

Bachelorarbeit

DOLMETSCHEN IM KRANKENHAUS

Länderspezifische Aspekte zur Kommunikation und Schmerzdarstellung am Beispiel einiger Länder Osteuropas

vorgelegt von

Rodlauer Julia

0712892

Medizinische Universität Graz

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

begutachtet von:

Fr. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ursula Viktoria Wisiak

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

Auenbruggerplatz 2/6, 8036 Graz

Lehrveranstaltung: SE Gesprächsführung

Graz, im September 2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, im September 2012

Unterschrift

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Radlauer Julia', written in a cursive style.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	INTERKULTURELLE KOMMUNIKATION	3
2.1	Die professionelle Dolmetscherin/der professionelle Dolmetscher	4
2.1.1	Berufsbild.....	4
2.1.2	Allgemeine Kompetenzen.....	4
2.1.3	Aufgaben und Tätigkeiten	6
2.2	Herausforderungen der interkulturellen Kommunikation	7
2.3	Erforderliche Kompetenzen für eine gelingende interkulturelle Kommunikation	9
3	DOLMETSCHEN IM KRANKENHAUS	11
3.1	Wer dolmetscht im Krankenhaus?.....	13
3.2	Herausforderungen für Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Krankenhaus	15
3.3	Das Dolmetschgespräch	16
3.3.1	Vorgespräch.....	16
3.3.2	Während des Gesprächs	16
3.3.3	Nachgespräch	17
3.4	Situation in Krankenhäusern	18
4	SCHMERZ IM KULTURELLEN KONTEXT	19
4.1	Schmerz und Länder des ehemaligen Jugoslawiens sowie Rumänien	20
4.2	Schmerz und Polen	20
4.3	Schmerz und die Türkei	20

5	LÄNDERSPEZIFISCHE ASPEKTE ZUR KOMMUNIKATION AM BEISPIEL EINIGER LÄNDER OSTEUROPAS	22
5.1	Albanien	22
5.1.1	Allgemeine Länderinformationen	22
5.1.2	Kommunikation	22
5.2	Bulgarien	24
5.2.1	Allgemeine Länderinformationen	24
5.2.2	Kommunikation	24
5.3	Länder des ehemaligen Jugoslawien und Rumänien	25
5.3.1	Allgemeine Länderinformationen	25
5.3.2	Kommunikation	25
5.4	Polen	27
5.4.1	Allgemeine Länderinformationen	27
5.4.2	Kommunikation	27
5.5	Tschechien und Slowakei	28
5.5.1	Allgemeine Länderinformationen	28
5.5.2	Kommunikation	28
5.6	Türkei	29
5.6.1	Allgemeine Länderinformationen	29
5.6.2	Kommunikation	29
5.7	Ungarn	30
5.7.1	Allgemeine Länderinformationen	30
5.7.2	Kommunikation	30
5.8	Ländergegenüberstellung	31
6	SCHLUSSFOLGERUNG, DISKUSSION & AUSBLICK	33
7	LITERATURVERZEICHNIS	35
8	TABELLENVERZEICHNIS	40

Zusammenfassung

Aufgrund unserer multikulturellen Gesellschaft ergeben sich in vielen Bereichen des sozialen Lebens Verständnis- bzw. Kommunikationsprobleme. Insbesondere in Krankenhäusern können Missverständnisse, die auf Sprach- oder Kulturunterschiede beruhen, schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. Deshalb ist es unabdingbar, die Hilfe von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern bei Interaktionsschwierigkeiten in Anspruch zu nehmen und zu Gesprächen sowie medizinischen Behandlungen hinzuzuziehen.

In dieser Arbeit werden das Berufsbild der Dolmetscherin/des Dolmetschers sowie die damit verbundenen Aufgaben und Herausforderungen im klinischen Bereich vorgestellt. Zusätzlich wird nach Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Kommunikation und Schmerzdarstellung der Länder Albanien, Bulgarien, der Länder des ehemaligen Jugoslawien, Rumänien, Polen, Tschechien, Slowakei, Türkei und Ungarn gesucht, da viele Angehörige dieser Staaten in Österreich leben und folglich auch das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen.

Abstract

Lots of comprehension and communication problems in everyday life arise from our multicultural society. Particularly in hospitals, misunderstandings in language or culture can cause severe outcomes. Because of that, it's necessary to access professional interpreters who can assist in conversations and medical treatment.

This paper will present the working field of interpreters - including their functions and challenges in hospitals - and additionally, similarities and differences in communication and pain acting between the countries Albania, Bulgaria, Countries of the former Yugoslavia, Romania, Poland, Czech Republic, Slovakia, Turkey and Hungary.

1 Einleitung

Aufgrund der wirtschaftlichen Globalisierung, steigenden Ein- und Auswanderungen und einem stärker zunehmendem Tourismus, der die gesamte Erde umfasst, steigt die Anzahl der Begegnungen zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen, wodurch verschiedene Weltanschauungen, Normen und Einstellungen aufeinandertreffen. Folglich ist es notwendig, darüber und über die verschiedenen Verhaltens- und Kommunikationsarten Bescheid zu wissen, um adäquat miteinander umgehen zu können.

Dieses Wissen über interkulturelle Kommunikation ist heutzutage in vielen Bereichen des menschlichen Lebens wichtig z.B. in der Politik, in der Ausbildung bzw. im akademischen Bereich, in Kunst und Kultur, in der Wirtschaft und im Tourismus.

Ein wichtiger Bereich, der aber oft ungeachtet bleibt, ist der Gesundheitsbereich – hier vor allem das Krankenhaus. Da unsere moderne Gesellschaftsform durch Multikulturalität gekennzeichnet ist und Angehörige anderer Kulturen auch nicht vor Krankheiten gefeit sind, können sich im Krankenhaus aufgrund der Kultur- und Sprachbarrieren zahlreiche Probleme bei der Behandlung und Therapie von Patientinnen und Patienten anderer Kulturen ergeben. Auch schon innerhalb der eigenen Kultur können „schichtspezifische Missverständnisse“ (Alban/Leininger/Reynolds 2000) und Probleme in der Kommunikation auftreten. Diese Gefahr ist erst recht gegeben, wenn sich Menschen aus unterschiedlichen Kulturen begegnen. Hierbei wird oft die Hilfe einer professionellen Dolmetscherin bzw. eines professionellen Dolmetschers¹ benötigt, die bzw. der über die Eigenheiten der kulturspezifischen Kommunikation und Schmerzdarstellung Bescheid weiß.²

In Österreich sieht die Situation bezüglich Multikulturalität folgendermaßen aus:

Laut Statistik Austria lebten im Jahr 2010 18,6% Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich. Abgesehen davon, dass die Deutschen die größte Zuwanderergruppe in unserem Land ausmachen, liegen an vorderster Stelle der Herkunftsländer die Türkei, Bosnien-Herzegowina und Serbien; gefolgt von Kroatien, Rumänien und Mazedonien.³

¹ In dieser Arbeit versteht man unter **professionellen** Dolmetscherinnen und Dolmetschern Personen, die ein universitäres Dolmetschstudium absolviert haben.

² vgl. Alban et al. 2000; Kumbier/Schulz von Thun 2006, S. 11; Maletzke 1996, S. 9ff.

³ vgl. Statistik Austria 2011a, 2011b & 2012

Da die ausländische Bevölkerung in Österreich hauptsächlich aus diesen vorhin genannten Ländern stammt und Pflegepersonen vor allem Kommunikationsschwierigkeiten und Ausdrucksformen für Schmerz als „Kernprobleme im Umgang mit MigrantInnen“ (Domenig 2001, S.140) nennen, sollen mit dieser Arbeit in Form einer Literaturliteraturarbeit die speziellen Herausforderungen für das Dolmetschen im Krankenhaus herausgearbeitet und folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

Wie unterscheiden sich ausgewählte Länder Osteuropas hinsichtlich Kommunikation und Schmerzdarstellung?

Kapitel 2 handelt von den Eigenheiten der interkulturellen Kommunikation. Der Begriff wird zunächst definiert und abgegrenzt. Danach wird der Beruf der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers näher erläutert und auf deren notwendige Kompetenzen, Aufgaben sowie Tätigkeiten eingegangen. Es folgt eine Darstellung der Herausforderungen, die interkulturelle Kommunikation mit sich bringt und die dafür erforderlichen Kompetenzen.

In Kapitel 3 soll auf die Besonderheiten des Dolmetschens im Krankenhaus eingegangen werden. Die unterschiedlichen Personengruppen, die hier als Dolmetscherinnen und Dolmetscher zum Einsatz kommen, werden gegenüber gestellt und deren Vor- bzw. Nachteile erörtert. Weiters wird der Ablauf eines idealen Dolmetschgespräches beschrieben.

Kapitel 4 behandelt das Thema „Schmerz“ im kulturellen Kontext. Kulturelle Unterschiede bezüglich Schmerzempfinden und –ausdruck werden hier anhand einiger länderspezifischen Beispiele herausgearbeitet.

In Kapitel 5 werden nun die länderspezifischen Aspekte der Kommunikation anhand der Länder Albanien, Bulgarien, Länder des ehemaligen Jugoslawien, Rumänien, Polen, Tschechien, Slowakei, Türkei und Ungarn dargestellt. Das Kapitel endet mit einer tabellarischen Gegenüberstellung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieser Länder.

Kapitel 6 präsentiert die Schlussfolgerung dieser Arbeit.

2 Interkulturelle Kommunikation

Ammann (1995) definiert „Interkulturelle Kommunikation“ als eine „Kommunikation zwischen Angehörigen unterschiedlicher Kulturen“ (Ammann 1995, S. 50f.). Die jeweilige Kultur, in der sich diese Angehörigen befinden, prägt ihre Identitäten, da sie Zugehörigkeit definiert, das Verhalten ihrer Mitglieder reguliert und deren Wahrnehmung und Deutung der Umwelt strukturiert. Dies ist den meisten Kulturmitgliedern aber nicht bewusst. Häufig zeigen sich die Unterschiede zwischen verschiedenen Kulturen erst, wenn Irritationen, Missverständnisse oder Störungen auftreten, wobei diese für die Beteiligten dann trotzdem noch schwer fassbar bleiben.

Missverständnisse in der Kommunikation können, wie eingangs erwähnt, bereits innerhalb der eigenen Kultur auftreten, da jeder Mensch individuelle Eigenheiten in der Art und Weise seiner Kommunikation besitzt. Auch die Ebenen, auf denen kommuniziert wird, können variieren. Bei der interkulturellen Kommunikation kommt aber noch eine weitere Dimension, die unterschiedlichen Kulturstandards, hinzu. Diese bestimmen unsere Verhaltensweisen sowie Werte und Denkstrukturen. Fremde Kulturen werden daher zunächst vor dem Hintergrund der eigenen Kulturstandards bewertet, da sie die einzigen Normen sind, auf die zurückgegriffen werden kann, um, aufgrund der oft im Umgang mit fremden Kulturen auftretenden Unsicherheit, das Verhalten anderer Menschen interpretieren und einordnen zu können.⁴

Um die Schwierigkeiten interkultureller Kommunikation meistern zu können, werden zu Gesprächen vielfach Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzugezogen. Im Folgenden wird deren professionelle Berufsausübung sowie die Herausforderungen, die interkulturelle Kommunikation stellt und die dafür erforderlichen Kompetenzen beschrieben.

⁴ vgl. Kollermann 2006, S. 74ff.; Rez/Kraemer/Kobayashi-Weinsziehr 2006, S. 32f.; Wiechelmann 2006, S. 325

2.1 Die professionelle Dolmetscherin/der professionelle Dolmetscher

Laut Saladin et al. (2006) sind Dolmetscherinnen und Dolmetscher

Fachpersonen mit perfekter Kenntnis der eigenen Muttersprache und einer oder mehrerer Fremdsprachen. Sie beherrschen die notwendigen Dolmetschertechniken, um eine gesprochene Botschaft mündlich von der Ausgangssprache in die Zielsprache zu übertragen (Saladin et al. 2006, S. 91ff. zit. n. Bischoff/Kurth 2010, S. 217).

Voraussetzung für die professionelle Ausübung des Berufes ist der Abschluss eines universitären Dolmetschstudiums, in dem die Fremdsprache(n) und Dolmetschtechniken erlernt werden.

2.1.1 Berufsbild

Dolmetscherinnen und Dolmetscher werden als Sprachmittler betrachtet, die mündliche Texte aus einer Sprache in eine andere übertragen. Diese Sprachvermittlung befindet sich in einem kommunikativen Rahmen, der ausschlaggebend ist, wie gedolmetscht wird. Dieser Rahmen muss von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern erkannt werden, um den Dolmetschvorgang daran anzupassen.

Mit dem Dolmetschen soll ein bestimmtes Ziel erreicht werden: jemandem etwas mitzuteilen. Die Dolmetscherin/der Dolmetscher ist als Fachperson dafür zuständig, dass dieses Ziel erreicht wird.

Nach dem Studium besteht die Wahl, freiberuflich oder in einem Angestelltenverhältnis in einer Firma, einer Behörde, einem Verlag oder als Fremdsprachensekretärin bzw. Fremdsprachensekretär zu arbeiten.⁵

2.1.2 Allgemeine Kompetenzen

Der Beruf der Dolmetscherin/des Dolmetschers verlangt, Verantwortung zu übernehmen. Außerdem sollen sie kreativ, flexibel und individuell sein, was Kommunikationsziele betrifft. Auch wissenschaftliche Fachlichkeit und ein breites Spezialwissen ist in diesem Beruf wichtig. Neben Sprachbegabung und Freude an Sprachen sollen (zukünftige) Dolmetscherinnen und Dolmetscher darüber hinaus immer ein „ernsthafte Interesse an der eigenen Kultur und an fremden Kulturen, eine ‚Sensibilität‘ [...] für andere Menschen und ihr Verhalten“ (Ammann 1995, S. 18f.) mitbringen.⁶

⁵ vgl. Ammann 1995, S. 12ff.

⁶ vgl. ebd., S. 18f.

Weiters sollen professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher über gute Sprachkenntnisse in den jeweiligen Arbeitssprachen verfügen, was bedeutet, diese fließend zu sprechen und auch genauso gut zu verstehen. Sie sollen darüber hinaus Dolmetschetechniken beherrschen und über weitere Fähigkeiten, wie Aufmerksamkeit, Offenheit, Geduld und Klarheit verfügen.

Auch sollen Dolmetscherinnen und Dolmetscher über ethische Richtlinien Bescheid wissen. In erster Linie sind sie an die Schweigepflicht gebunden. Weiters sollen sie eine „transparente und wertfreie Wiedergabe und Vermittlung aller Informationen aus dem Gespräch“ (Stuker 2001, S. 196) gewährleisten.

Auch soll die Bereitschaft, sich regelmäßig weiterzubilden und sich in gegebenen Fällen einer Supervision zu unterziehen, gegeben sein.⁷

Rollen, die die Dolmetscherinnen und Dolmetscher einnehmen können, sind nicht als starr zu betrachten, sondern passen sich dem Setting, Thema und Ziel des Gespräches sowie den situativen Faktoren an. Sie erstrecken sich von Neutralität bis hin zur Identifikation mit den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern. Auf der einen Seite wird die Dolmetscherin bzw. der Dolmetscher nur als „[...] ‘Instrument‘ – ‘Telefonleitung‘ – eingesetzt, das eine neutrale Informationsvermittlung gewährleisten soll“ (Stuker 2001, S. 192). Auf der anderen Seite bezieht sie bzw. er Position für einen der Gesprächsteilnehmenden. Keines der beiden Extreme sollte im professionellen Alltag Anwendung finden, denn hier ist wichtig, die Vermittlung weder zu neutralisieren noch zu verzerren. Im Idealfall liegt die Kompetenz der Dolmetscherin bzw. des Dolmetschers im mittleren Bereich des Rollenspektrums (siehe Tabelle 1), wobei der Einfluss der dolmetschenden Personen auf Verlauf und Inhalt des Gesprächs von links nach rechts zunimmt⁸:

wortwörtliches Dolmetschen	sinngemäßes Dolmetschen	vermittelndes; erklärendes Dolmetschen	eingreifendes; wertendes Dol- metschen	veränderndes; verzerrendes Dolmetschen
-------------------------------	----------------------------	--	--	--

Tabelle 1: Rollenspektrum der DolmetscherInnen (Stuker 2001)

⁷ vgl. Ammann 1995, S. 18f.; Stuker 2001, S. 196

⁸ vgl. Stuker 2001, S. 192

2.1.3 Aufgaben und Tätigkeiten

Das Dolmetschen kann in zwei unterschiedliche Formen bzw. Vorgehensweisen unterschieden werden: Simultandolmetschen und Konsektivdolmetschen. Beim Simultandolmetschen sitzt die Dolmetscherin/der Dolmetscher in einer schalldichten Kabine und hört die Originalrede mittels Kopfhörer. In geringem zeitlichem Abstand wird nun das Gehörte in die Zielsprache übersetzt, was die Zuhörerin/der Zuhörer ebenfalls über Kopfhörer fast gleichzeitig, also simultan, hört. Das Simultandolmetschen findet heutzutage bei allen größeren Konferenzen und Kongressen sowie bei internationalen Organisationen Anwendung. Eine Methode des Simultandolmetschens ist das Flüsterdolmetschen. Hierbei sitzt die Dolmetscherin/der Dolmetscher neben der Zuhörerin/dem Zuhörer und flüstert das Gesagte in der gewünschten Sprache in das Ohr. Eine weitere besondere Art des Simultandolmetschens ist das Telefondolmetschen, bei dem eine Dolmetscherin/ein Dolmetscher bei einem Telefongespräch zugeschaltet wird.

Die zweite mögliche Vorgehensweise des Dolmetschens ist das Konsektivdolmetschen. Die Dolmetscherin/der Dolmetscher kommt hierbei erst zum Einsatz, wenn die Rednerin/der Redner einen Teil oder das ganze Gesagte beendet hat. Hier verwendet die Dolmetscherin/der Dolmetscher häufig eine bestimmte Notizentechnik, die als Grundlage für das nachfolgende Dolmetschen dient. Zum Konsektivdolmetschen zählt auch das Verhandlungs- oder Gesprächsdolmetschen, das vor allem bei Geschäfts- oder Gerichtsverhandlungen Anwendung findet.⁹

⁹ vgl. Ammann 1995, S. 11f.

2.2 Herausforderungen der interkulturellen Kommunikation

Während eines Translationsprozesses können Probleme auftreten, die sich in Fragen zur Kultur, zur Sache und zur Sprache unterteilen lassen. Bei Fragen zur Kultur muss eine Dolmetscherin/ein Dolmetscher gewährleisten, dass sie bzw. er über jenes kulturelles Wissen verfügt, das für den jeweiligen Translationsauftrag benötigt wird. Ein Beispiel hierfür wäre:

Ein Dolmetscher, der sich auf eine Geschäftsverhandlung vorbereitet, muß sich über mögliche Unterschiede bei Gesprächsstrategien kundig machen. Eventuell muß er seinen deutschen Auftraggeber auf bestimmte Erwartungen seitens der ausländischen Verhandlungspartner aufmerksam machen (Höflichkeitsvorstellungen oder Arbeitsrhythmus z.B.) (Ammann 1995, S. 104).

Bei Fragen zur Sache geht es nicht nur um das Wissen des zu dolmetschenden Themas, sondern auch um die kulturspezifische Darstellung einer Sache. Ein Beispiel hierfür wäre:

F erhält den Auftrag, einen Redner bei der Erstellung eines Vortrages behilflich zu sein, den er auf einer Fachtagung halten will. Zu berücksichtigen ist in diesem Fall, daß ein Vortrag unterschiedlich strukturiert sein kann, daß Bilder und Beispiele unterschiedlich wirken können. Nicht zuletzt geht es auch um den Einsatz von audiovisuellen Medien (Ammann 1995, S. 105).

Bei Fragen zur Sprache werden kultur- und fachspezifische sprachliche Ausdruckskonventionen gezählt.¹⁰

Darüber hinaus ist beachtenswert, dass die Sprache einer Kultur eng mit deren Weltanschauung zusammenhängt. Daraus resultieren unterschiedlich feine oder grobe Begriffssysteme, die nicht alle gleich gut geeignet sind, um ein und denselben Sachverhalt auf die gleiche Weise zu schildern. Diese Problematik kann bei Verständigungsschwierigkeiten mitwirken. Als Abhilfe dafür werden oftmals Begriffe aus anderen Kulturen in den eigenen Sprachgebrauch „importiert“, da sie zu kulturspezifisch sind, um sie angemessen zu übersetzen wie zum Beispiel folgende Begriffe, die in den deutschen Sprachgebrauch integriert wurden: Computer, Manager, Bungalow und Sauna.¹¹

Ein weiteres Problemfeld bei interkultureller Kommunikation ist die große Anzahl unterschiedlicher Dialekte, die in einer Sprache vorherrschen können. Meist anzufinden ist eine allgemein gültige Hochsprache und viele Ebenen der Alltagssprache, die, wie bereits erwähnt, noch in zahlreiche Dialekte unterteilt sein können. Oftmals haben aufgrund dessen schon die Angehörigen ein und derselben Kultur Probleme, sich zu verständigen. Für ei-

¹⁰ vgl. Ammann 1995, S. 103ff.

¹¹ Maletzke 1996, S. 143f.

nen „Kulturfremden“ ist also eine Kommunikation mit Angehörigen eines bestimmten Staates nur in der offiziellen Landessprache möglich, da es kaum machbar ist, sich in der Vielzahl der unterschiedlichen Dialekte zurechtzufinden.¹²

¹² ebd., S. 145f.

2.3 Erforderliche Kompetenzen für eine gelingende interkulturelle Kommunikation

Professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher müssen über, für ihren Beruf sehr wichtige, Kulturkompetenz verfügen:

In diesem Zusammenhang sei Kulturkompetenz verstanden als die Fähigkeit, von der eigenen Kultur und Situation [zu] abstrahieren, die fremde Kultur in ihrer Besonderheit und im Vergleich zu der eigenen zu betrachten und die dabei gemachten Beobachtungen und Annahmen in einer bestimmten (kommunikativen) Situation ziel- und kulturgerecht anwenden zu können (Ammann 1995, S. 79).

Das bedeutet: Sie müssen fähig sein, sich von ihren eigenen Einstellungen und Meinungen, oft auch von Vorurteilen und Stereotypen zu distanzieren, da im Übersetzungsprozess immer eine Beeinflussung möglich ist. Sie sind dafür zuständig, dass eine interkulturelle Kommunikation gelingt, was bedeutet, dass eine professionelle dolmetschende Person ein umfangreiches Wissen über die jeweilige Kultur und Kommunikationsweisen mitbringen muss. Kulturkompetenz äußert sich also in der „Fähigkeit des bewußten Umgangs mit kulturellen Phänomenen (Handlungen, Wertvorstellungen usw.) durch Abstraktion, Vergleich und Anwendung“ (Ammann 1995, S. 80). Was interkulturelle Kommunikation betrifft, müssen Dolmetscherinnen und Dolmetscher daher wissen, „was in welcher Situation wie (mit welchen Mitteln) gesagt wird“ (Ammann 1995, S. 84). Hierbei ist das Augenmerk nicht nur auf das verbale, sondern auch auf das nonverbale Verhalten zu richten.

Die nonverbale Kommunikation ist in der Begegnung mit unterschiedlichen Kulturen besonders wichtig. Gesten können unterschiedlich aufgefasst werden und somit auch zu Verständigungsproblemen führen. Beispielsweise ist es in westlichen Ländern üblich, im Gespräch seinem Gegenüber in die Augen zu sehen. Tut dies jemand nicht, so wird dies als unhöflich empfunden und es entsteht der Eindruck, als hätte der oder die Gesprächspartner/-in etwas zu verbergen. In vielen anderen Kulturkreisen wird ein direkter Blickkontakt aber als respektlos angesehen, vor allem bei Untergebenen gegenüber Vorgesetzten, aber auch bei Frauen. Im Vorderen Orient beispielsweise dürfen weibliche Personen nur ihrem Ehemann direkt in die Augen sehen.

Auch gehören die Art und Weise, wie Menschen miteinander reden, zur nonverbalen Kommunikation. Über die Bedeutung von Tonfall und Betonung, die stark variieren können, müssen Dolmetscherinnen und Dolmetscher ebenfalls Bescheid wissen.¹³

¹³ vgl. Ammann 1995, S. 79ff.; Maletzke 1996, S. 146f.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sich interkulturelle Kompetenz in der Bereitschaft zeigt, die eigene Kulturgebundenheit zu reflektieren, das Wissen über andere Kulturen zu erweitern und kulturelles Wissen nicht zu stereotypisieren.

Dafür müssen Menschen über die eigene Person und Position nachdenken, Werte und Ansichten jener Kulturen, mit denen sie am häufigsten zu tun haben, studieren (in Form von Reisen, Lesen, Fort- und Weiterbildungen) und dieses Wissen kritisch reflektieren, um stereotype Vorstellungen zu vermeiden.¹⁴

¹⁴ vgl. Hegemann 2010, S. 140

3 Dolmetschen im Krankenhaus

Wie bereits eingangs erwähnt, ist unsere moderne Gesellschaft geprägt von Begegnungen mit Menschen unterschiedlicher Kulturen. Auch im Gesundheitsbereich gehört interkulturelles Aufeinandertreffen zum Alltag. Hierbei ist es wichtig, die sozialen und kulturellen Dimensionen von Gesundheit, Krankheit und therapeutischen Maßnahmen zu berücksichtigen. Häufig kommt es aber zu sprachlichen Barrieren, die in Verständigungs- und Versorgungsproblemen münden.¹⁵

Vor allem bei krankheitsspezifischen Informationen und der medizinischen Aufklärung stellen sprachliche Verständigungsschwierigkeiten ein Problem dar. Patientinnen und Patienten, die die Landessprache kaum bis gar nicht beherrschen, werden vom Personal häufig als Belastung gesehen. Aber auch umgekehrt ist die Unzufriedenheit, was die mangelhafte sprachliche Verständigung betrifft, groß.

Neben den Problemen in der Kommunikation bestehen auch weiterhin Vorurteile und Stereotypen, die die interkulturelle Interaktion zwischen ausländischen Patientinnen und Patienten und dem Krankenhauspersonal erschweren:

[...] fehlerhafte Erwartungsstrukturen bzw. ‚Mythen‘ über die jeweils andere Seite [sind] dafür verantwortlich, dass es nicht zu einer kooperativen Beratung zwischen Beratern und Klienten kommen kann (Dreissig 2005, S. 33).

Außerdem finden sich auch Diskriminierungen und Ausländerfeindlichkeiten im Krankenhausalltag wieder, die als Kommunikationsbarrieren in Dreissig (2005) beschrieben werden.¹⁶

Im Zuge ihrer Studie über die Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund (2005) fand die Autorin Verena Dreissig heraus, dass sich das Verhalten der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter gegenüber einheimischen zu behandelnden Personen grundsätzlich nicht von dem gegenüber ausländischer unterscheidet. Dennoch ergeben sich spezielle Eigenheiten, was die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund betrifft. Beispielsweise finden sich hier weniger aggressive, kritische oder fordernde, sondern eher dankbare und bescheidene Personen. Ferner ergeben sich öfters sprachliche Schwierigkeiten, die Dreissig als die

¹⁵ vgl. Binder-Fritz 2010, S. 191

¹⁶ vgl. Dreissig 2005, S. 33f.

schwerwiegendste Ursache für Kommunikationsprobleme bezeichnet. Schilderungen von Beschwerden werden deswegen häufig missverstanden, was einer genauen Diagnose im Wege steht. Darüber hinaus ist sich das medizinische Personal oft nicht sicher, ob die betroffenen Patientinnen und Patienten das von ihnen Gesagte und Erklärte auch verstanden haben, da jene meist nur nicken. Hierbei ist aber anzuführen, dass es beispielsweise bei Türkinnen und Türken der höfliche Umgang mit Autoritätspersonen verbietet, die Frage der Ärztin/des Arztes „Haben Sie mich verstanden?“ zu verneinen, da es sonst zeigen würde, dass die Autoritätsperson schlecht erklärt hat. Außerdem sei auch angemerkt, dass teilweise Verständigungsversuche sehr früh von Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgebrochen werden und sich diese auch nicht dem Sprachniveau der zu betreuenden Person anpassen (wollen).

Für den Umgang mit sprachlichen Schwierigkeiten erwähnt Dreissig zwei Möglichkeiten, diese zu bewältigen: die Verständigung mit Händen und Füßen sowie das Hinzuziehen von Dolmetscherinnen und Dolmetschern. Stuker (2001) ergänzt weiters, dass vielfach auch Bilder- und Symboltafeln in Spitälern zur Verfügung stehen, die die Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten unterstützen können. Schlussendlich ist es aber von der Gesprächssituation abhängig, welche „Hilfsmittel“ zur Verständigung benötigt werden. Die Auswahl dieser sollte sich daher immer an der Notwendigkeit orientieren.¹⁷

¹⁷ Dreissig 2005, S. 33ff.; Stuker 2001, S. 187; Uluköylü 2009, S. 129

3.1 Wer dolmetscht im Krankenhaus?

Laut Hoefert (2008) fungieren meistens Verwandte oder, wenn vorhanden, zwei- bzw. mehrsprachige Pflegekräfte oder sonstige Krankenhausbedienstete als solche, da im Krankenhaus die Situationen, die ein Übersetzen erfordern, vielfach spontan bzw. ungeplant eintreten und ein Einsatz professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher terminlich festgelegt werden muss und auch mit hohen Kosten verbunden ist.

Franz Pöchhacker (2010) verweist darauf, dass in den meisten Fällen Begleitpersonen der Patientinnen und Patienten, hier vor allem Kinder, zum Einsatz als Übersetzerinnen und Übersetzer kommen. Probleme, die dabei auftreten können, erstrecken sich von fehlendem Fachvokabular bis hin zu Schamgefühlen bei Tabuthemen.

Weiters erwähnt er, dass neben den Kindern vor allem zweisprachige Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter als Übersetzerinnen und Übersetzer fungieren. Hierbei sind es oft die Reinigungskräfte, die wegen ihren meist mehrsprachlichen Fähigkeiten zu Gesprächen hinzugezogen werden. Ebenfalls kommen Pflegepersonen mit Fremdsprachenkenntnissen häufig zum Einsatz. Probleme, die auch hier auftreten können, reichen von Zeitausfall ihrer eigentlichen Arbeit, über mangelndes Fachwissen bis hin zu möglichen Rollenkonflikten.¹⁸

Eine Sammlung von Vor- und Nachteilen der jeweiligen Übersetzerinnen und Übersetzer folgt nun in der anschließenden Tabelle¹⁹:

¹⁸ vgl. Hoefert 2008, S. 124; Pöchhacker 2010, S. 208ff.

¹⁹ vgl. Hoefert 2008, S. 124

Gruppe	Vorteile	Nachteile
ausländisches Reinigungspersonal	<ul style="list-style-type: none"> • leicht verfügbar • kostenneutral • oft ähnliche Sozialisation wie PatientInnen 	<ul style="list-style-type: none"> • kein medizinisches Hintergrundwissen • Parteilichkeit • Gefahr des Konfabulierens bei Wissenslücken
Freunde und Verwandte	<ul style="list-style-type: none"> • leicht verfügbar • kostenneutral • gleicher kultureller Hintergrund • Kenntnis der Krankheitsbiografie 	<ul style="list-style-type: none"> • kein medizinisches Hintergrundwissen • Rücksichtnahme auf Familienstatus • Schamprobleme
ausländisches Pflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> • oft verfügbar • kostenneutral • medizinisches Fachwissen (sofern im Heimatland erworben) 	<ul style="list-style-type: none"> • zusätzliche Arbeitsbelastung neben eigenen Aufgaben • ggf. Loyalitätskonflikt zwischen Landsleuten und Arbeitgeber
professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher	<ul style="list-style-type: none"> • termingenaue Einsatz • manchmal medizinisches Hintergrundwissen • neutral • genaue Übersetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • nur punktuell verfügbar • teuer • Befangenheit bei sensiblen Themen • ggf. Ablehnung durch PatientInnen (z.B. wenn DolmetscherIn einer anderer Ethnie angehört)

Tabelle 2: Einsatz von Dolmetschern (Hoefert 2008)

3.2 Herausforderungen für Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Krankenhaus

Dolmetscherinnen und Dolmetscher sollen als Mittler zwischen Patientin bzw. Patient und dem Gesundheitssystem fungieren. Hierzu müssen die Informationen und Inhalte für beide Seiten verständlich und kultursensibel aufbereitet und näher gebracht werden. Folglich sind sie gleichzeitig Sprach-, Informations- und Kulturmittler, was nur von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern erwartet und gewährleistet werden kann.

Für ein adäquates Übersetzungsergebnis ist es wichtig, dass die Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Gesundheitssystem bzw. Krankenhaus neben dem Wissen über beide Sprach- und Kulturbereiche, auch über umfangreiche medizinische sowie über institutionelle Kenntnisse des Gesundheitssystems verfügen. Diese Voraussetzungen sind aber nicht bei allen unter 3.1 genannten Typen erfüllt, sollten aber für einen professionellen Translationsprozess maßgebend sein.²⁰

Eine weitere große Herausforderung ist die veränderte Gesprächssituation, sobald eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher hinzugezogen wird. Ein direktes Gespräch zwischen dem medizinischen Personal und der Patientin/dem Patientin wandelt sich in eine indirekte Verständigung, die die Hilfe einer dolmetschenden Person benötigt. Diese kann die Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient und dem medizinischen Personal beeinflussen, indem sie entweder als störend empfunden wird, da sie die Herstellung einer vertraulichen Atmosphäre beeinträchtigen kann oder erst dazu führt, dass die Verständigung möglich ist und somit Vertrauen entsteht.

Diese ermöglichte Verständigung birgt aber auch Schwierigkeiten in sich. Das Übersetzen von einer Sprache in eine andere ist immer mit Verzerrungen verbunden, da in keinen zwei Sprachen exakt dieselben Worte mit der gleichen Bedeutung zu finden sind: „[...] das Übersetzte [entspricht] auch im besten Fall immer nur einer Annäherung an die ursprüngliche Aussage“ (Stuker 2001, S. 190). Dies sollte allen, die am Gespräch beteiligt sind, bewusst sein bzw. bewusst gemacht werden.²¹

²⁰ vgl. Wesselman 2010

²¹ vgl. Stuker 2001, S. 188ff.

3.3 Das Dolmetschgespräch

Das Hinzuziehen eines professionellen Dolmetschers erfordert einiges an Vorbereitung. Folgende Empfehlungen wurden aus dem Aufsatz „Professionelles Dolmetschen“ von Rachel Stuker (2001) herausgearbeitet²²:

3.3.1 Vorgespräch

Im Vorgespräch zwischen dem medizinischen Personal und der Dolmetscherin bzw. dem Dolmetscher sind zunächst Rollen- und Aufgabenverteilungen zu klären. Gemeinsam wird weiters über die Art der Vermittlung entschieden – in den meisten Fällen wird konsekutiv gedolmetscht. Außerdem werden für das Gespräch notwendige Informationen über die Patientin bzw. den Patienten sowie die medizinische Vorgeschichte an die dolmetschende Person weitergegeben. Darüber hinaus sollten auch Inhalt, Ziel und Ablauf des Gesprächs geplant werden.

3.3.2 Während des Gesprächs

Am Beginn soll eine Vorstellung zwischen Patientin bzw. Patient und der Dolmetscherin bzw. dem Dolmetscher sowie eine Begründung für deren bzw. dessen Anwesenheit erfolgen.

Während dem Gespräch ist es wichtig, mit der Patientin bzw. mit dem Patient Augenkontakt zu halten, auch wenn mit der Dolmetscherin bzw. dem Dolmetscher gesprochen wird. Am einfachsten ist dies möglich, wenn die Sitzordnung in einem Dreieck erfolgt.

Weiters soll zur besseren Verständigung eine klare Sprache – ohne Doppeldeutigkeiten oder Suggestivfragen – mit kurzen, eindeutigen Aussagen verwendet werden. Auch eine zu spezialisierte Fachsprache oder lokale Umgangssprachen sollten vermieden werden, da diese leicht zu Missverständnissen und Fehlübersetzungen führen können. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass die Anrede der Patientin bzw. des Patienten einheitlich bleibt: entweder durchgehend in direkter oder indirekter Rede („Wie geht es Ihnen?“ oder „Fragen Sie bitte, wie es ihm geht“) (Stuker 2001, S. 194).

Darüber hinaus ist es wichtig, die landesüblichen Varianten des nonverbalen Ausdrucks der Patientin bzw. des Patienten zu beobachten.

²² vgl. Stuker 2001, S.193f.

3.3.3 *Nachgespräch*

Im Nachgespräch zwischen medizinischem Personal und der Dolmetscherin bzw. dem Dolmetscher können mögliche Probleme oder Fragen, die während dem Gespräch aufgetreten sind, gemeinsam besprochen werden. Auch Beobachtungen, die während dem Dolmetschen gemacht wurden, sollen hier ausgetauscht werden.

3.4 Situation in Krankenhäusern

In den meisten Ländern besteht ein Mangel an professionellen Dolmetsch-Angeboten in Krankenhäusern bzw. Gesundheitseinrichtungen. Eine Vorreiterrolle diesbezüglich haben Schweden und die Niederlande übernommen, denn hier wurden öffentlich finanzierte Dolmetscherdienste („interpreter services“) gegründet, die von allen Gesundheitsdiensten kostenlos in Anspruch genommen werden können. Die Dolmetscherdienste haben die Aufgabe, in der medizinischen und sozialen Versorgung mit Hilfe von professionellen oder ehrenamtlichen Dolmetscherinnen und Dolmetscher sprachliche Verständigung zu ermöglichen und zu vereinfachen. Die Angebote erstrecken sich von der örtlichen Bereitstellung speziell geschulter Dolmetscherinnen und Dolmetscher bis hin zum Telefondolmetschen.²³

Diese Entwicklung wäre auch wünschenswert für Österreich! Bis dahin soll folgende Tabelle²⁴ eine Entscheidungshilfe für die Auswahl passender Kommunikationsmittel bei Verständigungsproblemen mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten darstellen:

Inhalt und Ziel der Kommunikation	Mittel der Kommunikation
einfache Handlungsanleitungen und Mitteilungen für den Patienten bzw. die Patientin	Zeichen- und Körpersprache, Bild- und Symboltafeln
tägliche Kommunikation mit dem Patienten bzw. der Patientin in der Pflege (mit vergleichsweise einfachem Verlauf und Inhalt)	LaiendolmetscherInnen, z.B. zweisprachiges Spitalpersonal (kein Reinigungs- bzw. Putzpersonal), oder externe DolmetscherInnen ohne Ausbildung (ListendolmetscherInnen)
Notfallsituationen und andere unerwartete Kommunikationssituationen mit PatientInnen	LaiendolmetscherInnen, z.B. zweisprachiges Spitalpersonal (kein Reinigungs- bzw. Putzpersonal), oder externe DolmetscherInnen ohne Ausbildung (ListendolmetscherInnen)
einzelne Fachausdrücke aus dem medizinischen Alltag erklären	medizinische Sprachführer/-lexika
Anamnesegespräche, Ein- und Austrittsgespräche, wichtige Gespräche während des Spitalaufenthaltes	professionelle DolmetscherInnen

Tabelle 3: Lösungen bei Verständigungsschwierigkeiten mit fremdsprachigen PatientInnen (Stuker 2001)

²³ vgl. Salman 2001, S. 95

²⁴ vgl. Stuker 2001, S. 188

4 Schmerz im kulturellen Kontext

Schmerz wird von der International Association for the Study of Pain (IASP) wie folgt definiert:

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird (Kröner-Herwig/Frettlöh/Klinger/Nilges 2011, S. 4).

Schmerz kann sich demnach auf viele unterschiedliche Weisen äußern und gilt als biopsychosoziales Phänomen: Zunächst ist Schmerz aufgrund der Körperlichkeit des Menschen ein biologisches Phänomen. Weiters werden Schmerz, Schmerzwahrnehmung sowie -äußerung von individuellen und kulturellen Faktoren gekennzeichnet. Die Einflussfaktoren auf das Schmerzerleben variieren innerhalb der einzelnen Kulturen sowie kulturübergreifend. Das Schmerzerleben wird innerhalb der eigenen Sozialisation erworben und ist geprägt von gesellschaftlichen Normen und Werten, die bestimmen, wie Schmerz geäußert wird sowie von der eigenen individuellen Bedeutung und dem Sinn, die dem Schmerz zugeordnet wird. Auch gilt Schmerz als psychisches Phänomen, da er subjektiv erlebt wird und somit in Verbindung mit den jeweils individuellen Gedanken, Gefühlen, Erfahrungen, mit dem eigenen Schmerzverständnis und der eigenen Schmerzgeschichte steht.²⁵

In jeder Kultur wurden aber Methoden entwickelt, um Krankheiten und Schmerzen zu lindern bzw. zu behandeln, die von der ethnomedizinischen Forschung „kulturelle Krankheits- und Schmerzbewältigungsstrategien“ (Kohnen 2007, S. 324) genannt werden. Hierbei wird zwischen individualorientierten (wie zum Beispiel Deutsche und ÖsterreicherInnen) und familienorientierten Gesellschaften (wie zum Beispiel TürkinInnen) unterschieden. In familienorientierten Gesellschaften wird davon ausgegangen, dass Schmerz und Krankheit nur mit Hilfe der Familie bewältigbar sind. Daher werden diese Patientinnen und Patienten vielfach von mehreren Familienmitgliedern zu einem Arzttermin begleitet. Angehörige individualorientierter Gesellschaften hingegen sind davon überzeugt, sich selbst helfen zu können, indem sie ärztlichen Rat einholen.²⁶

²⁵ vgl. Hüper/Kerkow-Weil 2001, S. 288f.; Kohnen 2003, S. 9ff.

²⁶ vgl. Kohnen 2007, S. 324

Im Folgenden werden nun kulturelle Besonderheiten zum Thema „Schmerz“ an einigen osteuropäischen Ländern vorgestellt:

4.1 Schmerz und Länder des ehemaligen Jugoslawiens sowie Rumänien

Angehörige dieser Länder schildern psychisches Leiden oft als körperliches Leiden - zum Beispiel: „Die Angst vor Krebs könnte demnach symbolisch sein für die Angst vor dem sozialen und physischen Tod in der Fremde“ (Alban et al. 2000, S. 149).

Es ist nicht üblich, über Schmerzen zu sprechen, da die Menschen glauben, dass sie für ihren Schmerz selbst verantwortlich sind. Die Schmerzäußerung bei chronischen Schmerzen kann hingegen aber sehr laut und heftig erfolgen, da das Leid mitgeteilt und Unterstützung gesichert werden will. Dies kann wiederum zu Missverständnissen bei Arztbesuchen in Deutschland oder Österreich führen, da die Patientinnen und Patienten dieser Länder aufgrund des „Jammerns und Schreiens“ oft als wehleidig bzw. simulierend angesehen werden.²⁷

4.2 Schmerz und Polen

Für das polnische Volk gilt eine hohe Schmerztoleranz als sehr positiv. Der Ausdruck von Schmerzen erfolgt manchmal durch Grimassen oder Weinen.²⁸

4.3 Schmerz und die Türkei

Normalerweise werden Schmerzen schweigend ertragen, da sie als Teil des Lebens bzw. als selbstverschuldet gesehen werden. Daher ist es eher unüblich, über Schmerzen zu sprechen. Die Schmerzäußerung bei chronischen Schmerzen kann aber auch bei türkischstämmigen PatientInnen sehr laut erfolgen und zu Irritationen bei Arztbesuchen führen, wie bereits unter 4.1 genauer beschrieben wurde.

Auch sind hier große sprachliche Schwierigkeiten zu finden, da die türkische Sprache rund fünf unterschiedliche Begriffe für Schmerz aufweist. Demnach bedeutet beispielsweise „Sanci“ „nicht nur Schmerz, sondern auch Seitenstechen, Bauchgrimmen, Kolik und We-

²⁷ vgl. Alban et al. 2000, S.143-202

²⁸ vgl. ebd., S. 193

hen“ (Blechner 2002, S. 56). Weiters erwähnenswert ist, dass psychische Konflikte als „somatisierter Ganzkörperschmerz“ (Alban et al. 2000, S. 258) auftreten können.²⁹

²⁹ vgl. Alban et al. 2000, S. 258; Blechner 2002, S. 56

5 Länderspezifische Aspekte zur Kommunikation am Beispiel einiger Länder Osteuropas

Das Buch „Multikulturelle Pflege“ von Alban, Leininger & Reynolds (2000) stellt die Grundlage der Informationen zu diesem Kapitel dar. Die nachfolgenden länderspezifischen Aspekte hinsichtlich Kommunikation wurden daraus herausgearbeitet.³⁰

5.1 Albanien

5.1.1 Allgemeine Länderinformationen

Albanien liegt an der südlichen Küste der Adria und grenzt an das ehemalige Jugoslawien, an Mazedonien und an Griechenland. Die Hauptstadt ist Tirana.

70% der in Albanien lebenden Albanerinnen und Albaner gehören dem islamischen Glauben an, die übrigen sind größtenteils christlich-orthodox oder katholisch.

5.1.2 Kommunikation

Die Amtssprache in Albanien ist Albanisch, wobei Toskisch und Gegisch zwei Dialekte des Albanischen sind.

Bei einer Begegnung begrüßt man sich mit einem Handschlag (auch bei einer Begegnung auf der Straße) und fragt nach dem Befinden. Kopfbedeckungen werden hierbei nicht abgenommen. Unter Männern kann beispielsweise dazu gesagt werden: „Bist du ein Mann?“ bzw. „Seid ihr Männer?“ – „Ja, ich bin es!“ bzw. „Ja, wir sind es!“ (Alban et al. 2000, S. 18).

In einem Gespräch ist es höflich, sich gegenseitig nach den Details der Familie zu erkundigen, wobei Verwandtschaftsbezeichnungen zwischen Verwandten väterlicher- und mütterlicherseits unterschieden werden. Albanerinnen und Albaner duzen sich, wenn sie sich sympathisch sind. Dabei wird aber nicht um Erlaubnis gefragt - auch Untergebene können ihre Vorgesetzten duzen, ohne dies von ihnen angeboten zu bekommen.

Weiters spielt das Rauchen bei den Albanerinnen und Albanern eine größere Rolle in ihrer Kommunikation:

Freunden wird als Zeichen der Höflichkeit oder wenn der Wunsch nach einem Gespräch besteht, eine Zigarette angeboten. Will man das Angebot ablehnen, legt man die rechte Hand aufs

³⁰ vgl. Alban et al. 2000, S. 17-262

Herz, verneigt sich leicht und sagt: „Danke, ich rauche nicht“. Dann muss man aber auch wirklich Nichtraucher sein, sonst ist die Ablehnung unhöflich (Alban et al. 2000, S. 18).

In Gesellschaft wird gerne gesungen oder es werden Witze erzählt. Bei Anwesenheit von Frauen müssen diese Witze aber „innerhalb der eng gesteckten Grenzen der Sittsamkeit liegen“ (Alban et al. 2000, S. 18). Auch Sexualität ist in gemischtgeschlechtlicher Gesellschaft ein Tabuthema und bei religiösen Themen Vorsicht geboten. Kritik sollte außerdem sehr zurückhaltend geäußert werden.

Zu beachten ist, im Umgang miteinander freundlich zu bleiben und schlechte Laune nicht zu zeigen. Ein einmaliges Kopfnicken bedeutet „Nein“, ein kurzes Drehen des Kopfes nach links bedeutet „Ja“. Gleichgeschlechtliche Berührungen sind normal, kommen häufig vor und werden nicht als ein Anzeichen für Homosexualität gehalten. Auch das Zeigen mit dem Finger gilt nicht als unhöflich.

Was Versprechen und Zusagen betrifft, so sind diese nicht immer verbindlich. Es besteht die Möglichkeit, dass die Betroffenen am nächsten Tag davon zurücktreten oder sie relativieren.

Erwähnenswert ist auch, dass die Zahl 13 als Unglückszahl und die 31 als Glückszahl gesehen werden. Hinsichtlich Farben stehen Rot für die Liebe, Gelb für Eifersucht, Grün für Neid, Blau für Ehrlichkeit und Weiß für die Reinheit der Seele.

Im Umgang mit Autoritätspersonen (z.B. Ärztinnen und Ärzte) sind die Albanerinnen und Albaner sehr höflich und zurückhaltend. Für eine gelungene Behandlung oder Entbindung ist es üblich, dass das Personal Geschenke erhält.

5.2 Bulgarien

5.2.1 Allgemeine Länderinformationen

Bulgarien grenzt an Rumänien, an das ehemalige Jugoslawien, an Mazedonien, an Griechenland und an das Schwarze Meer. Die Hauptstadt ist Sofia.³¹

Die Mehrheit der Bulgarinnen und Bulgaren gehören dem christlich-orthodoxen Glauben an.

5.2.2 Kommunikation

Die Amtssprache in Bulgarien ist Bulgarisch, die in kyrillischer Schrift verfasst wird und zu den slawischen Sprachen zählt.

Eine Zustimmung (=JA) für etwas wird mit Kopfschütteln, eine Ablehnung (=NEIN) mit einem Kopfnicken mitgeteilt.

Das bulgarische Volk unterhält sich gern. Ein Gespräch bedeutet „zusammen zu sein und miteinander in Kontakt zu kommen“ (Alban et al. 2000, S. 46). Es wird viel gesprochen, aber nicht nur mit Verwandten, Freunden und Bekannten, sondern auch mit Zufallsbekanntschaften und Fremden. Es ist üblich, dass in den Dörfern abends auf Bänken vor den Häusern gesessen und mit allen, die vorbeikommen, „geplaudert“ wird. Hier sprechen alle miteinander – es werden keine Unterschiede bezüglich des Berufes oder des sozialen Status gemacht.

³¹ Institut für Slawistik 2010

5.3 Länder des ehemaligen Jugoslawien und Rumänien

Die Länder des ehemaligen Jugoslawien (Bosnien-Herzegowina, Serbien, Montenegro, Kroatien, Mazedonien und Slowenien) und Rumänien werden zu einem Subkapitel zusammengefasst, da sie sich in vielen Aspekten des Kommunikationsverhaltens sehr ähneln. Dies soll aber nicht dazu führen, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten als nichtig erachtet werden – sie sollten in jedem Fall Berücksichtigung erfahren.

5.3.1 Allgemeine Länderinformationen

Slowenien, Kroatien, Bosnien-Herzegowina und Montenegro liegen an der adriatischen Küste. Mazedonien sowie Serbien liegen dahinter im Landinneren und Rumänien grenzt an das Schwarze Meer. Die Hauptstädte sind der eben genannten Reihenfolge nach Ljubljana, Zagreb, Sarajevo, Podgorica, Skopje, Belgrad und Bukarest.

Was die Religionen der einzelnen Länder angeht, sind in Bosnien-Herzegowina der Islam und zusätzlich die Orthodoxie vorherrschend. In Serbien und Montenegro beruht der Glaube vorwiegend auf dem serbisch-orthodoxen oder dem katholischen. In Slowenien ist die Mehrheit katholisch, ähnlich wie in Kroatien. Die Mazedonierinnen/Mazedonier sowie die Rumäninnen/Rumänen gehören hingegen überwiegend der orthodoxen Kirche an. Wichtig anzumerken ist aber, dass bei den Angehörigen des ehemaligen Jugoslawiens eine Frage nach der Ethnie oder Religion als Beleidigung empfunden wird.³²

5.3.2 Kommunikation

Die Amtssprachen in Bosnien-Herzegowina sind Serbisch, Bosnisch und Kroatisch, zusammengefasst auch als Serbokroatisch bezeichnet. In Serbien ist die Amtssprache Serbisch und in Montenegro Montenegrinisch, wobei hier aber auch Albanisch offizielle Verwendung findet (beispielsweise besteht in Schulen die Wahl zwischen den Sprachen Montenegrinisch und Albanisch). In Kroatien gilt Kroatisch, in Mazedonien Mazedonisch, in Slowenien Slowenisch und in Rumänien Rumänisch als Amtssprache.

Slowenisch, Kroatisch, Bosnisch, Serbisch, Montenegrinisch und Mazedonisch zählen zu den slawischen Sprachen. Rumänisch hingegen gehört der romanischen Sprachfamilie an, genauso wie Französisch, Spanisch, Italienisch und Portugiesisch.³³

Für den Umgang mit diesen Völkern ist es notwendig zu wissen, dass verbale Mitteilungen oft nur durch die Beobachtung und den Einbezug der nonverbalen Kommunikation ver-

³² vgl. Auswärtiges Amt 2012; Government of Montenegro 2010; MyGeo 2011

³³ vgl. Auswärtiges Amt 2012.; Institut für Slawistik 2010

standen werden können, denn in Gegenwart des ärztespersonals oder der pflegekräfte wird vieles nonverbal oder im sprachlichen Kontext mitgeteilt. Beispielsweise werden es PatientInnen aus Respekt vor der Ärztin bzw. dem Arzt vermeiden, ihr bzw. ihm mitzuteilen, dass sie etwas nicht verstanden haben - daher ist es notwendig zu beobachten, ob ihr Verhalten mit dem Gesagten auch übereinstimmt.

Weiters ist auch mit emotionalen Ausbrüchen und ausdrucksvollen Gefühlsäußerungen zu rechnen.

5.4 Polen

5.4.1 Allgemeine Länderinformationen

Polen liegt in Ostmitteleuropa und grenzt an Deutschland, Tschechien, Slowakei, Kaliningrad³⁴, Litauen, Weißrussland, an die Ukraine und an die Ostsee. Die Hauptstadt ist Warschau.

Die Mehrheit der Polinnen und Polen gehört dem römisch-katholischen Glauben an.

5.4.2 Kommunikation

Die Amtssprache in Polen ist Polnisch und zählt zu der slawischen Sprachfamilie.

Polinnen und Polen unterscheiden prinzipiell zwischen privaten und beruflichen Kontakten. Privat präsentieren sie sich als offene und freundliche Menschen, beruflich hingegen verhalten sie sich oft reserviert oder können auch angriffslustig sein.

Im Umgang mit anderen Menschen sind sie sehr höflich und rücksichtsvoll. Bei einer Begrüßung ist es noch aktuell, dass Männer die Hand einer Frau küssen (aber nur die von verheirateten Frauen). Auch eine Umarmung unter Bekannten ist üblich, wohingegen Berührungen bei geschäftlichen Treffen zu vermeiden sind.³⁵

Im Verlauf eines Gesprächs wird direkter Blickkontakt hergestellt. Umarmungen und Wangenküsse zwischen Männern und Frauen gelten als normal und werden nicht als sexuelle Annäherung verstanden. Als Patientinnen und Patienten verhalten sich die Polinnen und Polen aber eher passiv.

³⁴ Kaliningrad ist eine Exklave Russlands (vgl. Weltbild 2011, S. 55). Unter Exklave versteht man ein „von fremden (Staats)gebiet umschlossener Gebietsteil“ (Österreichisches Wörterbuch 1999, S. 290).

³⁵ vgl. Barmenia 2006; Institut für Slawistik 2010

5.5 Tschechien und Slowakei

5.5.1 Allgemeine Länderinformationen

Tschechien grenzt an Österreich, Deutschland, Polen und an die Slowakei. Die Hauptstadt ist Prag. Die Slowakei grenzt an Österreich, Ungarn, Tschechien, Polen und an die Ukraine. Die Hauptstadt ist Bratislava.

60% der slowakischen Bevölkerung sind katholisch. Die Religionsangehörigkeit in Tschechien ist sehr durchwachsen. 39% der Bevölkerung sind katholisch, 39,9% konfessionslos, 2,5% protestantisch und 16,9% sonstiges (orthodox, jüdisch).

5.5.2 Kommunikation

Die Amtssprache in der Slowakei ist Slowakisch und in Tschechien Tschechisch. Beide werden zu den slawischen Sprachen gezählt.³⁶

Beide Völker legen viel Wert auf ein korrektes Benehmen – das heißt, es sollte ein lockeres oder forsches Auftreten vermieden werden.

Bei einer Begrüßung schütteln sich Tschechinnen und Tschechen kurz die Hände. Bei älteren Menschen und bei Frauen wird zunächst aber abgewartet, bis sie die Hand zum Gruß ausstrecken. Fragen nach dem Wohlbefinden sind dabei nicht üblich.

Weiters erwähnenswert ist, dass an den Namen der tschechischen Bevölkerung erkennbar ist, ob es sich um einen Mann oder um eine Frau handelt: Männernamen enden meistens auf einen Konsonanten – bei Frauen mit dem gleichen Nachnamen ist ein -ová kennzeichnend.³⁷

³⁶ vgl. Institut für Slawistik 2010

³⁷ vgl. Barmenia 2006

5.6 Türkei

5.6.1 Allgemeine Länderinformationen

Die Türkei grenzt sowohl an das Schwarze Meer als auch an das Mittelmeer. Die Hauptstadt ist Ankara.

99% der türkischen Bevölkerung sind Musliminnen und Muslime.

5.6.2 Kommunikation

In der Türkei gilt Türkisch als Amtssprache und wird zu den Turksprachen gezählt.³⁸

Für die Begrüßung verwenden Türkinnen und Türken bestimmte Begrüßungsformeln und geben sich die Hand oder küssen sich zweimal rechts und links auf die Wange. Jüngere Personen küssen die Hände der Älteren und führen sie anschließend an die Stirn. Ältere Menschen hingegen küssen die Jüngeren auf die Stirn. Darauf folgt eine „ritualisierte Abfolge von Fragen und Antworten zum Befinden aller Familienmitglieder, Verwandten und Bekannten“ (Alban et al. 2000, S. 253). Als Anrede werden häufig Verwandtschaftsbezeichnungen verwendet, die beispielsweise zwischen „älter und jünger oder zwischen der Seite des Mannes und der Seite der Frau“ (ebd., S. 253) unterscheiden.

Der Umgang miteinander ist förmlich und viele „Höflichkeitsfloskeln“ (ebd., S. 253) werden ausgetauscht. Auch wird offen über Einkommen und Besitz gesprochen. Wollen Türkinnen und Türken ein „Nein“ ausdrücken bzw. mitteilen, so schnalzen sie mit der Zunge und werfen dabei ihren Kopf in den Nacken. Weiters wird in traditionelleren Kreisen ein längerer Blickkontakt mit Autoritätspersonen als respektlos empfunden.

Wie bereits bei den Ländern des ehemaligen Jugoslawien und Rumänien erwähnt, können auch im Umgang mit Türkinnen und Türken verbale Mitteilungen oft nur durch die Beobachtung und den Einbezug der nonverbalen Kommunikation verstanden werden, denn in Gegenwart des ärztlichen Personals oder der Pflegekräfte wird vieles nonverbal oder im sprachlichen Kontext mitgeteilt. Auch mit emotionalen Ausbrüchen und ausdrucksvollen Gefühlsäußerungen sollte gerechnet werden.

Was speziell den klinischen Bereich betrifft, verhalten sich türkische Patientinnen und Patienten eher passiv. Sie stellen meistens keine Fragen, da sie die Ärztin bzw. den Arzt nicht belästigen oder ihre bzw. seine Zeit in Anspruch nehmen wollen. Darüber hinaus sprechen Frauen über Verhütung und Fortpflanzung lieber mit einer Krankenschwester oder Hebamme als mit einem Arzt.

³⁸ vgl. Dikkaya/Yaman 2010, S. 15

5.7 Ungarn

5.7.1 Allgemeine Länderinformationen

Ungarn grenzt an Österreich, Slowenien, Kroatien, Serbien, Rumänien, an die Ukraine und die Slowakei. Die Hauptstadt ist Budapest.

Die Mehrheit der ungarischen Bevölkerung gehört dem römisch-katholischen Glauben an.

5.7.2 Kommunikation

Die Amtssprache in Ungarn ist Ungarisch, die zur finno-ugrischen Sprachfamilie gehört.³⁹

Ungarinnen und Ungarn sind im Umgang mit Menschen höflich, rücksichtsvoll und bei der Begrüßung sehr förmlich. Hier warten Männer bis ihnen eine Frau die Hand ausstreckt und manchmal verbeugen sie sich dabei leicht.⁴⁰

Was Namen betrifft, so stellt das ungarische Volk den Nachnamen voran und den Vornamen an zweite Stelle.

Auch die Zahlensymbolik ist sehr wichtig. Es wird davon ausgegangen, dass die Zahlen drei, sieben und neun eine magische Bedeutung haben.

³⁹ vgl. Carbaugh/Boromisza-Habashi/Ge 2006, S. 39

⁴⁰ vgl. Barmenia 2006

5.8 Ländergegenüberstellung

Abschließend folgt eine, für diese Arbeit gestaltete, tabellarische Übersicht mit den wichtigsten länderspezifischen Fakten, die auf den vorhergehenden Literaturangaben des Kapitels 4 und 5 basieren:

		Amtssprache	Begrüßung	„JA“	„NEIN“
Albanien		Albanisch	<ul style="list-style-type: none"> • Handschlag • Frage nach Befinden 	Kopf kurz nach links drehen	einmaliges Kopfnicken
Bulgarien		Bulgarisch		Kopfschütteln	Kopfnicken
Länder des ehemaligen Jugoslawien	Bosnien-Herzegowina	Bosnisch Serbisch Kroatisch			
	Serbien	Serbisch			
	Montenegro	Montenegrinisch (auch: Albanisch)			
	Kroatien	Kroatisch			
	Mazedonien	Mazedonisch			
	Slowenien	Slowenisch			
Rumänien		Rumänisch			
Türkei		Türkisch	<ul style="list-style-type: none"> • bestimmte Begrüßungsformeln • Hand geben oder Küsse links und rechts auf Wangen • jüngere Personen: küssen Hände der Älteren und führen sie dann an Stirn • ältere Personen: küssen Jüngere auf Stirn • Fragen nach Familie 		schnalzen mit der Zunge und Kopf in den Nacken werfen
Polen		Polnisch	Männer küssen verheirateten Frauen die Hand		
Tschechien		Tschechisch	<ul style="list-style-type: none"> • kurzes Händeschütteln • warten bei älteren Menschen und Frauen, bis sie Hand zum Gruß ausstrecken 		
Slowakei		Slowakisch			
Ungarn		Ungarisch	<ul style="list-style-type: none"> • Männer warten, bis Frauen ihnen die Hand ausstrecken • manchmal leichte Verbeugung der Männer 		

Tabelle 4: Ländervergleich 1

		Umgang/ Unterhaltung	Schmerzdarstellung
Albanien		<ul style="list-style-type: none"> • höflich, sich nach Familie zu erkundigen • Duzen bei Sympathie – ohne zu fragen bzw. es angeboten zu bekommen • Freunden bietet man Zigarette an – Ablehnung: rechte Hand aufs Herz, leichte Verneigung und „Danke, ich rauche nicht“ • wichtig: freundlich bleiben • schlechte Laune nicht zeigen • sind höflich und sehr zurückhaltend bei Ärztepersional • Unglückszahl: 13 • Glückszahl: 31 	
Bulgarien		unterhalten sich gerne	
Länder des ehemaligen Jugoslawien	Bosnien-Herzegowina	<ul style="list-style-type: none"> • viel nonverbale Kommunikation! • emotionale Ausbrüche 	<ul style="list-style-type: none"> • schildern psychisches Leiden oft als körperliches Leiden • schweigen normalerweise über und bei Schmerzen • bei chronischen Schmerzen: Äußerung sehr laut und heftig
	Serbien	<ul style="list-style-type: none"> • ausdrucksvolle Gefühlsäußerungen 	
	Montenegro	<ul style="list-style-type: none"> • förmlich 	
	Kroatien	<ul style="list-style-type: none"> • viele „Höflichkeitsfloskeln“ 	
	Mazedonien	<ul style="list-style-type: none"> • längerer Blickkontakt mit Autoritätspersonen ist unhöflich 	
	Slowenien	<ul style="list-style-type: none"> • als PatientInnen eher passiv (wollen niemanden belästigen) 	
Rumänien		<ul style="list-style-type: none"> • speziell TürkInnen: medizinische Behandlungen nach Ramadam; lehnen Organspenden ab 	
Türkei			
Polen		<ul style="list-style-type: none"> • sind höflich und rücksichtsvoll • direkter Blickkontakt während Gespräch • als PatientInnen passiv 	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Schmerztoleranz gilt als positiv • oft Grimassen und Weinen
Tschechien		korrektes Benehmen ist wichtig (lockeres, forsches Auftreten vermeiden!)	
Slowakei			
Ungarn		<ul style="list-style-type: none"> • sind höflich und rücksichtsvoll • Nachname wird vorangestellt – Vorname an zweiter Stelle • Zahlen 3, 7 und 9 haben magische Bedeutung 	

Tabelle 5: Ländervergleich 2

6 Schlussfolgerung, Diskussion & Ausblick

Die vorliegende Arbeit soll über Herausforderungen und Schwierigkeiten einer Dolmetsch-situation im klinischen Setting informieren und eine mögliche Hilfestellung für ein adäqua-tes interkulturelles Handeln und Kommunizieren im Krankenhaus darstellen.

Weiteres Ziel dieser Arbeit war es, Unterschiede und Gemeinsamkeiten hinsichtlich Kom-munikation und Schmerzdarstellung der osteuropäischen Länder Albanien, Bulgarien, Länder des ehemaligen Jugoslawien, Rumänien, Polen, Tschechien, Slowakei, Türkei und Ungarn herauszufinden sowie gegenüberzustellen. Dafür wurden eigens zwei Tabellen (Tabelle 4 und 5) erstellt, die unter Kapitel 5 die Ergebnisse dieser Recherchearbeit prä-sentieren.

Zusammenfassend können zwei Hauptergebnisse dieser Arbeit unterschieden werden:

Einerseits wurde deutlich, dass die Länder des ehemaligen Jugoslawien, Rumänien und die Türkei sich hinsichtlich Kommunikation und Schmerzdarstellung sehr ähneln (siehe Kapitel 4 und 5 inklusive Tabellen), weshalb sie in dieser Arbeit auch teilweise zusam-mengefasst wurden.

Andererseits ist in diesen Übersichtstabellen zu erkennen, dass nicht zu allen angeführten Punkten und Ländern Informationen aufscheinen. Der Grund für dieses Fehlen von Anga-ben wurde im Laufe der Vorbereitung und Bearbeitung dieses Themas immer deutlicher: Kaum jemand hat sich eingehend mit dieser spezifischen Thematik beschäftigt. Diese Problematik wurde bei der Literaturrecherche offensichtlich, denn trotz der intensiven Re-cherche im Gesamtbestand der Universitätsbibliothek Graz, in der Bibliothek der Medizini-schen Universität Graz, in einigen fachspezifischen Datenbanken mit variierenden Key-word-Kombinationen sowie persönlichen Anfragen bei diversen interkulturellen Institutio-nen und Beratungsstellen wie zum Beispiel Zebra, Omega, das Frauengesundheitszent-rum in Graz und auch bei ExpertInnen ausländischer Hochschulen wie beispielsweise Frau Prof. Dr. Olga Rösch von der TFH Wildau und Herrn Prof. Dr. Leenen von der FH Köln, konnte kein zufriedenstellendes Ergebnis bezüglich der benötigten Informationen erzielt werden. Somit kann als zweites Hauptergebnis die Bilanz gezogen werden, dass im Bereich des interkulturellen Verständnisses, der interkulturellen Kommunikation und ins-besondere der kulturspezifischen Schmerzforschung noch hoher Bedarf an weiterführen-den Untersuchungen und Analysen besteht. Da sprachliche und kulturelle Missverständ-nisse für beide Seiten, Krankenhauspersonal sowie Patientin bzw. Patient, eine große Be-

lastung darstellen und häufig mit viel Zeitverlust einhergehen, wäre eine intensive Beschäftigung mit diesem hochkomplexen Forschungsfeld ein enormer Gewinn für die Praxis und würde somit die Qualität der Betreuungssituation fremdländischer Patientinnen und Patienten erhöhen.

Denn sprachliche oder kulturelle Unterschiede sollten einer optimalen ärztlichen und pflegerischen Betreuung nicht im Wege stehen!

7 Literaturverzeichnis

- Alban, S./Leininger, M.M./Reynolds, C.L. (2000): Multikulturelle Pflege. München/Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Ammann, M. (1995): Kommunikation und Kultur. Dolmetschen und Übersetzen heute. Eine Einführung für Studierende. 4. Auflage. Frankfurt (Main): IKO – Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Binder-Fritz, C. (2010): Transkulturelle Kompetenz der Pflegepersonen im Krankenhaus als Fortbildungsziel. In: Schnepf, W./Walter, I. (Hg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, S. 191-204.
- Bischoff, A./Kurth, E. (2010): Nur übersetzen? Dolmetschen, vermitteln und schlichten in schweizerischen Gesundheitsinstitutionen. In: Schnepf, W./Walter, I. (Hg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, S. 215-226.
- Blechner, G. (2002): Kultursensible Schmerztherapie. Ausgestaltung der Schmerzempfindung bei Migranten. In: Dr. med. Mabuse, 27, H. 135, S. 56-59.
- Carbaugh, D./Boromisza-Habashi, D./Ge, X. (2006): Dialogue in Cross-Cultural Perspective. Deciphering Communication Codes. In: Aalto, N./Reuter, E. (Hg.): Aspects of Intercultural Dialogue. Theory, Research, Applications. Köln: SAXA Verlag, S. 27-46.
- Dikkaya, M./Yaman, M. (2010): Easy Turkish. Einfach Türkisch lernen. 2. Auflage. Norderstedt: Books on Demand.
- Domenig, D. (2001): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Verlag Hans Huber, S. 139-158.

- Dreissig, V. (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: transcript Verlag.
- Hegemann, T. (2010): Transkulturelle Kommunikation und Beratung. Die Kompetenz, über kulturelle Grenzen hinweg Kooperation herzustellen. In: Hegemann, T./Salman, R.: Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 124-141.
- Hoefert, H.-W. (2008): Kommunikation mit ausländischen Patienten. In: Hoefert, H.-W./Hellmann, W. (Hrsg.): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg: Economica, S. 105-130.
- Hüper, C./Kerkow-Weil, R. (2001): Schmerz im Migrationskontext. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Verlag Hans Huber, S. 287-303.
- Kohnen, N. (2003): Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen. Ratingen: pvv.
- Kohnen, N. (2007): Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten. Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens. In: Trauma und Berufskrankheit, 9, Suppl. 3, S. 323-328. Online verfügbar: <http://www.springerlink.com/content/c37362987558863u/> [08.07.2012].
- Kollermann, N. (2006): Spinn ich oder spinnen die? Über den konstruktiven Umgang mit interkulturellen Irritationen. In: Kumbier, D./Schulz von Thun, F. (Hg.): Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 73-90.
- Kröner-Herwig, B./Frettlöh, J./Klinger, R./Nilges, P. (2011): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. 7. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

- Kumbier, D./Schulz von Thun, F. (Hg.) (2006): Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Maletzke, G. (1996): Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen und verschiedenen Kulturen. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Pöchhacker, F. (2010): Dolmetschen im Wiener Gesundheitswesen. In: Schnepf, W./Walter, I. (Hg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, S. 205-214.
- Rez, H./Kraemer, M./Kobayashi-Weinszihr, R. (2006): Warum Karl und Keizo sich nerven. Eine Reise zum systematischen Verständnis interkultureller Missverständnisse. In: Kumbier, D./Schulz von Thun, F. (Hg.): Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 28-72.
- Salman, R. (2001): Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Verlag Hans Huber, S. 87-100.
- Stuker, R. (2001): Professionelles Dolmetschen. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Verlag Hans Huber, S. 185-199.
- Uluköylü, S. (2009): „Ich finde es schade, für meine Leute“. Wenn nicht(-)professionelle DolmetscherInnen im medizinischen Bereich dolmetschen In: Rásky, É. (Hg.ⁱⁿ): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz. Wien: Facultas Universitätsverlag, S. 124-134.
- Weltbild (2011): Neuer großer Atlas der Welt. Genehmigte Sonderausgabe für Verlagsgruppe Weltbild GmbH. München: Verlag Wolfgang Kunth.

Wiechermann, S. (2006): War das nun ein interkulturelles Missverständnis? Von der Gefahr, vor lauter Kultur die Person aus dem Blick zu verlieren. In: Kumbier, D./Schulz von Thun, F. (Hg.): Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 323-335.

Wörterbücher/Lexika

Österreichisches Wörterbuch. Schulausgabe. 38. Auflage. 1999. öbv&hpt: Wien.

Internetquellen

Auswärtiges Amt (2012): Reise & Sicherheit. Montenegro. In: http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Nodes_Uebersichtsseiten/Montenegro_node.html [28.02.2012].

Barmenia (2006): Business-Knigge Osteuropa Teil 1. Wissen Media Verlag GmbH. In: http://www.barmenia.de/dokumente/Business_Knigge_Osteuropa_1.pdf [16.03.2012].

Government of Montenegro (2010): Montenegro Facts. In: <http://www.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rId=67657&rType=2> [28.02.2012].

Institut für Slawistik (2010): Slawische Sprachen und Kulturen in Europa. Leopold-Franzens-Universität Innsbruck. In: http://aux.uibk.ac.at/c102/sii_slawistik/slawische_sprachen_und_kulturen_in_europa.html [28.02.2012].

MyGeo (2011): Politische Landkarte Europa. In: http://www.mygeo.info/landkarten/europa/europa_karte_de.png [27.02.2012].

Statistik Austria (2011a): Statistisches Jahrbuch für Migration & Integration 2011: Rund 1,5 Millionen Menschen in Österreich haben Migrationshintergrund. In: http://www.statistik.at/web_de/presse/index.html?cat1=2&dmin=01.01.2011&dmax=17.03.2012 [17.03.2012].

Statistik Austria (2011b): Registerzählung 2011: Österreich zählt mehr als 8,4 Mio. Einwohner. In:

http://www.statistik.at/web_de/presse/index.html?cat1=2&dmin=01.01.2011&dmax=08.06.2012 [08.06.2012].

Statistik Austria (2012): 2011: Zahl der Einbürgerungen leicht gestiegen; 6.754 erhielten die Staatsbürgerschaft. In:

http://www.statistik.at/web_de/presse/index.html?cat1=2&dmin=01.01.2011&dmax=17.03.2012 [17.03.2012].

Wesselman, E. (2010): Sprachmittlung im Krankenhaus. Hausinterner Dolmetscherdienst.

In: <http://www.migazin.de/2010/01/04/sprachmittlung-im-krankenhaus-bei-gesundheitsversorgung-von-migranten/all/1/> [14.03.2012].

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rollenspektrum der DolmetscherInnen (Stuker 2001)	5
Tabelle 2: Einsatz von Dolmetschern (Hoefert 2008)	14
Tabelle 3: Lösungen bei Verständigungsschwierigkeiten mit fremdsprachigen PatientInnen (Stuker 2001).....	18
Tabelle 4: Ländervergleich 1.....	31
Tabelle 5: Ländervergleich 2.....	32