale gezahlt, so dass auch diejenigen, die für die Teilnahme keine Überstunden angerechnet bekamen und die Fortbildung damit de facto in ihrer Freizeit besuchten, keine Einbußen erlitten.

Aus einem Bewerberkreis von ca. dreißig Personen fanden sich letztlich neunzehn TeilnehmerInnen, die den anvisierten Termin wahrnehmen konnten. Die Interessenten sprachen typische Einwanderersprachen wie Türkisch, Kurdisch, Portugiesisch, Polnisch, Persisch oder Serbokroatisch, aber auch Französisch oder Englisch. Zwei Teilnehmerinnen waren deutsche Muttersprachlerinnen mit guten Kenntnissen einer Einwanderersprache.

Von den neunzehn Personen gaben dreizehn an, seit mehr als zehn Jahren in Deutschland zu leben, drei Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft waren in Deutschland geboren. Nur ein Teilnehmer lebte nach eigenen Angaben seit weniger als zehn Jahren in Deutschland.

Die bisherigen Dolmetscherfahrungen waren in der Gruppe sehr unterschiedlich verteilt: während vier Personen angaben, mindestens einmal im Monat bei der Arbeit zu dolmetschen, und fünf Personen immerhin mehr als fünf Mal im Jahr ihre Sprachkenntnisse anbringen konnten, kamen zehn der TeilnehmerInnen nach eigener Einschätzung höchstens einmal im Quartal als Dolmetscher zum Einsatz.

Auch fachlich war die Gruppe heterogen: neben zwei Auszubildenden aus einer Kinderklinik nahmen Schwestern und Pfleger aus der Chirurgie und Neurochirurgie, aus Stationen für Innere Medizin mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen, aber auch aus einer Ambulanz für HIV-Infizierte teil.

6.2. Methodische Überlegungen

Die Fortbildung zum Dolmetschen von Anamnese-, Aufklärungs- und Befundgesprächen zielte nicht darauf ab, den Teilnehmern detaillierte Formulierungsvorschläge in diversen Sprachen für diverse Situationen zu unterbreiten. Dies wäre angesichts der Vielzahl an Methoden und kommunizierten Sachverhalte und der verschiedenen möglichen Zielsprachen ein hoffnungsloses Unterfangen. Zugleich erschien es aus Gründen der Praktikabilität sinnvoll, die Fortbildung nicht in Bezug auf eine bestimmte Einzelsprache zu konzipieren. Wir gingen also von einer

gemischten Gruppe aus, entsprechend der ethnischen Zusammensetzung des Mitarbeiterstabes in den Betrieben, die sich auf unsere Anfrage hin meldeten.

Das Ziel, die Teilnehmer zu einer Reflexion des sprachlichen Handelns von Arzt, Patient und dolmetschender Person zu bewegen, sollte durch eine Kombination verschiedener Methoden erreicht werden, wobei die Auseinandersetzung mit authentischen Diskursdaten im Mittelpunkt stand. Die folgenden methodischen Prinzipien dienten als Richtschnur bei der Umsetzung dieses Ziels:

- *Aktantenwissen der Teilnehmer mobilisieren*: Die Erinnerung an authentische Dolmetschsituationen sollte zu Beginn einer Fortbildungseinheit in Form eines kurzen Erfahrungsaustausches stattfinden. Dies soll einen Problemaufriss aus Teilnehmerperspektive ermöglichen. Der Problemaufriss erfolgt in Bezug auf die schon genannten Diskursarten (Anamnese, Aufklärung, Befund).
- *Herausarbeiten von Standardfällen anhand von authentischen Daten*: Die Teilnehmer bekommen im Zuge der Fortbildung Ausschnitte aus Transkripten und empirischen Tonaufnahmen zusammen mit Beobachtungsaufgaben präsentiert. Es gibt keine Rollenspiele oder simulierten Situationen. Durch Herausarbeiten der relevanten Konstellationselemente kann die besondere Funktionalität von Ankündigungen im Aufklärungsgespräch aufgeschlüsselt werden und damit eine partielle Veränderung des Wissens der Teilnehmer erfolgen.
- *Rekonstruktion medizinischen Vokabulars anhand authentischer Fälle*: Das medizinische Vokabular kann nicht bezogen auf alle Methoden gelernt und gelehrt werden. Eine dolmetschende Person kann sich also nicht einfach dadurch auf ein Aufklärungsgespräch vorbereiten, dass sie die im Aufklärungsbogen befindlichen medizinischen Ausdrücke und Termini lernt und übersetzt. In Übersetzung vorliegende Aufklärungsbögen können aber als Ausgangspunkt für Recherchen gesehen werden, wenn die Unterschiede zwischen Aufklärung im Text und Aufklärung im Diskurs berücksichtigt werden. Durch einen Vergleich von Aufklärungsbögen und Aufklärungsgesprächen exemplarisch kann gezeigt werden, welche Benennungen im Diskurs tatsächlich verwendet werden.

6.3. Aufbau der Fortbildung

Die Fortbildung wurde an einem Wochenende durchgeführt und dauerte insgesamt etwa 2,5, Tage oder 18 Stunden. Sie bestand aus fünf Einheiten à 2-4 Stunden (inkl. Pausen). Die Einführung bildete die erste Einheit. In der ersten Einheit wurde die Veranstaltung im Überblick dargestellt und die TeilnehmerInnen wurden mit dem Lesen von Transkriptionen vertraut gemacht. Drei der inhaltlichen Blöcke am Samstag und Sonntag waren den institutionellen Diskursarten Anamnesegespräch, Aufklärungsgespräch und Befundgespräch gewidmet. In einem vierten thematischen Block wurde exemplarisch anhand einer Transkription und eines Aufklärungsbogens eine Terminologierecherche geübt.

Die inhaltliche Arbeit am Samstag und Sonntag wurde schließlich jeweils mit einer Fish-Bowl-Sitzung zu Problemen der Gesprächsorganisation und der Rol-

lenverteilung in konsekutiv gedolmetschten Gesprächen abgeschlossen. Durch die Auslagerung dieses Themas in eigene Abschnitte der Fortbildung sollte erreicht werden, dass diskursartspezifische Probleme des Dolmetschens nicht mit generellen Problemen vermischt und verwechselt werden. Zugleich sollte auf diese Weise jedoch den TeilnehmerInnen auch die Möglichkeit gegeben werden, sich von den teilweise deprimierenden Gesprächsinhalten zu lösen. Außerdem ermöglicht die Fish-Bowl-Methode aufgrund der in ihr praktizierten Trennung von Diskutierenden und Zuhörern, der klaren Zuweisung des Rederechts und der Zeitbeschränkung, dass am Ende eines anstrengenden Tages ein Schlusspunkt gesetzt wird und die Veranstaltung nicht in einer sich hinschleppenden Diskussion ausfranst. Der Fish-Bowl am Samstag Nachmittag drehte sich um die Frage, inwieweit man als DolmetscherIn selber das Gespräch mitgestaltet oder nur das passive Sprachrohr der primären Aktanten ist. In der zweiten Runde am Sonntag wurde diskutiert, unter welchen Umständen es vertretbar ist, Dolmetschaufträge zu verweigern.

Die thematischen Einheiten zu Anamnese, Aufklärung und Befund bestanden jeweils aus drei Phasen: dem Erinnern, dem Beobachten und der Diskussion und Bewertung der Beobachtungen. Die Erfahrungen der TeilnehmerInnen, die sie möglicherweise nicht nur beim Dolmetschen, sondern auch selbst als Patienten, Angehörige von Patienten oder in ihrer professionellen Praxis gewonnen hatten, dienten dabei als Einstieg und Ausgangspunkt, der dann im Zuge des Beobachtens, d. h. der Auswertung von Transkriptionen und Audioaufnahmen gezielt mit authentischen Daten konfrontiert wird. Auf der Grundlage der Beobachtungen wurden die aus dem sprachlichen Material gewonnenen Lösungen, d. h. die ziel-sprachlichen Realisierungen relevanter Diskursabschnitte, einer Diskussion und Bewertung unterzogen. Auf diese Weise sollte das Wissen der TeilnehmerInnen in zweierlei Hinsicht bearbeitet werden: hinsichtlich der Funktionalität sprachlicher Mittel des Deutschen im institutionellen Zusammenhang und hinsichtlich der Möglichkeiten einer Umsetzung dieser Funktionen in der jeweiligen Zielsprache.

Die folgende Tabelle 1 gibt eine Übersicht zum Aufbau, die Pausen werden dabei nicht aufgeführt.

Tag	Uhrzeit	Thema	Methode
Freitag	17.00-19.00	Einführung	Vorstellungsrunde, Vortrag, Diskussion
Samstag	9.30-12.30	Anamnese	Erinnerung, Transkriptanalyse
	14.00-16.00	Befundmitteilungen	Erinnerung, Transkriptanalyse
	16.00-18.00	Dolmetscherrollen	Fish-Bowl

Sonntag	9.30-12.30	Aufklärung	Erinnerung, Transkriptanalyse
	14.00-16.00	Exemplarische Terminologierecherche	Analyse und Vergleich von Aufklärungsbogen und Transkripten
	16.00-17.00	Dolmetscherrollen	Fish-Bowl

Tabelle 1: Aufbau der Fortbildung

6.4. Ablauf der Fortbildung

Im Folgenden wird der Ablauf der Fortbildung beschrieben. Zunächst wird versucht, den eingangs aufgestellten Anspruch einzulösen, wonach die in der Fortbildung verwendeten Transkriptionen vor ihrer Verwendung analytisch aufbereitet und 'durchdrungen' werden müssen. Dies wird am Beispiel des 'Hinweisens auf Komplikationen' im Aufklärungsgespräch vorgeführt.

6.4.1. Ein Beispiel: das 'Hinweisen auf Risiken' im Aufklärungsgespräch

Das Aufklärungsgespräch lässt sich in zwei Abschnitte gliedern, die konstitutiv für diese Diskursart sind: die Ankündigung und Beschreibung der jeweiligen Methode einerseits, und die Aufklärung über damit verbundene Risiken andererseits.

Insbesondere die Risikoaufklärung stellt an Ärzte widersprüchliche Anforderungen: Sie müssen erreichen, dass der Patient einer geplanten Methode in dem Wissen zustimmt, dass die Methode (wie praktisch jede medizinische Methode) Risiken birgt. Die Thematisierung von möglichen Komplikationen geht daher meist mit weiteren sprachlichen Verfahren einher, mittels derer die patientenseitige Verarbeitung der Hinweise auf Komplikationen gesteuert wird. Die Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Verfahren. Häufig kündigen Ärzte das neue Thema zunächst an. Dabei wird der Hinweis auf Komplikationen meist als eine institutionelle Obligation charakterisiert, die sich entweder auf den Arzt, oder auf den Patienten bezieht ('sagen müssen' oder 'wissen müssen'). Darauf folgt die eigentliche Benennung oder Beschreibung von möglichen Komplikationen. Der Diskursabschnitt wird sodann häufig durch eine Einschätzung des Häufigkeit und / oder der Ernsthaftigkeit von Komplikationen abgeschlossen. Diese Einschätzungen haben in der Regel den Charakter einer Beschwichtigung: wenn Ärzte auf die Häufigkeit oder Ernsthaftigkeit von Komplikationen zu sprechen kommen, dann meistens in dem Sinne, dass diese 'selten' oder 'nicht schlimm' sind.

Ankündigen des neuen Themas	"Ich muss Ihnen sagen" "Dafür müssen Sie folgende Dinge wissen"
Beschreiben, Benennen und / oder Illustrieren von Komplikationen	"Sie können eine Lungenentzündung bekommen" "Es kann mal bluten"
Einschätzen der Häufigkeit und / oder Ernsthaftigkeit von Komplikationen	"Das passiert nicht sehr häufig" "Normalerweise hört das von selber wieder auf"

Tabelle 2: Sprachliche Verfahren der Risikoaufklärung

6.4.2. Analyse einer Transkription

Die folgende Transkription 1 enthält die in der Tabelle 2 genannten Phänomene in übersichtlicher Form und eignete sich daher gut für die Verwendung in der Fortbildung. In diesem Gespräch wird ein portugiesischer Rentner von einer deutschen Internistin über eine Lungenspiegelung aufgeklärt. Das Gespräch wird von einer Krankenschwester mit Portugiesisch als Muttersprache gedolmetscht. Der Ausschnitt beginnt mit der Turnübernahme der Ärztin in Äußerung (60) "Ja?" und folgt direkt auf die Beschreibung des Verlaufs der Methode.

Transkription 1: A= Internistin; D= Dolmetschende Krankenschwester, in Deutschland aufgewachsen, Portugiesisch als Muttersprache; P= Patient, Rentner mit Portugiesisch als Muttersprache, geringe Deutschkenntnisse. Transkriptionskonventionen: HIAT, transkribiert mit syncWRITER. Quelle: Gespräch 27 aus dem Korpus des DFG-Projekts 'Dolmetschen im Krankenhaus' (SFB 538). In der verfügbaren mp3-Datei 'Transkript1' wurde die Sprechgeschwindigkeit so verändert, dass die Aktanten über ihre Stimmen nicht mehr identifizierbar sind.

29	/60 /61	A	Ja? • Dafür • müssen Sie folgende • Dinge wissen:
		D	inflamaçãõ.
	/59	P	Sim
			Ja
30	/62	A	Es kann • bei der/ • dieser Untersuchung sein, dass <u>Keime</u>
		P	((hustet))
31		A	in die Lunge verschleppt werden, Bakterien, und dass Sie hinterher •

- 32 A eine Lungenentzündung • kriegen können. Das is selten, aber das /63 /64
- 33 A kann passieren.
D /65 Agora ela tá a contar que • quando eles meterem a
Jetzt erzählt sie, dass, wenn sie die Sonde hineintun,
- 34 D sonda que você/ que podem entrar • • bactérias ou assim coisas •
dass Sie/ dass Bakterien oder so Sachen eintreten können
- 35 D para dentro doo/ dos pulmões. Você pode ficar com uma pneumonia.
nach drinnen in die/ in die Lungen. Sie können eine Lungenentzündung /66
- 36 D • Pode acontecer. Não acon/ não acontece muitas vezes
bekommen. Es kann passieren. Es pass/ es passiert nicht häufig, /67 /68
- 37 A /73 /74 Ja? • Was Sie noch
D /69 /70 /72 mas pode acontecer. E ela tem que dizer. • Ja.
aber es kann passieren. Und sie muss es sagen.
P /71 Sim
Ja

Die Ärztin kündigt nach der Turnübernahme zunächst ein neues Thema an (61). In (62) erfolgt dann die Nennung von Komplikationen (Eindringen von 'Keimen' mit folgender Lungenentzündung). In (63) erfolgt eine Einschätzung der (geringen) Häufigkeit dieser Komplikationen ("Das is selten"), die aufgrund des Adversativsatzes (64) mit "aber" ausnahmsweise nicht als ein 'Herunterspielen' der Komplikationen zu gelten braucht. Im Adversativsatz wird die Charakterisierung der Komplikationen als 'selten' mit der trotzdem gegebenen Möglichkeit ihres Auftretens kontrastiert. Während 'selten' die Relevanz des Hinweises für den Patienten herabsetzt, wird mit dem Adversativsatz das von der Ärztin verbalisierte Wissen erneut relevant gemacht. Auf diese Weise wird der Patient angehalten, die Komplikationen als Risiken in seine eigene Vorauskonstruktion des Handlungsablaufs zu integrieren.¹²

Der Turn der dolmetschenden Krankenschwester (65-70) scheint auf den ersten Blick eine nahezu gelungene Verdolmetschung des ärztlichen Hinweises auf

¹² Zu Verfahren der Relevantsetzung von medizinischen Risiken vgl. Adelswärd/Sachs (1998), Candlin/Candlin (2002), Sarangi (2002).

Komplikationen zu sein. Bei genauerem Hinsehen zeigen sich jedoch einige Unterschiede. So verändert die Krankenschwester z. B. die Abfolge der propositionalen Gehalte, indem sie die Verdolmetschung der thematisierenden Äußerung (61) an das Turnende verlegt (70: "E ela tem que dizer", *Und sie muss es sagen*). Durch die veränderte Besetzung von Subjekt- und Objektposition wird der Gehalt dieser Äußerung ins Gegenteil verkehrt: Aus der Pflicht des Patienten, etwas zu wissen, wird in der Verdolmetschung die Pflicht der Ärztin, etwas zu sagen. Auf diese Weise wird das Hinweisen auf mögliche Komplikationen als ein formaler Akt dargestellt, der keinen Bezug zum Patienten als Hörer hat. Dieses Vorgehen schließt in gewisser Weise an die von ihr gewählte Matrixkonstruktion in (65) an: "Agora ela tá a contar...", *Jetzt erzählt sie...* Diese vorangestellte Charakterisierung der Illokution des ärztlichen Turns als Erzählung legt dem Patienten als Hörer nicht nahe, das verbalisierte Wissen im Rahmen eines Entscheidungsprozesses einer Bewertung zu unterziehen.¹³

In der Fortbildung sollte es nicht darum gehen, mit dem Finger auf die Unterschiede zwischen ärztlichem und gedolmetschtem Turn zu zeigen. Vielmehr sollte anhand einer kritischen Betrachtung deutlich gemacht werden, dass Hinweise auf Komplikationen eben nicht nur durch das Benennen der Komplikationen selbst gekennzeichnet sind, sondern auch durch eine bestimmte Einbettung in den Diskurs, mittels derer die Ärzte versuchen, die patientenseitige Verarbeitung dieser Hinweise zu steuern. Nicht immer sind es dabei nur die Dolmetscher, die Risiken herunterspielen. Wie auch immer Ärzte jedoch auf Komplikationen hinweisen: es ist die Aufgabe einer dolmetschenden Person, dem Patienten diese Hinweise in einer Form zu überbringen, die die illokutiven und propositionalen Dimensionen der sprachlichen Handlungen eines Arztes nicht in ihr Gegenteil verkehrt.

Die Sitzung zum Aufklärungsgespräch im Rahmen der Fortbildung gliederte sich also in zwei Teile: die Aufklärung über die geplante Methode und die Risikoaufklärung. Im Abschnitt zur Risikoaufklärung geht es darum, die rechtlichen und institutionellen Hintergründe deutlich zu machen und die Funktionalität verschiedener Verfahren der Risikoaufklärung auf diese Hintergründe zu beziehen. Die hier präsentierte Transkription diente dabei als typisches, relativ unauffälliges Beispiel. Auch die Verdolmetschung ist, trotz der angesprochenen Probleme, im Vergleich zu anderen Gesprächen eher als 'gut' zu bewerten.

6.4.3. Die Diskussion der Transkription in der Gruppe

Die Transkription des Aufklärungsgespräches wurde der Gruppe nicht in Auszügen, sondern insgesamt vorgestellt. Nach einer Erinnerungsrunde zu den bisherigen Erfahrungen der TeilnehmerInnen mit der Patientenaufklärung, einer Rekonstruktion der verschiedenen Abschnitte des Gesprächs und einer Auseinandersetzung mit dem 'Ankündigen' der Methode und dem 'Beschreiben' ihres Verlaufs wurde das 'Hinweisen auf Komplikationen' diskutiert. Diese Diskussion wurde durch folgende Fragen gelenkt und angeregt, die die Teilnehmer in kleinen Gruppen in Hinblick auf das Transkript beantworten sollten:

¹³ Sicherlich kann der Patient trotzdem erkennen, dass in diesem Gespräch nicht erzählt wird. Durch die Matrixkonstruktion wird aber nicht mehr deutlich, wie er die Nennung von Komplikationen verarbeiten soll. Vgl. auch Rehbein (2003) zur performativen Realisierung von Illokutionen in Matrixkonstruktionen.

- Warum werden die Risiken angesprochen?
- Ist der Ärztin egal, ob der Patient zustimmt?
- Ist die Methode gefährlich?

Die Fragen hatten die Funktion, die TeilnehmerInnen bei der Beschäftigung mit der Transkription zur Einnahme verschiedener Perspektiven zu bringen und auf den Punkt zu lenken, den wir aufgrund unserer vorherigen Analysen dieser Diskursart für relevant hielten: die Art und Weise wie beim 'Hinweisen' Komplikationen als für den Patienten relevant gekennzeichnet werden.

Die Teilnehmer beantworteten die Fragen mit verschiedenen Beobachtungen, die hier nicht alle im Einzelnen wiedergegeben werden können. Der interessante Aspekt ist jedoch, dass sie nur aufgrund der Fragen (und einiger Reformulierungen durch den Seminarleiter) exakt die Phänomene thematisierten, die auch in der vorherigen diskursanalytischen Untersuchung Beachtung gefunden hatten. Insbesondere wurde in der Diskussion die unterschiedliche Relevantsetzung von Komplikationen durch die Ärztin und die dolmetschende Person herausgearbeitet, wie sie etwa im Kontrast zwischen 'wissen müssen' und 'sagen müssen' oder in der Verwendung des sprechhandlungsbezeichnenden Verbs 'contar' (*erzählen*) Ausdruck findet. So bemerkte ein portugiesischer Teilnehmer etwa: "*contar* benutzt man bei Märchenerzählungen". Eine türkische Teilnehmerin beantwortete die Frage, ob die Methode gefährlich sei mit der Feststellung, dass die Methode im Turn der Ärztin gefährlicher erscheine als in der Verdolmetschung, "wegen der Formulierungen". Man könne, so die Teilnehmerin, im Türkischen eine Aussage wie 'x kann passieren' nicht ohne weiteres bilden. Durch die Umorganisation der gesamten Äußerung "kommt dann aber alles immer so harmlos rüber." Eine andere türkische Teilnehmerin bestätigte dies: "Wenn man im Türkischen sagt 'es kann sein', dann klingt das wie 'es könnte schon mal sein'."

Solche Feststellungen zeigen, dass die Teilnehmerinnen sich, ausgehend von den Transkriptionen, mit relativ subtilen sprachlichen Phänomenen beschäftigten und in eine Reflexion über das sprachliche Handeln der primären Aktanten und der dolmetschenden Person eintraten – und genau das war das Ziel der Veranstaltung.

6.5. Reaktionen der TeilnehmerInnen

Den TeilnehmerInnen wurde Gelegenheit gegeben, die Fortbildung in einer Abschlussrunde zu kommentieren. Darüber hinaus wurden einige Tage später Interviews mit acht Personen geführt. Die Befragungen wurden von einer Projektmitarbeiterin durchgeführt, die den TeilnehmerInnen nicht aus dem Seminarzusammenhang bekannt war und die nicht direkt mit den Veranstaltern identifiziert wurde. Wir hofften, dass auf diese Weise auch Kritik an der Gestaltung des Seminars deutlich werden würde.

Schon während des Seminars hatte sich an mehreren Punkten gezeigt, dass die Erwartungen, die die TeilnehmerInnen an das Seminar hatten, nicht vom Angebot gedeckt wurden. Die meisten waren davon ausgegangen, dass sie eine Art Training durchlaufen würden, das aus Übersetzungs- und Dolmetschübungen bestehen würde, die nachträglich von kompetenten Personen bewertet werden. Manche

hatten sich sogar eine Art Zertifikat erhofft. Eine wichtige Frage, die nicht in der Veranstaltung behandelt wurde, waren auch die rechtlichen Aspekte des Dolmetschens im Krankenhaus und daraus sich ableitende Verhaltensregeln für Konfliktfälle. Es zeigte sich, dass in Bezug auf rechtliche Fragen eine große Unsicherheit unter den dolmetschenden Pflegekräften besteht.

Trotz der Nichtübereinstimmung von Erwartungen und Kursangebot äußerten sich die Beteiligten sehr positiv über die Veranstaltung und die Methode. Die Einschätzung, dass den TeilnehmerInnen eine gezielte Reflexion über das Dolmetschen im Krankenhaus fehlt, bestätigte sich besonders deutlich bei den erfahrenen Dolmetschern, die oft schon seit mehreren Jahren regelmäßig an ihrem Arbeitsplatz dolmetschen. Diese verfügten schon vor der Veranstaltung, wie sich im Kursverlauf zeigte, über ein hohes Maß an Reflexion. Trotzdem sagten diese Personen übereinstimmend, dass sie vom für sie unerwarteten Ablauf der Veranstaltung angenehm überrascht wurden. Ein Teilnehmer betonte im Rückblick, er habe zum ersten Mal verstanden, wie sehr er durch das Dolmetschen das Gespräch zwischen Arzt und Patient mit beeinflusst und gestaltet. Alle der acht Befragten äußerten den Wunsch, weiter an solchen Fortbildungen teilzunehmen und wären auch bereit, dafür einen eigenen finanziellen Beitrag zu leisten (zwischen 20,- und 150,- €). Die Bereitschaft zu erneuter Teilnahme auf eigene Kosten wurde allerdings meist gekoppelt mit dem Wunsch vorgetragen, auch andere Inhalte in das Programm aufzunehmen, wie etwa das Erlernen von Fachausdrücken oder die rechtliche Situation von ad hoc-Dolmetschern.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Jeden Tag dolmetschen überall in Deutschland bilinguale Krankenhausangestellte oder Angehörige der Patienten. Durch ihren Einsatz ermöglichen sie MigrantInnen den Zugang zu den Institutionen der Gesundheitsversorgung – ein Zugang, der diesen Patienten aufgrund ihrer Beitragszahlungen an die Krankenkassen zusteht und dessen uneingeschränkte Inanspruchnahme die Institutionen eigentlich garantieren müssten. Es ist jedoch nicht verwunderlich, dass in einer Gesellschaft, die Zugehörigkeit immer noch über Bluts- und Familienbande definiert, die unzulänglichen Sprachkenntnisse von Einwanderern als deren individuelles Problem angesehen werden, das dann – bitteschön – auch von den 'Schuldigen' selbst gelöst werden sollte.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass nicht nur die Dolmetschleistungen von Angehörigen der Patienten, sondern auch die des medizinischen Personals sehr unterschiedlich ausfallen können und bisweilen unzulänglich sind. Aus diesem Grund gibt es Versuche, die bisherige Praxis des Dolmetschens im Krankenhaus zu reflektieren und zu optimieren. Eine Möglichkeit neben anderen ist die Schulung von bilingualen Pflegekräften und die hausinterne Organisation von Dolmetschdiensten.

Eine Fortbildung für bilinguales medizinisches Krankenhauspersonal kann sich, wie die Erfahrung zeigt, an den konkreten sprachlichen Formen der gedolmetschten Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus orientieren. Unter Bezug auf Studien zur Kommunikation im Krankenhaus und zu diskurs- bzw. gesprächsanalytisch ausgerichteten Fortbildungskonzepten wurde die Hamburger Fortbildung deshalb auf systematisch erhobenen Diskursdaten basiert und die

Vermittlung von Wissen über die relevanten Diskursarten, ihre Zwecke und die für sie konstitutiven sprachlichen Formen in den Mittelpunkt gestellt. Es scheint möglich, auf diese Weise bilinguale Angestellte gezielt auf bestimmte Konstellationen des Dolmetschens vorzubereiten.

Die erstmalige Durchführung der Fortbildung im Herbst 2003 hat gezeigt, dass die Adressaten der Fortbildung die Arbeit mit authentischen Sprachdaten durchweg positiv bewerten. Die Erfahrungen aus diesem Testlauf zeigen weiterhin, dass gemischte Gruppen mit SprecherInnen verschiedener Muttersprachen und mit unterschiedlichen Dolmetscherfahrungen erfolgreich zusammen arbeiten können.

Es scheint sinnvoll, dass die TeilnehmerInnen die Fortbildung wiederholt durchlaufen, da der Effekt einer nur einmaligen Teilnahme kaum nachhaltig sein wird. Ein Anreiz zur fortlaufenden Teilnahme an solchen Fortbildungen kann etwa darin gesehen werden, dass die gegebene Zweisprachigkeit der Angestellten auf diese Weise zu einem Qualifikationsmerkmal ausgebaut wird, das sie vor monolingualen Kolleginnen und Kollegen auszeichnet und das bei Bewerbungen mit berücksichtigt werden kann.

Bei allem Optimismus hinsichtlich der Zweckmäßigkeit der hier vorgeschlagenen Fortbildung sollte dieser Ansatz nicht als alleiniges Mittel zur Lösung von Kommunikationsproblemen mit anderssprachigen Patienten gelten. Eine weitergehende Überlegung etwa ist, dass auch Ärzte als Nutznießer von Dolmetschleistungen auf die besondere Gesprächssituation vorbereitet werden sollten. Am Universitätsspital in Genf wurde dazu eine erfolgreiche Broschüre entwickelt (Bischoff/Loutan 2000). Zudem werden in einigen Fällen auch fortgebildete Pflegekräfte mit der Dolmetschaufgabe, die ja nicht zu ihrem eigentlichen Tätigkeitsbereich gehört, überfordert sein. So ist z. B. für das Dolmetschen in psychiatrischen Anamnesen und Therapiegesprächen vermutlich ein besonderes Training, bzw. der Einsatz professioneller Dolmetscher nötig. Aus der Belegschaft kommende Dolmetscher sollten stattdessen vor allem zur Deckung eines unmittelbaren, ad hoc entstehenden Bedarfs in alltäglichen Situationen eingesetzt werden und auch das Recht und die Pflicht haben, Dolmetschaufgaben abzulehnen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen.

8. Literaturhinweise

- Adelswärd, Viveke / Sachs, Lisbeth (1998): Risk discourse: Recontextualization of numerical values in clinical practice. In: *Text*, 18 (2), 191-210.
- Apfelbaum, Birgit (1997): Zur Rolle der Diskursanalyse in der Ausbildung von Gesprächsdolmetschern. In: Fleischmann, Eberhard / Kutz, Wladimir / Schmitt, Peter A. (Hg.), *Translationsdidaktik. Grundfragen der Übersetzungswissenschaft*. Tübingen: Narr, 268-257.
- Apfelbaum, Birgit / Bischoff, Alexander (2002): Dolmetschtraining als Kommunikationstraining. Anwendungen neuerer Forschungsergebnisse zu Dolmetschereinsätzen im Gesundheitswesen. In: *Mitteilungen für Dolmetscher und Übersetzer (MDÜ)* 1 (2002). Bonn: BDÜ, 12-20.
- Aumiller, Joseph (2002): Zur Behandlung von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen. Ein Beitrag aus ärztlicher Sicht. In: *Mitteilungen für Dolmetscher und Übersetzer (MDÜ)*, 1 (2002). Bonn: BDÜ, 28-30.

- Ayivi, Christian Kodzo (2000) Zweisprachige Lexikographie: zur Adaptation von Wissen ein ewe-deutschen und deutsch-ewe Wörterbüchern. Münster: Waxmann.
- Becker-Mrotzek, Michael / Ehlich, Konrad / Fickermann, Ingeborg (1992): Bürger-Verwaltungs-Diskurse. In: Fiehler, Reinhard / Sucharowski, Wolfgang (Hg.), Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen: Westdeutscher Verlag, 234-253.
- Becker-Mrotzek, Michael (1999): Einleitung. In: Becker-Mrotzek, Michael (Hg.), Medium Sprache im Beruf – eine Aufgabe für die Linguistik. 28. Jahrestagung der Gesellschaft für Angewandte Linguistik. Tübingen: Narr.
- Becker-Mrotzek, Michael / Brüner, Gisela (1999a): Simulation authentischer Fälle (SAF). In: Brüner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walter (Hg.), Angewandte Diskursforschung Bd. 2: Methoden und Anwendungsbereiche. Opladen: Westdeutscher Verlag, 72-80.
- Becker-Mrotzek, Michael / Brüner, Gisela (1999b): Diskursanalytische Fortbildungskonzepte. In: Brüner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walter (Hg.), Angewandte Diskursforschung Bd. 2: Methoden und Anwendungsbereiche. Opladen: Westdeutscher Verlag, 36-49.
- Becker-Mrotzek, Michael / Brüner, Gisela (1999c): Gesprächsforschung für die Praxis: Ziele, Methoden, Ergebnisse. In: Stickel, Gerhard (Hg.), Sprache - Sprachwissenschaft - Öffentlichkeit. Jahrbuch des IDS 1998. Berlin: de Gruyter, 172-193.
- Beltran Avery, Maria-Paz (2001): The role of the health care interpreter. An evolving dialogue. www.ncihc.org.
- Biel, Maria (1983): Vertrauen durch Aufklärung. Analyse von Gesprächsstrategien in der Aufklärung über die freiwillige Sterilisation von Frauen in einer Klinik. Frankfurt/M. usw.: Lang.
- Bischoff, Alexander (2001): Overcoming language barriers to health care in Switzerland. Inauguraldissertation. Universität Basel: Philosophisch-Naturwissenschaftliche Fakultät.
- Bischoff, Alexander / Loutan, Louis (2000) Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege. HUG & Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Bliesener, Thomas (1992): Ausbildung und Supervision von Aidsberatern. Weiterentwicklung eines Modells zur Telefonsimulation und Gesprächsanalyse. In: Fiehler, Reinhard / Sucharowski, Wolfgang (Hg.), Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen: Westdeutscher Verlag, 126-142.
- Bolden, Galina B. (2000): Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. In: Discourse Studies 2/4. Thousand Oaks: Sage, 387-419.
- Borde, Theda (2002): Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation, Technische Universität Berlin: Fachbereich Gesundheitswissenschaften.
- Brons-Albert, Ruth (1995): Auswirkungen von Kommunikationstraining auf das Gesprächsverhalten. Tübingen: Narr.
- Brüner, Gisela (1999): Das Verhältnis von Ausbildung und Anwendung. Ihr Beitrag zur Professionalisierung der Linguistik. In: Brüner, Gisela / Fiehler,

- Reinhard / Kindt, Walter (Hg.), *Angewandte Diskursforschung Bd. 2: Methoden und Anwendungsbereiche*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 114-124.
- Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard (Hg.) (1999a): *Angewandte Diskursforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard (1999b): *KommunikationstrainerInnen über Kommunikation. Eine Befragung von TrainerInnen zu ihrer Arbeit und ihrem Verhältnis zur Sprachwissenschaft*. In: Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walter (Hg.), *Angewandte Diskursforschung Bd. 2: Methoden und Anwendungsbereiche*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 211-225.
- Bühlig, Kristin (1997): *Innerbetriebliche Wirtschaftskommunikation in der Fremdsprache Deutsch. Erfahrungen mit dem Einsatz von Transkripten im Unterricht Deutsch als Fremdsprache*. In: *Zielsprache Deutsch* 4/97, 180-190.
- Bühlig, Kristin / Durlanik, Latif / Meyer, Bernd (2000): *Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus. Konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien*. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B/2*. Hamburg: Universität Hamburg, Sonderforschungsbereich 538 Mehrsprachigkeit.
- Bühlig, Kristin / Rehbein, Jochen (1996/2000): *Reproduzierendes Handeln. Übersetzen, simultanes und konsekutives Dolmetschen im diskursanalytischen Vergleich*. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B/6*. Hamburg: Universität Hamburg, Sonderforschungsbereich 538 Mehrsprachigkeit.
- Bühlig, Kristin (2001): *Interpreting in Hospitals*. In: Cigada, Sara / Gilardoni, Silvia / Matthey, Marinette (eds.), *Communicare in ambiente professionale plurilingue*. Lugano: USI, 107-119.
- Bühlig, Kristin / Meyer, Bernd (2003): *Die dritte Person. Pronomina in der gedolmetschten Patientenaufklärung*. In: *Zeitschrift für Angewandte Linguistik* 38, 5-35.
- Busch, Albert (1994): *Laienkommunikation: Vertikalitätsuntersuchungen zu medizinischen Experten-Laien-Kommunikationen*. Frankfurt/M. usw.: Lang.
- Candlin, Christopher / Candlin, Sally (2002): *Discourse, Expertise, and Risk*. In: *Research on Language and Social Interaction*, 35 (2), 115-137.
- Davidson, Brad (2001): *Questions in cross-linguistic medical encounters: The role of the hospital interpreter*. In: *Anthropological Quarterly* 74 /4, 170-178.
- Davidson, Brad (2002): *A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse*. In: *Journal of Pragmatics* 34/9, 1273-1300.
- Doherty, Monika (2002) *Language processing in discourse: a key to felicitous translation*. London: Routledge.
- Ehlich, Konrad / Rehbein, Jochen (1977): *Wissen, Kommunikatives Handeln und die Schule*. In Goepfert, Herma C. (Hg.), *Sprachverhalten im Unterricht*. München: Wilhelm Fink Verlag, 36-114.
- Eltester, Bettina (2002): *Bericht über den Themenbereich 'Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz(en)' auf der 33. Jahrestagung der Gesellschaft für Angewandte Linguistik*. In: *Gesprächsforschung* 3, 147-152.
- Fiehler, Reinhard (1999): *Kann man Kommunikation lehren? Zur Veränderbarkeit von Kommunikationsverhalten durch Kommunikationstraining*. In: Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walter (Hg.), *Angewandte Diskursforschung Bd. 2: Methoden und Anwendungsbereiche*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 18-49.

- Gerzymisch-Arbogast, Heidrun (2002): Ansätze der neueren Übersetzungsforschung. In: Best, Joanna / Kalina, Sylvia (Hg.), Übersetzen und Dolmetschen. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 17-29.
- Grießhaber, Wilhelm (1987): Authentisches und zitierendes Handeln. Bd. 2: Rollenspiele im Sprachunterricht. Tübingen: Narr.
- Grießhaber, Wilhelm (1994): Unterschiede zwischen authentischen und simulierten Einstellungsgesprächen. In: Bliesener, Thomas / Brons-Albert, Ruth (Hg.), Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings. Opladen: Westdeutscher Verlag, 33-90.
- Hardt, Eric J. (1995): The Bilingual Interview and Medical Interpretation. In: Lipkin, Mack / Putnam, Samuel M. / Lazare, Aaron (eds.), The Medical Interview. Clinical Care, Education, and Research. New York usw.: Springer, 163-172.
- Hartog, Jennifer (1992): Kommunikationsprobleme in der genetischen Beratung und ihre Folgen für eine sinnvolle Kommunikationsberatung. In: Fiehler, Reinhard / Sucharowski, Wolfgang (Hg.), Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen: Westdeutscher Verlag, 87-101.
- House, Juliane (2002): Möglichkeiten der Übersetzungskritik. In: Best, Joanna / Kalina, Sylvia (Hg.), Übersetzen und Dolmetschen. Tübingen/ Basel: Francke, 101-109.
- Jung, Sybille (2003): Haben wir uns verstanden? Verstehenssicherung im Kontext präoperativer Aufklärungsgespräche. Dissertation, Universität des Saarlandes: Institut für Germanistik.
- Kalina, Sylvia (2002): Fragestellungen der Dolmetschwissenschaft. In: Best, Joanna / Kalina, Sylvia (Hg.), Übersetzen und Dolmetschen. Tübingen/ Basel: Francke, 30-43.
- Kautz, Ulrich (2002): Handbuch Didaktik des Übersetzens und Dolmetschens. München: Iudicium und Goethe-Institut e.V: München.
- Koerfer, Armin / Thomas, Walter / Obliers, Rainer / Köhle, Karl (1999): Multimediales Lernprogramm zur ärztlichen Gesprächsführung. In: Das Gesundheitswesen, Bd. 61/8-9, 413-417.
- Liedke, Martina / Redder, Angelika / Scheiter, Susanne (1999): Interkulturelles Handeln lehren - ein diskursanalytischer Trainingsansatz. In: Brüner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walter (Hg.), Angewandte Diskursforschung Bd. 2: Methoden und Anwendungsbereiche. Opladen/ Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 148-179.
- Mann, Frido (1984): Aufklärung in der Medizin. Theorie - Empirische Ergebnisse - Praktische Anleitung. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Menz, Florian / Nowak, Peter (1992): Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich: eine Anamnese. In: Fiehler, Reinhard / Sucharowski, Wolfgang (Hg.), Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen: Westdeutscher Verlag, 79-86.
- Meyer, Bernd (2000): Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. In: Kalina, Sylvia / Buhl, Silke / Heidrun Gerzymisch-Arbogast (Hg.), Arbeitsberichte des Advanced Translation Research Center. Dolmetschen: Theorie - Praxis - Didaktik. Arbeitsberichte des Advanced Translation Research Center (ATRC), Bd. 2. St. Ingbert: Röhrig, 45-72.
- Meyer, Bernd (2002a): Dolmetschen im diagnostischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung der Arzt-Patienten-Kommunikation im

- mehrsprachigen Krankenhaus. Dissertation. Universität Hamburg: Fachbereich Sprach-, Literatur-, und Medienwissenschaft. Erscheint 2004 im Waxmann Verlag (Reihe Mehrsprachigkeit).
- Meyer, Bernd (2002b): Medical Interpreting - Some Salient Features. In: Garzone, Giuliana / Viezzi, Maurizio (eds.), *Interpreting in the 21th Century*. Amsterdam: Benjamins, 159-170.
- Meyer, Bernd (2003): Bilingual Risk Communication. Erscheint in: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B*. Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Meyer, Bernd / Zeevaert, Ludger (2002): Sprachwechselphänomene in gedolmetschten und semikommunikativen Diskursen. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B/36*. Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich 538 Mehrsprachigkeit.
- Müller, Frank (1989): Translation in Bilingual Conversation: Pragmatic Aspects of Translatory Interaction. In: *Journal of Pragmatics* 13 (1989), 713-739.
- Niska, Helge (2002): Community interpreter training: Past, present, future. In: Garzone, Giuliana / Viezzi, Maurizio (eds.), *Interpreting in the 21st Century*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 133-144.
- Pauwels, Anne (1995): *Cross-Cultural Communication in the Health Sciences. Communicating with Migrant Patients*. Melbourne: Macmillan.
- Pöchhacker, Franz (2000): *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz / Kadric, Mira (1999): The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. A Case Study. *The Translator* 5/2. St. Jerome: Manchester, 161-178.
- Prince, Cynthia Di (1986): *Hablando con el Doctor. Communication Problems between Doctors and their spanish-speaking Patients*. Ann Arbor: UMI.
- Rehbein, Jochen (1985): Ein ungleiches Paar - Verfahren des Sprachmittels in der medizinischen Beratung. In: Rehbein, Jochen (Hg.), *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: Narr, 420-448.
- Rehbein, Jochen (1986): Institutioneller Ablauf und interkulturelle Missverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: *Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin* 9. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg & Sohn, 297-328.
- Rehbein, Jochen (1993): Ärztliches Fragen. Analysen zu einem interdisziplinären Problem. In: Löning, Petra / Rehbein, Jochen (Hg.), *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu einem interdisziplinären Problem*. Berlin: de Gruyter, 311-364.
- Rehbein, Jochen (2001): Das Konzept der Diskursanalyse. In: Brinker, Klaus (Hg.), *Text- und Gesprächslinguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft, Bd. 16/1*. Berlin: de Gruyter, 927-945.
- Rehbein, Jochen (2003): Matrixkonstruktionen in Diskurs und Text. In: Baumgarten, Nicole et al. (Hg.), *Übersetzen, Interkulturelle Kommunikation, Spracherwerb und Sprachvermittlung – das Leben mit mehreren Sprachen*. Festschrift für Juliane House zum 60. Geburtstag. *Zeitschrift für interkulturellen Fremdsprachenunterricht* 8 (2/3), 252-276.
- Reuter, Ewald (1997): *Mündliche Kommunikation im Fachfremdsprachenunterricht. Zur Empirisierung mündlicher Kommunikationstrainings*. München: iudicium.

- Riedel, Sabine (2002): 'Auch für Sie muss alles verstanden sein.' Grenz(en) überschreitende Arzt-Patient-Kommunikation. Fallstudien zur interkulturellen Kommunikation Deutschland - Dänemark. In: Apeltauer, Ernst (Hg.): Interkulturelle Kommunikation: Deutschland - Skandinavien - Großbritannien. Tübingen: Narr. 67-90.
- Roat, Cynthia E. (2003) Health Care Interpreter Training in the State of California. Including an Analysis of Trends and a Compendium of Training Programs. The California Endowment.
- Sachweh, Svenja (2001): "Noch ein Löffelchen?" Effektive Kommunikation in der Altenpflege. Bern: Huber.
- Sarangi, Srikant (2002): The language of likelihood in genetic counselling discourse. In: Journal for Language and Social Psychology 21/1, 7-31.
- Schmitt, Reinhold (1999): Rollenspiele als authentische Gespräche. Überlegungen zu deren Produktivität im Trainingszusammenhang. In: Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walter (Hg.), Angewandte Diskursforschung Bd. 2: Methoden und Anwendungsbereiche. Opladen: Westdeutscher Verlag, 81-99.
- Schultze, Carsten (1999): Videotranskripte in ärztlichen Qualitätszirkeln. Zur Durchführung des Göttinger Videoseminars. In: Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walter (Hg.), Angewandte Diskursforschung Bd. 2: Methoden und Anwendungsbereiche. Opladen: Westdeutscher Verlag, 100-113.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1992): Ärztliche Gesprächsführung. Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung. In: Fiehler, Reinhard / Sucharowski, Wolfgang (Hg.), Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen: Westdeutscher Verlag, 68-78.
- Stuker, Rahel (1998): Übersetzerinnen im Gesundheitsbereich: Das medizinische Anamnesegespräch im Migrationskontext. Lizentiatsarbeit Universität Bern: Institut für Ethnologie.
- Tebble, Helen (1999): The Tenor of Consultant Physicians. Implications for Medical Interpreting. In: The Translator, Vol. 5, No. 2. St. Jerome: Manchester, 179-200.
- ten Thije, Jan D. (2001): Ein diskursanalytisches Konzept zum interkulturellen Kommunikationstraining. In: Bolten, J. & Schröter, D. (Hg.) Im Netzwerk interkulturellen Handelns. Theoretische und praktische Perspektiven der interkulturellen Kommunikationsforschung. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis, 176-204.
- ten Thije, Jan D. (2002): Stufen des Verstehens bei der Interpretation von interkulturellen Diskursen. In: Kotthoff, Helga (Hg.) Kultur(en) im Gespräch. Tübingen: Narr, 61-98.
- Wadensjö, Cecilia (1992): Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters. Linköping: Linköping University.

Bernd Meyer
Universität Hamburg
SFB Mehrsprachigkeit
Max-Brauer-Allee 60
22765 Hamburg
bernd.meyer@uni-hamburg.de

Veröffentlicht am 22.12.2003

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.