

Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem

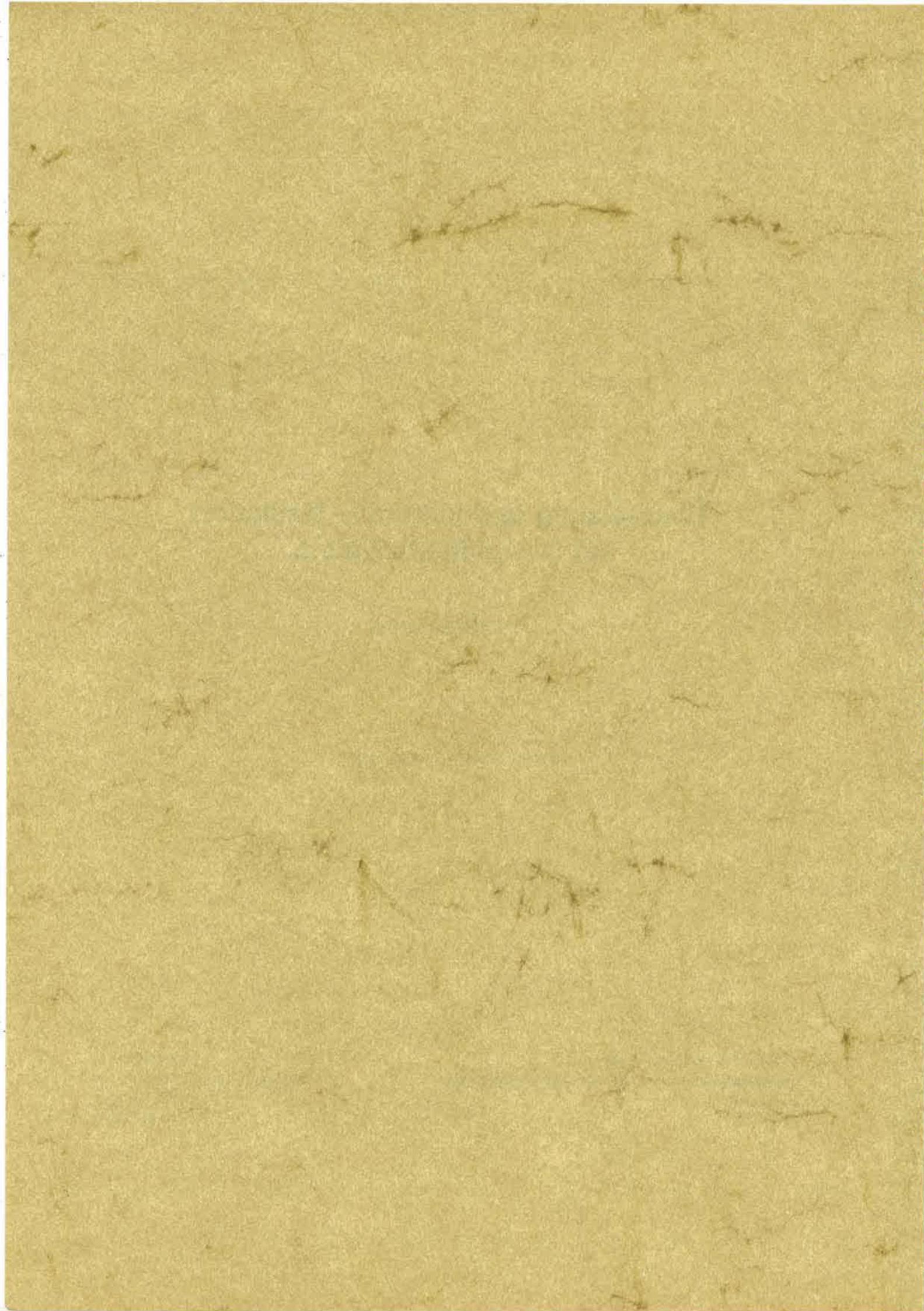
Grundlagenbericht

von

Regula Weiss und Rahel Stuker

Forschungsbericht No. 11 des
Schweizerischen Forums für Migrationsstudien
an der Universität Neuenburg
März 1998

Im Auftrag des
Bundesamts für Gesundheit
Dienst Migration
3003 Bern



Double SFM FSN M

Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem

Grundlagenbericht

von

Regula Weiss und Rahel Stuker

Forschungsbericht No. 11 des
Schweizerischen Forums für Migrationsstudien
an der Universität Neuenburg
März 1998

Im Auftrag des
Bundesamts für Gesundheit
Dienst Migration
3003 Bern

Forschungsbericht Nr. 11
des Schweizerischen Forums für Migrationsstudien

Autorinnen: Regula Weiss und Rahel Stuker

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit,
Eidgenössisches Departement des Innern, Bern

Alle Rechte vorbehalten
© 1998 by Schweizerisches Forum für Migrationsstudien
Rue des Terreaux 1
CH - 2001 Neuchâtel

Tel.: ++41 32 718 39 20
Fax: ++41 32 718 39 21

E-mail: secretariat.fsm@fsm.unine.ch
Homepage: <http://www.unine.ch/fsm/>

In der Reihe
Forschungsberichte des Schweizerischen Forums für Migrationsstudien
sind bisher erschienen

Andreas Wimmer. 1996. *Flüchtlingsaussenpolitik und Migrationsprävention*. Forschungsbericht Nr. 1.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1996. *Das migrationspolitische Feld der Schweiz. Eine politikwissenschaftliche Analyse der Vernehmlassung zum Arbenzbericht*. Forschungsbericht Nr. 2.

Etienne Piguet et Roland Misteli, sous la direction de Andreas Wimmer. 1996. *L'intégration des réfugiés au marché du travail*. Forschungsbericht Nr. 3.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1996. *Konturen eines Kompromisses? Die migrationspolitischen Positionen schweizerischer Parteien und Verbände im Wandel*. Forschungsbericht Nr. 4.

Andreas Wimmer. 1996. *Die Wiederansiedlung von Flüchtlingen in der Schweiz. Eine Analyse der bisherigen Praxis und Evaluation von Handlungsoptionen*. Forschungsbericht Nr. 5.

Andreas Wimmer. 1996. *La réinstallation des réfugiés : analyse de l'expérience suisse dans le contexte international*. Forschungsbericht Nr. 5.

Andreas Wimmer. 1996. *The resettlement of refugees: an analysis of the Swiss experience in the international context*. Forschungsbericht Nr. 5.

Hans Mahnig. 1997. *Migrationspolitik in sechs westlichen Industriestaaten. Deutschland, Frankreich, Niederlande, USA, Australien und Kanada*. Forschungsbericht Nr. 6.

Juliane Kerlen und Andreas Wimmer. 1997. *Migrationssteuerung. Zur Entwicklung eines politischen Konzepts in Deutschland, Frankreich, Schweden und der Europäischen Union*. Forschungsbericht Nr. 7.

Denise Efionayi und Etienne Piguet (Leitung: Andreas Wimmer). 1997. *Nationale Unterschiede in der Arbeitsintegration von Asylsuchenden*. Forschungsbericht Nr. 8.

Andreas Wimmer und Etienne Piguet. 1998. *Asyl und Arbeit. Eine Studie zur Erwerbsintegration von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz*. Forschungsbericht Nr. 9.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1998. *Integrationspolitik in Großbritannien, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden. Eine vergleichende Analyse*. Forschungsbericht Nr. 10.

Regula Weiss und Rahel Stuker. 1998. *Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem*. Ein Grundlagenbericht. Forschungsbericht Nr. 11.

In der Reihe
Arbeitspapiere des Schweizerischen Forums für Migrationsstudien
sind bisher erschienen

Andreas Wimmer. 1995. *Entwicklungszusammenarbeit, humanitäre Hilfe, Migration*. Ein Bericht zuhanden der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit.

Andreas Wimmer. 1997. *Ein Zulassungsmodell für Arbeitsmigranten von ausserhalb der Europäischen Union*. Vorschlag zuhanden der Expertengruppe Migrationspolitik.

Inhalt

1	Einleitung.....	1
2	Untersuchungen zur Übersetzung im Schweizer Gesundheitssystem.....	7
3	Rechtliche und politische Hintergründe.....	15
3.1	Rechtliche Hintergründe.....	15
3.1.1	Recht auf Übersetzung für Angeklagte.....	15
3.1.2	Recht auf Übersetzung im Bereich öffentlicher Dienstleistungen.....	16
3.1.3	Recht auf Übersetzung in der Gesundheitsversorgung.....	17
3.2	Migrations- und Integrationspolitik der Schweiz.....	21
4	Theoretische Konzepte.....	24
4.1	Einleitende Bemerkungen zu Migration.....	24
4.1.1	Migration und Integration	24
4.1.2	Der Kulturbegriff.....	25
4.1.3	Migration und Gesundheit.....	27
4.2	Kommunikation und Übersetzung.....	30
4.2.1	Kommunikation und Erfahrung.....	30
4.2.2	Sprache und Kultur	31
4.2.3	Übersetzung	33
4.3	Übersetzung im Gesundheitsbereich	34
4.3.1	Argumente für den Einsatz von ÜbersetzerInnen	34
4.3.2	Zur Wahl der ÜbersetzerInnen	39
4.4	Die Triade	42
4.4.1	Die Rollen der ÜbersetzerInnen	43
4.4.1.1	Wortwörtliche Übersetzung	44
4.4.1.2	Die kulturelle Mediation	45
4.4.1.3	Die Patientenfürsprache	48
4.4.1.4	Die Co-Therapie	49
4.4.2	Rollenkonflikte.....	51
4.4.3	Macht und Status der ÜbersetzerInnen.....	52
4.5	Die Interaktion in der Triade: Theoretische Konzepte zur Übersetzung und Konsequenzen.....	55
4.5.1	Übersetzung im biomedizinischen Kontext.....	58
4.5.2	Übersetzung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext	60
4.5.2.1	Exkurs: Fremd- und Muttersprache in der therapeutischen Situation.....	60
4.5.2.2	Psychiatrische und psychotherapeutische Situationen mit Übersetzung.....	68
4.5.3	Übersetzung aus medizinethnologischer Perspektive	74
5	Übersetzungsdiene und Ausbildungsangebote im In- und Ausland	78
5.1	Übersicht.....	78
5.1.1	Übersetzungsdiene in der Schweiz.....	79
5.1.2	Übersetzungsdiene im europäischen Ausland.....	81
5.1.3	Grundausbildung und Weiterbildung im In- und Ausland	83
5.2	Vergleich der Projekte	84
5.2.1	Migrationspolitische Hintergründe.....	84
5.2.2	Wissenschaftliche Grundlagen und Dokumentierung	87
5.2.3	Vergleich der übersetzenenden Institutionen	90
5.2.3.1	Trägerschaft und Institutionstyp	90
5.2.3.2	Finanzierungsmodelle der Übersetzungsdiene	93
5.2.3.3	Anstellungsbedingungen	96
5.2.4	Vergleich der Übersetzungsangebote	101
5.2.4.1	Art des Übersetzungsangebotes	101
5.2.4.2	Formen der Übersetzung und Rollenkonzepte	103
5.2.5	Konzeptioneller Vergleich der Ausbildungsmodelle	104
5.2.5.1	Grund- und Weiterbildungsangebote innerhalb der Übersetzungsinstitutionen	105
5.2.5.2	Ausbildungsgänge ausserhalb der Übersetzungsdiene	110
5.2.5.3	Fortbildung von AnwenderInnen	114
6	Zusammenfassende Schlussfolgerungen	115
Anhang	121	
Anhang 1.	Die Projekte im Überblick.....	122
Anhang 2.	Adressen und Literatur zu den Projekten	138
Anhang 3.	Vorschlag für ein Ausbildungsmodell für ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem.....	143
7	Bibliographie	145

Vorwort

In der Schweiz existieren nur wenige strukturierte Angebote zur Übersetzung im Kontext der Gesundheitsversorgung. Die Projekte, welche sich dem Bedürfnis nach vermehrten Angeboten von Übersetzung widmen, sind klein und untereinander nicht vernetzt. Zur Konzentration der vorhandenen Ressourcen und Koordination der Projekte rief das Bundesamt für Gesundheit (BAG) 1996 eine Arbeitsgruppe ins Leben. Die Arbeitsgruppe, bestehend aus VertreterInnen¹ in dieser Frage engagierter Institutionen, traf sich mehrmals. Es zeigte sich, dass zwar hinsichtlich der Notwendigkeit vermehrter Übersetzungsangebote und einer Professionalisierung Einigkeit bestand. Konzeptionell gingen die Meinungen aber auseinander, es fehlte eine gemeinsame inhaltliche Basis. Auch die Vorkenntnisse und Erfahrungen erwiesen sich als sehr unterschiedlich. Zur Vertiefung wichtiger Fragen und zur Beschleunigung des Prozesses entschied sich die Arbeitsgruppe 1996 zu folgendem Vorgehen: Das BAG erteilte Regula Weiss, Psychiaterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Schweizerischen Forum für Migrationsstudien (Verantwortliche für Migration und Gesundheit), das folgende *Mandat*:

- Erstens werden theoretische Grundlagen erarbeitet, die Erfahrungen und Kenntnisse aus dem In- und Ausland verglichen und in einem Bericht interessierten Kreisen zugänglich gemacht. Der Grundlagenbericht ermöglicht eine Angleichung des Wissensstandes und stellt eine Voraussetzung für die Zusammenarbeit dar.
- Zweitens wird – in Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen – eine Tagung organisiert, mit dem Ziel, eine gemeinsame inhaltliche Basis zu schaffen, welche ein koordiniertes Vorgehen ermöglicht.
- Drittens sollen auch die Resultate der Tagung in Form einer Publikation zugänglich gemacht werden.

Als Mitarbeiterin konnte Rahel Stuker gewonnen werden, welche an ihrem ethnologischen Lizentiat zur Übersetzung im medizinischen Kontext schreibt. Die Zusammenarbeit zwischen Ethnologin und Psychiaterin erwies sich als fruchtbar, sie erleichterte Perspektivenwechsel, die Überprüfung wissenschaftlicher Paradigmen und half, stereotype Standpunkte zu vermeiden. Wenn dieser Grundlagenbericht etwas von diesem Prozess spiegelt, freut uns das.

¹ Wir haben uns um geschlechtsneutrale Formulierungen bemüht, diese sind aber weder immer gelungen noch konsequent durchgeführt. Wir bitten alle Betroffenen um Verständnis.

1 Einleitung

Migration und Flucht sind produziert, strukturiert und in historische Phasen eingebettet. Die Geopolitik findet ihre Entsprechung in einer globalen Geschichte der Migration. Mit der globalen Integration nationaler Wirtschaften nimmt auch die Bedeutung transnationaler Migration zu. Diese globale Betrachtungsweise darf aber nicht den Blick auf die individuellen Konsequenzen verstehen. Wenn auch strukturelle Faktoren die Hauptgründe für Wanderungsbewegungen darstellen, so stehen doch hinter jeder Migration auch persönliche Entscheide und Geschichten.

Migration – ob von einem Land ins Nachbarland oder fortgesetzte Migration durch ganze Kontinente – ist ein existentiell belastender Prozess, der viele Möglichkeiten des Scheiterns mit sich bringt. Migration wird für viele Individuen und Familien zum sozialen und gesundheitlichen Risiko. Sie bedeutet, sich in kurzer Zeit in anderen sozialen Systemen zurecht finden zu müssen und sich teilweise nur kurzfristig zu integrieren. Dem Verhältnis von Fremdbestimmung und eigener Entscheidungskraft kommt dabei grosse Bedeutung zu. Es beeinflusst die Handlungsmöglichkeiten der Wandernden und die Formen ihrer Auseinandersetzung mit neuen Verhältnissen. Politische, rechtliche, ökonomische, soziale, kulturelle und sprachliche Schwierigkeiten verringern die Partizipationschancen von MigrantInnen und damit deren Integration und Entwicklungsmöglichkeiten. Als Antwort auf die erschwerte Integration und als Spiegel transnationaler Bezüge werden familiäre Netze über die Landesgrenzen hinaus aufgebaut, welche Kontinuität und Halt garantieren sowie Sinn konstruieren.

Migration bleibt aber ein gesundheitliches Risiko.¹ Das öffentliche Gesundheitssystem der Schweiz stellt an sich eine gute medizinische Grundversorgung für die gesamte, auch die ausländische Bevölkerung, sicher. Der Zugang von MigrantInnen zur Gesundheitsversorgung wird aber durch sprachliche, soziale und kulturelle Barrieren erschwert. Ein beträchtlicher Teil von ihnen spricht die regionale Sprache nicht genügend, um sich mit den Behandelnden gut zu verstehen. Daraus können sich auch Fehlbehandlungen ergeben. Die sprachlichen Barrieren sind vor allem anfangs gross und können auch durch Sprachkurse für MigrantInnen kaum je wirklich überwunden werden. Daran wird sich auch längerfristig kaum etwas ändern. Sprachliche Barrieren stellen aber nur eines der Hindernisse dar, die einer guten Behandlung von kranken MigrantInnen im Wege stehen. Soziale und kulturelle Differenzen sind mindestens

¹ Die wissenschaftliche Forschung dazu hat sich – auch in der Schweiz – im letzten Jahrzehnt vervielfacht. Untersuchungen zum Thema 'Migration und Gesundheit' belegen, dass die Gesundheit von AusländerInnen (dabei insbesondere von Asylsuchenden, Flüchtlingen und Frauen) schlechter ist als diejenige der Schweizer Bevölkerung (vgl. Bischoff 1995; Bollini & Siem 1995b; Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann 1993; Salis Gross et al. 1997b; Verwey 1993; Vranjes et al. 1995; Wicker 1991).

ebenso stark an den sich ergebenden Kommunikationsproblemen beteiligt. Häufig unterscheiden sich die Probleme von MigrantInnen im Kontakt mit dem Gesundheitssystem nur unwesentlich von denen von Schweizer PatientInnen mit niedrigem Sozialstatus. Mit anderen Worten: Es sind weniger kulturelle als soziale Interessenkonflikte und Differenzen zwischen Subsystemen, die sich in der Behandlungssituation zeigen.

Ein verbesserter Zugang zu medizinischen Leistungen stellt eines der Ziele der WHO in Europa dar (WHO 1992). Dabei wird der Chancengleichheit von MigrantInnen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Sollen MigrantInnen gleichberechtigt von den Leistungen des Gesundheitssystems profitieren können, sind spezifische Hilfen nötig, sowohl für sie als auch für die Behandelnden. Übersetzung im Sinne der Vermittlung zwischen PatientInnen und Behandelnden hat sich als Möglichkeit erwiesen, mit den Kommunikationsschwierigkeiten umzugehen. Die Sprachenvielfalt stellt dabei nur eine der Barrieren dar, welche zu überwinden sind. Ebenso wichtig wie die sprachliche Übersetzung – und häufig übersehen – ist die Vermittlung zwischen den sozialen Diskursen von MigrantInnen und Behandelnden. Erst eine solche Kommunikationshilfe vermag die Verständigungsprobleme in therapeutischen Situationen effektiv zu beeinflussen. Auch das Bundesamt für Gesundheit fordert in seinem Programm Massnahmen, welche den Zugang von MigrantInnen zur Schweizer Gesundheitsversorgung erleichtern (Zeltner 1994). Dabei wird ausdrücklich der Bezug von (auch kulturellen) Übersetzungshilfen für Fremdsprachige vorgeschlagen.

Die aktuellen Möglichkeiten, für Behandlungssituationen mit Kommunikationsproblemen die Hilfe von professionellen ÜbersetzerInnen zu beanspruchen, sind aber in der Schweiz sehr gering. Die Übersetzungsangebote sind dürftig, kaum strukturiert und schlecht zugänglich. Die Finanzierung ist äusserst schwierig und reduziert das Angebot massgeblich. Es handelt sich um ein Interdependenzproblem: Um Übersetzung im Gesundheitssystem zu verankern, müssten vermehrt ÜbersetzerInnen ausgebildet und ihre Arbeit berufspolitisch anerkannt werden. Um geeignet ausgebildete ÜbersetzerInnen aber berufspolitisch zu stützen, wäre es nötig, deren Arbeit sichtbar zu machen und öffentlich anzuerkennen, um den Bedarf, wenn möglich, rechtlich zu verankern.

Die Übersetzungsarbeit im Gesundheitssystem eröffnet komplexe Fragestellungen und geht mit mannigfaltigen Ansprüchen an die Fähigkeiten der ÜbersetzerInnen einher. Um die Ressourcen nutzen zu können, welche sich aus der therapeutischen Triade mit Übersetzung ergeben, müssen auch die Behandelnden auf die Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen vorbereitet werden. Das Problembewusstsein auf Seiten der Behandelnden ist aber noch nicht ausgeprägt. Nicht selten werden aus Gründen fehlender Ausbildung auf beiden Seiten vor allem Probleme und Nachteile der Arbeit mit ÜbersetzerInnen betont. Langjährige Erfahrungen im Ausland

zeigen aber, dass bei geeigneter Ausbildung, Anpassung von Gesprächssituation und -methode, und nicht zuletzt unter der Bedingung, dass die ÜbersetzerInnen als vollwertige MitarbeiterInnen anerkannt werden, sehr viel aus dieser Zusammenarbeit gewonnen werden kann. Die therapeutische Triade mit Übersetzung ermöglicht neue Verständigungsebenen zwischen PatientInnen und Behandelnden und erhellt Hintergründe, welche in der Dyade kaum zugänglich sind. Sollen diese Möglichkeiten genutzt werden, muss sich aber in der Schweiz einiges ändern. Das aktuelle Angebot von Übersetzungsdielen zeigt, dass ÜbersetzerInnen in der Praxis zwar vermehrt eingesetzt werden. Bei ihnen handelt es sich bisher jedoch häufig um Personen aus dem engen Umkreis der PatientInnen, um Spitalpersonal oder andere Laien-ÜbersetzerInnen. Diese sind aber aufgrund ihrer fehlenden Ausbildung kaum in der Lage, die Möglichkeiten der Übersetzung fruchtbar einzubringen. Es fehlt ihnen an der nötigen Distanz (nahestehende Personen), sie werden psychisch überfordert (Angehörige, andere Laien) oder die Übersetzungsarbeit ist zu wenig von anderen Tätigkeiten abgegrenzt (Spitalpersonal). Sie stellen keine Alternative zur professionellen Übersetzung im Gesundheitssystem dar.

Vereinzelt stehen strukturierte Übersetzungsdielen zur Verfügung. Vor allem von dieser Seite wird die Notwendigkeit einer besseren Ausbildung betont. Ansätze von Aus- und Weiterbildung für ÜbersetzerInnen werden zur Zeit diskutiert und an wenigen Orten erstmals erprobt. Diese Projekte sind untereinander aber nicht koordiniert. Der Aufwand einzelner Institutionen, eine adäquate Ausbildung für Übersetzende und Behandelnde anzubieten, ist zu gross. Darüber hinaus wäre die Finanzierbarkeit von Übersetzungsangeboten vor dem Hintergrund rechtlicher Voraussetzungen und gesundheitspolitischer Entscheidungen zu klären. Nicht zuletzt ist zu berücksichtigen, dass das Gesundheitssystem in einer finanziellen Krise steckt, welche Neuerungen erschwert und zusätzliche Leistungen zu verunmöglichen scheint. Projekte zugunsten von marginalisierten Gruppen sind in dieser Zeit besonders schwierig zu realisieren. Ob mit einem Verzicht auf professionelle Übersetzungsangebote Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen eingespart werden könnten, wäre deshalb ernsthaft zu prüfen.

Die AutorInnen gehen im vorliegenden Bericht von der Überzeugung aus, dass ein Bedarf an adäquaten Übersetzungsangeboten besteht und landesweite Ausbildungsstrukturen für ÜbersetzerInnen und Behandelnde aufgebaut werden sollten. Aus ökonomischen, geografischen, sprachlichen und berufspolitischen Gründen würde sich ein Projekt mit regionalen Strukturen aufdrängen.

Der Grundlagenbericht bietet ein Argumentarium für die Professionalisierung und Institutionalisierung von Übersetzungshilfen im Gesundheitssystem. Er macht ausländische Erfahrungen zugänglich und ermöglicht interessierten Personen einen ähnlichen Wissensstand. Er soll darüber hinaus zu Fragen und weiteren Forschungsprojekten anregen. Er widmet sich dem

Thema 'Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem' aus verschiedenen Perspektiven und versucht Hintergründe zu berücksichtigen, die für das weitere Vorgehen relevant sind. Politische, rechtliche, historische und theoretische Aspekte sind deshalb dem Vergleich von Konzepten und Erfahrungen im In- und Ausland vorangestellt. Der Bericht ist aber keine Studie zur Machbarkeit eines Ausbildungsprojektes. Dazu wären weitere Abklärungen notwendig, vor allem was Finanzierungsfragen anbelangt.

Der Bericht ist folgendermassen gegliedert: Im *zweiten Kapitel* wird auf die rechtlichen Grundlagen im In- und Ausland hingewiesen. Die Überlegungen haben zum Ziel, die notwendigen juristischen Abklärungen in der Schweiz anzuregen. Das *dritte Kapitel* bietet eine Übersicht der bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen in der Schweiz zum Thema. Sie sind alle jüngeren Datums oder noch nicht abgeschlossen. Auch dieses Kapitel soll zu weiteren Arbeiten anregen. Im *vierten Kapitel* werden theoretische Konzepte vorgestellt. Einleitend werden einige Hinweise auf allgemeine Fragen zu Migration, Integration und Kultur gegeben und Bezüge zur Gesundheit hergestellt (Kapitel 4.1). Anschliessend werden übergeordnete Fragen zu 'Kommunikation' und 'Übersetzung' erörtert (Kapitel 4.2), welche auf die Situation der Übersetzung im Gesundheitsbereich hinführen (Kapitel 4.3). Der vierte Teil des Theoriekapitels behandelt Aspekte der Triade, welche für die Arbeit mit ÜbersetzerInnen relevant sind, und beschreibt verschiedene Rollen, die für diese denkbar sind (Kapitel 4.4). Im Anschluss daran wird die therapeutische Triade mit Übersetzung aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven und im Hinblick auf ihre Anwendungsbereiche untersucht (Kapitel 4.5). Das *fünfte Kapitel* bietet eine Übersicht zu Übersetzungsdiensten und Ausbildungsmodellen im In- und Ausland und vergleicht sie untereinander. Dabei werden migrationspolitische Hintergründe gestreift (Kapitel 5.2.1) und der Dokumentationsstand der Übersetzungsdienste sowie ihre wissenschaftlichen Grundlagen verglichen (Kapitel 5.3.2). Es folgt ein institutioneller und konzeptioneller Vergleich des Übersetzungsangebotes (Kapitel 5.2.3 und 5.2.4). Den Schluss des fünften Kapitels bildet der Vergleich von Aus- und Weiterbildungsmodellen (Kapitel 5.2.5). Im *sechsten Kapitel* werden zusammenfassende Schlussfolgerungen formuliert und Vorschläge für das weitere Vorgehen skizziert.

Der Grundlagenbericht entstand aus dem Bedürfnis von Behörden, Institutionen und Einzelpersonen, die Anstrengungen zur Verbesserung der Übersetzungsangebote in der Schweiz besser zu koordinieren. Gemeinsamer Ausgangspunkt stellte das Postulat dar, dass der Zugang von Fremdsprachigen zu den öffentlichen Dienstleistungen zu erleichtern sei, und dass die kostenlose Bereitstellung von Übersetzungsdiensten hierfür ein geeignetes Mittel darstellt. Wir sind uns bewusst, dass in der politischen Debatte auch andere Grundüberzeugungen geäussert werden; so etwa die Vorstellung, MigrantInnen hätten neben dem Recht auf Grundversorgung mit staatlichen Leistungen auch die Pflicht, mittels Spracherwerb ihren eigenen Anteil zu

leisten, um Partizipationschancen realisieren zu können. Wir können im Rahmen dieser Arbeit auf diese Grundsatzdebatte nicht eingehen und möchten mit dieser Anmerkung lediglich deutlich machen, welcher Art unsere Ausgangsposition ist.

*Was aber meint in diesem Zusammenhang Übersetzung?*² Um den Zugang der AusländerInnen zu öffentlichen Dienstleistungen zu verbessern und die Arbeit mit MigrantInnen zu erleichtern, werden in vielen Ländern Übersetzungshilfen zur Verfügung gestellt. In Grossbritannien und den USA, welche in ihrer Integrationspolitik explizit Massnahmen zur Verringerung von diskriminierenden Strukturen formuliert haben, sowie in Australien und Kanada, welche eine multikulturelle Integrationspolitik verfolgen, ist in diesem Zusammenhang ein spezifischer Beruf entstanden: der Beruf des '*Community Interpreters*'. Der Begriff schliesst verschiedene Aspekte des sozialen Lebens ein und wird damit den komplexen Fragen gerecht, die sich stellen, wenn von Partizipation und Chancengleichheit die Rede ist. Allerdings ist dieser Begriff kaum übersetzbbar, gerade weil er konzeptionell nur vor seinem integrationspolitischen Hintergrund verständlich ist. In der internationalen Literatur hat er sich als Bezeichnung für die '*Vermittlung*' im gesamten sozialen, medizinischen und juristischen Bereich zwischen MigrantInnen und VertreterInnen öffentlicher Dienste etabliert.³ Dabei liegt der Schwerpunkt vor allem auf strukturellen Faktoren, welche sich als Barrieren erweisen und welche mit Übersetzungshilfen abgebaut werden können.

In Kanada hat sich für die Übersetzung im öffentlichen und sozialen Bereich heute der Begriff '*Cultural Interpreting*' durchgesetzt, um die kulturellen Faktoren hervorzuheben, welche für Übersetzung dieser Art relevant sind:

"We define interpreting as including the communication of conceptual and cultural factors that are relevant to the given interaction as part of the lingual transmission. (...) This model of interpreting service was developed out of an awareness that communication is seriously impeded by the insensitivity to the role of culture in the content and manner of communication, especially in formal interactions" (Roberts 1993:241).

In Kanada wird ausserdem vom '*Cultural Broker*' gesprochen, um die Rolle der Übersetzenden als kulturelle VermittlerInnen zu betonen (Kaufert & Koolage 1984). Ein ähnliches Verständnis der Tätigkeit von ÜbersetzerInnen im Sozialbereich spiegelt sich in der französischen

² In anderen Zusammenhängen bezieht sich der Begriff Übersetzung auf die Arbeit von DolmetscherInnen oder auf schriftliche Übersetzung. In unserem Bericht verstehen wir unter Übersetzung ausschliesslich die mündliche Übersetzung. Wir grenzen die Übersetzung im sozialen Bereich von der Tätigkeit von DolmetscherInnen oder SimultanübersetzerInnen ab. Diese stützen sich sowohl theoretisch als auch praktisch auf andere Konzepte ab.

³ Der '*Community Interpreter*' wird definiert als "the professional trained to assist those in the community who do not speak the «dominant» language so that they may have access to legal, health, educational, governmental, and social services" (vgl. Freimanis 1994:325). Diese Definition der Übersetzungstätigkeit fokussiert den Zugang zu öffentlichen Diensten, der damit fremdsprachigen Personen erleichtert werden kann. Dabei werden sozialarbeiterische Anforderungen an diese Arbeit hervorgehoben: '*Community Interpreters*' "need to know how to deal with a person under stress, a person whose educational background does not match or exceed theirs, a person who will not always be (...) able to understand what is really going on" (Gehrke 1993:419).

Bezeichnung '*Médiation Culturelle*'. In Schweden wird 'Community Interpreting' '*Contact Interpretation*' genannt und in Norwegen und Dänemark ist von '*Immigrant's Interpreting*' die Rede. Im deutschsprachigen Raum existiert bislang kein allgemeingültiger Begriff, der jenem des 'Community Interpreting' entspricht, allerdings beginnt sich '*kulturelle Mediation*' zunehmend durchzusetzen.

Unserem Bericht haben wir den Titel 'Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem' gegeben, um auf die Komplexität der Fragen hinzuweisen, welche mit dieser Art der Übersetzung verbunden sind. Wir haben darauf verzichtet, hier neue Begriffe zu kreieren. Unter 'kultureller Mediation' subsumieren wir alle Aspekte der Vermittlung zwischen sozialen Subsystemen, von denen die Sprache nur eines darstellt. Im vorliegenden Bericht werden aber nicht alle Subsysteme behandelt, zwischen denen die ÜbersetzerInnen vermitteln. Wir beschränken uns dem Mandat entsprechend auf die Frage, wie Übersetzung im Kontakt von Fremdsprachigen mit den bestehenden Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vermitteln kann. Wir gehen davon aus, dass sich zur Verbesserung des Zugangs von MigrantInnen zur Gesundheitsversorgung spezifische strukturelle Veränderungen aufdrängen, welche sich teilweise mit denen in anderen sozialen Bereichen überschneiden. Übersetzung stellt dabei ein wesentliches Hilfsmittel dar. Für das weitere Vorgehen haben wir dementsprechend ein Ausbildungsmodell skizziert, welches einerseits die Möglichkeit von Übersetzungshilfen im Kontext der Gesundheit auf spezifische Weise zu verbessern sucht, ähnlichen konzeptionellen Bemühungen im weiteren Sozialbereich aber ebenfalls Rechnung trägt.

2 Untersuchungen zur Übersetzung im Schweizer Gesundheitssystem

Bis heute existieren in der Schweiz kaum Studien, die sich ausführlich mit Übersetzung im Gesundheitssystem auseinandergesetzt haben. Das Thema wurde aber im Rahmen von Studien zur Arzt-Patienten-Interaktion aufgegriffen. Dabei wird Übersetzung meist im Zusammenhang mit sprachlichen Kommunikationsschwierigkeiten behandelt. Momentan sind allerdings drei grössere Studien in Arbeit, die sich konkret mit der Übersetzungsthematik in der Schweiz beschäftigen und im folgenden vorgestellt werden.

- Bei der ersten Arbeit handelt es sich um das Projekt 'Interprétariat et santé des migrants. Un projet destiné aux professionnels de la santé, aux assistants sociaux et aux interprètes' der *Medizinischen Abteilung der Universität Genf*.⁴ Die Resultate einer quantitativen Umfrage werden momentan ausgewertet und in einer medizinischen Dissertation zusätzlich vertieft. An der medizinischen Poliklinik in Genf wurde eine *Umfrage zu den in den Behandlungen gesprochenen Sprachen* durchgeführt (vgl. Bischoff et al. 1998). Es zeigte sich, dass bei einem Total von 635 untersuchten Konsultationen 20% (133) der ausländischen PatientInnen nicht Französisch sprechen. Von diesen Konsultationen wurden 56% (75) mit und 44% (58) ohne ÜbersetzerInnen durchgeführt. Die ÜbersetzerInnen wurden dabei in 71% (41) für ihre Leistungen entschädigt. In 28% (16) übernahm eine Person aus dem Umfeld des Patienten die Übersetzung. Die Anwesenheit einer ÜbersetzerIn für die anderen Gespräche wurde in 57% als nicht notwendig, in 36% als wünschenswert und zu 4% als unverzichtbar angegeben. In einer breiten Untersuchung wurde der *Einsatz von ÜbersetzerInnen an den medizinischen Abteilungen der Schweizer Allgemeinspitäler* erhoben. 206 Fragebogen wurden an internistische Kliniken, Notfallstationen und Bettenstationen verschickt (Rücklaufquote 81%).⁵

Die heute vorliegenden ersten Ergebnisse zeigen, dass 85% der Abteilungen oft und 15% selten ÜbersetzerInnen einsetzen. Diese werden meist ad hoc eingesetzt und sind in der Mehrzahl Laien. In vielen Fällen handelt es sich um Angehörige der PatientInnen (45%), Spitalpersonal (40%: Krankenschwestern 17% und Putzpersonal 23%) oder andere Freiwillige (11%). Nur gerade in 4% der befragten Abteilungen und Kliniken werden

⁴ Es handelt sich dabei genauer um die Unité de Médecine des Voyages et des Migrations und das Département de Médecine Communautaire in Genf. (Vgl. dazu Bischoff et al. 1998; Tonnerre et al. 1996; Tonnerre et al. 1997a; Tonnerre et al. 1997b.)

⁵ Der Fragebogen umfasst die Fragen, ob in diesen Spitälern mit ÜbersetzerInnen gearbeitet wird, welche Personen zum heutigen Zeitpunkt diese Aufgabe übernehmen, ferner für welche Sprachen Übersetzungsdiene am dringlichsten und häufigsten benötigt werden sowie schliesslich, ob die Entlohnung von ÜbersetzerInnen im Budget der Krankenhäuser eingeplant wird (vgl. Tonnerre et al. 1996).

ausgebildete ÜbersetzerInnen eingesetzt. Nur 8% (nominell 13 der befragten Spitäler) bezahlen die als ÜbersetzerInnen eingesetzten Personen speziell für diese Arbeit. Wir vermuten, dass es sich, da in der Schweiz bis anhin kaum Ausbildungen für ÜbersetzerInnen existieren, bei den sogenannt 'ausgebildeten' ÜbersetzerInnen wahrscheinlich um eigens für diese Tätigkeit angeforderte und bezahlte Personen handelt, die im besten Falle eine gewisse Weiterbildung absolviert haben. Was an der Umfrage erstaunt, sind die *Angaben zu Kommunikationsproblemen* mit fremdsprachigen PatientInnen. Nahezu zwei Drittel (62%) der Spitäler gaben an, nur geringe Probleme zu haben und nur 7% beklagten schwere Kommunikationsprobleme. In 11% wurde gar behauptet, überhaupt keine, in 19% nur mittlere Kommunikationsprobleme festzustellen. Dennoch wünschen 38% der Befragten einen Übersetzerdienst, wobei sich relativ grosse Unterschiede zwischen den Sprachregionen der Schweiz zeigen: Der *Wunsch nach einem Übersetzungsdiensst* wurde vor allem in der Deutschschweiz geäussert (87% der dort befragten Institutionen), gegenüber 13% in der Romandie und 0% im Tessin. Am häufigsten wird Übersetzung für folgende Sprachen gewünscht: Albanisch, Serbokroatisch, Tamilisch und Türkisch. Als wenig überraschender, aber nichtsdestotrotz interessanter Befund konnte belegt werden, dass Angehörige umso häufiger als ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, je kürzer der Aufenthalt der jeweiligen ethnischen Gruppen in der Schweiz ist. Nur gerade 9 Spitäler (5%) verfügen zur *Finanzierung* der ÜbersetzerInnen über ein entsprechendes Budget. 29% der befragten Abteilungen und Kliniken geben an, Zugang zu einem Übersetzungsnetz via Liste zu haben.

Zusammengefasste Schlüsse der Autoren:

Die Sensibilisierung des Gesundheitswesens für ausgebildete und bezahlte ÜbersetzerInnen ist offensichtlich dringend nötig. Es scheint noch zu wenig bekannt zu sein, wie wichtig eine gute Kommunikation zur Sicherung einer adäquaten Behandlung sei (Diagnose- und Behandlungsfehler, Compliance).

Die Autoren nehmen bezüglich Ansatz und (bisheriger) Interpretation eine ausschliesslich ärztliche Perspektive ein. Unseres Erachtens würde die Untersuchung ausserdem mit dem Einschluss qualitativer Fragestellungen an Aussagekraft gewinnen.

Die Studie wird durch eine fast identische *Umfrage an den psychiatrischen Abteilungen und Kliniken der Schweiz* ergänzt. Die Ergebnisse dieser Befragung werden momentan ausgewertet.⁶ Die Analyse stützt sich auf 78 Fragebogen, die von psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in der Deutschschweiz (68%), der französischsprachigen (27%) und der italienischsprachigen Schweiz (5%) beantwortet wurden. Die Untersuchung zeigte auch für

⁶ Diese Ergebnisse und Schlüsse sind vorläufiger Art und noch nicht publiziert (vgl. Eytan et al. 1998).

die Psychiatrie den mehrheitlichen Wunsch auf Zugang zu einem Netzwerk ausgebildeter ÜbersetzerInnen zu haben (65%). Erstaunlicherweise wird dagegen der Aufbau eines solchen Netzwerkes nur in 13% geplant. Obwohl also ein Bedürfnis nach ausgebildeten ÜbersetzerInnen besteht, wird die konkrete Veränderung der aktuellen Situation nicht aktiv angestrebt. Die Untersuchung zeigt ferner, dass sich die psychiatrischen Dienste in der deutschen Schweiz in der Übersetzungsfrage am stärksten engagieren. Bei den Sprachen, für welche Übersetzung am dringendsten benötigt würde, handelt es sich gesamtschweizerisch überall um dieselben nichtwesteuropäischen Sprachen. Die Autoren vermuten, dass die befragten PsychiaterInnen die angegebenen "grossen kulturellen Unterschiede" zwischen ihnen und ihren PatientInnen mit der Dringlichkeit von Übersetzung in diesen Sprachen verbinden. Sie vermuten, dass sich die PsychiaterInnen vom Übersetzer "kulturelle Referenzpunkte" («référent culturel») erhoffen, welche diese Unterschiede überbrücken helfen. Als zukünftiger Schwerpunkt in der Übersetzungsthematik schlagen die Autoren die Sensibilisierung für die "transkulturelle Dimension" im psychiatrischen Bereich vor. Davon versprechen sie sich eine "echte Komplementarität" zwischen behandelnder Person und ÜbersetzerIn.

Ein *Vergleich zum Einsatz von Übersetzung in den medizinischen und psychiatrischen Diensten* zeigt folgendes: Medizinische Dienste arbeiten häufiger als psychiatrische mit ÜbersetzerInnen zusammen. Wenn psychiatrische Institutionen ÜbersetzerInnen beziehen, werden diese explizit dafür organisiert. Es handelt sich also deutlich seltener um Angehörige oder Spitalpersonal, als dies in den somatischen Institutionen der Fall ist.

Wir möchten an dieser Stelle auf eine weitere Untersuchung zur Situation der Übersetzung im klinisch-psychiatrischen Kontext verweisen.

- Das *Psychiatriezentrum Schaffhausen* befragte 1997 sämtliche psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz (26) zur Behandlung von 'psychisch kranken Menschen ausländischer Herkunft'.⁷ In dieser Studie wurden unter anderem auch Fragen zu Kommunikationsproblemen und zur Übersetzung gestellt. In 54% der befragten psychiatrischen Kliniken stehen qualifizierte ÜbersetzerInnen zur Verfügung. 34% geben an, Spitalpersonal als (unqualifizierte) ÜbersetzerInnen einzusetzen. Im Gegensatz dazu haben 11% der Kliniken gar keinen Zugang zu ÜbersetzerInnen. Die vorhandenen sprachlichen Ressourcen (Klinikpersonal) für die wichtigsten Sprachgruppen ausländischer PatientInnen werden in der Mehrheit (rund 70% der Kliniken) als ungenügend beurteilt. Als häufigste Probleme im Umgang mit psychisch kranken ausländischen Personen werden 'Sprachprobleme'

⁷ Vgl. dazu Ebner 1997.

genannt. An zweiter Stelle figurieren sogenannte 'transkulturelle Probleme'⁸, gefolgt von 'sozialen Problemen'.⁹ Daraus ergab sich als unserer Meinung nach wichtigstes Ergebnis der Studie, dass 22 von 26 KlinikleiterInnen der Meinung sind, psychisch kranke AusländerInnen könnten aufgrund der beschriebenen Problembereiche nicht ebenso gut betreut werden wie Schweizer PatientInnen. Als vordringlichste Massnahme zur besseren Versorgung psychisch kranker AusländerInnen werden 'auf Abruf zur Verfügung stehenden Dolmetscherdienste' (20 Nennungen) aufgeführt. An zweiter Stelle figuriert der Vorschlag, 'fremdsprachige Fachkräfte' einzustellen (17 Nennungen).

Diese Ergebnisse zeigen, dass auch in der psychiatrischen Versorgung fremdsprachiger PatientInnen sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten als offensichtlichste Probleme wahrgenommen werden und ein deutliches Bedürfnis besteht, diese durch vermehrten Einsatz von ÜbersetzerInnen anzugehen.

- Die dritte Studie, welche sich Fragen zur Übersetzung im medizinischen Kontext widmet, befindet sich momentan ebenfalls noch in der Erhebungsphase. Es handelt sich um das Forschungsprojekt '*Migranten und Versorgungsnetz: für eine interkulturelle Anpassung*', ein *Teilprojekt zum Nationalfondsprojekt 39 'Migration und interkulturelle Beziehungen'*. Die Studie wird von einer *interdisziplinären Forschungsgruppe aus medizinischen und psychiatrischen Institutionen in Lausanne* (Collèges interdisciplinaire soins et migration (CISM)) durchgeführt und vom Medizinethnologen Ilario Rossi¹⁰ (Policlinique Médicale Universitaire) geleitet.¹¹ Als zentrale Fragestellung werden die Möglichkeiten kultureller Mediation zur Verbesserung der Behandlung ausländischer PatientInnen und zu deren erleichterter Integration untersucht.¹² Die Studie will die Behandlungsunterschiede belegen, welche sich ergeben, wenn eine adäquate Übersetzung zur Verfügung steht. Dazu wird die heutige Situation in den Lausanner Institutionen bezüglich Übersetzung¹³ mit derjenigen verglichen, welche sich ergeben wird, wenn die in einem parallelen Projekt ausgebildeten ÜbersetzerInnen eingesetzt werden können.¹⁴ Momentan führen einige der beteiligten

⁸ Unter den 'transkulturellen Problemen' werden genannt: Unverständnis der Gebräuche und Sitten; spezifische, kulturell geprägte Symptomatik der Erkrankung; spezifisches Krankheits- und Therapieverständnis.

⁹ Mit 'sozialen Problemen' sind Probleme bezüglich Aufenthaltsbewilligung, Arbeitslosigkeit und Isolation angesprochen.

¹⁰ Vgl. Rossi 1994a, 1994b, 1994c.

¹¹ Zu dieser interdisziplinären Gruppe von Lausanner Institutionen gehören: die medizinische Poliklinik (PMU), die psychiatrische Poliklinik (PPU), die Poliklinik des Frauenspitals, die sozialpsychiatrische Abteilung des Universitätsspitals CHUV (DAMPS), die Association Appartenances, der Gesundheitsdienst FAREAS.

¹² Das vorliegende Projekt knüpft inhaltlich an zwei frühere an. Es handelt sich dabei um Projekte des BAG zur AIDS-Prävention (1992) und um das 'Projet Migrants' (1995).

¹³ Die Situation wird als unbefriedigend beschrieben und ist vermutlich für die gesamte Schweiz repräsentativ.

¹⁴ Im Rahmen eines Projektes mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) bildet *Appartenances* kulturelle MediatorInnen aus (vgl. dazu auch Kapitel 5).

Institutionen eine Liste von ÜbersetzerInnen, die auf Abruf angefordert werden können. Es handelt sich allerdings meistens um Angestellte, welche für andere Bereiche zuständig sind und durch die zusätzlichen Übersetzungsaufgaben einer Doppelbelastung ausgesetzt werden. Auf der ÜbersetzerInnenliste von *Appartenances* werden im Gegensatz dazu ausgebildete ÜbersetzerInnen aufgeführt. Diese wurden bislang vor allem bei *Appartenances* selbst eingesetzt und sollen jetzt mehr und mehr auch von ausserhalb angefordert werden können, wie dies eigentlich vorgesehen war.

Eines der Hauptziele der NFP-Studie 'Migranten und Versorgungsnetz: für eine interkulturelle Anpassung' ist die *Verbesserung des Versorgungsnetzes für PatientInnen ausländischer Herkunft* durch vermehrte Zusammenarbeit der erwähnten medizinischen und psychiatrischen Institutionen in Lausanne. Für den Ausbau dieses Netzwerkes sollen einerseits Erfahrungen und Kenntnisse der MigrantInnen¹⁵ berücksichtigt werden. Ein weiteres Ziel ist die Sensibilisierung biomedizinischer und psychiatrischer Fachleute für die Belange des Netzwerkes und die interkulturelle Kommunikation. Als spezifisches Thema wird der Einfluss kultureller Mediation auf die Behandlungsqualität untersucht. Außerdem untersucht die Studie Ansätze der interkulturellen Kommunikation und erarbeitet Verbesserungsvorschläge. Die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes sollen in weiteren Ausbildungsgängen zum Thema der kulturellen Mediation auch für Behandelnde praktisch umgesetzt werden.

Für den vorliegenden Grundlagenbericht wurden uns *Zwischenergebnisse* zur Übersetzungssituation zur Verfügung gestellt, die hier zusammengefasst werden.¹⁶

Von den 800 Fragebogen, welche durch die am Projekt beteiligten Institutionen ausgefüllt worden waren, konnten 691 für die Auswertung berücksichtigt werden. Kriterien für den Einschluss von PatientInnen waren: Aufenthalt in der Schweiz nicht länger als fünf Jahre, Alter über 16 Jahre, sowie fremde Nationalität (ohne Doppelbürgerschaften). In rund 51% der Fälle fanden die Konsultationen ohne Übersetzung statt, in 37% fand die Behandlung mit Übersetzung statt.¹⁷ Bei rund 9% der unübersetzten Konsultationen wäre eine

15 In diesem Projekt werden ausschliesslich MigrantInnen berücksichtigt, die nicht schon länger als fünf Jahre in der Schweiz leben.

16 Diese Resultate entsprechen Zwischeninformationen zuhanden der beteiligten Institutionen über den Verlauf der Studie, welche vom Leiter des Projektes, Ilario Rossi, an einer Informationsveranstaltung (Juni 1997) vorgestellt wurden.

17 In den 257 Konsultationen mit ÜbersetzerInnen wurden folgende Sprachen übersetzt: Bosnisch (65 bzw. 25%), Serbisch (45 bzw. 18%) und Albanisch (42 bzw. 16%). Weitere Übersetzungsgespräche wurden in Tamilisch (24), Portugiesisch (12), Kurdisch (8), Türkisch (8) und vereinzelt in weiteren Sprachen (44) geführt.

Übersetzung erwünscht gewesen, stand aber nicht zur Verfügung.¹⁸ In den restlichen 4% fehlten die entsprechenden Angaben. Interessanterweise wurde der Wunsch eine Übersetzung anzufordern häufiger von den PatientInnen selbst (57%) als von der Institution (40%) geäussert. In 56% handelte es sich bei den ÜbersetzerInnen dementsprechend um Personen aus dem Umfeld der PatientInnen. Nur in 40% wurden die ÜbersetzerInnen durch die Institution zur Verfügung gestellt (interne Angestellte oder speziell eingesetzte ÜbersetzerInnen). Die ÜbersetzerInnen der 257 Übersetzungen, welche mit der Umfrage erfasst wurden, erhielten mehrheitlich für ihre Arbeit keine Entschädigung (53%). In 36% wurden die Übersetzungen durch die betreffende Institution vergütet.

Auch die Umfrage in Lausanne zeigt also, dass das Angebot an Übersetzung im Gesundheitssystem ungenügend und die Bezahlung der Übersetzungsarbeit mehr als unbefriedigend gelöst ist.

Im folgenden werden Ergebnisse von Studien vorgestellt, in welchen das Thema der Übersetzung im Gesundheitssystem nur einen Teilbereich der Untersuchungen darstellt:

- Das Forschungsprogramm 'Migration und Gesundheit' des *Schweizerischen Tropeninstitutes in Basel* ist ebenfalls ein *Teilprojekt zum Nationalfondsprojekt 39 'Migration und interkulturelle Beziehungen'*. Es führt unter dem Titel 'Gesundheitsstrategien von Asylsuchenden und Flüchtlingen und die allgemeinmedizinische Versorgung in der Schweiz' ein Projekt in Zusammenarbeit mit dem *Ethnologischen Institut Bern* durch. Dieses Projekt schliesst auch Fragestellungen zur Übersetzung ein.

Das Gesamtprojekt umfasst mehrere Teilstudien: In einer ersten Untersuchung wurde eine breite Befragung von HausärztInnen zur gesundheitlichen Situation ausländischer PatientInnen durchgeführt (Blöchliger et al. 1994). Anschliessend wurde in einer Zweitstudie 'Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen' untersucht. Diese schloss zusätzlich die Perspektive der PatientInnen ein (Salis Gross et al. 1997a).¹⁹ Die Zweitstudie von Salis Gross et al. (1997) untersucht Themenkomplexe, welche sich in der Erststudie (Blöchliger et al. 1994) als problematisch herausstellten, insbesondere Kommunikationsprobleme und der Umgang mit psychosozialen Problemen von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Dazu wurde eine Mikroanalyse der Arzt-Patienten Interaktion anhand von Videoanalysen des Praxisalltags verschiedener Hausärzte durchgeführt (vgl. Moser 1996; 1997). Zusätzlich wurden Analysen von Fallstudien aus 'doppelter Perspektive' vorgenommen (vgl. Zuppinger

¹⁸ Diese 59 Behandlungssituationen, in welchen eine Übersetzung gewünscht wurde, aber nicht zur Verfügung stand, sind Konsultationen mit PatientInnen vor allem aus Ex-Jugoslawien (19) und Bosnien (17), gefolgt von Somalia (6).

¹⁹ Vgl. dazu auch Salis Gross et al. 1997b.

1998). Schliesslich wurden in einer vertieften qualitativen Nacherhebung der Erststudie weitere Hausärzte befragt²⁰.

Im folgenden werden die *Erkenntnisse bezüglich Übersetzung* aus den Teilstudien zusammengefasst: Schon in der *Erststudie* (Blöchliger et al. 1994) konnte nachgewiesen werden, dass

"das Übersetzerproblem in der hausärztlichen Praxis einer Verbesserung bedarf und dass vor allem Frauen, Personen mit schlechter Berufsausbildung und solche, die erst seit kurzer Zeit in der Schweiz sind, mit Übersetzungsdienssten unterstützt und durch Sprachunterricht gefördert werden müssen" (ebd:37f.).

In der Befragung von HausärztInnen hatte sich ergeben, dass trotz fehlender gemeinsamer Sprachkenntnisse und häufig auftretender sprachlicher Kommunikationsprobleme 44% auf die Hilfe von Übersetzung verzichten. Die ÄrztInnen erachteten eine Übersetzung oft als unnötig. Die AutorInnen interpretierten diese Aussage dahingehend, dass die Konsultationen scheinbar in kommunikationsintensive und solche, die mit wenig sprachlicher Kommunikation geführt werden können, unterteilt werden (ebd:37). Was den Miteinbezug von Familienmitgliedern und Bekannten als ÜbersetzerInnen und die Auswirkungen von Konsultationen mit fremdsprachigen PatientInnen ohne Übersetzung betrifft, wird vorsichtig folgendes bemerkt: "Es liegt hier ein Gebiet vor, das weiterer Aufarbeitung bedarf, um die Implikationen der verschiedenen Übersetzer-Personenkreise in der Arzt-Patienten-Beziehung herauszuarbeiten und in praktische Massnahmen umzusetzen" (ebd: 38).

In der *Zweitstudie* halten die AutorInnen zu den Kommunikationsproblemen fest, "das Einbringen von Patientenanliegen [werde] durch Sprachprobleme massiv erschwert" (Salis Gross et al. 1997a:31). Die Schwierigkeiten werden einerseits auf die Sprachkompetenz der PatientInnen zurückgeführt, andererseits auf die erschwerte Interpretation der nonverbalen Kommunikation durch die ÄrztInnen. Zur Überwindung dieser Probleme wird die Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen vorgeschlagen, vor allem in schwierigen Behandlungs- und Betreuungssituationen (ebd:32). Die Untersuchungen ergaben jedoch, dass Hausärzte aus ökonomischen Gründen meist auf eine Übersetzung verzichten. Stattdessen werden Familienmitglieder oder andere LaienübersetzerInnen beigezogen, was allgemein als problematisch bezeichnet wird. Als beste Lösung wird ein regelmässiger Einbezug konstanter ÜbersetzerInnen in den Praxisbetrieb vorgeschlagen.²¹ Weiterbildungen für ÄrztInnen und ÜbersetzerInnen zur Verbesserung der Zusammenarbeit sowie eine nationale Koordination zur Klärung der ökonomischen Probleme beim Einbezug von

²⁰ Die Resultate dieser Untersuchung werden demnächst erscheinen.

²¹ Der Allgemeinpraktiker P. Flubacher in Basel praktiziert solcherart (vgl. Flubacher 1995).

professionellen ÜbersetzerInnen in den Praxisbetrieb figurieren als weitere konkrete Vorschläge bezüglich der Übersetzungsthematik.

In einer *dritten Teilstudie* zum Forschungsprojekt des Schweizerischen Tropeninstitutes wird das Thema Übersetzung erneut aufgegriffen. Dabei wurden Hausarztpraxen, eine Poliklinik in Genf und eine Notfallstation in St. Gallen in drei Querschnittstudien mittels Fragebogen und Gruppendiskussionen mit ÄrztInnen untersucht (Blöchliger et al. 1997). Die *Ergebnisse* lassen sich folgendermassen zusammenfassen: Die ÄrztInnen sind mehrheitlich der Ansicht, die Kommunikationsprobleme seien vor allem sprachlicher Natur. Trotzdem erachteten rund 40% der Hausärzte, 33% der Notfallärzte und 9% der Klinikärzte den Miteinbezug von ÜbersetzerInnen als nicht unbedingt notwendig. Bei PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen werden häufiger ÜbersetzerInnen beigezogen als bei somatischen Diagnosen (72% vs. 55%). Diese Zahlen lassen für die AutorInnen zwei unterschiedliche Interpretationen zu, die es zu verfolgen gelte: Einerseits lasse sich daraus schliessen, dass bei komplexen Problemen eher ÜbersetzerInnen zugezogen werden. Andererseits erhöhe sich mit dem Bezug von ÜbersetzerInnen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Diagnose aus dem psychischen Bereich gestellt werde. Die AutorInnen beantworten diese Frage nicht abschliessend. Sie erachten es jedoch als problematisch, wenn die Entscheidung für oder gegen eine Übersetzungshilfe ausschliesslich in der Kompetenz der ÄrztInnen liege (ebd:808). Ein weiteres Ergebnis dieser Studie zeigt, dass die befragten ÄrztInnen die Übersetzung durch LaienübersetzerInnen (Verwandte und Bekannte der PatientInnen), mit der Ausnahme von Kindern, als angemessen erachten (ebd:804). Die AutorInnen bemängeln, die Professionalität der Übersetzung werde allgemein nicht genügend berücksichtigt. Qualifizierte ÜbersetzerInnen würden bei leichten somatischen Beschwerden von den ÄrztInnen für weniger notwendig erachtet als bei komplexen Gesundheitsproblemen vor allem psychosozialer oder psychosomatischer Natur. Dort werde der Bezug ausgebildeter ÜbersetzerInnen als wünschenswert erachtet (ebd: 803f.). In den Schlussfolgerungen fordern die AutorInnen vor allem den vermehrten Einsatz professioneller Übersetzung sowie allgemein einen verstärkten Einbezug der Patientenperspektive in die ärztliche Arbeit. Diese würde dazu beitragen, dass komplizierende Faktoren nicht mehr einfach als "kulturelle Charakteristika" (ebd:808) stereotypisiert würden.

3 Rechtliche und politische Hintergründe

3.1 Rechtliche Hintergründe

Die Sicherstellung adäquater Übersetzungsangebote für Fremdsprachige in der Gesundheitsversorgung wird durch das Fehlen gesetzlicher Regelungen erschwert. Muttersprachliche Kommunikationsmöglichkeiten werden zwar als sinnvoll, jedoch auch als Luxus für den Kontakt mit dem Medizinalsystem betrachtet. Die *gleichen Zugangsmöglichkeiten zu den Leistungen des Gesundheitswesens auch für Fremdsprachige* – wie in den Programmen der WHO und in der Schweiz durch das BAG postuliert – sind aber ohne Übersetzungshilfe kaum möglich. Das Problem fehlender rechtlicher Grundlagen für eine Übersetzungshilfe im medizinischen Kontext teilt die Schweiz allerdings mit den meisten anderen Ländern.

Die folgenden Ausführungen sollen auf rechtliche Fragen lediglich hinweisen. Es ist uns nicht möglich, das Thema weder in abschliessender Form noch fachlich in jeder Hinsicht korrekt zu behandeln. Wir möchten mit unseren Ausführungen aber zu weiteren Forschungsprojekten von juristischen Fachpersonen anregen.²²

3.1.1 Recht auf Übersetzung für Angeklagte

Die *Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Freiheit (EMRK)*, welche 1974 von der Schweiz ratifiziert wurde, hält das Recht für jeden Angeklagten fest: unverzüglich in einer für ihn verständlichen Sprache in allen Einzelheiten über die Art und den Grund der gegen ihn erhobenen Beschuldigungen in Kenntnis gesetzt zu werden; (...) die unentgeltliche Beiziehung eines Dolmetschers zu verlangen, wenn er (der Angeklagte) die Verhandlungssprache des Gerichts nicht versteht oder sich nicht darin ausdrücken kann.²³

In der Schweiz wird in Art. 4 der *Bundesverfassung* das Recht auf unentgeltliche Übersetzung vor Gericht (Anspruch auf effektive Verteidigung, Waffengleichheit und Dolmetscher) geregelt. Auch das *Verwaltungsverfahrensgesetz* regelt den Bezug von DolmetscherInnen. In diesem Sinne sieht das *Asylgesetz* für die Befragung von Asylsuchenden eine Übersetzung vor.

²² So werden beispielsweise Hinweise zum Schutz des Individuums bei staatlichen *Eingriffen* (Bsp. Rechte von Angeklagten) in einem Zuge mit solchen zur Sicherung des Zugangs zu staatlichen *Leistungen* genannt (Bsp. Sozialrecht).

²³ Art. 6 Ziff. 3 lit. d und lit. e: Recht auf gerichtliches Gehör – Rechte des Angeklagten

Faktisch müssen die Übersetzungsleistungen aber zu grossen Teilen von den Fremdsprachigen selbst bezahlt werden.

3.1.2 Recht auf Übersetzung im Bereich öffentlicher Dienstleistungen

Der muttersprachliche Zugang zum Justizsystem ist also einigermassen geregelt. Ein Recht auf Übersetzungshilfe für die Partizipation von Fremdsprachigen an *öffentlichen Dienstleistungen* fehlt demgegenüber in fast allen Ländern. *Schweden* stellt im internationalen Vergleich eine Ausnahme dar. Seit 1978 schreibt seine Reichsgesetzgebung fest, im Kontakt mit AusländerInnen sei von *allen öffentlichen Diensten* eine adäquate Übersetzung sicherzustellen: "Wenn eine Behörde mit jemand zu tun hat, der die schwedische Sprache nicht beherrscht, (...) sollte die Behörde bei Bedarf einen Dolmetscher in Anspruch nehmen"²⁴ (zitiert nach Dhawan et al. 1995:180). Das Recht auf Übersetzung bezieht sich auf alle offiziellen Bereiche und schliesst implizit auch das Gesundheitswesen ein. Abgestützt auf diese rechtliche Grundlage entstand in Schweden seit den siebziger Jahren ein breites Angebot an Übersetzungsdienssten, welche auch für den medizinischen Kontext gut zugänglich sind (Niska 1990:95).

Allerdings existieren auch in Ländern ohne explizites Recht auf Übersetzung teilweise gute Übersetzungsstrukturen, die auf den vorhandenen Rechtsgrundlagen aufbauen. Dazu gehört beispielsweise *Grossbritannien*, dessen Antidiskriminierungspolitik auf der Grundlage der 'Race Relations Act' von 1976 beruht. Diese verpflichtet die lokalen Behörden, allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen zu ermöglichen. Die eindrücklichen Übersetzungsangebote in Grossbritannien stützen sich auf dieses Gesetz ab (vgl. dazu Scottish Community Interpreting Development Group 1990). Die nordischen Länder *Dänemark, Schweden, Island, Norwegen und Finnland* sind seit 1987 in der 'Nordischen Sprachkonvention' zusammengeschlossen, welche für Angehörige der Konvention die Möglichkeit regelt, im mündlichen und schriftlichen Kontakt mit Behörden in diesen Ländern die Muttersprache zu benutzen. Die Kosten für ÜbersetzerInnen werden von den öffentlichen Diensten übernommen.

In der *Schweiz* könnte sich das Recht auf Übersetzungshilfe im Kontakt mit öffentlichen Diensten²⁵ eventuell auf die *Grundrechte* stützen. Ein neuer Artikel im *Entwurf zur neuen Bundesverfassung* lautet:

²⁴ Als *Empfehlung* ist die Regelung allerdings rechtlich nur wenig bindend.

²⁵ In einer Diplomarbeit an der Höheren Fachschule für Sozialarbeit Bern wurden die spezifischen Probleme, welche sich für Fremdsprachige im Kontakt mit Behörden ergeben, auch empirisch untersucht. Die Studie belegt, dass der Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen für AusländerInnen erschwert ist. Den Verwaltungseinrichtungen und sozialen Diensten wird aber nur ein wenig ausgeprägtes Problembewusstsein

"Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich. Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, der Sprache, der sozialen Stellung, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen oder geistigen Behinderung" (Art. 7 des Entwurfs²⁶).

3.1.3 Recht auf Übersetzung in der Gesundheitsversorgung

Das Recht auf eine Hilfe zur *Kommunikation mit öffentlichen Diensten bei Krankheit* ist gesetzlich in fast allen Ländern sehr schlecht verankert und kann sich auch nicht auf internationales Recht berufen. In den USA wurde allerdings mit der 'Civil Rights Act' von 1964 die Basis einer Antidiskriminierungspolitik geschaffen, welche das Recht auf Übersetzung auch für den medizinischen Kontext implizit einschliesst²⁷:

"It is the position of the Office of Civil Rights that where the inability to speak and understand the English language excludes individuals from effective participation in programs and services offered, a recipient of funds from the Department of Health and Human Services must take steps to rectify the resulting problems in order to open their programs and services to these individuals" (zitiert nach Hardt 1991:40).

Im internationalen Recht hat die *WHO*, deren Empfehlungen rechtlich allerdings nur wenig bindend sind²⁸, ihren Gesundheitsbegriff²⁹ 1986 in der *Ottawa-Charta* ergänzt und präzisiert. Die Politik der '*Gesundheit für alle im Jahre 2000*' formuliert als eines ihrer Hauptziele Chancengleichheit, das heisst auch die gleichberechtigte Partizipation an der Gesundheitsversorgung. Es wird ausdrücklich verlangt, die Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung zu verringern, welche sich zwischen den Ländern und in ihnen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen ergeben (vgl. Zeltner 1994:22). Die WHO versucht ausserdem seit Jahren, das 'Recht verstanden zu werden' als Recht von PatientInnen und ihrer Angehörigen im internationalen Recht zu verankern.³⁰ Die *WHO Region Europa* beschloss 1994, die Verbesserung der Gesundheit von MigrantInnen als besonderes Anliegen zu verfolgen.³¹ Dabei wurde explizit das Ziel einer "Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitsversorgungssystem" festgehalten (Steiner-König 1997:798).

attestiert (vgl. Dussaussois 1998). In einer weiteren Arbeit aus dem Bereich der Sozialarbeit wurde die Situation der Übersetzung für Flüchtlinge eines Zentrums untersucht (vgl. Plüss-Trân 1995).

26 Dieser Artikel wurde allerdings vom Ständerat im Januar 1998 abgelehnt.

27 Die Antidiskriminierungspolitik der USA ist derjenigen in Grossbritannien ähnlich.

28 Die Nicht-Befolgung der WHO-Empfehlungen kann allerdings im Sinne einer Verletzung des Völkerrechts interpretiert werden.

29 Gesundheit wird von der WHO definiert als das allgemeine Wohlbefinden, welches die körperliche, soziale und psychische Gesundheit eines Menschen umfasst.

30 Vgl. WHO 1993:3.

31 MigrantInnen stellen eine der Bevölkerungsgruppen mit nachweislich schlechterer Gesundheit dar als diejenige der durchschnittlichen einheimischen Bevölkerung. Ausserdem ist ihr Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens allgemein erschwert (vgl. Bollini & Siem 1995b).

In der *Schweiz* existieren nur sehr unspezifische Rechtsgrundlagen zur Regelung des Anspruchs von Fremdsprachigen auf Übersetzung im Kontakt mit dem Gesundheitswesen.³² Im folgenden sind die gesetzlichen Grundlagen, auf welche sich dieser Anspruch stützen könnten angeführt. Darüber hinaus scheinen uns auch einige der schweizerischen Empfehlungen und rechtlich abgestützten Verpflichtungen für den gleichberechtigten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens relevant. Diese Grundlagen können für die Frage einer gesetzlichen Verankerung des Rechtes auf muttersprachliche Kommunikation oder für Verhandlungen mit den Krankenkassen eventuell noch besser ausgeschöpft werden. Dazu wären aber juristische Abklärungen nötig.

Im neuen *Krankenversicherungsgesetz* (KVG), welches seit 1996 in Kraft ist, wird das Recht auf gleichberechtigten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens nicht explizit festgehalten. Fremdsprachigkeit als behandlungsrelevanter Faktor wird nirgends erwähnt. Neu ist aber, dass – wer Wohnsitz in der Schweiz hat – obligatorisch krankenversichert sein muss.³³ Inwiefern diese obligatorische Krankenversicherung das Recht auf gleichen Zugang zu den Leistungen der Gesundheitsversorgung beinhaltet, müsste genauer untersucht werden. Ziel der Bemühungen um ein adäquates Übersetzungsangebot könnte die rechtliche Abstützung auf das KVG und die Aufnahme dieser Leistungen in den Pflichtenkatalog der Krankenversicherungen sein.

Im *Sozialhilfegesetz* (kantonale Fürsorgegesetze) wird das Recht auf gleichberechtigten Zugang zu medizinischen Leistungen für SchweizerInnen und AusländerInnen festgehalten, sofern letztere über eine Aufenthaltsbewilligung A, B oder C verfügen.³⁴ Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene unterstehen hinsichtlich Fürsorgeleistungen und der medizinischen Grundversorgung gesonderten Bestimmungen des Bundes. An den Fürsorgemassnahmen für Flüchtlinge beteiligen sich Bund, Kantone, Gemeinden und die anerkannten Hilfswerke. Der Bund überträgt die Fürsorge in der Regel anerkannten Hilfswerken und kann ihnen dabei Beiträge an die Betreuungskosten ausrichten (Art. 34, Abs. 1 lit. Asylgesetz).³⁵ Der Bund vergütet die Betreuungskosten der Hilfswerke gemäss Art. 54, Abs. 1 AsylV 1. Vergütet werden neben Pauschalkosten pro anerkannten Flüchtling auch administrative Entschädigungen an übergeordnete Dienststellen der Hilfswerke. Die Kosten der *obligatorischen Krankenversicherung* und

³² Erschwerend für die Fragestellung ist ihr Bezug zu privatem und öffentlichem Recht (Behandlungen in Privatpraxen sind dem Privatrecht unterstellt, die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung stellt eine staatliche Aufgabe dar und ist im öffentlichen Recht geregelt).

³³ Damit treten die kantonalen Fürsorgegesetze für Leistungen in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen in den Hintergrund.

³⁴ Aufenthaltsbewilligungen A, B und C schliessen Niedergelassene, JahresaufenthalterInnen, Saisoniers und anerkannte Flüchtlinge ein.

³⁵ In Zukunft soll die Fürsorge den Kantonen übertragen werden.

der medizinischen Behandlungen werden grundsätzlich vom Bund übernommen beziehungsweise den Kantonen durch den Bund rückvergütet.

Das *Patientenrecht* ist kantonal geregelt. Die *ärztliche Aufklärungspflicht* beinhaltet die Forderung, die PatientInnen müssten über die ärztlichen Handlungen im voraus und in verständlicher Weise informiert werden. Für den Kanton Bern³⁶ ist die Aufklärungspflicht beispielsweise folgendermassen formuliert:

"Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben die Patientinnen und Patienten über vorgesehene und geplante Untersuchungen, Eingriffe, Behandlungen und Behandlungsmöglichkeiten, die damit verbundenen Vor- und Nachteile sowie Risiken und über den Inhalt der Austrittszeugnisse *in geeigneter, verständlicher und der Situation angepasster Form* (Hervorhebung der AutorInnen) aufzuklären. Den Patientinnen und Patienten ist über den Gesundheitszustand und dessen voraussichtliche Entwicklung Auskunft zu geben. Auf Anfrage müssen den Patientinnen und Patienten die Differentialdiagnosen bekanntgegeben werden" (Gesundheitsgesetz, Art.10, Abs. 1).

Auch das Pflegepersonal ist an die Pflicht zur Aufklärung gebunden: "Das Pflegepersonal hat die Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise über die Grund- und Behandlungspflege zu informieren" (Art. 10, Abs. 3). Für jede ärztliche Behandlung muss die *Einwilligung* der PatientInnen vorliegen: "Medizinische Eingriffe, Untersuchungen und Behandlungen dürfen nicht erfolgen, wenn die informierten Patientinnen und Patienten sie ablehnen" (Art. 14, Abs. 1). Zum *Einsichtsrecht* wird festgehalten:

"Patientinnen und Patienten haben nach mündlicher Aufklärung Anspruch auf vollständige und verständliche Auskunft über alle Daten, die ermittelt oder erzeugt werden. Auf Verlangen sind die Unterlagen zur Einsicht vorzulegen und zu erläutern" (Art. 11, Abs. 1).

In der Behandlung fremdsprachiger PatientInnen werden diese Rechte und Pflichten häufig verletzt, wenn keine adäquate Übersetzung zur Verfügung steht. Die Anwendbarkeit dieser rechtlichen Grundlage sollte von juristischen Fachpersonen genau abgeklärt werden.

Auch in der Standesordnung der *Verbindung der Schweizerischen Ärzte (FMH)* von 1997 wird festgehalten:

"Arzt und Ärztin klären ihre Patienten und Patientinnen in verständlicher Form über den Befund, die beabsichtigten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, deren Erfolgsaussichten und Risiken sowie über allfällige Behandlungsalternativen auf. Sie wägen sorgfältig ab, auf welche Art und Weise sie das Aufklärungsgespräch führen und wieviel Informationen sie ihren Patienten und Patientinnen zumuten können" (Art.10) (FMH 1997:9).

Für jede ärztliche Behandlung muss zudem das Einverständnis der PatientInnen vorliegen: "Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und Achtung der Persönlichkeit, des *Willens* (Hervorhebung der AutorInnen) und der Rechte der Patienten und

36 Vgl. Kanton Bern 1989.

Patientinnen zu erfolgen" (Art. 4) (ebd:8). Dies ist bei schweren Verständigungsproblemen in der Behandlung Fremdsprachiger sicher oft nicht der Fall.

Die *Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW)*, welche ethische Grundsätze zum medizinischen Handeln festlegt, verpflichtet in ihren Richtlinien an verschiedenen Stellen zur Aufklärung der PatientInnen in verständlicher Form und zur Einholung des Einverständnisses für medizinische Handlungen. Allerdings wird dabei nirgends explizit auf das spezielle Problem der Fremdsprachigkeit eingegangen. Andererseits hat die SAMW das Thema Migration und Gesundheit 1994 in einer Tagung aufgegriffen, welche einen Überblick über den Stand der Forschung in der Schweiz bot (vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW 1994). Die Kommunikation von Fremdsprachigen mit dem Gesundheitssystem wurde dabei allerdings nicht speziell behandelt. An sich wäre diese Organisation für die Regelung des Zugangs von Fremdsprachigen zu medizinischen Leistungen prädestiniert. Bisher hat sich die SAMW aber dazu nicht geäussert.

Die 1994 formulierten Ziele des *Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* gehen darüber hinaus. Entsprechend der WHO-Strategie (Gesundheit für alle im Jahre 2000) wird unter anderem gefordert, die Prävention *und* den Zugang zum Versorgungssystem für MigrantInnen zu verbessern. Als kurzfristige Massnahme wird verlangt, "zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen und Migranten «Übersetzungshilfen» anzubieten, die nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Barrieren überwinden helfen" (Zeltner 1994:23).

Im Vorschlag der Expertenkommission des Bundesrates für ein '*Neues Konzept der Migrationspolitik*' werden verbesserte Partizipationschancen für die ausländische Bevölkerung als Integrationsmassnahme propagiert. Beim gleichberechtigten Zugang der AusländerInnen zu medizinischen Leistungen beschränkt sich die Kommission allerdings auf den Zugang zu präventiven Massnahmen (vgl. Expertenkommission Migration 1997a:43). Sie schliesst damit die Verbesserung der Behandlung von kranken MigrantInnen aus den Überlegungen zur Integrationspolitik aus. Die Empfehlungen schränken folgendermassen ein: "Bestehende Barrieren für Ausländerinnen und Ausländer beim Zugang zum öffentlichen Dienst sollen abgebaut werden, sofern nicht staatspolitische Interessen entgegenstehen" (Expertenkommission Migration 1997b:6).

Insgesamt waren die bisherigen Bemühungen, das Recht auf muttersprachliche Kommunikation einzufordern, wenig erfolgreich. Leistungen von ÜbersetzerInnen sind nicht zuletzt auch darum finanziell nur schwierig abzusichern. Es bleibt weiter zu verfolgen, ob und inwieweit die Leistungen von ÜbersetzerInnen sowie die Aufwendungen zur Organisation regionaler

Übersetzungsdiene und zur Ausbildung von ÜbersetzerInnen vom *Bund*, von den *Kantone*n und/oder den *Krankenkassen* übernommen werden könnten.

Auch von Seiten der Ärzteschaft existieren Vorschläge, die Übersetzungsleistungen für Fremdsprachige über die Krankenkassen abzurechnen. Die *Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH)* sieht im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen Vertragsverhandlungen mit der SUVA und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK) vor. Innerhalb der 'Gesamtrevision Arzttarif' (GRAT), welche eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur zum Ziel hat, müsste laut Steiner-König auch "der Abgeltung von Übersetzerleistungen durch die Sozialversicherungen" Aufmerksamkeit geschenkt werden (Steiner-König 1997:797). Ausserdem wären auch gesundheitsökonomische Abklärungen sinnvoll, um die effektiven Kosten von Übersetzungsangeboten im medizinischen Kontext deren Nutzen für die langfristigen Behandlungsresultate gegenüberzustellen.

3.2 Migrations- und Integrationspolitik der Schweiz

Zu den politischen Hintergründen, welche für das Thema der Übersetzung im medizinischen und sozialen Kontext relevant sind, gehört auch die Migrations- und Integrationspolitik. Die migrationspolitischen Konzepte in der Schweiz spiegeln – wie auch in anderen Ländern – geo- und wirtschaftspolitische Entwicklungen. Erst in zweiter Linie reflektieren sie allgemeine sozialpolitische Themen. Seit den neunziger Jahren besteht in der Schweiz vor allem ein Mangel an mittel- und hochqualifizierten Arbeitskräften. Der Bedarf an MigrantInnen mit tiefem Ausbildungsniveau ist hingegen stark gesunken. Sie sind dementsprechend stark von Arbeitslosigkeit betroffen. Rechtliche Grundlagen für eine neue Zulassungspolitik sind einerseits das Asylgesetz, welches momentan total revidiert wird,³⁷ andererseits ein neues Ausländergesetz, welches das bisherige ablösen soll.³⁸ Hierzu legte eine bundesrätliche Expertengruppe kürzlich Vorschläge vor. Unter anderem soll zukünftig der Integration der ausländischen Bevölkerung mehr Bedeutung zukommen. Die neue Politik soll darum die Zulassung nicht nur den wirtschaftlichen Bedürfnissen anpassen, sondern auch auf die langfristige berufliche 'Integrationsfähigkeit' der MigrantInnen achten. Die Vorschläge zur Integrationsförderung der bereits in der Schweiz lebenden MigrantInnen sind stark vom Druck zur Kosteneindämmung

³⁷ Dabei geht es vor allem um die Klärung des Status von Schutzbedürftigen, insbesondere der vorläufig aufgenommenen Kriegs- und Gewaltflüchtlinge.

³⁸ Eine der wichtigsten Änderungen im neuen Gesetz wird der Abschied vom Drei-Kreise-Modell im Bereich der Zulassungspolitik sein. An dessen Stelle soll ein Modell treten, das nur noch zwischen EU-Staaten und Nicht-EU-Staaten unterscheidet. Das als rassistisch kritisierte Bild der Kreise soll nicht mehr verwendet werden. Für die Zulassung von Personen aus Nicht-EU-Staaten soll zukünftig nicht die Herkunft, sondern die individuelle Qualifikation entscheiden. Zur Überprüfung der individuellen Qualifikationen von AntragsstellerInnen wird die Einführung eines Punktesystems vorgeschlagen (vgl. Wimmer 1997).

bei allen öffentlichen Dienstleistungen sowie der sozialen Sicherheit geprägt. Nicht zuletzt spiegelt sich in den Vorschlägen aber auch eine Reaktion auf das soziale Konfliktpotential, welches aufgrund der mangelhaften beruflichen und sozialen Integration von AusländerInnen befürchtet wird. Insgesamt folgen die Vorschläge zur Integration der ausländischen Bevölkerung also weniger menschenrechtlichen als volkswirtschaftlichen und integrationspolitischen Überlegungen. Die Frage, inwiefern Übersetzung für Fremdsprachige eine sinnvolle Integrationsmaßnahme darstellt, sollte hingegen aus möglichst vielen Perspektiven untersucht werden. Dabei muss auch die aktuelle sozial- und gesundheitspolitische Entwicklung in der Schweiz berücksichtigt werden.

Doch blenden wir zunächst zurück: Das bis heute noch aktuelle Bundesgesetz über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer (ANAG) stammt aus dem Jahre 1931. Das Gesetz sollte die Steuerung der Zuwanderung im nationalen Interesse erleichtern. Es verschärfte die zuvor liberalen Einwanderungsbestimmungen und erschwerte vor allem die Niederlassung für AusländerInnen.³⁹ In den beiden Nachkriegsjahrzehnten prosperierte die Schweizer Wirtschaft. Nach arbeitsmarktlichen Kriterien wurden sogenannte Gastarbeiter angeworben. Es kamen jene Aufenthalts- und Arbeitsmarktbewilligungen des ANAG zur Anwendung (Saisonier-, Jahresaufenthalter- und Grenzgängerstatut), deren Ablösung in den bilateralen Verhandlungen mit der EU grosse Schwierigkeiten bereitet (Haug 1995:10). Das konjunkturpolitisch ausgerichtete Konzept führte zur Immigration immer neuer, junger Gastarbeiter in die Schweiz. Deren Aufenthalt sollte nur vorübergehend sein. Das Thema der Integration war darum zu dieser Zeit nicht aktuell. Von den ausländischen Arbeitskräften wurde vielmehr einseitige Anpassung erwartet, man sprach von notwendiger Assimilation. In den 70er Jahren bewirkte die weltweite Wirtschaftskrise auch in der Schweiz einen Anwerbestopp für Gastarbeiter, mit dem die «Ausländerbestände» stabilisiert werden sollten. Gleichzeitig wurde der Familiennachzug für Gastarbeiter erlaubt und die Niederlassung liberalisiert. Das hatte eine demografische Veränderung der ausländischen Bevölkerung zur Folge: Vermehrt kamen ausländische Frauen, Jugendliche und Kinder in die Schweiz. 1979 wurde mit dem Asylgesetz eine zweite Säule zur Steuerung der Migration geschaffen. Auch dadurch veränderte sich die Zusammensetzung der MigrantInnen in der Schweiz (vgl. Wicker et al. 1996b). Der Anteil der ausländischen Bevölkerung beträgt heute rund 19%, wobei die Mehrheit davon entweder in der Schweiz geboren wurde (22%) oder seit mehr als 10 Jahren in der Schweiz wohnt (37%) (vgl. Haug 1995:14).⁴⁰

39 Interessanterweise wies die Schweiz zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen Ausländeranteil auf, der teilweise höher als heute war. Trotzdem pflegte die Schweiz damals eine sehr liberale Zulassungspolitik (vgl. dazu Wicker et al. 1996b:9f.).

40 Die Einbürgerungspraxis in der Schweiz ist kompliziert und aufwendig. Ein Grossteil der in der Schweiz geborenen und niedergelassenen AusländerInnen sind deshalb nach wie vor von der politischen Partizipation am gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen (Staatsbürgerrecht sowie Stimm- und Wahlrecht).

Heute findet vermehrt eine Migrationsbewegung aus sogenannten Entwicklungsländern und Osteuropa in die Schweiz statt (ebd:26). Daraus ergeben sich häufiger sprachliche Probleme. 43,3% der ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz, das heisst rund viermal mehr als 1960, sind keiner der vier Landessprachen mächtig (ebd:34). Vor allem die slawischen Sprachen sowie Portugiesisch, Türkisch, Spanisch und Albanisch haben stark zugenommen. Durch die vermehrte Niederlassung und die veränderte Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung wurden integrationspolitische Themen aktuell. Heute wird von Migrations- und Integrationspolitik statt von Ausländerpolitik gesprochen.

Die vom Bundesrat eingesetzte Expertenkommission 'Migrationspolitik' geht davon aus, dass sich der "Migrationsdruck" in Zukunft weiter verstärken wird (Expertkommission 1997b:2). Allerdings ist unklar, welchen Einwanderungseffekt der 'Freie Personenverkehr' mit den EU-Staaten auf die Schweiz haben wird. Die vorgeschlagenen migrationspolitischen Massnahmen berücksichtigen einerseits den fortschreitenden europäischen Integrationsprozess, andererseits die Verschärfung der "gesellschaftlichen Integrationsproblematik" (ebd.). Für unser Thema interessieren hauptsächlich die Ziele und Massnahmen zur Integration der MigrantInnen. Die Expertenkommission geht von der Notwendigkeit aus, die Integration der ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz voranzutreiben. Dabei seien insbesondere strukturelle, soziale und kulturelle Aspekte zu berücksichtigen. Soziale und kulturelle Integration wird als "gegenseitiger Prozess der Annäherung" zwischen SchweizerInnen und AusländerInnen verstanden (ebd:6). Zur Förderung der Integration wird die Chance zur gleichberechtigten Partizipation der ausländischen Bevölkerung am öffentlichen Leben postuliert.

Für den Bereich der Gesundheit beschränkt sich das Konzept darauf, den Zugang zu primärpräventiven Programmen der Gesundheitsversorgung zu erleichtern:

"Medizinische Präventionsprogramme sind Ausländern, vor allem Ausländerinnen leichter zugänglich zu machen. Vor allem sind Programme der öffentlichen Gesundheitskontrolle im Interesse der sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen, einheimischen und ausländischen, aufrechtzuerhalten oder zu verstärken" (ebd:43).

Ein erleichterter Zugang zu *Behandlungsangeboten im Gesundheitsbereich* für die ausländische Bevölkerung wird hingegen nicht explizit gefordert. Wir bedauern dies, weil sich unsere Forderung nach Übersetzung im medizinischen Kontext gut darauf abstützen könnte. Die vorgeschlagenen Integrationsmassnahmen berücksichtigen andererseits spezifisch die Situation ausländischer Frauen. Unter 'Familie und Soziales' werden Programme zur Sprachförderung und beruflicher Ausbildung für ausländische Frauen gefordert (Expertenkommission Migration 1997c:7). Sie verweisen damit implizit auf Kommunikationsprobleme von Frauen, welche auch im Kontakt mit dem Gesundheitssystem bestehen und dort zu Verständigungsschwierigkeiten führen können. Dies sollte für die Planung von Übersetzungsangeboten allenfalls berücksichtigt werden.

4 Theoretische Konzepte

4.1 Einleitende Bemerkungen zu Migration

Fragen zur Übersetzung im Gesundheitssystem müssen auch auf dem Hintergrund theoretischer Überlegungen zur Migration beantwortet werden. Im folgenden werden die Begriffe Migration, Integration und Kultur, welche in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind, theoretisch eingebettet.

In den letzten Jahren hat sich das Verständnis von Migrationsprozessen grundlegend verändert. Bis in die achtziger Jahre wurde Migration durch die Begriffe 'Aus- und Einwanderung' umschrieben und als linearer, unumkehrbarer Prozess konzipiert. Heute wird dagegen von einem globalen zusammenhängenden System ausgegangen, welches Migrationsbewegungen hervorbringt und sich durch diese wiederum verändert. Die Bewegungen zwischen Regionen, Ländern und Kontinenten sind komplexer Natur und folgen nicht einfach dem Lohngefälle, wie es die ältere Forschung postulierte. Die Ziele von MigrantInnen ändern sich entsprechend ihrer Lebensumstände (vgl. dazu Castles 1993; Glick Schiller et al. 1995; Wicker et al. 1996a; Wicker et al. 1996b). Die aktuelle Migrationsforschung verwendet zur Interpretation der Verflechtung und Interdependenz der Weltgemeinschaft das Modell der 'Transnationalität' (vgl. Glick Schiller et al. 1995). Im Konzept der Transnationalität stellt Migration ein Gegenmodell zur nationalstaatlichen Ordnung dar. Aus einer ressourcenorientierten Perspektive treten darin an die Stelle der Bilder von entwurzelten, alles hinter sich lassenden MigrantInnen Menschen mit vielfältigen und konstanten Beziehungen über nationale Grenzen hinweg. Die Frage nach den Ursachen für die Migration tritt damit in den Hintergrund.

4.1.1 Migration und Integration

Zusammen mit dem Begriff 'Migration' wird auf nationaler Ebene derjenige der 'Integration' verwendet. Die damit verbundenen Konzepte haben sich historisch ebenfalls gewandelt. In den ersten Forschungen zur Integration wurde bezeichnenderweise der Begriff der *Assimilation* (lat: Ähnlichmachung) verwendet. Die Anfänge der Migrationsforschung wurden durch die soziologische Arbeit der sogenannten Chicagoer Schule (1915 bis 1945) wesentlich bestimmt (vgl. Park & Burgess 1969 [1921]). Deren Konzepte umschrieben Integration als schrittweisen Assimilationsprozess, der Minderheiten über vier Stufen von der Anpassung bis zur Eingliederung in die Mehrheitsgesellschaft führt. Mit dem Ausdruck "americanization as assimilation"

(ebd. zit. in Wicker et al. 1996a:22) wurde als Ziel der Integration die Verschmelzung der Minderheit- mit der Mehrheitsgesellschaft im sogenannten 'Melting Pot' umschrieben. Das Postulat der Assimilation der Chicagoer Soziologen wurde vereinzelt auch in der europäischen Migrationsforschung aufgenommen.

In den 60er Jahren wurde der Begriff der Assimilation durch denjenigen der *Ethnizität* verdrängt: "Dem Gebot zur Assimilation in eine als gleichförmig vorgestellte Gesellschaft wurde nun das Recht auf Differenz in einer als pluralistisch gedachten Welt entgegengesetzt" (ebd:23). Integration wird dabei als diskursiver Prozess verstanden, der durch Wechselwirkungen zwischen Fremd- und Selbstzuschreibungen von MigrantInnen und Einheimischen bestimmt ist.

Das ab den 80er Jahren dominierende Modell des *Multikulturalismus* baut auf dem Konzept der Ethnizität auf. Darin wird der Mensch als kulturelles Wesen betrachtet, das sich zwar strukturell einzugliedern hat, ohne dadurch jedoch seine kulturelle Identität zu verlieren. Als Kritik am Konzept des Multikulturalismus wird auf die Gefahr eines positiven Rassismus und der Festigung ethno-kultureller Grenzen hingewiesen (vgl. Radtke 1992, 1996).

Das oben bereits erwähnte Modell der *Transnationalität*, welches die Integrationsdebatte ebenfalls prägt, untersucht Integrationsphänomene vor dem Hintergrund transnationaler Bezüge. MigrantInnen werden dabei als Angehörige transnationaler Gemeinschaften in transnationalen soziokulturellen Systemen beschrieben (vgl. dazu Glick Schiller et al. 1995). Integration ist damit nicht mehr der Weg zu einem von der Aufnahmegerellschaft bestimmten Zustand, sondern wird als kontinuierlicher, komplexer und keineswegs gradliniger Prozess verstanden.

4.1.2 Der Kulturbegriff

Jede wissenschaftliche Beschäftigung mit Migration schliesst einen bestimmten Begriff von 'Kultur' mit ein. Den Begriff hier theoretisch herzuleiten, würde zu weit führen. Hingegen stellen wir im folgenden jenen Ansatz von 'Kultur' vor, welcher unser Verständnis von Migrationsphänomenen prägt.

Kultur kann als bestimmender Teil menschlichen Handelns und Denkens verstanden werden, welcher die Menschen in spezifischer Weise dazu befähigt,

"zu interagieren, sich Meinungen zu bilden, Entscheide zu fassen, zornig zu werden, traurig zu sein, zu betrügen, Gutes zu tun, sich abzugrenzen und sich zu identifizieren. So gesehen ist Kultur kein homogenes Ganzes, welches sich erfassen und beschreiben liesse, sondern Teil des menschlichen Seins, das Frau und Mann prädestiniert, sowohl subjektive, damit einzigartige Welten zu konstruieren, als auch sich als Teil von Kollektiven zu fühlen, beziehungsweise sich von einem Kollektiv zu lösen und sich einem anderen zu nähern" (Wicker 1996b:121).

Für die Anwendung des Kulturbegriffs macht Wicker (1996a) zwei wesentliche Unterscheidungen. Einerseits wird 'Kultur' zur *Beschreibung des 'menschlichen Wesens'* gebraucht. Menschen sind kulturell geformte Wesen und wirken in der Interaktion mit anderen Menschen zugleich formend. Kultur ist in diesem Sinne die aktive und kontextgebundene Aneignung von Wissen und Bedeutungsinhalten und kann als "Befähigung zur Herstellung wechselseitiger symbolischer und sinnhafter Beziehungen und zu interaktiver Bedeutungsformulierung" (Wicker 1996a:385) beschrieben werden. Dieses kulturelle Lernen kann und darf jedoch nur innerhalb des sozialen Kontextes betrachtet werden, von dem es strukturell abhängt. Auf der anderen Seite steht ein Verständnis von 'Kultur', welches darunter eine *homogene, abgrenzbare und kohärente Ganzheit* versteht. Dieser Kulturbegriff verführt, so kritisiert Wicker, zur Grenzziehung zwischen Kulturen als übersubjektive Entitäten, die so in der Realität nicht existieren: "Kultur wird zum Produkt politischer Kollektive, welche Prozesse der Ein- und Ausgrenzung im Sinne der Konstitution von starken *Wir-Gefühlen* steuern" (ebd:376). Die bedeutsamen Trennungslinien zwischen Gruppen verlaufen nicht entlang 'natürlicher' Grenzen, sondern entstehen in Prozessen der Selbst- und Fremdzuschreibung (ebd:379). Diese Prozesse wiederum sind ihrerseits in eine Dynamik eingebettet, welche vielmehr durch soziale und politische Strukturen denn kulturell bestimmt ist. Kultur stellt zwar die Mittel zur sozialen Interaktion zur Verfügung, ist jedoch nicht verantwortlich für die Resultate solcher Prozesse. Es sei unzulässig, das Gelingen oder Misserfolg von Integration allein mit kulturellen Voraussetzungen zu erklären, ohne den früheren sowie den aktuellen sozialen Kontext der MigrantInnen zu beachten (ebd:385f.).

Wir verwenden im folgenden den Begriff von 'Kultur', welcher diese als *Hintergrund des menschlichen Handelns und Denkens* und als *Mittel zur intersubjektiven Bedeutungskonstruktion* versteht. Dieser kulturelle Hintergrund kann aber nur im Zusammenhang mit soziokulturellen Strukturbedingungen verstanden werden, welche die gesellschaftliche Interaktion hauptsächlich bestimmen. 'Kulturspezifisches' Verhalten schliesst in diesem Sinne immer auch unterschiedliche Chancen zur sozialen Interaktion ein.

4.1.3 Migration und Gesundheit

Die Literatur zum Thema 'Migration und Gesundheit' ist umfangreich und kann in diesem Rahmen nur am Rande einbezogen werden. Die in der Schweiz durchgeföhrten Studien, welche für unser Thema relevant sind, wurden bereits im zweiten Kapitel dieses Berichtes besprochen.

Als Referenzpunkt für die zumeist praxisorientierte Forschung zu Migration und Gesundheit gilt der 1946 von der WHO definierte Gesundheitsbegriff. Gesundheit wird definiert als das allgemeine Wohlbefinden, welches die körperliche, soziale und psychische Gesundheit einer Person umfasst. In der Ottawa-Charta von 1986 wurde diese Definition von der WHO ergänzt und präzisiert. Als Ziel wurde die 'Gesundheit für alle im Jahre 2000' postuliert. Zur Verringerung der gesundheitlichen Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern und in diesen selbst, das heisst zwischen deren Bevölkerungsgruppen, wird vor allem die verbesserte Nutzung individueller und kollektiver Ressourcen angestrebt. Gestindere Lebensbedingungen sowie die Entfaltung der Gesundheitspotentiale der gesamten Bevölkerung sollten gezielt gefördert werden (vgl. dazu Badura 1993). MigrantInnen weisen eine schlechtere Gesundheit auf als die Einheimischen der jeweiligen Länder.⁴¹ Deshalb beschloss die WHO Region *Europa* 1994, die Verbesserung der Gesundheitssituation für MigrantInnen als besonderes Anliegen zu verfolgen (vgl. auch WHO 1992). Die gesundheitliche Situation der MigrantInnen hat sich allerdings seither kaum verbessert (vgl. dazu Bollini & Siem 1995a; Bollini & Siem 1995b; Siem 1997).

In der *Schweiz* werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) seit 1991 Gesundheitsförderungsprogramme spezifisch für MigrantInnen umgesetzt.⁴² Ziele des BAG zur Förderung der Gesundheit von MigrantInnen sind Prävention sowie ein verbesserter Zugang zum Versorgungssystem. Als kurzfristige Massnahmen wird gefordert, "zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen und den Migranten «Übersetzungshilfen» anzubieten, die nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Barrieren überwinden helfen" (Zeltner 1994:23).

⁴¹ Angaben dazu finden sich ausser den im folgenden zitierten AutorInnen auch bei Balarajan et al. 1984; Bilgin & Arat 1992; Black 1985; Bollini 1992; Bourdillon 1991; Chabrit 1990; IOM 1991; IOM 1993; Kliewer 1992; Uniken Venema et al. 1995; Wagner et al. 1985; Wursch et al. 1978.

⁴² Vgl. dazu Burgi 1997.

Migration als solche macht nicht krank. Hingegen können Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie Erlebnisse vor, während und nach der Migration als pathogene Faktoren wirken.

"The key factors that determine a migrant's well-being include: whether one adapts well to the changes brought on by migration, whether one is living in a safe and healthy environment, and whether one can live a productive, meaningful, and culturally integrated life" (Desjarlais et al. 1995:137).

Besonders fortgesetzte Migration und damit verbundene traumatische Erfahrungen stellen aber eine Belastung für die Gesundheit dar (vgl. Muecke 1992). Andererseits kann Migration auch die Möglichkeit zur Neuorientierung bieten, zur Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen. Gerade weil dies jedoch oft nicht gelingt, wird die Migrationserfahrung aber primär als belastend und verunsichernd erlebt (vgl. Salis Gross et al. 1997b:889).

Bollini und Siem stellen die These auf, die Gesundheitsversorgung der MigrantInnen sei aufgrund deren geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten allgemein schlechter (Bollini & Siem 1995b: 819). Ökonomische, administrative, sprachliche und kulturelle Barrieren erschweren den MigrantInnen einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Betreuung. Bollini und Siem (ebd.) fordern deshalb eine Gesundheitspolitik, welche die Integration und politische Partizipation für AusländerInnen einschliesst (vgl. auch Bollini 1993). Soziale und politische Integration von MigrantInnen steht also mit der Verbesserung von strukturellen Bedingungen für eine gute Gesundheit in einer interdependenten Beziehung.

In einer Studie des Schweizerischen Tropeninstituts wurden Schwierigkeiten in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen hauptsächlich in den Bereichen Kommunikation und soziale Lage festgestellt.⁴³ Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass MigrantInnen im Kontakt mit dem Gesundheitssystem ähnliche Kränkungen erleben, wie sie ihnen im Alltag begegnen. Ihre soziale und strukturelle Ausgrenzung setzt sich in beschränkten Interaktionsmöglichkeiten mit den VertreterInnen des Gesundheitssystems fort. Aber auch diese haben kaum einen Zugang zum Lebenszusammenhang von MigrantInnen. Die daraus resultierende beidseitige 'Sprachlosigkeit' wird allerdings vor allem auf sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme reduziert. Strukturelle, sozial- und gesellschaftspolitische Bedingungen, welche die Begegnung von Behandelnden mit MigrantInnen massgeblich mitbestimmen, bleiben im Hintergrund.⁴⁴

Wir gehen davon aus, dass die eigenen Ansichten von PatientInnen zu ihrem Kranksein von grosser Bedeutung für deren Verständnis und für einen sinnvollen Umgang damit sind. Der ärztliche Zugang zur Perspektive der PatientInnen ist also für eine gute Behandlung zentral. Je

43 Vgl. Blöchliger et al. 1994; Brucks et al. 1987 und auch Kapitel 2 dieses Berichtes.

44 Vgl. Brucks et al. 1987; Leyer 1991; Obrist van Eeuwijk 1992; Salis Gross et al. 1997a; Salis Gross et al. 1997b; Theilen 1985.

verschiedener die Denksysteme und Diskurse der AkteurInnen in einer therapeutischen Situation sind, desto schwieriger wird es für beide, sich über Gründe, Sinnzusammenhänge, Wünsche und Ziele auszutauschen und zu verständigen, und desto eher setzt sich die Sichtweise der ÄrztInnen durch. Salis Gross et al. (1997a) stellten fest, dass auch die Sichtweise von MigrantInnen vor allem aufgrund soziokultureller und sozioökonomischer Unterschiede zwischen Arzt und Patient selten zum Zuge kommt. Im Sinne einer patientenzentrierteren Sichtweise wird deshalb eine 'migrationsspezifische Anamnese' vorgeschlagen.⁴⁵ Dieses Konzept soll eine ganzheitliche Sicht auf die Lebenssituation ausländischer PatientInnen ermöglichen und damit eine wichtige Voraussetzung für eine adäquate Behandlung schaffen. Eine patientenzentrierte Perspektive schliesst bei der Erhebung der migrationspezifischen Anamnese – neben der aktuellen Lebenssituation – die Integrations-, Migrations- und Herkunftsgeschichte der PatientInnen ein. Eine solche Anamnese setzt aber eine genügende sprachliche Verständigung zwischen Arzt und Patient voraus. Dies sei aber oft nicht der Fall: Im Gegenteil erschweren Sprachprobleme für die ausländischen PatientInnen das Einbringen ihrer Anliegen massiv. Aus diesem Grund wird denn auch – vor allem bei komplexen Problemen – die Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen als sinnvoll und notwendig erachtet (Salis Gross et al. 1997a:26ff.).⁴⁶

Zu den Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung für MigrantInnen, gehört auch, diese in die Planung und Ausführung von gesundheitsbezogenen (Ausbildungs-) Projekten miteinzubeziehen (vgl. Bollini & Siem 1995b; Obrist van Eeuwijk 1992). Für eine gute Verständigung zwischen MigrantenpatientInnen und Behandelnden des Gesundheitssystems bedeutet das, muttersprachliche Kommunikation zu ermöglichen. Außerdem sollten in Ausbildungsprojekten für ÜbersetzerInnen gezielt MigrantInnen berücksichtigt werden (vgl. Downing 1992).

Abschliessend wird nochmals auf den Zusammenhang zwischen Integration und Gesundheit hingewiesen. Die aktuellen theoretischen Konzepte zu Integrationsfragen stellen die strukturellen Bedingungen und die Teilhabe am öffentlichen Leben in den Vordergrund. Auch für die Gesundheitsversorgung hat sich diese Sichtweise durchgesetzt. Das Modell des Multikulturalismus der 80er Jahre, welches zur Gründung ethnospezifischer Institutionen führte, findet in modernen wissenschaftlichen Ansätzen keine Unterstützung mehr. Aus heutiger Sicht geht es um die gleichberechtigte Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen und um den gleichberechtigten Zugang zu ihnen, zum Beispiel zur Gesundheitsversorgung. Im Zentrum steht heute also die generelle Förderung der politischen und gesellschaftlichen Partizipationschancen von MigrantInnen.

⁴⁵ Vgl. auch Salis Gross et al. 1997b:889.

⁴⁶ Vgl. dazu Kapitel 2 dieses Berichtes.

4.2 Kommunikation und Übersetzung

4.2.1 Kommunikation und Erfahrung

Kommunikation stellt eine bestimmte Art sozialer Handlung dar, die mittels Symbolen vermittelt wird und gegenseitig verstanden werden soll. Kommunikation dient immer der subjektiven Sinnkonstruktion. Dieser Sinn ist für das Individuum von existentiellem Wert für die Erfahrung der sozialen Welt, in welcher es lebt. Die symbolischen Begriffe werden von den InteraktionspartnerInnen während des Kommunikationsprozesses laufend ausgetauscht und erst im sozialen und kulturellen Kontext, in welchem diese Begriffe eingebettet sind, verstanden. Die Sprache ist das üblichste und differenzierteste Symbolsystem der Menschen und hat eine Schlüsselfunktion in der Alltagswelt: Sprache ermöglicht Typisierung und Objektivation subjektiver Erfahrung und macht diese Erfahrungen (auch für andere) fassbar. Durch die Sprache wird diese gemeinsame Alltagswelt fortlaufend reproduziert und weiterentwickelt.⁴⁷

Auch Erfahrungen von Krankheit und Kranksein werden in sprachlichen Begriffen, als Repräsentationen dieser Erfahrungen, geprägt, veräussert und damit für andere zugänglich gemacht. Zwischen der Erzählung über und der Erfahrung von Krankheit besteht eine komplexe Wechselwirkung. Der amerikanische Medizinethnologe Good beschreibt diese folgendermassen:

"Disease occurs not only in the body (...) but in time, in place, in history, and in the context of lived experience and the social world. Its effect is on the body in the world! And for this reason (...) narratives are central to the understanding of the experience of illness, to placing pain (...) in relation to other events and experiences in life" (Good 1994:133).

Die Bedeutung der Erfahrung konstituiert sich aus Goods Perspektive erst im Prozess der unmittelbaren Interaktionssituation mit einem Gegenüber, das die Erzählung beziehungsweise Erfahrung mitgestaltet. Die Erzählung bildet also immer ein soziales Produkt, ist ein "Product of interconnections" (ebd:174). Auch Métraux (1995) weist auf den sozialen Aspekt der Sprache als Mittel zur Konstruktion und Transformation der Wirklichkeit hin: Dem Individuum werde durch die Sprache eine Möglichkeit eröffnet, sich von sich selbst, dem Körper, seiner Gedankenwelt und dem sozialen Kontext ein neues Bild zu kreieren. Die Sprache beinhaltet damit den wichtigen Aspekt des 'Sich-Gehör-Verschaffens', einer aktiven Handlung (ebd:14). Es ist also nicht allein die Sprache, das Wort an und für sich, das für die Erfahrung und Sinnproduktion im Zentrum des Interesses steht, sondern vielmehr der soziale und kulturelle Rahmen der Kommunikation, welcher durch verschiedene Faktoren bestimmt wird. Dabei spielen die Struktur der Erzählung, die Reaktion der AdressatInnen darauf, der darüber

⁴⁷ Vgl. Berger & Luckmann 1994:36ff.

stehende, makrosoziologische Diskurs ebenso wie die Sprache selbst und persönliche Faktoren der Sprechenden eine wichtige Rolle. Als solche kommunikationsbestimmende Faktoren gelten u.a. das Geschlecht, das Alter, der soziökonomische Hintergrund sowie der Sprachgebrauch einer Person (vgl. Goffman 1994).

Bezogen auf die sprachliche Situation von fremdsprachigen Menschen, stellt die Unmöglichkeit, sich in der Muttersprache auszudrücken, eine Erschwerung der eben beschriebenen sozialen Sinnkonstruktion, der Einordnung der Erfahrung von Krankheit dar.

4.2.2 Sprache und Kultur

Zum Verhältnis von Sprache und Kultur besteht eine lange Tradition ethnolinguistischer Theorien, die den Sprachgebrauch und die Beziehung zwischen Sprache einerseits und Gesellschaft und Kultur andererseits als Untersuchungsgegenstand hat. Die Diskussion über das Verhältnis zwischen Sprache und Kultur in der Ethnolinguistik gründet auf der sogenannten *Sapir-Whorf-These*.⁴⁸ Diese These postuliert ein zweifaches Prinzip: das des linguistischen Determinismus und jenes des linguistischen Relativismus: Der *linguistische Determinismus* geht davon aus, dass die Art des menschlichen Denkens bestimmt sei durch die Struktur der Sprache, die der Mensch spricht. Der *linguistische Relativismus* besagt darauf aufbauend, dass die Unterschiede zwischen den Sprachen sich in unterschiedlichen Weltsichten spiegeln (vgl. Salzmann 1993:151ff.). Whorf umschreibt den linguistischen Relativismus folgendermassen:

"The background linguistic system (in other words, the grammar) of each language is not merely a reproducing instrument for voicing ideas but rather is itself the shaper of ideas. ... We dissect nature along lines laid down by our native languages (...)" (Whorf, 1940a zit. in Salzmann, 1993:153).

Oder wie Sapir formuliert: "The worlds in which different societies live are distinctive worlds; not merely the same world with different labels attached" (Sapir, zitiert in Keesing 1979:86). Eine der Konsequenzen dieses sprachlichen Determinismus und Relativismus ist die Unmöglichkeit gegenseitigen Verstehens für Menschen aus unterschiedlichen Sprachregionen.

Die Sapir-Whorf-These ist heute jedoch längst überholt und durch die Annahme einer nicht-linearen komplexeren Beziehung zwischen Sprache und Kultur ersetzt worden. Heute wird Sprache vielmehr als *Teil des menschlichen Verhaltens und somit von Kultur* verstanden. Die Unterschiede zwischen verschiedenen Sprachen werden nicht mehr auf die Art zu denken, sondern vielmehr auf die Art, Gedanken auszudrücken, zurückgeführt. Dabei interessieren auch im interkulturellen Kontext vermehrt soziolinguistische Fragen, die das Verhältnis von Sprache

48 Vgl. Whorf 1986 [1963].

und Kommunikation einerseits und dem sozialen Kontext andererseits untersuchen.⁴⁹ Das Leben der Menschen spielt sich zum grössten Teil in mikrosozialen Kontexten ab. Innerhalb dieser Kontexte wirken jedoch unterschiedliche semantische Felder, vor deren Hintergrund sich die Alltagsrealität der einzelnen Individuen abspielt. Heute wird immer häufiger und rascher zwischen kulturellen und sozialen Kontexten gewechselt und es wird immer zentraler, sich innerhalb unterschiedlicher Kontexte zurechtzufinden. Jäggi umschreibt den Begriff 'interkulturelle Kommunikation' aus der soziologischen Perspektive als Ausdruck von Interaktion zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen, in welcher sich Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse spiegeln (Jäggi 1993:15ff.). Kommunikation ist gleichzeitig immer an einen Ort und konkrete Personen gebunden. Der Erfolg der Kommunikation hängt von deren Fähigkeit ab, sich flexibel in verschiedenen sozialen Kontexten zu bewegen. In den unterschiedlichen Kontexten werden Menschen mit verschiedenen kulturellen Codes konfrontiert, die Jäggi (1996) als "Geflecht zentraler Schlüsselbegriffe und ihr Verhältnis zueinander" bezeichnet (ebd:428). Diese Schlüsselbegriffe bilden das semantische Feld, vor dessen Hintergrund die sozialen Begegnungen stattfinden und eingeordnet werden. Jede soziale Gruppe verfügt über einen von der dominanten Kultur abweichenden Code, der das Verhalten der Menschen untereinander regelt. Dabei dominiert der in einem bestimmten Kontext vorherrschende kulturelle Code die Kommunikationsmuster innerhalb ebendieses Kontextes und überlagert die anderen, untergeordneten Wissensbestände. Interkulturelle Missverständnisse könnten demzufolge nie als individuelle, sondern müssten immer als soziale, in einem weiteren Kontext entstehende Phänomene betrachtet werden, die an Machtstrukturen und Abhängigkeiten gekoppelt sind:

"Die Art, wie mit interkulturellen Missverständnissen umgegangen wird, beziehungsweise welche Art von «Lösung» durchgesetzt wird, ist immer Ausdruck des Verhältnisses der betreffenden ethnischen Subgruppe zur dominanten gesellschaftlichen Klasse und ihrer Kultur" (Jäggi 1996:429).

Interkulturelle Kommunikation gelingt, wenn es für die einzelnen möglich ist, sich in den verschiedenen Kontexten bewegen zu können. Die eigene Identität darf dabei jedoch nicht fremdbestimmt verloren gehen, kann allenfalls jedoch modifiziert werden. Interkulturelle Kommunikation beinhaltet aber nicht nur Modifikation, sondern auch Neuschaffung, weil es sich dabei um einen "nie abgeschlossene[n] Prozess von Grenzüberschreitungen, die zu neuen kulturellen Systemen oder kulturellen Codes führen können" (Jäggi 1993:8) handelt. Für die Situation zwischen MigrantInnen und SchweizerInnen heisst das, dass sich durch die Interaktion die geltenden kulturellen und sozialen Codes *aller* Beteiligten verändern und ein neuer gemeinsamer Code entsteht. Grundvoraussetzung dafür ist allerdings "die *beidseitige* Fähigkeit bei Immigranten und einheimischer Bevölkerung, erfolgreich zu kommunizieren, trotz unterschiedlichen kulturellen und sozialen Codes" (ebd:24). Der Erfolg interkultureller

⁴⁹ Vgl. dazu auch Newmeyer 1988.

Kommunikation beruhe jedoch nicht allein auf individuellen Fähigkeiten sondern, so meint Jäggi, bedürfe eines institutionalisierten Dialogs zwischen den einzelnen Gruppen, um diese damit auch an der politischen Macht zu beteiligen (ebd:26).

4.2.3 Übersetzung

Fehlt die gemeinsame Sprache als Kommunikationsgrundlage, ermöglicht Übersetzung eine spezifische Form interkultureller Kommunikation. Dabei kommt dem Verhältnis von Sprache und soziokulturellem Kontext besondere Bedeutung zu:

"the «real linguistic fact» (Malinowski, 1935) is the full utterance within its «context of situation», and a translation can never therefore be just a substitution of word for word, but must involve the translation of whole contexts" (Bickley 1982:108).

Übersetzung muss diesen Kontext vermitteln, welcher auch die Bedeutung nonverbaler Symbole und emotionaler Funktionen von Worten einschliesst.

Die meisten Beiträge zu Übersetzung stammen aus dem Bereich der Übersetzungswissenschaften, die sich hauptsächlich mit der schriftlichen Übersetzungssituation aus linguistischer Perspektive befassen. Darüber hinaus hat sich auch die Ethnologie am Rande mit dem Thema befasst. Fragen zur Übersetzung tauchen dort in bezug auf Feldforschungssituationen auf, in denen das Verhältnis von ForscherIn und (übersetzender) InformantIn untersucht wird.⁵⁰

Im folgenden werden einige theoretische Ansätze aus den Übersetzungswissenschaften zusammengefasst, welche – auch wenn ihr Kontext sich von unserem meist stark unterscheidet – wichtige Aspekte zum Thema beitragen.⁵¹ Ein Überblick zu den wichtigsten wissenschaftlichen Ansätzen innerhalb der Übersetzungstheorie findet sich bei Stolze (1994). Darin wird betont, dass das Produkt der Übersetzung direkt mit dem Prozess verknüpft sei, den die Übersetzung darstellt, und kontextuelle Faktoren diesen Prozess mitbestimmen. Im Vordergrund steht für die ÜbersetzungswissenschaftlerInnen vor allem die grundsätzliche Unterscheidung zwischen 'treuer' und 'freier' Übersetzung. Die Übersetzung wird dabei aus verschiedenen Perspektiven untersucht. Einerseits interessiert die pragmatische Dimension des Übersetzens, der Sprachgebrauch des Übersetzers im Hinblick darauf, *für wen* übersetzt wird (ebd:117ff.). Andererseits wird untersucht, unter welchen *Bedingungen* Übersetzung stattfindet. Ein drittes Hauptinteresse bezieht sich auf die *ÜbersetzerInnen* selbst. Einerseits werden diese aus einer funktionalen Perspektive heraus als die entscheidenden *AkteurInnen* in der

50 Vgl. Asad 1993; Tedlock 1993.

51 Die Abhandlungen zur mündlichen Übersetzung befassen sich hauptsächlich mit DolmetscherInnen und SimultanübersetzerInnen, Tätigkeiten, die sich mit der Übersetzung im Gesundheitsbereich kaum vergleichen lassen.

Vermittlung zwischen Sprache und Kultur verstanden. Andererseits wird – unter hermeneutischen Gesichtspunkten – die *Sicht* der übersetzenen Person in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Hierbei werden die Schwierigkeiten fokussiert, welche sich im Übersetzungsprozess für die ÜbersetzerInnen ergeben.

Ein anderer Ansatz aus den Übersetzungswissenschaften konzentriert sich auf den soziokulturellen Handlungsprozess der übersetzenen Person. Dabei geht es "nicht um die Beschreibung der Übersetzung als Produkt (...), sondern um die Erforschung der interkulturell relevanten Faktoren, die den Verstehensprozess und den Übersetzungsvorgang beeinflussen und bestimmen" (Kupsch-Losereit 1995:2). Dazu wird vor allem der Verstehensprozess auf Seiten der übersetzenen Personen untersucht: In diesem Prozess wird von den ÜbersetzerInnen vor dem eigenen Hintergrund- und sprachlichen Wissen Sinn produziert. Es handelt sich dabei um ein interaktives Geschehen. Die Übersetzung spiegelt einen Prozess, in dem die Sicht der Senderin und des Rezipienten miteinander interagieren. Der Übersetzungsvorgang verlangt von der übersetzenen Person gewissermaßen die Einnahme von drei Sichtweisen und die Fähigkeit zu einem dreifachen Perspektivenwechsel (ebd:2ff.).⁵² Der Übersetzungsprozess als interaktives Handeln wird zudem durch Faktoren bestimmt, die vor allem in der direkten Kommunikation relevant sind. Qualitative Merkmale der Sprechenden wie Alter, Geschlecht, sozioökonomische Herkunft beeinflussen dieses Handeln ebenso wie der Inhalt der Übersetzung, ihr situativer Kontext, spezifische Aspekte der Beziehung sowie weitere makrosoziologische Zusammenhänge.

4.3 Übersetzung im Gesundheitsbereich

4.3.1 Argumente für den Einsatz von ÜbersetzerInnen

Im folgenden werden die wichtigsten *Gründe* dargelegt, welche für Übersetzung im Gesundheitsbereich angeführt werden. Es handelt sich um Argumente aus vier sehr verschiedenen Blickwinkeln:

- *Grundsatz der Notwendigkeit von Verständigung*: Eine ausreichende Verständigung zwischen Arzt und Patient gilt als Basis fast jeder therapeutischen Situation.

⁵² Vgl. dazu auch Bickley 1982; Kiraly 1995.

- *Qualität der Behandlung*: Folgen stark eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten sind eine schlechtere Gesundheitsversorgung sowie die Gefahr von Diagnose- und Behandlungsfehlern.
- *Patientenrecht*: Aus einer rechtlichen Perspektive kann bei stark erschwerter Kommunikation der ärztlichen Aufklärungspflicht nicht nachgekommen oder sogar von deren Verletzung gesprochen werden.
- *Gesundheitsökonomie*: Kommunikationsprobleme führen zu häufigem Arztwechsel (sogenanntem 'doctor-shopping'), was die Kosten für Behandlungen erhöht.

In der Interaktion zwischen PatientInnen und Behandelnden können sich generell mannigfaltige Kommunikationschwierigkeiten ergeben. Sprachliche Verständigungsprobleme machen dabei nur einen von zahlreichen Faktoren aus, welche eine für beide Seiten befriedigende Interaktion behindern. Der Zugang zur Sprache des Gegenübers ist – nicht nur in der Situation von Fremdsprachigkeit – nicht per se gegeben und kann auch durch den sozialen Kontext erschwert werden. Verständigung zwischen PatientInnen und Behandelnden findet im medizinischen Kontext statt. Es geht um eine Kommunikation zwischen sehr verschiedenen und spezifischen kulturellen Subsystemen, welche vom medizinischen dominiert werden (vgl. Kleinman 1980; Kleinman et al. 1978).

Für die Überlegungen zur *Bedeutung einer guten Verständigung zwischen PatientInnen und Behandelnden* gehen wir von einem Konzept aus, das der Perspektive der Kranken selbst grosse Wichtigkeit beimisst. Wir unterscheiden dabei in Anlehnung an gängige medizin-ethnologische Konzepte *Krankheit* von *Kranksein*⁵³ und plädieren dafür, vor allem letzteres vermehrt in Behandlungskonzepte einzubeziehen. Kranksein schliesst alle persönlichen Erfahrungen, Bedeutungen und Erlebensformen ein, welche eine bestimmte Symptomatik begleiten und sie aus individueller Perspektive erklären.⁵⁴ Die persönliche Sichtweise der PatientInnen stellt einen zentralen Zugang zu diesen dar und ist für eine erfolgreiche Behandlung von grösster Bedeutung.⁵⁵ Wir gehen davon aus, dass eine befriedigende Lösung medizinischer Probleme sich für die PatientInnen nur ergeben kann, wenn die Überlegungen zur Ätiologie und Behandlung in geeigneter Form kommuniziert werden können. Heute werden darum Untersuchungen zur Kommunikation in Behandlungssituationen oft unter dem Aspekt der beteiligten Erklärungsmodelle durchgeführt, ein Konzept, welches sich auch für die Beschrei-

53 Zur Unterscheidung von *disease* und *illness* vgl. Eisenberg 1977; Helman 1990; Kleinman 1980; Kleinman et al. 1978.

54 Vgl. dazu Blöchliger et al. 1997; Brucks et al. 1987; Obrist van Eeuwijk 1992; Salis Gross et al. 1997a; Salis Gross et al. 1997b.

55 Wir konzentrieren uns hier auf diejenigen Behandlungswünsche und -situationen, welche nicht mittels einfacher ärztlicher Handlungen abzuschliessen sind oder bei welchen sich Widersprüche zwischen PatientInnen und Behandelnden zeigen.

bung der Übersetzungssituation eignen würde (vgl. Kaufert 1990; Kleinman 1980; Weiss 1996).

Übersetzung kann auf verschiedene Weise dazu beitragen, Verständigungsschwierigkeiten zu verringern. Einerseits können sprachliche Barrieren abgebaut werden, andererseits kann zwischen den unterschiedlichen Konzepten der PatientInnen und Behandelnden vermittelt werden. Dies bedeutet in einem umfassenden Sinn, den jeweiligen Zugang zu den soziokulturellen Kontexten für beide Seiten zu erleichtern. Dabei sollten sinnvollerweise Faktoren 'zur Sprache' gebracht werden können, welche sich aus der spezifischen Situation in und nach der Migration ergeben.

Im Zusammenhang mit fremdsprachigen PatientInnen wird immer wieder auf die *Gefahr von Fehl- und Unterversorgung* hingewiesen, welche teilweise auf eine mangelhafte Verständigung zurückgeführt werden kann. Diagnostische und therapeutische Fehlentscheide sind auch zu erwarten, wo – wie sehr häufig bei fremdsprachigen PatientInnen – vorschnell von 'Somatisierung' die Rede ist. Sprachliche und soziokulturelle Verständnisschwierigkeiten seitens der Behandelnden äussern sich auch in einer rascheren Bereitschaft, Probleme medikamentös anzugehen. Von verschiedener Seite wird auf die Tendenz zu entmündigendem oder gar diskriminierendem Verhalten hingewiesen, die sich zum Beispiel in einer Reduktion des Gespräches auf das Allernotwendigste äussern kann.⁵⁶ Bei erschwertem Zugang zur individuellen Krankheitserfahrung besteht ausserdem die Gefahr von reduktionistischen Schlüssen und der Verschiebung von ganzen Problemkomplexen auf scheinbar kulturspezifische Verhaltensmuster. Damit wird die Verantwortung für das Scheitern der Interaktion an die PatientInnen delegiert. Insgesamt können manche diagnostische Fehler oder inadäquate Interventionen, das Verschweigen von Wünschen und Zurückhalten von berechtigten Ansprüchen, Frustration und Zeitverschwendungen auf sprachliche Verständigungsschwierigkeiten beziehungsweise auf fehlende Übersetzungsangebote zurückgeführt werden (vgl. dazu Shackman 1985:4).

Vor allem in US-amerikanischen und kanadischen Publikationen⁵⁷ wird einer *rechtlichen Perspektive* Raum eingeräumt. Die Forderung nach Übersetzung für fremdsprachige PatientInnen stützt sich dabei auf das Recht auf verständliche und vollständige Information, also auf die 'Aufklärungspflicht'⁵⁸. Durch fehlende Übersetzung werde fremdsprachigen

56 Vgl. Blöchliger et al. 1994; Brucks et al. 1987; Moser 1997; Obrist van Eeuwijk 1992; Ostermann 1990; Salis Gross et al. 1997a; Salis Gross et al. 1997b; Theilen 1985.

57 Vgl. dazu Gehrke 1993; Hardt 1991; Muecke 1983; Putsch 1985; Woloshin et al. 1995. Speziell zur Rolle der ÜbersetzerInnen in der Vermittlung der Aufklärungspflicht vgl. Kaufert et al. 1990 sowie Kaufert & O'Neill 1990:41: "(...) it was apparent that the negotiations that revolved around the signing of a consent form provided the clearest illustration of the unequal knowledge and power of the clinician and the patient".

58 Engl: 'informed consent'.

PatientInnen ein ihnen zustehendes Recht verweigert. Für die Argumentation wird die in den USA 1964 eingeführte 'Civil Rights Act' beigezogen, nach welcher niemand aufgrund von Hautfarbe oder nationaler Herkunft in irgendeiner Form diskriminiert oder benachteiligt werden darf. Medizinische Institutionen, welche keine Kommunikationshilfe für Personen zur Verfügung stellen, die nicht oder schlecht Englisch sprechen, verletzen demnach dieses Gesetz (vgl. Gehrke 1993:418). In der Praxis haben sich die Forderungen nach Übersetzung aus einer Perspektive der Diskriminierung aber als zu vage und rechtlich zu wenig bindend erwiesen. Für die betroffenen PatientInnen hat sich die Situation jedenfalls seit den sechziger Jahren kaum verbessert (vgl. Woloshin et al. 1995:725).

Schliesslich werden auch *ökonomische Gründe* für Übersetzungsangebote für Fremdsprachige angeführt.⁵⁹ Dabei wird meist argumentiert, der finanzielle Mehraufwand durch Fehldiagnosen und -behandlung übersteige die Kosten für Ausbildung und Bezahlung von professionellen ÜbersetzerInnen: "Il suffit de penser au coût réel des consultations interminables, ou répétitives en raison de l'incommunicabilité régnant entre les interlocuteurs (...)" (Métraux 1995:13). Hinsichtlich dieser Argumentation besteht allerdings eine Forschungslücke. Soweit uns bekannt, liegen weder im In- noch Ausland Daten vor, welche solche Vermutungen bestätigen könnten.⁶⁰

Die Gründe, welche für ein Übersetzungsangebot für fremdsprachige PatientInnen sprechen, sind also zahlreich. Trotzdem möchten wir hier auch auf die *Grenzen* einer solchen Unterstützung hinweisen. Die Grenzen der Übersetzung sind einerseits *sprachlicher Natur*. Auch wenn Kommunikationsschwierigkeiten mit Hilfe von ÜbersetzerInnen teilweise überwunden werden können, muss jede Übersetzung unvollständig bleiben. Die sprachlichen Grenzen der Übersetzung entstehen zunächst aus dem Umgang mit der Sprache. Dies betrifft zum einen die Verwendung verschiedener *Sprachcodes*, welche den unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergrund der InteraktionspartnerInnen spiegeln; zum anderen die Kenntnis *fachspezifischer Terminologien*. Diese sprachlichen Grenzen der Übersetzung ergeben sich aus dem persönlichen Hintergrund und der Erfahrung der übersetzen Person. Schliesslich sind auch sprachliche *Verzerrungen durch die Übersetzung* an sich zu erwähnen. Das ausdrucksstarke Sprichwort "the translator is the traitor" (Tribe 1991:3f.) verweist in diesem Zusammenhang auf eine sehr pessimistische Haltung ÜbersetzerInnen gegenüber. Die ÜbersetzerInnen verkörpern darin gewissermassen das Problem der Übersetzbartigkeit von Ideen und Bedeutungen einer Sprache in die andere. Die breite Diskussion zu dieser grundsätzlichen

59 Vgl. dazu auch Albrecht 1994; Ostermann 1990; Woloshin et al. 1995.

60 Vgl. dazu das Nationalfondsprojekt von Guex, Rossi und Métraux (1996), welches in Lausanne durchgeführt wird (vgl. auch Kapitel 2).

Frage soll hier anhand eines Zitates aus der Perspektive der ÜbersetzerInnen illustriert werden⁶¹:

"(...) the emphasis upon mediation, interpretation and accommodation of alternate systems of understanding may place interpreter/advocates in a vulnerable position of brokering fundamentally irreconcilable values" (Kaufert & O'Neill 1995:74).

Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, mit der Bereitsstellung einer solchen Hilfe *Verständigungsprobleme anderer Art zuzudecken*, welche auf einem anderen Weg gelöst werden müssen. Übersetzung stellt nur einen Schritt zur Anerkennung der spezifischen Bedürfnisse von Fremdsprachigen (und MigrantInnen) dar. Zahlreiche andere Barrieren erschweren es MigrantInnen, einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem zu finden. Durch die Priorisierung von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten mit fremdsprachigen PatientInnen werden Probleme verdeckt, die in gesellschaftlichen und institutionellen Hindernissen gründen (vgl. Leyer 1991:284). Diese 'echten' Barrieren können nur mittels längerfristiger sozial- und gesundheitspolitischer Massnahmen abgebaut werden:

"Insofern darf die Barriere der Sprachlosigkeit nicht auf ein sprachliches Verständigungsproblem reduziert werden, sondern muss im Kontext der Reduzierung und Normierung menschlicher Subjektivität im Gesundheitssystem auch als ein schichtspezifisches (...) Problem verstanden werden" (ebd:59)⁶².

Auch von anderer Seite wird kritisiert, dass "die mangelnde sprachliche Verständigung (...) auch heute noch herhalten [muss] für den gesamten, nicht funktionierenden menschlichen Austausch beim Kranksein und beim Heilen" (Ostermann 1990:108). Es besteht also die Gefahr, Übersetzungsangebote als Puffer zu missbrauchen, welcher allgemeine Forderungen der MigrantInnen absorbiert und zum Schweigen bringt. Übersetzung bedeutet lediglich einen Schritt zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung: "Community interpreters must (...) be seen as a step towards appropriate provision rather than the solution" (Shackman 1985:5).⁶³

Zur Frage, *wann* Übersetzung im Gesundheitsbereich notwendig ist, existiert in der Literatur mehr oder weniger Einigkeit. Als besonders dringend wird die Übersetzung vor allem bei komplexen Problemlagen erachtet, die sich zum Beispiel im psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich ergeben. Es wird in diesem Kontext davon ausgegangen, dass der Zugang zur affektiven Krankheitserfahrung eine zentrale Rolle spielt, welcher bei

61 Auf diese Problematik und die sich daraus ergebenden Herausforderungen für den Übersetzungsprozess wurde bereits eingegangen (vgl. Kapitel 4.2).

62 Vgl. dazu Brucks et al. 1987; Obrist van Eeuwijk 1992; Theilen 1985, welche sinngemäss die These Leyers vertreten.

63 In Grossbritannien besteht die politische Verpflichtung für Institutionen gemäss dem 'Equal Opportunities Programme' (EOP) 'professional ethnic minority staff anzustellen, der sich in der Muttersprache mit den MigrantInnen verständigen kann. Diese Regelung stellt bislang keine Konkurrenz für Übersetzerdienste dar, da es immer noch zu wenig fremdsprachiges Fachpersonal gibt: "The two need to exist in conjunction as part of an interlocking network of provision aimed to meet the needs of ethnic minority communities" (Shackman 1985:5f.).

muttersprachlicher Kommunikation einfacher ist. Bei leichten somatischen Erkrankungen wird Übersetzung ebenfalls als sinnvoll, wenn auch als weniger dringend erachtet.⁶⁴ An anderer Stelle wird die Ansicht vertreten, Übersetzung nur – wenn unbedingt notwendig – beizuziehen, weil tendenziell die Gefahr bestünde, die PatientInnen dadurch zu entmündigen.⁶⁵ Unseres Erachtens kann eine geeignete Ausbildung dieser Gefahr begegnen. Sie sollte nicht als prinzipieller Grund gegen Übersetzungsangebote angeführt werden.

4.3.2 Zur Wahl der ÜbersetzerInnen

"L'interprète, c'est la soeur, la tante, la mère, l'amie, celle qui saura défendre, expliquer, qui saura même précéder les demandes car elle en possède les clefs" (Salom 1989:3).

Dieses Zitat spiegelt auf anschauliche Weise die hohen Erwartungen, welche teilweise an die ÜbersetzerInnen gestellt werden. Auch in der Forschungsliteratur werden die *Qualifikationen* von ÜbersetzerInnen immer wieder diskutiert. Es wird davon ausgegangen, dass spezielle Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit jemand als ÜbersetzerIn eingesetzt werden kann: "It should be obvious, when full complexity of the task is considered that interpreting is not something that just who is more or less bilingual can be expected to do" (Downing 1992:127). Die Anforderungen an ÜbersetzerInnen werden zunehmend konkreter formuliert. So besteht Einigkeit darin, spezifisches Wissen vorauszusetzen.⁶⁶ Die geforderten Fähigkeiten und Kenntnisse beziehen sich zum einen auf die zu übersetzende(n) *Sprache(n)*. Andererseits werden *fachspezifische Kenntnisse* vorausgesetzt, vom Verstehen der fachspezifischen Terminologie bis hin zum Vertrautsein mit den Strukturen des Gesundheitssystems. Außerdem wird Sensibilität für *Interaktionssituationen* innerhalb dieses spezifischen Settings verlangt, welche kultur- und migrationsspezifische Aspekte einschliessen.

Als Ideallösung der Übersetzungsfrage in der Gesundheitsversorgung wird häufig der vermehrte Einsatz zweisprachigen Fachpersonals postuliert.⁶⁷ Wir teilen die These, dass muttersprachliche Behandlungssituationen MigrantInnen am ehesten gerecht werden. Die Forderung, mehr zweisprachiges medizinisches Personal einzustellen, wird sich aber erst längerfristig und für gewisse Sprachen kaum je realisieren lassen.⁶⁸ Darum muss ebensoviel Gewicht auf die Ausbildung und Anerkennung von ÜbersetzerInnen im Gesundheitsbereich

64 Vgl. Blöchliger et al. 1997; Flubacher 1994a; Leyer 1991; Salis Gross et al. 1997a.

65 Vgl. Ostermann 1990.

66 Vgl. dazu Blöchliger et al. 1997; Bloom et al. 1966; Diaz-Duque 1982; Downing 1992; Faust & Drickey 1986; Muecke 1983; Phelan & Parkman 1995; Putsch 1985; Woloshin et al. 1995.

67 Vgl. dazu Hardt 1994; Kline et al. 1980; Leyer 1991; Marcos 1979; Ostermann 1990; Risteen Hasselkus 1992; Woloshin et al. 1995.

68 Wir denken dabei an jene Sprachen, die sich aufgrund kurzfristiger Migrationsbewegungen plötzlich als dringend erweisen, wie zum Beispiel im Flüchtlingsbereich.

gelegt werden. Heute existieren national und international erst wenige institutionalisierte Ausbildungsgänge für ÜbersetzerInnen im Gesundheitsbereich (vgl. dazu Kapitel 5). Vor allem im Ausland werden aber vereinzelt – und meist klinikintern – Weiterbildungen für LaienübersetzerInnen angeboten.⁶⁹ Auf der anderen Seite bestehen unterdessen eine Reihe von Übersetzungsdielen im In- und Ausland, welche interne Grund- und Weiterbildungen für ÜbersetzerInnen anbieten, die sich jedoch in Qualität und Intensität stark unterscheiden. Ein klar definiertes, anerkanntes Berufsprofil für ÜbersetzerInnen im Gesundheitsbereich fehlt jedoch bis zum heutigen Zeitpunkt in der Schweiz und in den meisten übrigen Ländern. Gerade dies wird aber unterdessen von verschiedenster Seite, auch von ÜbersetzerInnen selbst⁷⁰, gefordert. Im europäischen Kontext wurden einige Projekte gestartet, die sich mit der Ausgestaltung gemeinsamer Richtlinien für die Ausbildung von ÜbersetzerInnen befassen (vgl. ebenfalls Kapitel 5). Von anerkannten Ausbildungsstrukturen für ÜbersetzerInnen wird viel erwartet: Die Qualität der bestehenden Ausbildungsgänge würde verbessert, die Bezahlung würde adäquater werden, bestehende Konzepte und Aufgabenbereiche würden überdacht und die 'AnwenderInnen', das heisst die Personen, welche mit ÜbersetzerInnen zusammenarbeiten, würden in die Ausbildungskonzepte einbezogen (vgl. Roberts 1993:247).

Da bislang kaum ausgebildete ÜbersetzerInnen zur Verfügung stehen, vor allem mit dem Argument der Kosteneindämmung, werden zur Übersetzung heute fast ausschliesslich *Laien* eingesetzt. Dabei kann zwischen LaienübersetzerInnen *aus dem Familien- und Freundeskreis der PatientInnen* und *zweisprachigem Gesundheitspersonal* unterschieden werden, das als Übersetzungshilfe eingesetzt wird. Der Bezug von Familienangehörigen und Freunden als Übersetzungshilfen wird in der Literatur zum Thema fast durchgehend als problematisch eingeschätzt. Die häufigste Befürchtung bezieht sich auf eine *inadäquate Übersetzung*, die sich aus Überforderungssituationen für die Übersetzenden ergibt. Weitere Schwierigkeiten der Laienübersetzung beziehen sich auf *mangelnde Sprachkenntnis* und die *Unklarheit bezüglich Rolle und Erwartungen*. Die fehlenden Qualifikationen der ÜbersetzerInnen spiegeln sich in einem Mangel an Vertrauen und Respekt zwischen allen Beteiligten. Die oft erwähnten Gefühle von Unsicherheit und Hilflosigkeit bei den ÜbersetzerInnen, den ÄrztInnen und/oder den PatientInnen verweisen auch auf generelle Unsicherheiten in dieser Zusammenarbeit. LaienübersetzerInnen bringen zwar persönliche Qualifikationen mit sich, diese können aber erst im Rahmen klarer Berufsprofile wirklich zum Zuge kommen.

⁶⁹ Vgl. dazu Hardt 1991; Kaufert & O'Neill 1995; Putsch 1985; Woloshin et al. 1995.

⁷⁰ Vgl. dazu Diaz-Duque 1982; Eser 1994; Haffner 1992.

Wie erwähnt, wird der Einsatz von *Familienmitgliedern und FreundInnen* (sowie MitpatientInnen) der PatientInnen fast von allen Seiten abgelehnt.⁷¹ Allenfalls als "letzte Zuflucht" (Diaz-Duque 1982:1380) oder unter ganz bestimmten Umständen werden solche Personen als ÜbersetzerInnen akzeptiert.⁷² Im biomedizinischen Setting wird tendenziell weniger vor dem Miteinbezug von Familienmitgliedern und FreundInnen als ÜbersetzerInnen gewarnt, als dies hinsichtlich psychotherapeutischer und psychiatrischer Gespräche der Fall ist. Die häufigsten Befürchtungen im Zusammenhang mit Übersetzung aus dem engen Umkreis der PatientInnen beziehen sich auf die Überforderung dieser übersetzen Personen aufgrund ihrer fehlenden Distanz. Aus Schamgefühlen, Schuldgefühlen, aus einem Bedürfnis zu schonen oder sich abzugrenzen, werden Informationen vorenthalten oder verfälscht. Darüber hinaus stehen den PatientInnen in einer solchen Übersetzungssituation weniger Chancen zur Entwicklung von Eigeninitiative offen, als wenn professionelle Außenstehende übersetzen (vgl. Risteen Hasselkus 1992:300). Auch die Gefahr der Bevormundung oder Entmündigung von PatientInnen durch die Beteiligung an Entscheidungsprozessen wird mit dem Einsatz professioneller ÜbersetzerInnen geringer eingeschätzt.

Der Einsatz von *zweisprachigem Gesundheitspersonal* zur Übersetzung wird demgegenüber oft positiv bewertet. Vor allem als kurzfristige Lösung besteht die Forderung nach Weiterbildung von zweisprachigem Gesundheitspersonal für den Einsatz als ÜbersetzerInnen.⁷³ Allerdings unterstützen wir dabei die Forderung, diese Personen in Anbetracht drohender Rollenkonfusionen von ihrer ursprünglichen Anstellung zu entheben oder die entsprechenden Verantwortungsbereiche klar zu definieren (vgl. Woloshin et al. 1995:727; Downing 1992:124). Dabei ist auch die Bezahlung des fremdsprachigen Medizinalpersonals für diese anspruchsvolle Zusatztätigkeit adäquat zu regeln.

Neben dem längerfristigen Ziel, genügend fest angestellte und professionelle ÜbersetzerInnen zur Verfügung zu haben, werden auch *praktische Interventionen* vorgeschlagen. So werden zum Beispiel Lehrvideos⁷⁴ zur Schulung des Gesundheitspersonals und der ÜbersetzerInnen eingesetzt. Außerdem werden als Antwort auf Kommunikationsschwierigkeiten auch mehrsprachige medizinische Sprachführer⁷⁵ und sogenannte 'Ethnic Files'⁷⁶ für die Behandelnden

⁷¹ Vgl. Bloom et al. 1966; DERMAN 1997b; Diaz-Duque 1982; Downing 1992; Flubacher 1995; Haffner 1992; Hardt 1994; Leyer 1991; Marcos 1979; Moser 1997; Plüss-Trân 1995; Putsch 1985; Sancar 1997; Sluzki 1984; Therapiezentrum SRK für Folteropfer 1996b.

⁷² Vgl. Blöchliger et al. 1994; Coe & Prendergast 1985; Faust & Drickey 1986; Métraux 1995; Phelan & Parkman 1995; Risteen Hasselkus 1992; Tribe 1991.

⁷³ Vgl. dazu Diaz-Duque 1982; Hardt 1994; Putsch 1985; Shackman 1985; Westermeyer 1990; Woloshin et al. 1995.

⁷⁴ Vgl. Hardt 1991; Kaufert et al. 1986.

⁷⁵ Vgl. Hoffmann 1993.

⁷⁶ Vgl. Karmi.

vertrieben. Diese enthalten kulturspezifische Hinweise für verschiedene ethnische Gruppen. Sie entsprechen einem oft geäusserten Bedürfnis von HausärztInnen (vgl. Blöchliger et al. 1994), sind jedoch unseres Erachtens wenig sinnvoll, da damit ethnische Generalisierungen und Stereotypisierungen verstärkt und der Zugang zur individuellen Patientenperspektive eher erschwert werden. Schliesslich wird vorgeschlagen – im Hinblick auf die längerfristige Integration fremdsprachiger Personen in den Alltag eines Aufnahmelandes –, PatientInnen während längerer Spitalaufenthalte in der regionalen Landessprache zu unterrichten, um ihre Selbständigkeit zu fördern.⁷⁷

4.4 Die Triade

Die Arbeit mit Übersetzung im Gesundheitsbereich findet meist in einer Gesprächssituation zu dritt statt. Die üblicherweise dyadische Beziehung zwischen Arzt und Patient wird durch die Erweiterung auf eine triadische Situation grundsätzlich verändert. Hardt (1991) fasst den Einfluss der dritten Person folgendermassen zusammen:

"...the third person may facilitate or inhibit the development and maintenance of a trusting physician-patient relationship; the third person will probably play multiple roles during the visit depending, for example, upon the duration of the encounter and the particular content of the interaction; and no matter how minor the involvement of the third person in the actual talk of the visit, his or her presence significantly changes the basic doctor-patient relationship" (Hardt 1991:48).

In der Literatur zum triadischen Setting zeigen sich Tendenzen zur Idealisierung oder Problematisierung. Die realen Potentiale der Triade scheinen nur teilweise genutzt zu werden. Notwendige technische oder methodische Modifizierungen werden selten reflektiert. Diesen Fragen soll hier nachgegangen werden, indem theoretische Konzepte zur Triade mit der Übersetzungssituation im Gesundheitssystem in Zusammenhang gebracht werden. Zunächst werden die wichtigsten *Rollen* beschrieben, welche ÜbersetzerInnen zugeschrieben werden. Im Anschluss an diese Rollentypologisierung werden *Rollenkonflikte*, *Macht* und *Status* von ÜbersetzerInnen als wichtige Aspekte jeder Triade diskutiert.

⁷⁷ Vgl. Ostermann 1990; Woloshin et al. 1995.

Aus soziologischer Sicht kann die Triade als spezielle Interaktionskonstellation verstanden werden, welche den Interaktionsmitgliedern unterschiedliche Positionen, sogenannte 'soziale Orte' zuordnet.⁷⁸ Diese Rollen oder Positionen sind aus mikro- und makrosoziologischer Perspektive interessant, da sich in ihnen soziales Handeln spiegelt. Dieses soziale Handeln kann und muss man

"auch als Funktion sozialer Systeme begreifen und die Handlungszusammenhänge daraufhin untersuchen, welchen Beitrag sie zur Aufrechterhaltung und Entwicklung sozialer Systeme leisten und in welche Strukturen die Handlungen eingebunden sind" (Griese et al. 1977:11).

Die Rolle, die eine Person einnimmt, kann also nie nur individuell erklärt werden, sondern muss, wie dies Popitz ausdrückt, ebenso als "soziale Haut konfessioneller Art" (zit. ebd:23) verstanden werden. Interaktionsprozesse weisen zudem situationsgebundene Merkmale auf, welche sich weder allein aus dem Blickwinkel des Individuums noch aus jenem der gesellschaftlichen Makrozusammenhänge erfassen lassen. Sie sind die Folgen der wechselseitigen Verstricktheit aller in ihrer Interaktion. Diese Verstricktheit äußert sich in kognitiven Zuständen, welche nur im aktiven Austausch aufrecht erhalten werden können. Goffman (1994:56) umschreibt sie als "Gefühle, Stimmungen, Wissen, Körperdarstellungen", die im "sozialen Handeln innig miteinander verknüpft" sind. Aufgrund der Verbindung zwischen mikro- und makrosoziologischen Prozessen setzen sich kommunikative und hierarchische Konflikte innerhalb der Gesellschaft und des Gesundheitssystems in der triadischen Interaktion fort. Oft werden diese systemimmanenteren Konflikte jedoch auf 'kulturelle' reduziert und als solche konstruiert. Die Verantwortung für die Lösung dieser Konflikte wird dabei im Sinne einer Verschiebung oft auf die ÜbersetzerInnen übertragen.

4.4.1 Die Rollen der ÜbersetzerInnen

Im medizinischen Kontext sind für ÜbersetzerInnen verschiedene Rollen denkbar. Für eine sinnvolle Nutzung dieser Potentiale braucht es Abklärungen, Explizitheit und Akzeptanz der Beteiligten. Im folgenden sollen die den ÜbersetzerInnen zugeschriebenen Rollen im Sinne von Idealtypen diskutiert werden. Die einzelnen Rollen treten in der Praxis neben-, nach- und in Kombination miteinander auf, sind nicht zu trennen, wie dies im folgenden aus theoretischen Gründen geschieht.⁷⁹ Die vielfältigen Ressourcen der ÜbersetzerInnen (zum Beispiel ihre persönlichen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien in der Migration) wurden bisher nur selten wahrgenommen und konzeptionell integriert.

⁷⁸ Für soziologische Theorien zur Triade siehe auch Caplow 1959; Mills 1953; Vinacke & Arkoff 1957.

⁷⁹ Die hier vorgenommene Typologisierung der Übersetzerrollen entspricht derjenigen in der einschlägigen Literatur. Vgl. dazu Bloom et al. 1966; Faust & Dickey 1986; Hardt 1991; Hardt 1994; Kaufert & Koolage 1984.

4.4.1.1 Wortwörtliche Übersetzung

Wortwörtliche Übersetzung⁸⁰ ist jene Art der Übersetzung, an die zuerst gedacht wird, wenn von Übersetzung die Rede ist. Diese Vorstellung von Übersetzung orientiert sich am Dolmetschen und Simultanübersetzen. Die Berufe der DolmetscherIn und der SimultanübersetzerIn unterscheiden sich jedoch grundsätzlich von dem der Übersetzerin im medizinischen Kontext, was Kontext, Art und Ausführung der Übersetzung anbelangt.

Im Gesundheitsbereich befinden sich die drei GesprächspartnerInnen immer in einer *ungleichen* Beziehung, was ihren Zugriff auf Ressourcen wie Wissen und Macht betrifft. Vor allem fremdsprachige PatientInnen sind a priori in einer schwachen Position. Als MigrantInnen sind sie aus sozialen, kulturellen und sprachlichen Gründen in der Interaktion mit VertreterInnen des Gesundheitssystems benachteiligt. Situativ erschwerend ist die Tatsache der Abhängigkeit von medizinischer Hilfe im Falle von Krankheit oder Unfall. Die ÜbersetzerInnen teilen mit den fremdsprachigen PatientInnen oft einen unsicheren rechtlichen und ökonomischen Status.

Wortwörtliche Übersetzung ist grundsätzlich und besonders im Falle des Kranksein kaum möglich und sinnvoll. Die Ausdrücke in Erklärungen und Erzählungen sind in keinen zwei Sprachen mit äquivalenten Bildern und Bedeutungen verbunden. Tribe (1991:3f.) beschreibt Übersetzung denn auch als "at best an approximation of the client's statements and often an intervention in the client's emotions". Dennoch wird wortwörtliche Übersetzung immer wieder als Ideal postuliert:

"the interpreter should «blend into the woodwork» and be so effective and unobtrusive that listeners «forget in fact they are listening, through the interpreter, to a person speaking in another language» (Weber zit. in Freimanis 1994:325).

Hinter dem Wunsch nach wortwörtlicher Übersetzung wird also teilweise das Ziel der Unsichtbarkeit der Übersetzerin evident. Diese Haltung der Übersetzerin ist absolut passiv und ignoriert die triadische Situation.⁸¹ Der gleichzeitige Wunsch nach Übersetzung und Unsichtbarkeit der Übersetzerin weist dieser eine paradoxe Rolle zu.⁸²

Die Forderungen nach wortwörtlicher Übersetzung kommen aus verschiedenen Bereichen, wobei auch die Gründe dafür unterschiedlicher Natur sind. Bei manchen AutorInnen wird die Vorstellung sichtbar, die Übersetzerin stehe dem Arzt gewissermassen als 'Werkzeug' zur

⁸⁰ Als anderer Begriff für den Ausdruck 'wortwörtliche Übersetzung' wird auch 'sprachliche Übersetzung' oder 'Wort-für-Wort-Übersetzung' verwendet (Engl: 'pure interpretation' und 'linguistic interpretation').

⁸¹ Vgl. dazu Sluzki 1984.

⁸² Vgl. dazu Dhawan et al. 1995; Lindbom-Jakobson 1992; Steiner 1996.

Verfügung. Bloom et al. (1966:215) äussern sich folgendermassen dazu: "The interpreter is merely a *tool*, (...) a human tool, that the interviewer uses (...)" . Das Bild der Übersetzerin als 'Hilfsmittel' des Arztes entspricht dem Wunsch einer vollständigen ärztlichen Kontrolle über den Inhalt des Gesprochenen und ist damit eine Verleugnung der veränderten Situation. Konzeptionell spiegelt sich diese Haltung in Tips und Vorsichtsmassnahmen von ärztlicher Seite für den Umgang mit der Übersetzerin.⁸³ Wortwörtliche Übersetzung kann vermehrt zu Missverständnissen führen, vor allem bei mangelnden Sprachkenntnissen, zum Beispiel im Falle von unausgebildeten ÜbersetzerInnen. In Situationen von Unsicherheit kann wortwörtliche Übersetzung auch als "security blanket" (Freimanis 1994:317) benutzt werden, dessen sich die Übersetzerin bedient, wenn sie die Bedeutung des Gesprochenen nicht verstanden hat. Für das Gegenüber macht eine solche Übersetzung jedoch kaum Sinn und Missverständnisse werden eher vergrössert als verkleinert.

Im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext entspringt der Wunsch nach wortwörtlicher Übersetzung eher der grossen Bedeutung, welcher der Sprache beigemessen wird. Wortwörtliche Übersetzung soll den Behandelnden den Zugang zu affektiven Inhalten erleichtern und psychopathologische Aspekte möglichst unverfremdet abbilden. Rein sprachliche Übersetzung entspricht aber auch im psychiatrischen Kontext einer Illusion.⁸⁴ Kaufert (1990) fordert darum, von der Vorstellung wortwörtlicher Übersetzung abzukommen und sich stattdessen mit der Möglichkeit von partnerschaftlicher Beziehungen im Übersetzungsprozess auseinanderzusetzen:

"In these formulations [das heisst den wortwörtlichen Übersetzungskonzepten, Anm. d. A.], the interpreter appropriately performs objective language translation functions and is expected to minimize their level of social interaction with the client and follow the agenda of the attending professional. Models emphasizing pure linguistic translation functions tend to assume that the therapeutic relationship is ultimately controlled by the clinician through their ability to direct the diagnostic agenda. Alternative models of linguistic translation [dt: wortwörtliche Übersetzung, Anm. d. A.] (...) involve elements of partnership and co-participation between the professional, the interpreter and the client" (Kaufert 1990:224f.).

4.4.1.2 Die kulturelle Mediation

In der Rolle der kulturellen Mediatorin⁸⁵ vermittelt die Übersetzerin zwischen jenen kontextuellen Informationen und Erklärungen, die neben der sprachlichen Übersetzung notwendig sind, damit die InteraktionspartnerInnen sich verstehen. Dieser Kontext wird mit 'kulturell' umschrieben, er meint Kultur in einem umfassenderen Sinn. Kulturelle Mediation

⁸³ Vgl. dazu Bloom et al. 1966; Faust & Dickey 1986; Hardt 1994; Kohut 1975; Phelan & Parkman 1995; Sluzki 1984.

⁸⁴ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel 4.5.3.

⁸⁵ In der englischen Literatur wird für diesen Begriff 'Cultural Brokerage' in der französischen 'Médiation Culturelle' verwendet.

zielt auf die Vermittlung zwischen Menschen ab, die in unterschiedlichen sozioökonomischen und kulturellen Kontexten leben. Solche Unterschiede werden für das Individuum vor allem dann spürbar, wenn sie Gleichberechtigung verhindern oder Barrieren darstellen. MigrantInnen sind in ihrem Alltag in besonderem Ausmass mit Diskursen und Strukturen konfrontiert, in welchen sie nicht oder nur ungenügend berücksichtigt werden. In der Interaktion mit dem Gesundheitssystem kann strukturelle Diskriminierung, zum Beispiel das Ignorieren sprachlicher Verständigungsprobleme, fatale Folgen haben. Zuweilen wird unter kultureller Mediation allerdings ausschliesslich die Vermittlung von kulturspezifischen Faktoren verstanden, welche für die Behandlung relevant seien. Damit werden die mannigfaltigen Gründe für Kommunikationsschwierigkeiten allein dem 'kulturellen Fremdsein' der MigrantInnen zugeschrieben. Die Überbewertung von Verhaltensweisen, die auf die kulturelle Herkunft eines Individuums zurückgeführt werden, führt zur Verleugnung von anderen kommunikationserschwerenden Faktoren, zum Beispiel solchen, die sich aus Statusunterschieden ergeben.

In der Literatur geht es bei der kulturellen Mediation mehrheitlich um das 'Verständlichmachen' des für das Gespräch relevanten Kontextes beider GesprächspartnerInnen. In der Aufstellung der unterschiedlichen Elemente, welche die Übersetzerin zu vermitteln hat, spiegelt sich bei Métraux (1995:15ff.) die verbreitete Vorstellung vom 'kulturellen Kontext': Dazu gehören die *nonverbale Sprache*; der *rechtlich-politische Hintergrund* des Aufnahmelandes; *soziale Regeln und Normen*; *spezifische Interaktionsmuster* sowie spezifische Parameter des Gesundheitssystems wie *medizinische Terminologie* und *Behandlungssetting*. Als kulturelle Vermittlerin hat die Übersetzerin also eine aktive und eigenständige Rolle und muss auf ein breites Wissen zurückgreifen können. Oft wird die Übersetzerin als 'Expertin für Kultur' und die Arzt-Übersetzerin-Beziehung als eine "Partnerschaft zwischen zwei Spezialisten" bezeichnet (Bloom et al. 1966: 215).⁸⁶

Auch in den ethnopsychiatrischen Behandlungen, die von Nathan (1986, 1994a, 1994b) entwickelt und von ihm und Moro (1986) theoretisch konzipiert werden, nimmt die Übersetzerin die Rolle einer kulturellen Mediatorin ein. Sie dechiffriert kulturelle Codes und bringt zur Sprache, was an prägenden traditionellen Vorstellungen zum Kranksein vorhanden sein könnte, von den PatientInnen aber nicht ausgesprochen wird. Sie bringt damit kulturelles Material in die Therapie und spricht *anstatt* der Patientin oder deren Familie. Dieses Konzept fokussiert einen Aspekt der kulturellen Mediation besonders, nämlich deren Vermittlung von Tradition. Vor allem Nathan geht davon aus, dass diese die wesentlichen Hintergründe darstellen, welche erst eine kulturell angepasste Behandlung ermöglichen. Bei Moro & de Pury

86 Vgl. dazu auch Faust & Dickey 1986; Freimanis 1994; Hardt 1991; Mirdal 1988; Putsch 1985.

(1994) wird darüber hinaus auf die interaktive 'Co-Konstruktion' des Gesprochenen von vier verschiedenen Diskursen hingewiesen, welche in der therapeutischen Situation aktualisiert werden:

"le cadre ethnopsychiatrique, le récit brut du patient, la traduction (avec les inférences de l'interprète, sa représentation des thérapeutes et de leur connaissance culturelle, ses représentations des patients ...) et enfin, le savoir culturel et les inférences des thérapeutes. La reconstruction de l'univers du patient par le travail sur la traduction n'est pas seulement un processus formel, elle est une des conditions nécessaires à la possibilité même du déroulement du récit" (ebd:75).

Es gibt aber auch Ansätze, die den Begriff der kulturellen Vermittlung weiter fassen. Dabei wird die Funktion der Fürsprache der (stärkeren) Übersetzerin für die (schwächeren) Patientin hervorgehoben. Diese Ansätze spiegeln eine politisch engagierte Haltung. Die Forschungen Kauferts bauen auf diesem Ansatz der kulturellen Vermittlung auf (vgl. dazu weiter unten). Teilweise soll die kulturelle Vermittlerin auch Vorurteile und Diskriminierungen aufdecken und bekämpfen, welche in der Interaktion manifest werden.⁸⁷ Weidman (1982) beschreibt eine Funktion der kulturellen Vermittlung, die noch weiter führt: Durch den Einbezug der nicht-medizinischen Perspektive in das bestehende medizinische System werde längerfristig dieses selbst einer Veränderung unterzogen, was wiederum die Position der Minderheitenkultur stärke (ebd:213). Die Rolle der kulturellen Mediatorin im Gesundheitssystem kommt nicht nur übersetzen, sondern auch anderen Personen zu. Dabei kann es sich, wie bei Weidman (1982) um SozialwissenschafterInnen (EthnologInnen) oder um 'Community based Health Workers' handeln (vgl. Mullavey-O'Byrne 1994). Auch in diesen Konzepten geht es um Vermittlung als Instrument zur Verbindung unterschiedlicher Kontexte:

"Cultural Brokerage relates to the process of establishing meaningful, strategic, or significant linkages between separate cultural or sub-cultural systems" (Weidman 1982:211).

Die Konsequenzen, die sich aus der Definition der kulturellen Mediation ergeben, sind vielfältig. Alle weisen der Übersetzerin jedoch eine aktive und selbständige Rolle zu. Bei allen wird ein gewisses Vertrauen und spezifische Kenntnisse der übersetzenen Person (und dem medizinischen Personal) vorausgesetzt. Diesen Forderungen wiederum könne nur mit entsprechender Ausbildung nachgekommen werden.⁸⁸

87 Vgl. dazu Roberts 1993; Shackman 1985

88 Vgl. dazu auch Kapitel 4.2.2.

4.4.1.3 Die Patientenfürsprache

In der Rolle als Patientenfürsprecherin⁸⁹ ist die Übersetzerin näher bei der Patientin als in der Rolle als kulturelle Vermittlerin. Sie ist dabei sehr aktiv, unterstützt die PatientInnen durch eigene Interventionen und fungiert darin als argumentative Verstärkung. Das Konzept der Patientenfürsprache schliesst auch unterstützende Aufgaben der Übersetzerin ausserhalb der Institution ein, zum Beispiel indem PatientInnen beim Besuch anderer Institutionen begleitet werden.⁹⁰ Die kanadischen Medizinethnologen Kaufert, Koolage und O'Neill vertreten ein elaboriertes Konzept der Patientenfürsprache.⁹¹ Fürsprache wird von ihnen als logische Konsequenz in einer Situation inegalitärer Interaktion betrachtet. Die PatientInnen sind den Behandelnden gegenüber a priori in einer schwächeren Position, welche weitgehend durch den historisch-politischen Hintergrund erklärt werden kann, vor welchem die Interaktion stattfindet: "(...) patients' understandings of sickness reflect historical and structural inequalities and conflicts in their overall relationship to society" (O'Neill 1989:327).⁹² Auch der ebenfalls kanadische Beitrag von Roberts (1993) definiert die Patientenfürsprache aus einer soziopolitischen Perspektive:

"Advocacy implies defending, pleading for or actively supporting the client. In other words, the community interpreter is seen as a guide and counsellor as well as a power broker in favour of his «underprivileged» client" (Roberts 1993:241).

O'Neill (1989) spezifiziert und erweitert den Begriff auf die *implizite* Fürsprache. Er stützt sich auf eigene empirische Untersuchungen ab, nach denen die ÜbersetzerInnen als Reaktion auf sozial und politisch ungleiche Machtverhältnisse in der Interaktion zwischen Arzt und Patient eine Übersetzungsstrategie entwickeln, welche die PatientInnen stärke. Die ÜbersetzerInnen liefern den PatientInnen grundlegende Zusatzinformationen, welche nicht expliziter Teil des Gesprochenen werden, also nicht rückübersetzt werden. Ohne das Wissen der PatientInnen und der ÄrztInnen werden deren Aussagen von den ÜbersetzerInnen verändert, indem sie mit politischen und sozialkritischen Inhalten verbunden werden. Diese Form der 'stillen' Fürsprache wird von O'Neill (1989:332) als *implizite* Fürsprache bezeichnet. Die Interventionen der ÜbersetzerInnen bringen jedoch die Gefahr von Missverständnissen und Verzerrungen mit sich (ebd.). Die implizite Fürsprache wird denn auch als unzulässige Übersetzungsmethode beurteilt. Als Konsequenz aus deren Beobachtung fordert O'Neill die

89 In der englischen Literatur wird hierfür der Begriff der '(Patient-) Advocacy' in der französischen der Ausdruck 'Avocat/-e' verwendet.

90 Vgl. dazu Alvir & Métraux 1997; Métraux 1995; Métraux & Alvir 1995.

91 Vgl. dazu Kaufert 1990; Kaufert & Koolage 1984; Kaufert et al. 1986; Kaufert & O'Neill 1995; O'Neill 1989. Die theoretische Grundlage der Rolle der Patientenfürsprache von Kaufert & Koolage 1984 wird bei Faust & Drickey 1986 übernommen.

92 Zu ungleichen Machtverhältnissen und deren Spiegelung in den Arzt-Patienten-Interaktionen gibt es zahlreiche Beiträge in der medizinethnologischen und medizinsoziologischen Literatur. Vgl. dazu Lazarus 1988; Schepers-Hughes & Lock 1986; Taussig 1980; Young 1982.

Veränderung bestehender und diskriminierender Strukturen, also eine reale Verbesserung der Position der PatientInnen in der Behandlungssituation. Als pragmatischer Schritt schlägt er vor, in den Ausbildungsprogrammen für ÜbersetzerInnen inegalitäre Strukturen und Machtverhältnisse sowie deren Implikationen für die Rolle der Patientenfürsprache zu thematisieren (ebd:340).

4.4.1.4 Die Co-Therapie

Der Begriff der Co-Therapie taucht in der Literatur zur Übersetzung im Gesundheitsbereich immer wieder auf, wird unseres Erachtens jedoch zu wenig reflektiert. 'Co-Therapie' meint eine klar geregelte Zusammenarbeit von zwei oder mehreren TherapeutInnen und entspringt den Konzepten der systemischen Paar- und Familientherapie (vgl. z.B. Auckenthaler 1983 sowie Kapitel 4.5.2).

Die Konzepte zur Co-Therapie, welche sich im Zusammenhang mit der Übersetzung im Gesundheitssystem finden lassen, sind sowohl begrifflich wie technisch-methodisch nicht immer eindeutig: Der Übersetzerin wird zwar häufig eine co-therapeutische Funktion zugesprochen, hingegen wird kaum je näher ausgeführt, wie sich diese Co-Therapie gestalten könnte. So schlägt der Psychoanalytiker Rendon (1989) vage vor: "(...) if one does therapy with the same translator for an extended period of time, one better think about that person as a cotherapist and a powerful one at that" (ebd:9f.). Auch Leyer (1991) bezeichnet die Übersetzerin als Co-Therapeutin. Die Übersetzerin wachse "im Verlauf der gemeinsamen Arbeit in die Rolle einer Co-Therapeutin hinein" (ebd:199). Leyer beschreibt die intensive Zusammenarbeit mit muttersprachlich türkischen ÜbersetzerInnen, die "zu Projektbeginn weder eine eigene Selbsterfahrung noch Erfahrungen im Umgang mit Patienten der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie hatten" (ebd:190) genau und eindrücklich. Allerdings entsteht der Eindruck, dass es sich bei der Übersetzerin nicht um eine Co-Therapeutin im eigentlichen Sinne handelt. Vielmehr wird die Übersetzerin zu einer engen Mitarbeiterin der Therapeutin, zu einer Vermittlerin und wichtigen dritten Person in der Triade. Deren Funktionen werden von Leyer psychoanalytisch verstanden und therapeutisch umgesetzt.

Auch das Therapiekonzept von *Appartenances* sieht für die Übersetzerin die Rolle als Co-Therapeutin vor, allerdings aus einer systemtherapeutischen Perspektive. Der Therapeut ist zuständig für die Definition des Settings und die Wahl therapeutischer Methoden. Die Übersetzerin beteiligt sich aktiv am therapeutischen Prozess, indem sie sich – wenn auch nur in speziellen Situationen – mit ihrer persönlichen Geschichte einbringt. Damit ermöglicht sie das Entstehen von 'Gemeinsamkeiten' ('Appartenances') zwischen ihr und dem Patienten. Der

Therapeut übergibt ihr dafür explizit das Wort und die Führung. Die Zusammenarbeit ist im Sinne einer "Complémentarité" (Alvir & Métraux 1997:1) zwischen Therapeut und Übersetzerin zu verstehen, für welche der Begriff 'Co-Therapie' gebraucht wird (vgl. Kapitel 4.5.2).

In der Rolle als Co-Therapeutin interveniert die Übersetzerin therapeutisch, übernimmt also therapeutische Verantwortung. Darin unterscheidet sich diese Rolle grundsätzlich von allen bisher beschriebenen, in denen die therapeutische Verantwortung alleine bei der behandelnden Person liegt. Eine wirkliche co-therapeutische Zusammenarbeit setzt an TherapeutIn und ÜbersetzerIn hohe Ansprüche. Dabei gelten die Grundsätze jeder Co-Therapie:

"Den Ausschlag dafür, ob Co-Therapie für die Klienten vorteilhaft sein kann oder nicht, bildet eine gut funktionierende Beziehung zwischen den Co-Therapeuten. Dazu gehört, dass sich die Co-Therapeuten Vertrauen entgegenbringen, dass sie offen miteinander reden können und (...) fähig sind, Klarheit zu schaffen hinsichtlich ihrer Zuständigkeiten und ihrer Zusammenarbeit (Auckenthaler 1983:53).

Co-Therapie kann auch von Nachteil sein, "vor allem, wenn zwischen den Co-Therapeuten Konflikte bestehen" (a.a.O.). Als besonders ungünstig gelten ausserdem:

"Unterschiede im Erfahrungs niveau, und besonders wichtig ist die Auseinandersetzung mit Statusdifferenzen und rollenspezifischem Verhalten der Co-Therapeuten. (...) als Kurzformel für die richtige Zusammenstellung von Co-Therapeuten [in der Co-Therapie des Paars, Anm.d.A.] gilt »Dual Sex + Dual Discipline + Equal Status«" (Roman & Meltzer 1977:70).

Auf die Situation der therapeutischen Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen übertragen, müsste vor allem das Postulat des 'Equal Status' Beachtung finden. Gerade diese Differenz wird aber in den Aussagen zur Co-Therapie mit ÜbersetzerInnen mehrheitlich verleugnet.

Métraux bezeichnet die Zusammenarbeit mit einer Übersetzerin als Co-Therapeutin als eng; sie setze grosses Vertrauen voraus:

"La co-thérapie, ou la co-intervention, implique néanmoins la nécessité d'une confiance réciproque entre interprète et professionnel de la santé. De plus, ceux-ci doivent avoir un projet commun et préciser les conditions de l'intervention de l'un ou de l'autre. Une telle collaboration peut, au fil du temps, entre deux personnes qui se connaissent bien, s'instaurer spontanément. Toutefois, au début, un temps doit être prévu pour la préparation en commun des entretiens et une discussion d'évaluation au terme de ceux-ci" (Métraux 1995:20f.).

Als Bedingung für eine co-therapeutische Zusammenarbeit werden von *Appartenances* für die ÜbersetzerInnen drei Regeln festgelegt: erstens die Anerkennung ethischer Normen und beruflicher Pflichten, insbesondere des Berufsgeheimnisses; zweitens das Erfüllen der Informationspflicht; drittens die Pflicht der Offenlegung dieser Verhältnisse gegenüber den PatientInnen (vgl. Métraux 1995:20). Wir gehen davon aus, dass eine gute, sinnvolle Co-Therapie – vor allem im psychotherapeutischen Kontext – einer spezifischen Ausbildung bedarf, in der möglichen Rollen und Konstellationen geübt und verstanden werden.

Zusammenfassend seien nochmals die wichtigsten Aspekte zu den Rollen der ÜbersetzerInnen wiederholt: Die Rollen der Übersetzerin entsprechen *idealtypischen* Haltungen und Funktionen. In der Realität sind sie immer nur in Variationen und Kombinationen sichtbar. Während eines Gespräches wechseln die Rollen je nach Ziel, Thema und situativen Faktoren der Interaktion. Die einzelnen Rollen lassen sich bezüglich ihres Grades an *Aktivität* und *Eigenständigkeit* unterscheiden: *Wortwörtliche* Übersetzung schreibt der Übersetzerin eine sehr passive Rolle im Sinne eines 'menschlichen Werkzeugs' zu. Die Rolle als *kulturelle Mediatorin* schliesst eine gewisse Entscheidungsfreiheit und Interventionsmöglichkeit der Übersetzerin ein. In der Rolle als *Patientenfürsprecherin* und *Co-Therapeutin* gewinnt die Übersetzerin an Einfluss und Macht, welche nur unter bestimmten Bedingungen möglich und fruchtbar sind. In der Praxis setzen die verschiedenen Rollen der ÜbersetzerInnen *Flexibilität*, *Vertrauen* und *klare Abmachungen* voraus, zum Beispiel anhand von Vor- und Nachgesprächen.

4.4.2 Rollenkonflikte

Die Einnahme der verschiedenen Rollen führt zu spezifischen Rollenkonflikten und -konfusionen. Diese ergeben sich hauptsächlich aufgrund unterschiedlicher und unklarer Erwartungen der Beteiligten an die Übersetzerin. Häufig werden zum Beispiel Doppelbotschaften an die ÜbersetzerInnen gerichtet, vor allem was deren Kompetenzen und Subjektivität anbelangt. Die meisten Schwierigkeiten und Konflikte lassen sich auf die unklare Rolle der Übersetzerin innerhalb der Triade zurückführen.⁹³

Kaufert und Koolage (1984) bieten eine relativ genaue Untersuchung der unterschiedlichen Rollen der Übersetzerin und der sich daraus ergebenden Loyalitäts- und Machtkonflikte in der Triade. Sie gehen davon aus, dass sich durch die parallelen und unterschiedlichen Rollenerwartungen an die ÜbersetzerInnen Situationen ergeben, welche diese grossem Druck und Stress aussetzen. Die Konflikte beziehen sich einerseits auf die unklare Position der Übersetzerin innerhalb der Klinik und in der Beziehung zum medizinischen Personal, andererseits auf Rollendissonanzen bei der Übersetzerin selbst. Lindbom-Jakobson (1992) definiert diese Situation als Spannungsfeld zwischen erwarteter Neutralität und gleichzeitigem emotionalen Involviertsein in die Situation. Die Reaktivierung eigener Erfahrungen und Verletzungen verunmöglichen eine neutrale Haltung der Übersetzerin:⁹⁴

"In this treatment triangle there are many «magnetic fields» that can emerge: apart from managing the interpretation task according to the rules, the interpreter will be busy fighting his own internal tendencies of disintegration and trying to maintain his neutrality" (Lindbom-Jakobson 1992:4f.).

⁹³ Vgl. Hardt 1994; Leyer 1991; Mirdal 1988; Putsch 1985; Sluzki 1984.

⁹⁴ Vgl. dazu auch Blöchliger et al. 1997; Dhawan et al. 1995; Mirdal 1988; Steiner 1996.

Diese Schwierigkeit wird dadurch verstärkt, dass die Übersetzerin selbst in ihrem persönlichen Leben oft mitten im Integrationsprozess steht. Aufgrund ihrer eigenen unsicheren Position wird eine klare *Abgrenzung* den Patientinnen gegenüber deshalb zentral. Mirdal (1988) betont die Notwendigkeit einer professionellen Beziehung, auch zwischen ÜbersetzerIn und PatientIn: "(...) it is important for the interpreter just as much as for the therapist to establish a professional relationship to the patient" (ebd:329). Eine professionelle Beziehung zum Patienten setze jedoch ein 'gesundes' Verhältnis der Übersetzerin zu ihrer eigenen Geschichte voraus: "A natural professional attitude requires that the interpreter feels comfortable with her relationship with her own background" (a.a.O.). Andernfalls bestehe die Gefahr einer übermässigen Loyalität oder Ablehnung der ÜbersetzerInnen den PatientInnen gegenüber, womit Konflikte überdeckt und einer therapeutischen Bearbeitung schlechter zugänglich werden.⁹⁵ Der Therapeut muss die Übersetzerin bei der Ausführung ihrer Rolle(n) und professionellen Abgrenzung unterstützen⁹⁶:

"(...) he [der Therapeut, Anm. d. A.] must guard and respect the special role of the interpreter both during and after the therapeutic session. That is to say, the therapist must guard against his desire to make the interpreter into a colleague in order to share the treatment responsibility with him. It is also important that the therapist (...) partly functions as a supervisor for the interpreter so that he can be strengthened in his role and continue to be useful in his function" (Lindbom-Jakobson 1992:13).

Zum besseren Verständnis von Rollenkonflikten und zu deren Bearbeitung sind *Supervision*, *Vor- und Nachgespräche* und eine (gemeinsame) *Ausbildung* für ÜbersetzerInnen und Behandelnde hilfreich.⁹⁷

4.4.3 Macht und Status der ÜbersetzerInnen

Die Frage der Macht und des Status der Übersetzerin bildet einen zentralen Themenbereich in der therapeutischen Triade mit Übersetzung. In der Literatur steht dabei die Beziehung zwischen Behandelnden und ÜbersetzerInnen im Vordergrund. Aber auch das Verhältnis zwischen ÜbersetzerIn und PatientIn kann unter diesem Aspekt betrachtet werden. Kaufert und Koolage (1984) beschreiben das Machtverhältnis zwischen ÄrztInnen und ÜbersetzerInnen folgendermassen:

"The medical professional's status is legitimated by an university degree and clinical credentials reflecting a systematic period of academic and clinical training. The interpreter's knowledge of an indigenous language and

⁹⁵ Vgl. dazu auch Dhawan et al. 1995; Freimanis 1994; Katon & Kleinman 1981; Kaufert et al. 1990; Leyer 1991; O'Neill 1989.

⁹⁶ Vgl. dazu Dhawan et al. 1995; Downing 1992; Kaufert & O'Neill 1990; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Mirdal 1988.

⁹⁷ Vgl. dazu Diaz-Duque 1982; Downing 1992; Faust & Drickey 1986; Flubacher 1995; Hardt 1994; Kohut 1975; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Marcos 1979; Phelan & Parkman 1995.

culture conveys power only within the interpreting situation and is unaccredited as a professional or paraprofessional credential" (ebd:286).

Spezifische Machtkonflikte ergeben sich also aus der Kombination von fehlender formaler Anerkennung der Übersetzungstätigkeit und gleichzeitiger situativer Macht im Übersetzungsprozess. Die Hauptentscheidungskompetenzen liegen beim Arzt, auch wenn dieser während der Übersetzung einen Teil seiner Kontrolle und damit Macht an die Übersetzerin abgeben muss, damit ein Gespräch mit dem Patienten überhaupt entstehen kann. Der mächtigere Arzt gerät damit in ein Abhängigkeitsverhältnis zur in einer schwächeren Position stehenden Übersetzerin, was auf ärztlicher Seite Gefühle von Kompetenzverlust und Hilflosigkeit hervorrufen kann.⁹⁸ Die Entscheidung über Gewichtung und Auswahl der Informationen liegt bei der Übersetzerin, womit ihr – mit einem Ausdruck von Kaufert (1990a:225) gesprochen – eine "gate-keeper"-Funktion zukommt.⁹⁹ Die Umkehrung der Machthierarchie kann auf ärztlicher Seite zum Ausagieren des höheren Status, beispielsweise durch die Herabsetzung der Übersetzerin, führen. Andererseits kann die Übersetzerin ihre Machtposition missbrauchen, indem sie wichtige Informationen vorenthält oder den Arzte irreführt (vgl. Mirdal 1988:330, Lindbom-Jakobson 1992:6).

Solchen Machtkämpfen kann auf verschiedene Weise begegnet werden: Zum einen wird vermutet, dass durch die *Statusaufbesserung* der ÜbersetzerInnen, durch die Anerkennung ihrer Funktion mittels adäquater Ausbildung und Bezahlung, Machtkonflikte entschärft würden.¹⁰⁰ Zweitens wird vor allem auf eine konstante vertrauensvolle *Beziehung* zwischen Arzt und Übersetzerin gesetzt¹⁰¹, die supervisorisch gestützt und begleitet werden muss, damit Machtkonflikte bearbeitet werden können.¹⁰² Als dritter Vorschlag wird auch hier wiederum die Wichtigkeit von *Vor- und Nachbesprechungen* der Konsultationen betont.¹⁰³

Auch in der Beziehung zwischen Übersetzerin und Patient ergeben sich Machtkonflikte. Dabei befindet sich die Übersetzerin in der Machthierarchie zwischen Arzt und Patient. Einerseits sind die ÜbersetzerInnen, ebenso wie die PatientInnen, meist MigrantInnen, und damit mit ähnlichen Alltagsproblemen konfrontiert oder kennen diese zumindest aus eigener Erfahrung. Andererseits wird die Übersetzerin vom Patienten als Teil des Gesundheitssystems wahrgenommen, vom welchem letzterer in der Behandlungssituation abhängig ist. Obwohl auch die

⁹⁸ Vgl. die eindrücklichen Ausführungen dazu bei Leyer 1991.

⁹⁹ Vgl. dazu auch Mirdal 1988; O'Neill 1989; Ostermann 1990; Rendon 1989.

¹⁰⁰ Vgl. dazu Acosta & Cristo 1981; Kaufert & Koolage 1984; Mirdal 1988; Sluzki 1984.

¹⁰¹ Vgl. dazu Bloom et al. 1966; Dhawan et al. 1995; Faust & Dickey 1986; Flubacher 1995; Hardt 1994; Kohut 1975; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Mirdal 1988.

¹⁰² Vgl. dazu Flubacher 1995; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992.

¹⁰³ Vgl. dazu Acosta & Cristo 1981; Bloom et al. 1966; Diaz-Duque 1982; Faust & Dickey 1986; Freimanis 1994; Hardt 1991; Kohut 1975; Leyer 1991.

Position der ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem von beruflichen Unsicherheiten geprägt ist (Lohn, Ausbildung Anstellungsmodus), sind sie den PatientInnen aus struktureller Perspektive überlegen. Zuweilen wird der ÜbersetzerInnen darum auch eine machtausgleichende Funktion in der a priori asymmetrischen Kommunikationsvoraussetzung in der Arzt-Patienten-Interaktion zugestanden.¹⁰⁴

Die Rolle, welche für die ÜbersetzerInnen in der Triade vorgesehen ist, hängt eng mit der beruflichen Position zusammen, welche ihnen zugestanden wird. Die berufliche Anerkennung der ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem ist allerorts noch sehr gering. Die Gründe dafür wurden erwähnt: Soziale Berufe geniessen im Gesundheitssystem nur ein geringeres Prestige. Die Arbeit mit und für MigrantInnen stellt dabei ein besonders wenig karriereträchtiges Gebiet dar. Oft werden Tätigkeiten in diesen Bereichen von der Öffentlichkeit immer noch mit Wohltätigkeit verwechselt. Die ÜbersetzerInnen sind eigentlich wenig erwünscht, weil sie als 'Sand im Getriebe' betrachtet werden und neue Anstrengungen und Probleme für die Arbeit mit sich bringen. Sie werden von den Verantwortlichen der Gesundheitsversorgung mehrheitlich misstrauisch beobachtet. Die Arbeit mit ÜbersetzerInnen kostet. Angesichts des Drucks zur Kosteneinsparung im Gesundheitssystem geniessen neue LeistungserbringerInnen wenig Sympathie.

Die Übersetzungstätigkeit spiegelt insgesamt die mehrfache Benachteiligung von MigrantInnen: Die Arbeitsbedingungen sind durch schlechten Lohn, oft ohne zusätzliche Sozialleistungen und fehlende formale Anerkennung charakterisiert. Unregelmässige Arbeitszeiten und Abrufbarkeit spiegeln zudem einen typischen Frauenberuf ebenso wie implizit geforderte Fähigkeiten, wie Vermittlung, Konfliktverminderung, Anpassung, welche traditionell Frauen zugeschrieben werden (vgl. Kaufert & Koolage 1984; Mirdal 1985).

Der Status der ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem spiegelt sich in den Anstellungsbedingungen und den Konzepten zur fachlichen Zusammenarbeit. Obwohl Übersetzungsarbeit eine anspruchsvolle und teilweise sehr belastende Tätigkeit darstellt, wird sie wenig geachtet und honoriert:

"Powerfull institutional forces, the relative powerlessness of interpreters and migrant clients, and a changing but always confusing ideology of assimilation and integration [are] the determinants of interpreter practice" (Ozolins zit. in Freimanis 1994:326).

104 Vgl. dazu Freimanis 1994; Kaufert & O'Neill 1990; Kaufert & O'Neill 1995; O'Neill 1989.

4.5 Die Interaktion in der Triade: Theoretische Konzepte zur Übersetzung und ihre Konsequenzen

Es scheint uns nicht sinnvoll, die theoretischen Ansätze und praktischen Konzepte zur Übersetzung im medizinischen Kontext in schweizerische und ausländische Literatur zu trennen. Im Kapitel 5 werden die praktischen Ansätze im In- und Ausland verglichen. Hier möchten wir zunächst einen Überblick über die verschiedenen Modelle geben.

Die meisten Publikationen zur Übersetzung im Gesundheitssystem behandeln dieses Thema eher oberflächlich. Der zeitliche Rahmen der theoretischen Beschäftigung mit diesem Thema erstreckt sich über die letzten 30 Jahre.¹⁰⁵ Vor allem in den letzten paar Jahren wurden die Forschungen zur Übersetzung im Gesundheitssystem intensiviert und die anfänglich eher allgemeinen Betrachtungen zur Problematik der Übersetzung im klinischen Setting¹⁰⁶ wurden durch zunehmend spezifischere Fragestellungen erweitert. Heute werden vermehrt Forschungen zu Übersetzung innerhalb verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen wie somatischer Medizin¹⁰⁷, Psychiatrie¹⁰⁸, (klinischer) Psychologie¹⁰⁹ sowie (Medizin-) Ethnologie¹¹⁰ durchgeführt.

In allen Gebieten sind *systemtheoretische Ansätze* zur Untersuchung der triadische Situation häufig.¹¹¹ Nach *Coe und Prendergast* (1985:235) ergibt sich die therapeutische Triade aus sich fortwährend neu zusammensetzenden Dyaden, die je nach Gesprächsthema, -dauer und -ziel der einzelnen Triademitglieder variieren¹¹². Die Triade wird als instabiles System unsicherer und unausgeglichener Beziehungen beschrieben. Um eine stabile ärztliche Position in diesem System zu wahren, müsse verhindert werden, dass den ÜbersetzerInnen als dritte Person zuviel Gewicht zufalle (Sluzki 1984:400). Diese verbreitete Sichtweise resultiert in mannigfaltigen

¹⁰⁵ Der erste Artikel zu Übersetzungsthematik stammt von Bloom et al. 1966 (USA). Er behandelt die Übersetzungsthematik ausgehend von Kommunikationsschwierigkeiten in der klinischen Praxis. Er schlägt eine Typologisierung mit verschiedenen Rollen für die ÜbersetzerInnen vor und beschreibt deren Implikationen für die Beziehung zwischen Behandelnden und ÜbersetzerInnen. Bloom et al. (1966) stellt für die weiteren Publikationen den am häufigsten zitierten Referenzpunkt dar.

¹⁰⁶ Vgl. Diaz-Duque 1982; Faust & Dickey 1986; Kohut 1975.

¹⁰⁷ Vgl. Blöchliger et al. 1994; Coe & Prendergast 1985; Hardt 1991; Hardt 1994; Muecke 1983; Putsch 1985; Ristein Hasselkus 1992; Tonnerre et al. 1997b; Woloshin et al. 1995.

¹⁰⁸ Vgl. Del Castillo 1970; Kline et al. 1980; Marcos et al. 1973b; Phelan & Parkman 1995; Sabin 1975; Sluzki 1984; Smart & Smart 1992; Westermeyer 1990.

¹⁰⁹ Vgl. Acosta & Cristo 1981; Alvir & Métraux 1997; Dhawan et al. 1995; Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Métraux 1995; Métraux & Alvir 1995; Mirdal 1988; Steiner 1996; Tribe 1991.

¹¹⁰ Vgl. Kaufert & O'Neill 1990; Kaufert 1990; Kaufert & Koolage 1984; Kaufert et al. 1984; Kaufert et al. 1986; Kaufert & O'Neill 1995; O'Neill 1989; Salis Gross et al. 1997a.

¹¹¹ Vgl. Coe & Prendergast 1985; Faust & Dickey 1986; Hardt 1994; Sluzki 1984.

¹¹² Theoretisch beziehen sich Coe und Prendergast (1985) einerseits auf das Modell der sozialen Interaktion in der Triade von *Georg Simmel*, andererseits auf die Interaktionsanalyse *Erving Goffmans*.

Tips und Vorsichtsmassnahmen in den Publikationen für den optimalen Umgang mit ÜbersetzerInnen, mit denen versucht wird, die Anwesenheit der Übersetzerin zu kontrollieren.¹¹³

Wir kritisieren an dieser Perspektive auf die triadische Gesprächssituation verschiedenes: Zum einen wird ein rein technischer Zugang der komplexen Dynamik der Triade mit affektiven Konflikten auf allen Seiten nicht gerecht.¹¹⁴ Zum anderen wird deutlich, dass die AutorInnen unter dem Deckmantel einer 'stabilen Arzt-Patienten-Beziehung' die Machtansprüche der Behandelnden zu wahren suchen, welche durch die Anwesenheit einer dritten Person in Frage gestellt werden. Nicht zuletzt geraten damit soziokulturelle Differenzen in den Hintergrund, welche den Kommunikationsproblemen – auch denjenigen in der Triade – zugrunde liegen.

Für die Praxis der Übersetzungstriade sind je nach Anwendungsbereich verschiedene Themen relevant und werden darum fokussiert. Wir unterteilen die theoretischen Ansätze zu Übersetzung im Gesundheitsbereich nach folgenden wissenschaftlichen Teilbereichen:

- biomedizinische Forschung
- Beiträge aus Psychiatrie und Psychotherapie, inklusive Psychosomatik
- medizinethnologische Konzepte

Die *Biomedizin* ist dem Bezug von ÜbersetzerInnen gegenüber tendenziell am negativsten eingestellt. Die Triade wird fast durchgehend als problematisch beschrieben. Ziel der Reflexionen scheint oft eine Schadensbegrenzung zu sein. Dementsprechend bestehen die Beiträge zum Thema vor allem aus Vorschlägen zum 'richtigen Umgang' mit ÜbersetzerInnen.

Die Arbeiten aus *Psychiatrie und Psychotherapie* gehören zu den frühesten Publikationen zur Übersetzung im medizinischen Kontext. Ihre grosse Anzahl spiegelt die Schwierigkeiten in der Begegnung von seelisch Erkrankten und psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fachpersonen, wenn der Zugang zum Erleben und adäquate Hilfe durch sprachliche und kulturelle Barrieren behindert wird. Aus den Publikationen wird eine ambivalente Haltung gegenüber der Übersetzung deutlich: Sie wird dringend gebraucht und stört doch enorm. Teilweise wird die Übersetzbarkeit von Affekten generell in Frage gestellt. Nur in wenigen Arbeiten wird die Erweiterung des therapeutischen Settings auch als Chance betrachtet.

Am meisten Optimismus bezüglich der Übersetzung im Gesundheitssystem zeigt sich in den Forschungen aus der *Medizinethnologie*. Darin werden Vor- und Nachteile der Distanz zur

¹¹³ Vgl. Bloom et al. 1966; Diaz-Duque 1982; Faust & Dickey 1986; Hardt 1991; Hardt 1994; Phelan & Parkman 1995; Putsch 1985; Sluzki 1984.

¹¹⁴ Vgl. dazu auch Leyer 1991.

Praxis deutlich. Die Arbeiten unterziehen die Übersetzungssituation im medizinischen Kontext einer kritischen, aber scheinbar weniger befangenen Analyse. Die Perspektive ist breiter, schliesst verschiedenste soziale Faktoren ein und untersucht die Interaktion der AkteurInnen sowie den Einfluss des Gesundheitssystems. Der Einbezug von Übersetzung wird aber meist optimistisch beurteilt, im Sinne einer Erweiterung der bestehenden therapeutischen Konzepte. Nur wenige Arbeiten überprüfen die Umsetzbarkeit theoretischer Konzepte und führen damit interdisziplinäre Aktionsforschungsansätze konsequent durch (vgl. die Arbeiten von Kaufert sowie von O'Neill 1989).

Die Arbeiten zur Übersetzung im medizinischen Kontext sind vor allem fast durchgängig aus der *Perspektive der Behandelnden* verfasst. Diese spezifische Sicht engt den Blick auf das Geschehen in der interkulturellen therapeutischen Triade natürlich sehr ein und verzerrt ihn. Gerade der ärztliche Einfluss auf die Dynamik in der Triade wird hingegen kaum reflektiert. Häufig wird den ÜbesetzerInnen die Verantwortung für Schwierigkeiten und Verzerrungen der Kommunikation in Behandlungssituationen zugeschoben.

Nur wenige AutorInnen gehen der Frage nach, welche *Behandlungsfehler* sich aufgrund sprachlicher und kultureller Kommunikationsprobleme im medizinischen Kontext ergeben, und konnten sie wissenschaftlich belegen. Marcos et al. haben in den siebziger Jahren für den psychiatrischen Bereich nachgewiesen, dass die erschwerte Kommunikation zu Fehlbeurteilungen und -behandlungen psychiatrischer PatientInnen führt (Marcos et al. 1973b). Kareem & Littlewood haben diese Befunde bestätigt (Kareem & Littlewood 1992). Darüber hinaus sind kaum mehr Untersuchungen zu ähnlichen Fragestellungen gemacht worden. Im biomedizinischen Bereich hat kaum eine Arbeit diese Gefahren wissenschaftlich untersucht oder aufgezeigt, inwiefern sich die Resultate medizinischer Bemühungen mit dem Bezug adäquater Übersetzung verbessern lassen. In einer Untersuchung aus den USA wurden auf gehäuft inadäquate Anästhesien bei fremdsprachigen PatientInnen hingewiesen (Todd et al. 1993). Favrat et al. wiesen 1991 nach, dass die Zufriedenheit der Behandelnden in Erstkonsultationen von der Fähigkeit zur Kommunikation abhängt, weniger hingegen von der Herkunft der PatientInnen. Untersuchungen zur Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung sind wichtig, weil diese einen direkten Einfluss auf die Qualität der Behandlung hat (Favrat et al. 1991). Flaskeud et al. (1990) zeigten, dass bei fehlender sprachlicher oder ethnischer Übereinstimmung von PatientInnen und Behandelnden sehr kurze Therapien oder Therapieabbrüche wesentlich häufiger sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei stark unterdurchschnittlicher psychiatrischen Behandlungsdauer die Qualität der Behandlung beeinträchtigt wird. Ein laufendes Nationalfondsprojekt in Lausanne verdeutlicht, dass in den medizinischen und psychiatrischen Polikliniken oft die Hilfe von Übersetzung gewünscht wird, aber aus

verschiedenen Gründen nicht zur Verfügung steht.¹¹⁵ Das Projekt will abklären, inwiefern sich Behandlungssituationen ändern, wenn professionelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden.

Blöchliger et al. (1994) befragten HausärztInnen aus drei Kantonen, welche teilweise ebenfalls angaben, sie würden für eine adäquate Behandlung die Hilfe von ÜbersetzerInnen benötigen (Blöchliger et al. 1994). Auch dieser Befund wird aktuell in einem Projekt des Nationalfonds weiter untersucht (Hatz & Salis Gross 1995; Blöchliger et al 1997).

4.5.1 Übersetzung im biomedizinischen Kontext

Im somatisch-medizinischen Kontext wird die triadische Situation tendenziell problematisiert. Es wird befürchtet, die Aussagen der PatientInnen würden durch die Übersetzung verzerrt. Ausserdem werden der grössere Zeitaufwand und organisatorische Probleme (vor allem in Notfallsituationen) betont.¹¹⁶ Diese Befürchtungen schlagen sich in der Aufstellung langer Listen mit Tips und Vorsichtsmassnahmen zur Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen nieder. ÄrztInnen betrachten ÜbersetzerInnen oft als "«noise» in the system" (O'Neill 1989:335).

Kommunikationsschwierigkeiten mit fremdsprachigen PatientInnen werden in der Biomedizin oft vorschnell auf 'kulturelle Faktoren' zurückgeführt. Es besteht eine Tendenz zur Kulturalisierung von Problemen und Konflikten in der Behandlung, welche aus einer soziopolitischen Perspektive verständlicher wären. Kultur wird in der Biomedizin tendenziell als störender, aber faszinierender Faktor betrachtet, welcher von wichtigeren Fragen abzulenken scheint: "more interest is shown in drum dancing for example, than in class relations or alienation" (ebd:341). Auch die ÜbersetzerInnen werden in diesen Verschiebungsprozess einbezogen, indem von ihnen eher das Einbringen von kulturspezifischen Besonderheiten erwartet wird, als eine Vermittlung zwischen verschiedenen sozialen Systemen, welche die Kommunikation erschweren.

Von ärztlicher Seite wird dem Problem der sogenannten 'Compliance' grosser Stellenwert zugemessen. Unter Compliance wird die Kooperation der PatientInnen mit den ÄrztInnen und das Einhalten ihrer Anordnungen (zum Beispiel die Einnahme verordneter Medikamente) verstanden. Compliance-Probleme sind in der Medizin allgemein gross. Sie können als Ausdruck von Hierarchie- und Kommunikationsproblemen verstanden werden. Im Kontakt mit fremdsprachigen PatientInnen ergeben sich zusätzliche Schwierigkeiten, indem ein gemeinsames Vorgehen daran scheitert, eine gemeinsame Sprache für das Kranksein und

¹¹⁵ In 9% der Konsultationen mit ausländischen PatientInnen (welche weniger als 5 Jahre in der Schweiz leben, älter als 16jährig sind sowie eine fremde Nationalität haben) wurde eine Übersetzung als wünschenswert betrachtet, stand aber nicht zur Verfügung (vgl. Kapitel 2).

¹¹⁶ Vgl. dazu Bloom et al. 1966; Haffner 1992.

dessen Behandlung zu finden. Dementsprechend geben die Behandelnden der somatischen Medizin als Gründe für den Beizug von Übersetzung vor allem die Verbesserung der Compliance (vgl. Blöchliger et al. 1994) sowie die Aufklärungspflicht gegenüber PatientInnen an. Der Themenkomplex rund um die ärztliche Pflicht zur Aufklärung und zum Einholen des Einverständnisses für die Behandlung (englisch: 'Informed Consent') wird vor allem in US-amerikanischen Publikationen behandelt.¹¹⁷

Von den oft wenig fundierten Beiträgen zur Übersetzung im Gesundheitsbereich heben sich drei Publikationen aus den USA ab, welche die Thematik ausführlicher behandeln (vgl. Hardt 1991; Hardt 1994; Putsch 1985; Woloshin et al. 1995). Auch diese AutorInnen geben Tips zur Optimierung der Triade Arzt-Übersetzerin-Patient. Darüber hinaus bieten sie aber einen brauchbaren historischen Überblick zur (auch rechtlichen) Entwicklung der Übersetzung im Gesundheitsbereich in den USA. Inhaltlich verbindet diese AutorInnen der theoretische Bezug auf medizinethnologische Erkenntnisse. Dabei steht der unterdessen berühmt gewordene Erklärungsmodellansatz ('*explanatory model framework*') des amerikanischen Medizinethnologen Arthur Kleinman (1980) im Zentrum. Kleinman definiert die Erklärungsmodelle als "notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process" (ebd:105).¹¹⁸ Das Wissen um die Erklärungsmodelle erleichtert die Herstellung von Bezügen zwischen den semantischen Aspekten des Krankseins und den Systemen medizinischen Wissens. Die Synopsis von persönlichen Bedeutungen, Traditionen, Familienmustern, wissenschaftlichen Konzepten, Machtfaktoren, medizinischen Spekulationen sowie harten Fakten ermöglicht deren Verbindung. In der klinischen Praxis dienen die Erklärungsmodelle dazu, Ordnung zu schaffen, Bedeutungsinhalte zu vermitteln und Therapiepläne zu gestalten. Methodisch wird der Zugang zu den Erklärungsmodellen eröffnet, indem Fragen zu fünf zentralen klinischen Themen gestellt werden (*five core clinical questions*): Diese umfassen:

- die Ursache für die Krankheit
- die Zeit und die Art des Krankheitsbeginns
- die Pathophysiologie (d.h. die krankhaften Prozesse im Körper)
- den Verlauf der Krankheit
- die Behandlung der Krankheit

Für die Verständigung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist die Vermittlung dieser in soziale und kulturelle Strukturen eingebetteten Erklärungsmodelle von grosser Wichtigkeit. Der

¹¹⁷ Vgl. dazu Marta 1996, eine Autorin, die den 'Informed Consent' aus linguistischer Sicht betrachtet; vgl. auch Muecke 1983; Putsch 1985 und Woloshin et al. 1995.

¹¹⁸ Vgl. dazu auch Kapitel 4.5.4.

Zugang zu diesen Bedeutungszusammenhängen ist allerdings stark an eine gemeinsame Sprache gebunden. In der interkulturellen Behandlung wird die Übersetzerin von den obenerwähnten AutorInnen darum als wichtigste Vermittlerin im Prozess des Aushandelns zwischen den involvierten Erklärungsmodellen erachtet. Hardt, Putsch, Woloshin et al. betonen dabei allerdings vor allem 'kulturspezifische' Krankheitserklärungen und laufen damit unseres Erachtens Gefahr, andere kommunikationsrelevante Faktoren ausser acht zu lassen. Die AutorInnen fordern denn auch für die Ausbildung von ÜbersetzerInnen, speziell kulturspezifische Krankheitskonzepte zu berücksichtigen. Auch Hardt (1991), welcher in vorbildlicher Weise in der Ausbildung auch das medizinische Personal berücksichtigt und umfassendes Ausbildungsmaterial entwickelt hat¹¹⁹, betont die Wichtigkeit kulturspezifischer Aspekte sehr und nimmt insofern eine leicht kulturalistische Haltung ein.¹²⁰

4.5.2 Übersetzung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext

Aus dem Gebiet der Psychiatrie stammen die ersten vertieften Beiträge zur Übersetzung im klinischen Rahmen und die einzigen wenigen quantitativen Forschungen. Als Pionier in diesem Bereich ist Luis R. Marcos zu nennen, der über den Weg von Forschungen zur Zweisprachigkeit in psychiatrischen Gesprächen zur Übersetzungsthematik gestossen ist. Die späteren Publikationen aus dem psychiatrischen Kontext beziehen sich ausnahmslos alle auf Arbeiten und Erkenntnisse von Marcos und seiner Forschungsgruppe.¹²¹

Bevor wir aber auf die Übersetzung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext eingehen, möchten wir in einem Exkurs grundsätzliche Überlegungen zur Fremdsprachigkeit in therapeutischen Situationen vorstellen. Die Arbeiten dazu stammen fast ausschliesslich von psychiatrischer und psychoanalytischer Seite.

4.5.2.1 Exkurs: Fremd- und Muttersprache in der therapeutischen Situation

Die Möglichkeit zur muttersprachlichen Kommunikation bringt wesentliche Vorteile für jede therapeutische Situation mit sich. Wir meinen, dass der Beizug einer Übersetzungshilfe darum nicht selten die bessere Lösung darstellt, als ein fremdsprachiges Radbrechen von einer der

¹¹⁹ Vgl. Hardt 1991 (Videos und Lehrbuch).

¹²⁰ In seinem Lehrbuch werden die in den Videos präsentierten Fallbeispiele zu Übersetzungsgesprächen diskutiert. Dabei werden die kulturspezifische medizinische Praxis, Übersetzungsprobleme und Schwierigkeiten der triadischen Situation untersucht. Im Anhang listet Hardt (1991:93ff.) unter anderem kulturspezifische Krankheitsbegriffe auf.

¹²¹ Zu dieser Forschungsgruppe gehörten Murray Alpert, Martin Kesselmann und Leonel Urcuyo.

beiden Seiten. Um dieses Postulat zu stützen, möchten wir auf die Bedeutung eingehen, welche Fremd- und Muttersprache in Behandlungssituationen haben. Zur Untersuchung dieser Frage eignen sich therapeutische Situationen besonders gut, in welchen sowohl die Mutter- wie auch die Fremdsprache gesprochen werden kann, also bilinguale Behandlungen. Perfekt zweisprachige Therapien sind allerdings sehr selten, häufig tut sich eine der beiden Gesprächspartnerinnen mit der Zweisprache (und dem damit verbundenen soziokulturellen Kontext) schwer.¹²²

Studien existieren fast ausschliesslich zur Fremdsprachigkeit der *PatientInnen* in Psychiatrie und Psychotherapie. Welchen Einfluss die Fremdsprachigkeit der *Behandelnden* auf den therapeutischen Prozess hat, wurde hingegen bezeichnenderweise kaum untersucht.¹²³ Die Situation, in welcher PatientInnen in ihrer Muttersprache, die Behandelnden aber in einer für sie fremden Sprache sprechen, ist unter anderem aufgrund der Kränkung interessant, welche die *TherapeutInnen* durch ihr Radebrechen erfahren. Sie finden sich damit in einer Situation wieder, welche MigrantInnen nur allzugut kennen und welche in jeder Psychotherapie zu bearbeiten ist (vgl. Leyer 1991). In meiner eigenen Erfahrung (R.W.) gibt die Reaktion der PatientInnen auf meine mangelhafte Sprachkompetenz signifikante Aufschlüsse über aktuelle Übertragungsaspekte. Mit der Umkehrung des sprachlichen Vorteils richtet sich ausserdem eine spezifische Projektionsfläche für Gefühle auf, welche sich einstellen, wenn die Kommunikation erschwert ist. Diese sind in der Gegenübertragung bestens spürbar und stellen eine gute Deutungsebene her.

Welches sind nun die Vorteile der Möglichkeit muttersprachlicher Kommunikation in der psychotherapeutischen Situation? In einer der frühesten Arbeiten zur Bedeutung der Fremd- und Muttersprache in der psychotherapeutischen Situation verwies Buxbaum (1949) darauf hin, dass frühe Kindheitserinnerungen anhand von Ausdrücken in der Muttersprache lebendig werden und erst dann einer analytischen Bearbeitung zugänglich werden (1949:282). Sie stützt sich dabei auf Sterbas (1937) *dreifacher psychischer Bedeutung der Sprache* in der Psychotherapie: Erstens werden damit *bewusste* Inhalte vermittelt, welche vom Ich kommuniziert werden *wollen*. Zweitens werden *unbewusste* Inhalte mitgeteilt, für die die bewusste Mitteilung als Mediator fungiert. Diesen nicht-expliziten Mitteilungen gilt die Deutungsarbeit. Drittens können die Besonderheiten des Ausdrucks und der Sprechweise

¹²² In einer Befragung der PsychiaterInnen des Kantons Zürich gaben zwar 117 von 164 an, Fremdsprachige in Behandlung zu haben und auch künftig zu nehmen (71%). Von diesen gaben 27 (23%) an, nicht Deutsch als Muttersprache zu haben. 86 (52%) gaben an, auch aussereuropäische PatientInnen zu betreuen. Diese Zahlen erstaunen angesichts der Mühe von fremdsprachigen PatientInnen, einen Psychotherapieplatz in einer anderen als einer der vier Landessprachen zu finden (Quelle: Weiss, Regula 1995, unpublizierte eigene Untersuchung).

¹²³ Caruso ermutigte als Lehranalytiker seine AnalysandInnen dazu, in ihrer Muttersprache zu sprechen, solange sie die seine noch nicht gut sprachen. Um ihnen die muttersprachliche Kommunikation zu ermöglichen, nahm er selbst in Kauf, teilweise (verbal) nicht viel zu verstehen (vgl. Caruso & Duque 1966).

jenseits der Sprache Hinweise auf unbewusstes Material geben (vgl. Sterba 1937, zit. in Buxbaum 1949:284f.). Diese letzte Ebene sprachlicher Mitteilungen, die Art, *wie* etwas gesagt wird, ist für Buxbaum die wichtigste, Sie lehnt sich dabei an Reich (1927) an, der vor allem bei der Analyse der Widerstandes dafür plädierte, sich in der analytischen Arbeit mehr auf die Art der Kommunikation als auf deren Inhalt zu konzentrieren. Zugleich ist diese Ebene der Mitteilung diejenige, welche am schlechtesten objektivierbar ist. Viertens, müsste angefügt werden, gibt das Sprechen Aufschluss über soziokulturelle Hintergründe, welche die therapeutischen Situation in relevanter Weise beeinflussen.

Der Rückgriff auf Fremd- oder Muttersprache in der therapeutischen Situation müsste also von grossem praktischem Interesse sein, da er vor allem das *wie* und den *Sinn* der gewählten Kommunikationsform zugänglich macht.

Für die Sprachentwicklung sind die primären Objektbeziehungen von zentraler Bedeutung. In diesen Beziehungen sind frühkindliche Konflikte unvermeidlich. Diese Konflikte, sofern sie in der späteren Entwicklung nicht gelöst werden können, bleiben darum an die frühe Muttersprache geknüpft. In vielen Therapien von Zweisprachigen ermöglicht daher erst der Einbezug des kindlichen Vokabulars einen Zugang zu frühen Traumata und zentralen Konflikten. Bei fremdsprachigen PatientInnen können mit dem Einbezug der Muttersprache neurotischen Konflikte bearbeitet werden, welche in der Fremdsprache kaum zugänglich wären. Allerdings treten in jeder Therapie Widerstände gegen die Bearbeitung von neurotischen Fixierungen auf. Die Abwehr gilt einerseits den Affekten, welche mit dem Gebrauch der Muttersprache oder mit dem Gebrauch der Fremdsprache mobilisiert werden. Das Vermeiden der Muttersprache kann bei Zweisprachigen zum Beispiel den Zweck haben, unverarbeitete Konflikte bewusstseinsfern zu halten, welche sich in Beziehungen zu Hauptbezugspersonen aus der Welt der Muttersprache ergaben. Oder wie eine Patientin Buxbaums den Wunsch eines 'neuen Lebens' in der Emigration umschrieb: "Now I will be different, I will never again be swept away by my feelings" (1949:282). Der Nicht-Gebrauch der Muttersprache kann dabei die unbewusste Funktion einer 'Geheimsprache' bekommen, welche die Bearbeitung von Konflikten ungeheuer erschwert. Umgekehrt kann die Zweisprache von PatientInnen mit bedrohlichem Material verbunden sein, die ihren Erwerb und Gebrauch vorerst verbieten.

Doch wenden wir uns zunächst dem Einfluss von Zweisprachigkeit auf psychiatrische Behandlungen zu. In seinen Arbeiten untersucht Marcos aus einer psychoanalytischen Perspektive den Einfluss von Zweisprachigkeit auf psychiatrische Gespräche, welche nicht in der Muttersprache der PatientInnen stattfinden.¹²⁴ Dazu wurden Interviews einmal in der Muttersprache der PatientInnen durchgeführt, dann in der Fremdsprache. Marcos (1976b)

124 Vgl. Marcos 1976a; Marcos 1976b; Marcos & Alpert 1976; Marcos et al. 1973a.

verweist auf die Gefahr von Fehlinterpretationen, die sich in solchen psychiatrischen Gesprächen und Psychotherapien ergeben. Das "fremde Sprechen" (R.W.) verändert die Emotionalität und reduziert die affektive Modulation. Aus der grösseren Distanz zur Emotionalität der PatientInnen ergeben sich Vor- und Nachteile, welche zu berücksichtigen sind:

"The bilingual patient's difficulty in integrating emotions and experiences, the displacement and blocking of affects, and the reinforcement of obsessive resistances may give rise to misinterpretations and distortions of their problems. Conversely, the language barrier may facilitate the verbalization of highly charged material by patients who feel «protected» by the linguistic detachment" (Marcos 1976b:558).¹²⁵

Die Zweitsprache im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gespräch verändert also vor allem den Zugang zu frühen psychischen Erfahrungen, welche an die Muttersprache gebunden sind. Marcos und Alpert (1976) betonen aber auch einen Vorteil des behinderten Wegs zu frühen Erfahrungen: Der Gebrauch der Fremdsprache ermögliche es PatientInnen, die Sprache zu vermeiden, welche mit hochbesetzten Phantasien und Erinnerungen verbunden ist, und sich damit von bedeutsamen psychischen Traumata zu distanzieren:

"The bilingual patient (...) may be able to reveal in the second language experiences which in the first language would have remained unavailable" (Marcos 1976b:557). "(...) speaking English [hier die Zweitsprache, Anm. d. A.] meant avoiding the language of their key fantasies and memories, enabling them to detach themselves from significant psychic traumata" (Marcos & Alpert 1976:1276).¹²⁶

Auch andere Autoren weisen auf den positiven Effekt sprachlicher Distanz hin, zum Beispiel Caruso & Duque 1966. Nach Krapf (1955) wird durch deren Gebrauch zwar das Durcharbeiten archaischer Triebwünsche und Gefühle erschwert. Bei einem sehr strengen Überich, welches mit der Muttersprache assoziiert ist und den Zugang zu den Trieben des Es versperrt, seien Konflikte allerding eher angehbar, wenn man sich des milderen 'neuen' Überichs der Zweitsprache bediene, um eine Entlastung von traumatischen Erinnerungen herbeizuführen. Bei Marcos und Alpert wird unseres Erachtens zu wenig darauf hingewiesen, dass das Vermeiden von belastenden Erinnerungen oder starken Gefühle durch den Gebrauch der Fremdsprache kaum einen *nachhaltigen* Vorteil für den psychotherapeutischen Prozess hat. Wir bezweifeln, dass dadurch der Zugang zum Verständnis der aktuellen Konflikte des Patienten und deren Bearbeitung auf Dauer erleichtert wird. Das Auftauchen von belastenden Erinnerungen in der Fremdsprache kann zwar einen ersten Schritt über die Schwelle der Abwehr traumatischen

¹²⁵ "Die Schwierigkeiten bilingualer Patienten, Gefühle und Erfahrungen zu integrieren (d.h. sie zu anerkennen und zu verarbeiten), ihre Verschiebung und Hemmung von Affekten (d.h. spezifische unbewusste Abwehrformen) und die Verstärkung des Widerstandes (gegen ihr Bewusstwerden und Durcharbeiten) kann Anlass zur Fehlinterpretation und Entstellung ihrer Probleme geben. Umgekehrt kann das Sprachhindernis das Verbalisieren von hochbesetztem Material (d.h. affektiven Themen mit Konfliktpotential) bei Patienten erleichtern, welche sich durch die sprachliche Distanzierung «beschützt» fühlen" (Marcos & Alpert 1976:558, Übersetzung und Erläuterung psychoanalytischer Begriffe, R.W.).

¹²⁶ Zum Verhältnis Muttersprache-Emotionalität vgl. auch Buxbaum 1949; Del Castillo 1970; Greenson 1982; Métraux 1995; Velikovsky 1934 Westermeyer 1990.

Wiedererlebens ermöglichen, jedoch kaum die Bearbeitung und Integration des Traumas. Diese ist an die Wiederholung des emotionalen Erlebens geknüpft, welches ausschliesslich in der Fremdsprache nur schlecht verbalisierbar ist.¹²⁷

Die Bedeutsamkeit von fremd- und muttersprachlichen Äusserungen hängt nicht zuletzt mit den Resten der magischen Kraft der Worte auch im Erwachsenenalter zusammen. Die Sprachentwicklung in der frühen Kindheit ist eng mit der Ichentwicklung verbunden, mit der aktiven Kommunikation und dem Umgang mit der inneren und äusseren Welt. Das Kind phantasiert beim Erlernen von Worten deren Allmacht hinsichtlich der Kontrolle von Objekten, das heisst der Wunscherfüllung. Später, mit der Ausbildung des Überichs, welches die Autorität der Eltern ersetzt, gerät das Sprechen unter dessen Einfluss und wird in gewissen Situationen von diesem dominiert. Auch im Erwachsenenalter wird emotional hochbesetzten (muttersprachlichen) Worten aber immer wieder magische Kraft zugemessen. Das Verbalisieren von Erfahrungen in der Sprache, in welcher diese geschahen, kann diese darum aktualisieren, real machen und allenfalls unverstandene Ängste auslösen. Der Gebrauch der Fremdsprache macht Erfahrungen demgegenüber irreal, lässt also Distanzierung zu.

Der Erwerb und Gebrauch einer Fremdsprache ermöglicht aber nicht nur die Distanz zu traumatischen Erfahrungen, sondern den Aufbau eines eigentlichen 'neuen' Abwehrsystems gegen unliebsame kindliche Erinnerungen oder alte Selbstbilder.¹²⁸ Weil diese in der Muttersprache viel besser zugänglich sind, ist es von grossem Vorteil, im richtigen Moment die Muttersprache als therapeutisches Instrument einsetzen zu können:

"Der Gebrauch der Muttersprache war eine Technik, die die starke Abwehr durchbrechen sollte, welche die alte strukturelle Konstellation von der neuen isolierte. (...) Es ermöglichte ein Durcharbeiten vieler Erkenntnisse, die bis dahin in der Therapie nicht zugänglich gewesen wären" (Greenson 1982 [1950]:20).¹²⁹

Die muttersprachliche Kommunikation erleichtert damit die Integration der Vergangenheit, eine zentrale Forderung in der psychoanalytischen Behandlung. Ohne den Einbezug der fremdsprachlich abgespaltenen Anteilen der eigenen Geschichte bleibt die Ich-Identität 'amputiert' und kann die Bearbeitung wichtiger Konflikte nur rudimentär gelingen, bleibt die neurotische Dynamik intakt (vgl. Buxbaum 1949:288).

¹²⁷ Es gehört zu den Aufgaben der Therapeutin, den therapeutischen Prozess so zu steuern, dass überwältigende Retraumatisierungen in der Therapie vermieden werden können.

¹²⁸ Greensons These (1982 [1950]:20f.), der Gebrauch der Zweitsprache könne der Abwehr gegen das alte Selbstbild dienen, ist für die therapeutische Arbeit mit MigrantInnen wichtig. Diese müssen in einem Prozess der Identitätsfindung auf dem schwierigen Weg zu einem neuen Selbstbild begleitet werden.

¹²⁹ Zur Situation der zweisprachigen Psychotherapie vgl. auch Foster 1992; Greenson 1982 [1950]; Krapf 1955; Lagache 1956; Rozensky & Gomez 1983. Diese Autoren haben sich zwar der zweisprachigen Psychotherapiesituation angenommen, untersuchen dabei allerdings nur eine quasi perfekt bilinguale Klientel perfekt bilingualer Psychoanalytiker.

Andererseits stellt ein plötzlicher Wechsel von der Fremd- in die Muttersprache durch seinen Triebwünsche aktualisierenden Effekt nicht selten eine Bedrohung dar, welche vom Überich kontrolliert wird. Es kommt zum Schweigen, das Überich wird dabei zum Kontrapunkt des magischen muttersprachlichen Sprechens (vgl. Buxbaum 1949:286). Diese Erhöhung des Widerstandes ist natürlich kaum sinnvoll und kann ohne weiteres auch zum Abbruch der Therapie führen. Es gilt also flexibel und entlang der spezifischen Dynamik in der Übertragungsbeziehung zu entscheiden, ob ein Wechsel in den Gebrauch der Muttersprache opportun ist oder nicht.¹³⁰

Auf alle Fälle stellt in Therapien, welche die Wahl der Sprache (Fremd- oder Muttersprache) prinzipiell ermöglichen, der spontane Switch (der PatientInnen) von einer Sprache in die andere hochsignifikantes Material dar. Die Wechsel der Sprache verweist dabei auf Konflikte zwischen zwei Welten, welche sich in Raum, Zeit und Sprache voneinander unterscheiden. Das 'fremde Sprechen' unterscheidet sich insofern unwesentlich von der symptomatologischen Bedeutung des Stotterns, Stammelns und von Versprechern. Fremd- und Muttersprache können zu einem wichtigen Instrument in der psychotherapeutischen Beziehung werden, welches bei der Bewusstmachung von Themen hilft, die mit frühen Prägungen verknüpft geblieben sind. Auf die technischen Frage, wie mit dem (unbewussten) Bedürfnis nach emotionaler Distanzierung durch die Wahl der Sprache umgegangen werden kann, wie also Fremd- und Muttersprache für die Psychotherapie nutzbar gemacht werden können, sind verschiedene Antworten möglich. Greenson erlaubte zum Beispiel einer Patientin, jeweils zu Beginn jeder Sitzung die Sprache zu wählen (ebd:18). Bereits diese Entscheidung stellt wichtiges Material dar, mit welchem gearbeitet werden kann. Krapf (1955) selbst vielsprachig und im Argentinien der Nachkriegszeit in seiner psychoanalytischen Tätigkeit mit vielen verschiedenen Muttersprachen konfrontiert, untersuchte die Funktion des Switchens von der Mutter- in die Fremdsprache. Für ihn steht der Gebrauch von Fremd- oder Muttersprache eng in Verbindung mit aktuellen Forderungen des Überich. Die Zweitsprache ermöglicht den Rückgriff auf das 'mildere' Überich der in der Zweitsprache neu erworbenen 'neuen' Ich-Identität (1955:350). Krapf stützt anhand von Fallbeispielen die Hypothese von Isakower (1939), wonach die Entwicklung des Überich stark an auditive Prägungen geknüpft ist, und zeigt, dass der Gebrauch der Muttersprache bei einem rigiden Überich allenfalls wenig hilfreich sein kann. Auch nach Fenichel (1997 [1945]) wird die Beziehung zur Sprache vor allem durch die Gesetze des Überich bestimmt. Buxbaum (1949) betrachtet den Gebrauch der Zeitsprache ebenfalls als möglichen Abwehrmechanismus zur Milderung eines strengen Überichs:

"The ability to speak foreign languages (...) can be employed as an additional defense mechanism, reinforcing repression, and also as a means of weakening the strength of the superego" (Buxbaum 1949:288).

¹³⁰ Diese spezifischen Themen rund um den technischen Umgang mit der Muttersprache stellen unseres Erachtens eines der Themen dar, welche in Übersetzungssituationen zu wenig berücksichtigt werden.

Krapf betont den angstreduzierenden Zweck des Gebrauchs der Zweitsprache und dessen positiven Effekt auf das Ich vor dem Hintergrund eines strafenden Überichs:

"Whether a patient uses a second language to resist analysis by 'reenforcing repression' or to further it by 'weakening the strength of a paralyzing prohibitive superego', the meaning of the choice for the ego is always the same: the ego is protected against intolerable anxiety caused by the superego. (...) The common determinator of the motivation that underline the choice of language in polyglot psychoanalysis is in general a tendency to avoid anxiety. The individual uses the language that in a particular situation is least likely to provoke a feeling of anxiety or, conversely, most likely to give him a feeling of security" (1955:354ff.)

Die Wahl der Zweitsprache kann das Ich also stärken und damit einen eher positiven als negativen Abwehrmechanismus darstellen. Das nützlichere 'neue' Überich wird in der Zweitsprache auf Kosten des archaischeren der Muttersprache gestärkt. Das durch hochbewertete Charaktereigenschaften determinierte Ich-Ideal in der Zweitsprache unterstützt das Ich gegen die angstauslösende, durch das Es determinierte, 'alte' Überich (356). Krapf empfiehlt darum einen technischen Umgang mit der Zweisprachigkeit, welche den Aspekt der Regulierung des Angstpegels in der Therapie berücksichtigt:

"It is clear, that psychoanalytic technique – directed as it is to the provocation of play and counterplay between arousal and the alleviation of anxiety – will sometimes discourage and sometimes favor the use of a particular language" (356).

Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass solche technischen Vorteile der zweisprachigen Psychotherapie nur zum Zuge kommen können, wenn beide – PatientIn *und* TherapeutIn – die verwendeten Sprachen gut beherrschen. Insofern der momentane Gebrauch der Zweitsprache der Regulierung des Angstpegels dient, ist er therapeutisch nutzbar, auch wenn nicht alles verstanden wird. Oder mit Wilhelm Reichs Worten: Das analytische Untersuchung soll sich eher darauf richten, *wie*, als *was* gesagt wird (Reich 1927). Ein gewisses Radebrechen, eine reduzierte Dichte der Sprache hat also in der Psychotherapie durchaus auch Vorteile für die PatientInnen.

Trotzdem bleibt die Möglichkeit bestehen, dass in der Zweisprachigkeit wichtige emotionale Komponenten abgespalten bleiben. Es kann ausserdem fruchtbar sein, die PatientInnen zu motivieren, sich selbst über die Funktion der Fremd- und Muttersprache in der unmittelbaren therapeutischen Situation Gedanken zu machen, um diese für den therapeutischen Prozess zu nutzen.

Fremd- und Muttersprache beeinflussen nicht nur die Dynamik des psychotherapeutischen Prozesses, sondern – viel früher – bereits die Einschätzung der präsentierten Symptome von Seiten der behandelnden Fachleute. Auch zu dieser Frage wurden nur sehr wenige wissenschaftliche Arbeiten durchgeführt, eine der am häufigsten zitierten stammt wiederum von Marcos und seinen Mitarbeitern. Bei Interviews in spanischer und englischer Sprache zur psychopathologischen Beurteilung von zehn schizophrenen PatientInnen spanischer Mutter-

sprache durch je zwei Psychiater zeigten sich deutliche Unterschiede.¹³¹ Die Untersuchung in englischer Sprache führte zu statistisch hochsignifikant schwereren Befunden, als wenn sie auf Spanisch stattfand.¹³² Der Wechsel der Sprache beeinflusste sowohl den Inhalt als auch paralinguistische Komponenten der verbalen Kommunikation. Unterschiede ergaben sich vor allem in bezug auf affektive Parameter. Offenbar antworteten die PatientInnen auf die jeweilige Sprache des Interviews emotional unterschiedlich.¹³³ Als wichtiges Resultat zeigte sich, dass sogar bei jenen beiden PatientInnen, deren englisches Vokabular als differenzierter als das spanische bewertet wurde, psychopathologisch schwerere Befunde erhoben wurden, wenn das Interview in englischer Sprache stattfand.

Del Castillo (1970) hingegen kam in einer früheren Untersuchung zu einem gegenteiligen Resultat. Er stellte diagnostisch leichtere psychopathologische Befunde fest, wenn die Untersuchung in der Fremdsprache stattfand und schloss daraus, die Kommunikation in der Fremdsprache stelle eine Strukturierungshilfe dar, welche den PatientInnen die Kontrolle über ihre psychischen Auffälligkeiten erleichtere:

"A language not his own, in which he has to make an effort to understand and to respond, can act as a stimulus that shakes him up, makes him think, and puts him in better contact with reality" (Del Castillo 1970:243).

Die Widersprüche in den beiden Resultaten können teilweise mit verschiedenen Versuchsanordnungen erklärt werden.¹³⁴ Wichtiger scheint uns aber zu erkennen, dass der Gebrauch der Fremd- oder Muttersprache einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidungen haben, welche von den Behandelnden getroffen werden. Diese Tatsache müssten von Psychia-

131 Nachträgliche Beurteilungen von Videos mit standardisiert durchgeführten psychiatrischen Interviews (BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale) durch unabhängige Psychiater (vgl. Alpert 1970, sowie Alpert, Marcos & Kesselmann: Evaluation of closed-circuit television as the clinical sample for the assessment of psychopathology and the estimation of treatment response, ca. 1975, unpublished). Jedes der Interviewpaare wurde bezüglich Unterschieden und Ähnlichkeiten in Inhaltsyntax und Form (Sprechtempo, -pausen und -unterbrüche) beurteilt. In der Zweisprache wurden vor allem Kodierungsprobleme festgestellt, d.h. die Fähigkeit der PatientInnen, Ideen, Gefühle, Bilder etc. in verständlicher Weise zu verbalisieren.

132 Der durchschnittliche BPRS-Score der in englischer Sprache durchgeführten Interviews lag bei 93, in der spanischsprachigen Gruppe erreichte er lediglich 65 Punkte (Marcos 1976b:550).

133 Am stärksten wurden folgende Parameter durch die Sprache des Interviews beeinflusst: "Spannung", "deprimierte Stimmung", "Feindseligkeit", "Ängstlichkeit", "emotionaler Rückzug", "somatische Befürchtungen". Die Unterschiede der anderen Faktoren waren statistisch nicht signifikant ("Denkstörung", "Manierismus", "Grandiosität", "Misstrauen", "motorische Verlangsamung", "unkooperatives Verhalten", "ungewöhnliche Denkinhalte", "reduzierte Affektmodulation", "Erregung" sowie Desorientierung"). Am ähnlichsten, d.h. sprachunabhängigsten wurden "Schuldgefühle" und "halluzinatorisches Verhalten" interpretiert (Marcos 1976b:551).

134 Beide Untersuchungen beziehen sich auf psychotische PatientInnen, fanden aber unter sehr verschiedenen Umständen statt. Im Untersuchungssetting von Del Castillo (1970) waren die PatientInnen motiviert, eine möglichst schwere Symptomatik zu zeigen, um dem Gefängnis zu entgehen. Die PatientInnen in der Untersuchung von Marcos zeigten sich hingegen eher von ihrer gesunden Seite, um Langzeithospitalisationen zu vermeiden (vgl. Marcos et al. 1973b:549). Del Castillo betont ausserdem, seine These gründe lediglich auf Beobachtungen und könne nicht den Anspruch einer allgemeingültigen Theorie erheben, bevor nicht mehr Forschung zur Thematik vorliege (Del Castillo 1970:242).

terInnen und PsychotherapeutInnen in grundsätzliche Überlegungen zum Vorgehen einbezogen werden.

In den jüngeren Arbeiten zur mehrsprachigen Psychotherapie werden Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte beim Wahl einer Sprache untersucht (vgl Amati Mehler et al 1990, Foster 1992, Rozensky & Gomez 1995).

Ein hilfreiches Modell für die Bedeutung von Mehrsprachigkeit im therapeutischen Prozess schlagen Amati Mehler, Argentière & Canestri mit dem Mythos von Babel vor, eine fruchtbare Erweiterung der psychoanalytischen Mythologie. Der Babel-Mythos verweist auf progressive und regressive Aspekte von Beziehungen: Progressive ist die Verabschiedung der narzistischen Illusion, wonach eine universelle Kommunikation möglich sei. Regressiv ist die Tendenz, eine vor-babylonisches totales Verstehen anzustreben. Wie auch beim Ödipus-Mythos geht es also beim Babel-Mythos um die Notwendigkeit des Exils und der Trennung als Voraussetzung für künftige Erkenntnis, das heisst für Entwicklung. Amati Mehler, Argentière und Canestri verweisen auf Bion (1985), der zum Turmbau zu Babel sagte:

"It is not the successful construction of the Tower to Babel, but its failure, that gives life, initiates and nourishes the energy to live, grow, prosper" (1985, zit. in Amati Mehler et al 1995).

In vielen interkulturellen Therapien geht es tatsächlich um die Trennung des Subjekts von alten Objekten, um die Lösung aus der Verschmelzung hin zur Differenzierung, zur Individuation, mit der erst das Fortschreiten in die Welt hinaus möglich wird.

Die Resultate der Forschungen zum Gebrauch der Fremd- und der Muttersprache in psychotherapeutischen Situationen lassen sich auch auf biomedizinische Gebiete anwenden. Die Arbeiten betonen durchwegs, dass der Gebrauch der Muttersprache zu anderen affektiven Beziügen Zugang ermöglicht als das Sprechen in einer Zweitsprache. Angesichts der Tatsache, dass heute auch in den meisten anderen Bereichen der Gesundheit emotionalen Komponenten für Entstehen und Verlauf von Krankheiten eine bedeutende Rolle zugemessen wird und sie darum in die Kommunikation mit PatientInnen Eingang finden sollen, sind diese Resultate also für Behandlungssituationen im gesamten Gesundheitsbereich relevant.

4.5.2.2 Psychiatrische und psychotherapeutische Situationen mit Übersetzung

Die obigen Ausführungen machen deutlich, dass die Gefahr von Fehlinterpretationen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Arbeit mit Fremdsprachigen ohnehin gross ist. Mit dem Bezug von ÜbersetzerInnen ergeben sich neue Möglichkeiten, aber auch Gefahren.

Marcos (1979) und Sabin (1975) stellten fest, dass ÜbersetzerInnen die psychische Symptomatik von PatientInnen häufig missinterpretieren (vgl. Marcos 1979 und Sabin 1975). Nach Sabin können vor allem affektive Aspekte von den ÜbersetzerInnen oft nicht richtig eingeschätzt werden. Ihre Hilfe beim Sammeln von Daten zur Lebensgeschichte ermögliche zwar Rückschlüsse, zum Beispiel auf psychotische Phänomene. Der Zugang zur Verzweiflung der PatientInnen verändere sich aber in der Wahrnehmung der Fachleute durch die Übersetzung in selektiver Weise:

"(...) while translation allows effective gathering of data on life history and behaviour, allowing recognition of psychotic phenomena, the process may selectively mute our recognition of the patient's despair" (Sabin 1975:199).

Dennoch sprechen sich Marcos und Sabin für Übersetzung im psychiatrischen Kontext aus. Sie warnen aber vor einer Überforderung der ÜbersetzerInnen. Diese Haltung ist beispielhaft für die Ambivalenz, welche sich in den meisten psychiatrisch-psychotherapeutischen Publikationen äussert: Der Gebrauch von ÜbersetzerInnen wird zwar als notwendig erachtet, aber es werden konsequenzenreiche Verzerrungen und Verfälschungen durch die Übersetzung befürchtet.¹³⁵ Immer wieder wird darum betont, nur wortwörtliche Übersetzung erlaube den Behandelnden Rückschlüsse auf affektive Inhalte. Hardt (1994) spricht auch von einem 'Normalisierungseffekt' durch wortwörtliche Übersetzung. Diese reduziere den Verlust der gedanklichen Ordnung: "it minimizes the accumulation of disordered thought (...)" (Hardt 1994:174.).¹³⁶ Die Frage, inwiefern wortwörtliche Übersetzung Fehlinterpretationen des Gedankenganges durch die Behandelnden wirklich zu reduzieren vermag, bedarf allerdings weiterer Untersuchungen. Vor allem wurde nirgends auf die Frage eingegangen, welche Vor- oder Nachteile wortwörtliche Übersetzung *für die PatientInnen* hat.

Überhaupt ist auffällig, wie wenige Untersuchungen zur Perspektive der PatientInnen auf die therapeutische Triade mit Übersetzung durchgeführt wurden. Eine interessante Arbeit beschreibt die unterschiedliche Wahrnehmung durch ÄrztInnen und PatientInnen (Kline et al. 1980). Die Zufriedenheit der PatientInnen und der ÄrztInnen mit der Anwesenheit von ÜbersetzerInnen zeigen grosse Unterschiede. Entgegen Vermutungen von ärztlicher Seite ziehen fremdsprachige PatientInnen Gespräche mit Übersetzung jenen ohne Übersetzung vor und sind zudem auch mit den ärztlichen Dienstleistungen in der triadischen Interaktion zufriedener als in der Konsultation ohne Übersetzung (ebd:1530).¹³⁷ Kline und seine Co-Autoren erklären die Fehleinschätzung der ÄrztInnen folgendermassen:

135 Vgl. dazu Kline et al. 1980; Marcos et al. 1973b; Rendon 1989; Steiner 1996; Westermeyer 1990.

136 Vgl. Diaz-Duque 1982; Marcos 1979.

137 Vgl. dazu Acosta & Cristo 1981.

" (...) the therapist's uncertainty about his or her data base, general insecurity, and the double amount of time needed for the interview lead to feelings of doubt, helplessness, frustration, and loss of interest. The therapist then erroneously concludes that the patient does not feel helped or understood (...)" (Kline et al. 1980:1532).

Allerdings könnten gerade diese Gefühle – Zweifel, Hilflosigkeit, Frustration und Interesseverlust – als Ausdruck einer Gegenübertragungsreaktion im erweiterten Sinn des Begriffs verstanden werden, als vom Patienten unabhängige Reaktion der Therapeutin aufgrund ihrer eigenen psychischen Disposition und der aktuellen Dynamik. Solche Gegenübertragungsinhalte sind in Behandlungen mit MigrantInnen typisch. Werden sie erkannt, können sie auch als Werkzeug für die Deutungsarbeit betrachtet und benutzt werden.

Als Konsequenz der als schwierig erachteten triadischen Konstellation wird für das psychiatrisch-psychotherapeutische Setting besonders häufig das Ideal zweisprachiger TherapeutInnen postuliert.¹³⁸ Welche spezifischen Situationen sich dabei ergeben, ist allerdings kaum Gegenstand von Untersuchungen. Da der Zugang zu muttersprachlichen Therapieplätzen sehr beschränkt ist, werden Übersetzungen als notwendiges Übel anerkannt. Zur Optimierung des Settings und als Grundvoraussetzung für eine vertrauens- und respektvolle Zusammenarbeit werden Vor- und Nachgespräche, Supervision sowie eine möglichst konstante Beziehung zwischen Therapeut und Übersetzerin gefordert. Von verschiedener Seite wird die therapeutische Triade mit einer übersetzenden dritten Person auch als Kleingruppenprozess verstanden, mit allen Implikationen für die Dynamik (vgl. Rendon 1989:50).

Eine starke Befürwortung von Übersetzung in Psychotherapien wird in Fachgebieten vertreten, in welchen die Behandlung von MigrantInnen besonders häufig ist, so in der Psychosomatik¹³⁹, der Behandlung von Opfer organisierter Gewalt¹⁴⁰ sowie methodisch im familientherapeutischen Setting.¹⁴¹ In diesen Publikationen wird die Anwesenheit der Übersetzerin im allgemeinen als Herausforderung betrachtet. Die Erweiterung des therapeutischen Settings eröffne neue Perspektiven für die Behandlung fremdsprachiger PatientInnen. Zur Nutzung der Ressourcen, welche sich in der Triade ergeben, wird aber für Modifikation in Technik und Setting plädiert. Leyer (1991) beschreibt die therapeutische Triade aus psychoanalytischer Perspektive als "«Übergangsraum» zwischen distanzierter Fremde und sicherer Vertrautheit", in welcher die Übersetzerin die Gleichberechtigung der Patientin in der Kommunikation fördere (Leyer 1991:190).

138 Vgl. dazu Kline et al. 1980; Marcos 1979; Sabin 1975; Westermeyer 1990.

139 Vgl. dazu Leyer 1991.

140 Vgl. dazu Dhawan et al. 1995; Lindbom-Jakobson 1992; Tribe 1991.

141 Vgl. dazu Alvir & Métraux 1997.

Uns scheint in diesem Zusammenhang ausserdem die Möglichkeit zur Triangulation¹⁴² in der Triade wichtig. Triangulation ist potentiell in allen triadischen Situationen möglich, auch im therapeutischen Setting mit ÜbersetzerIn.¹⁴³ Ziel jeder Triangulierung ist die flexible Regulierung von Nähe und Distanz zur primären Bezugsperson, hier also zur Therapeutin. Über die psychische Distanz zur Therapeutin hinaus ermöglicht die übersetzende Person auch eine *kulturelle Triangulierung*, also eine Hin- oder Abwendung zu oder von kulturellen Konstrukten, welche das eigene Verhalten und Befinden prägen. Wir erachten diesen Aspekt als wichtigen Vorteil der Übersetzung in Therapien.¹⁴⁴

Im psychotherapeutischen Setting stellen die Emotionen und Konflikte *aller* Anwesenden Material dar, welches therapeutisch genutzt werden kann. Auch die gefühlsmässigen Reaktionen des Übersetzers sind eine Ressource, welche in den therapeutischen Prozess einbezogen werden kann. Der therapeutische Raum gilt allgemein als Ort der Rekonstruktion psychischer Wirklichkeiten, in welcher der Sprache eine zentrale Rolle zukommt. Dabei hat der Übersetzer eine besonders wichtige Funktion. Er ermöglicht es, dass sich zwischen Therapeut und Patient 'geteilte Zugehörigkeiten' ('appartenances communes') entwickeln, welche ein Fundament für den therapeutischen Prozess darstellen (Alvir & Métraux 1997). Die Übersetzung stellt Gemeinsamkeiten her, indem sie sie sprachlich konstruiert und damit erkennbar macht. Nur wenn der Übersetzer selbst über eine Zugehörigkeit zu beiden kulturellen Systemen verfügt, also einen Zugang zu beiden sozialen Wirklichkeiten hat, kann er zwischen diesen vermitteln. Eine solche Vermittlungsaufgabe des Übersetzers ist also sehr anspruchsvoll. Nur selten wird sie aber so konzipiert.

Häufig wird hingegen von *Co-Therapie* und der damit verbundenen Aufwertung der Übersetzerin in der Triade gesprochen. Die konkrete Technik der Zusammenarbeit zwischen Übersetzerin und Therapeutin im Sinne der Co-Therapie wird dabei aber kaum reflektiert. Es wird selten klar, welches Co-Therapiekonzept zur Anwendung kommt.¹⁴⁵ Uns scheint darum, mit der Einführung dieses Begriffes werde die unklare Rolle der Übersetzerin eher verdeckt als aufgewertet. Co-Therapie scheint vielmehr ein Lippenbekenntnis zu sein, welches ein konfliktbeladenes Machtgefälle in der Triade verdeckt. Die ungleichen Entscheidungskompetenzen ändern sich durch die blosse Verwendung eines Egalität suggerierenden Begriffes

¹⁴² Unter Triangulation wird in der Psychoanalyse die Möglichkeit des kleinen Kindes verstanden, sich in seinen Ablösungsversuchen von der Mutter einem Dritten, meist dem Vater, zuwenden zu können und damit neue Entwicklungsschritte zu machen. Zum Konzept von Dyade und Triade sowie Triangulierung in der Psychoanalyse (vgl. Müller-Pozzi 1995:128ff.).

¹⁴³ Als einzige Autorin geht Lindbom-Jakobson (1992) für die Übersetzungssituation auf diesen Aspekt ein.

¹⁴⁴ Ein ähnliches Konzept vertreten Leyer 1991 und Mirdal 1988.

¹⁴⁵ Co-Therapie bedeutet eine klar definierte Zusammenarbeit zweier TherapeutInnen, welche im voraus Rollen und Interventionsstrategien für eine Psychotherapie festlegen. Die möglichen Rollen unterscheiden sich jeweils je nach Konzept und Ziel. Theoretisch stützen sich die Co-Therapiekonzepte auf die Systemtherapie ab.

noch nicht. Dazu wären strukturell gestützte Anstrengungen zur besseren Nutzung der Ressourcen in der Triade nötig.

Auch Alvir und Métraux – unseres Wissens die einzigen AutorInnen, welche aus der doppelten Perspektive von Übersetzerin und Therapeut Arbeiten zur Zusammenarbeit in der Triade publizieren – beschreiben ihre Funktionen und Rollen als 'komplementär' und 'co-therapeutisch' (a.a.O.).¹⁴⁶ Métraux stützt sich dabei auf ein systemtherapeutisches Setting ab. Die Interventionsstrategien werden zwischen Therapeut und Übersetzerin abgesprochen, es kann also tatsächlich von einer Rollenteilung im therapeutischen Prozess gesprochen werden. Allerdings distanziert sich Alvir von einer therapeutischen Funktion und Verantwortung. Auch hier wäre der Begriff der Co-Therapie also zu überdenken.

Interessant wäre auch die Frage, warum überhaupt von Co-Therapie gesprochen wird, das heisst, welche Vorteile sich für wen daraus ergeben. In der Paartherapie konnte der Vorteil der Co-Therapie gegenüber der Behandlung durch einen Einzeltherapeuten bisher nicht nachgewiesen werden (vgl. Gurman 1973:421). Es kann davon ausgegangen werden, dass Co-Therapie vor allem dem Bedürfnis der TherapeutInnen entspringt, welche sich von der Zusammenarbeit eine Entlastung versprechen (vgl. Rosenbaum 1971:509). Dass derart oft von Co-Therapie gesprochen wird, ohne dass ausgereifte Konzepte dazu vorgestellt würden, weist darauf hin, dass auch die Behandelnden von fremdsprachigen MigrantInnen aufgrund von *Überforderungsgefühlen* damit liebäugeln, die therapeutische Verantwortung mit den ÜbersetzerInnen zu teilen. Nur wenn sie letztere aber tatsächlich in Entscheidungsprozesse einbeziehen würden, sollte von Co-Therapie gesprochen werden.

Aus diesen Überlegungen ziehen wir Begriffe wie 'therapeutische MitarbeiterInnen' vor, weil sie die Realität nicht verdecken. Als 'Co-Worker', hingegen explizit nicht als 'Co-TherapeutIn', werden die ÜbersetzerInnen von Marika Lindbom-Jakobson (1992) genannt (ebd:11ff.). Sie spricht aus der Erfahrung von Therapien mit gefolterten Flüchtlingen, in denen sie täglich mit Fragen zu Macht und Gewalt konfrontiert ist. Lindbom-Jakobson arbeitet eng mit ihren ÜbersetzerInnen zusammen und schliesst auch deren Affektivität in den therapeutischen Prozess ein. Die ÜbersetzerInnen erleichtern mit ihren (Gegenübertragungs-) Gefühlen den Zugang zu den PatientInnen. Für die Autorin stellt die Übersetzerin außerdem eine spezifische weitere Ressource im therapeutischen Setting dar, indem sie für den Patienten als Modell betrachtet werden kann: "The ethnic interpreter becomes a model for the client to follow and to learn from" (ebd:7). Uns scheint darüber hinaus, auch die Beziehung und spezifische Interaktion zwischen Übersetzerin und Therapeut habe Modellcharakter und stelle damit ein therapeutisches Werkzeug dar. In dieser Interaktion kann sich eine vorbildhafte interkulturelle

146 Vgl. dazu Kapitel 4.4.1.4.

Praxis spiegeln, in welcher Verständigung möglich ist und Konflikte fruchtbar angegangen werden.

Ein häufig diskutiertes Thema stellen Übertragungssphänomene von den PatientInnen auf die Übersetzerin dar. Lindbom-Jakobson spricht richtiger von 'Gefühlen, welche auf die Übersetzerin verschoben werden' ("displaced feelings", ebd:7), weil sie die direkte Ansprechpartnerin für den Patienten darstelle.¹⁴⁷ Eine Übertragungssituation im engeren Sinne ist aber erst vorhanden, wenn Konflikte des Patienten in der Beziehung zur Übersetzerin aktualisiert werden, obwohl sie sich eigentlich auf die Therapeutin richten. Ähnliche (Gegen-) Übertragungssphänomene auf die ÜbersetzerInnen sind übrigens auch von Seiten der TherapeutInnen zu erwarten. Der Übersetzer wird zur Projektionsfläche für die beiden anderen Protagonisten. Diese Position kann auch mit der Metapher der 'Zielscheibe' umschrieben werden: "The interpreter has a relationship both with the patient and the therapist, has feelings toward both and is at the same time a target for their feelings and their projections" (Mirdal 1985:327). Die Belastungen in einer solchen emotionalen Puffer-Position sind gross. Auch eigentliche Missbrauchssituationen sind ohne weiteres möglich.

Die Behandelnden tun sich verständlicherweise schwer mit der neuen Situation, in welcher die direkte Kommunikation mit den PatientInnen nicht möglich ist. Die notwendige Umstrukturierung von Setting und Technik kann zu Verunsicherung, Verärgerung und Verwirrung bei der Therapeutin und zu Machtkonflikten zwischen ihr und der Übersetzerin führen.¹⁴⁸ Lindbom-Jakobson (1992) betont, dass während der Konsultation für die Gefühle des Übersetzers kein Platz zur Verfügung steht, seine Innenwelt aber trotzdem für die therapeutische Arbeit zur Verfügung stehen muss: "He is to listen inwardly, and his parallel task is to handle his inner experiences of the situation without acting upon his feelings" (ebd:14). Die Übersetzerin muss ihre Gefühle also 'verwahren', um sie nach der Stunde im Gespräch mit dem Therapeuten zu besprechen und Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte zu interpretieren.

Die auf allen Seiten auftretende 'Sprachlosigkeit', 'Sprachverwirrung' und 'Sprachstörung' kann ebenfalls als Ressource für die Therapie verstanden werden (vgl. Leyer 1991:191ff.). In der Triade rütteln Gefühle der Hilflosigkeit, von Kontroll- und Kompetenzverlust der TherapeutInnen an den gängigen Rollenmustern im therapeutischen Setting. Daraus kann sich eine neue Dynamik mit spannenden Deutungsmöglichkeiten ergeben.¹⁴⁹ Konflikte sind aber insgesamt kaum vermeidbar. Um Eskalationen zu vermeiden, wird für eine klare Zuordnung

¹⁴⁷ Vgl. dazu Acosta & Cristo 1981; Leyer 1991; Mirdal 1988; Rendon 1989; Steiner 1996.

¹⁴⁸ Vgl. Leyer 1991; Lindbom-Jakobson 1992; Mirdal 1988; Tribe 1991.

¹⁴⁹ Vgl. dazu Flubacher 1995; Mirdal 1988; Rendon 1989.

von Verantwortlichkeiten und Rollen im Gespräch plädiert.¹⁵⁰ Therapeut und Übersetzerin müssen, um ihre Zusammenarbeit fruchtbar zu gestalten, gemeinsam Konzepte erarbeiten, therapeutische Ziele festlegen und das konkrete Resultat dieser Bemühungen in Supervisionen überprüfen.¹⁵¹ Viele AutorInnen fordern ausserdem eine spezielle Ausbildung für TherapeutInnen und ÜbersetzerInnen.¹⁵²

4.5.3 Übersetzung aus medizinethnologischer Perspektive

Währenddem die bisher vorgestellten Ansätze eher mikrosoziologische und psychologische Schlüsse zulassen, fokussieren die Ansätze der Medizinethnologie stärker die sozio-ökonomischen und kulturellen Hintergründe, vor denen Übersetzung im Gesundheitswesen stattfindet. Hier entstanden die ersten Beiträge, welche den Blickwinkel der Übersetzerin als Vermittlerin zwischen Patient und Arzt einnehmen. Auch die Bedeutung der mehrfachen Marginalisierung der betroffenen Klientel – kranke MigrantInnen – wird vor allem von medizinethnologischer Seite zum Thema gemacht. Die Medizinethnologie liefert darüber hinaus Konzepte, welche eine politische Analyse und eine Kritik an den strukturellen Bedingungen erlauben, welche Übersetzung im Gesundheitssystem prägen.

Die medizinethnologischen Konzepte zur Übersetzung im Gesundheitsbereich beziehen sich mehrheitlich auf theoretische Grundlagen der interpretativen Schule der amerikanischen Medizinethnologie und der kritischen amerikanischen Medizinethnologie. Zwei der wichtigsten Vertreter des interpretativen Ansatzes der Medizinethnologie sind Arthur Kleinman (1980) und Byron Good (1994). Im Zentrum ihrer Untersuchungen steht die *soziale und kulturelle Konstruktion von Krankheitserfahrung und -behandlung*. In der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen steht das gegenseitige Verstehen und Verstandenwerden im Mittelpunkt des Interesses. Als Untersuchungsinstrument hat Kleinman (1980) dazu das Konzept der *Erklärungsmodelle* ('explanatory model framework') entwickelt. Erklärungsmodelle umfassen *alle* Bemerkungen, Ideen und Begriffe zu einer Episode von Kranksein und deren Behandlung von *allen* Personen, welche am therapeutischen Prozess beteiligt sind.¹⁵³

Byron Good und Mary-Jo Del Vecchio Good (1981b) haben zur Erfassung von Krankheitsinterpretationen das Modell des *semantischen Netzes des Krankseins* ('semantic

150 Vgl. dazu Dhawan et al. 1995:184; Lindbom-Jakobson 1992:11ff.; Leyer 1991:188.

151 Vgl. dazu Dhawan et al. 1995; Tribe 1991. Letztere Autorin bezieht sich hauptsächlich auf Literatur aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich (Marcos 1976, Marcos & Alpert 1976, Marcos et al. 1973a, 1973b, Marcos und Sabin 1975).

152 Vgl. dazu Acosta & Cristo 1981; Leyer 1991; Steiner 1996.

153 Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 4.3.

illness networks') entworfen. Damit lässt sich der Kontext von sozial und kulturell geteilten und für das Individuum relevanten Bedeutungsnetzwerken beschreiben.

Die kritische Schule der amerikanischen Medizinethnologie befasst sich hauptsächlich mit sozialen Machtunterschieden, welche sich im medizinischen Diskurs spiegeln. Das Verhältnis von Medizinsystem, Ethnizität und sozialer Klasse wird von Crandon (1986:464) dement sprechend als gespannt beschrieben:

"Medical dialogues in a medically pluralistic environment reflect, involve, and construct political, economic, ideological and social relations. Consequently, medical dialogue is a window through which we can see political and economic processes as they pertain to the nature of interethnic relations. At the same time medical dialogue is an arena in which interethnic relations are negotiated and played out. Hence, medical dialogue is both an arena for change and a window on the politico-economic relationship between medicine and ethnicity (and class)".¹⁵⁴

Die medizinethnologische Forschung wirft zur Übersetzung im medizinischen Kontext vor diesem Hintergrund neue Fragen auf. So befasst sie sich beispielsweise mit der Position der Übersetzerin, in welcher sich die asymmetrische Kommunikationssituation zwischen Ärztin und Patient direkt spiegelt: "(...) interpreters make explizit what is often derived inferentially from other studies of doctor-patient interaction" (O'Neill 1989). Die Übersetzerin wird zum Bestandteil einer konfliktreichen Begegnung, deren Rahmenbedingungen sie nicht beeinflussen kann. Eine nähere Betrachtung der Rolle der Übersetzerin innerhalb des medizinischen Diskurses drängt sich deshalb auf.

Die prägnantesten Ansätze zu dieser Perspektive haben wir in den theoretischen Arbeiten des kanadischen Medizinethnologen Joseph M. Kaufert und seiner Forschungsgruppe gefunden.¹⁵⁵ Im Zentrum von Kauferts Forschungen stehen die unterschiedlichen Übersetzerrollen und daraus erwachsende Loyalitäts- und Machtkonflikte innerhalb der Triade. Die ÜbersetzerInnen üben einen wesentlichen Einfluss auf die interkulturelle Kommunikation aus. Sie als passiv zu beschreiben würde ihnen keinesfalls gerecht:

"The «objective translator» model does not fully recognize the varying degrees of control which the interpreter may exercise over the cross-cultural communication" (Kaufert 1990:224).

Die Übersetzerin beeinflusst die Auswahl und den Inhalt der Informationen, die zwischen Arzt und Patient ausgetauscht werden massgeblich (ebd.).¹⁵⁶ Dieser Einfluss verleiht der Übersetzerin eine informelle Macht, die durch die Tatsache verstärkt werde, dass dieser Vorgang weder vom Arzt noch vom Patienten bewusst wahrgenommen werden könne, weil er

¹⁵⁴ Als weitere VertreterInnen der kritischen Medizinethnologie gelten unter anderem Kuipers 1989; Lazarus 1988; Scheper-Hughes & Lock 1986; Scheper-Hughes & Lock 1987; Young 1981a; Young 1981b; Young 1982.

¹⁵⁵ Dazu gehören P. Leyland Kaufert, J. O'Neill und W.W. Koolage.

¹⁵⁶ Vgl. dazu auch Kap. 4.4.3.

ihnen nicht zugänglich sei (ebd.). Der Informationsfluss finde in einer 'Black Box' statt, zu welcher allein die Übersetzerin Zugang verschaffe:

"In cross-cultural situations the interpreter's power to mediate and prioritize information occurs within a linguistic and cultural «black box» which both the patient and the clinician must access through the interpreter" (ebd:227).

Um den Einfluss der Übersetzerin offenzulegen, werden idealtypische Rollen der Übersetzerin formuliert (vgl. Kaufert & Koolage 1984).¹⁵⁷ Lehrvideos zur Ausbildung von medizinischem Personal und ÜbersetzerInnen dokumentieren diese Rollen (Kaufert 1986). Anhand spezifischer Themen, zum Beispiel der medizinischen Aufklärungspflicht oder der Vermittlung in Trauersituationen, werden ausserdem die verschiedenen Rollen der Übersetzerin untersucht.¹⁵⁸

Auch bei diesen AutorInnen steht für die Untersuchung der Übersetzungssituation die *Triade* im Mittelpunkt (Kaufert 1990). Dabei beziehen sie auch den weiteren Kontext der Übersetzerin in ihre Überlegungen mit ein, das heisst die medizinische Institution, die paraprofessionelle Gruppe der ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem sowie den sozialen und individuellen Kontext der Übersetzerin (ebd:228). Das triadische Modell Kauferts stützt sich auf den Ansatz der *Erklärungsmodelle* von Kleinman (1980) ab. Im medizinischen Kontext geht es zwischen ÄrztInnen und PatientInnen unter anderem darum, eine gemeinsame Erklärung für das Kranksein zu finden. Dazu Kaufert (1990):

"To achieve a shared explanation, both participants must go through a process of transfer, restructuring and feeding back information in order to develop mutually comprehensible interpretation of the illness or diagnostic hypothesis" (ebd:215).

In der Übersetzungssituation werden die Erklärungsmodelle zwischen drei Personen ausgehandelt. Die individuellen Interpretationen werden in der Interaktion mit zwei weiteren Modellen modifiziert. Die Übersetzerin interpretiert und rekonstruiert die Erklärungsmodelle von Arzt und Patient vor dem Hintergrund ihres eigenen Erklärungsmodells. Als Vermittlerin beeinflusst sie diesen Prozesses massgeblich:

"In negotiating mutually understandable models in the exchange between client and clinician, language translators (...) have the opportunity to influence the flow and content of information between the client and the clinician" (ebd:215).

Dadurch wird Macht und Kontrolle über die Verständigung, das heisst auch Verantwortung, vom Arzt auf sie übertragen. Dieser Aspekt sei gerade in medizinischen Gesprächen mit fremdsprachigen PatientInnen von grosser Bedeutung, weil diese besonders wenig egalitär

¹⁵⁷ Idealtypen sind die Rollen der/des Übersetzerin/s als 'Instrument', als 'kulturelleR Vermittlerin', als 'PatientInnen-FürsprecherIn'.

¹⁵⁸ Vgl. Kaufert & O'Neill 1990; Kaufert & O'Neill 1995; Kaufert et al. 1990.

strukturiert seien. MigrantInnen, welche der regionalen Sprache nicht mächtig sind, werden kulturell und sozioökonomisch stark marginalisiert und haben wenig Einflussmöglichkeiten auf die Entscheidungen der Behandelnden. Die ÜbersetzerInnen können dieses Machtungleichgewicht verringern, indem sie die Position der PatientInnen stärken (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang wird denn auch von der Rolle der ÜbersetzerInnen als AdvokatInnen der PatientInnen gesprochen ('patient advocate')¹⁵⁹. Auch von medizinethnologischer Seite wird eine formale Anerkennung der Übersetzerin gefordert. Eine wichtige Voraussetzung dazu sei, den ÜbersetzerInnen eine spezielle Ausbildung mit anerkanntem Diplom und einen adäquaten Lohn anzubieten (Kaufert & Koolage 1984:286).

¹⁵⁹ Vgl. dazu auch O'Neill 1989 sowie Kapitel 4.4.1.3 dieses Berichtes.

5 Übersetzungsdiene

und Ausbildungsangebote im In- und Ausland

Im folgenden werden in- und ausländische Übersetzungsdiene

und -ausbildungen einander gegenübergestellt. Der Vergleich der Projekte erhebt insgesamt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, möchte aber illustrieren, welche verschiedenen Ansätze und Erfahrungen vorhanden sind. Teilweise war es schwierig, Informationen zu erhalten, da sie für uns sprachlich nicht zugänglich und manchmal nicht aktuell waren. Ausserdem erwies es sich als ein anspruchsvolles Unterfangen, Projekte aus unterschiedlichen Kontexten und mit unterschiedlichen Zielen miteinander zu vergleichen. Im folgenden wird trotzdem ein Versuch in diese Richtung getätigt, mit der Absicht, ähnliche Bemühungen von europäischer Seite zu ergänzen und weiterzuführen.¹⁶⁰ Die Projekte werden nach verschiedenen Kriterien geordnet, einander gegenübergestellt. Diese Kriterien spiegeln sich im Aufbau des Kapitels. Um das Auffinden einzelner Aspekte zu erleichtern, sei an dieser Stelle die Kapiteleinteilung kurz aufgeführt:

- 5.1 Übersicht
 - 5.1.1 Übersetzungsdiene
 - 5.1.2 Übersetzungsdiene
 - 5.1.3 Grundausbildung und Weiterbildung im In- und Ausland
- 5.2 Vergleich der Projekte
 - 5.2.1 Migrationspolitische Hintergründe
 - 5.2.2 Wissenschaftliche Grundlagen und Dokumentierung
 - 5.2.3 Vergleich der übersetzenden Institutionen
 - 5.2.4 Vergleich der Übersetzungsangebote
 - 5.2.5 Konzeptioneller Vergleich der Aus- und Weiterbildungsmodelle

5.1 Übersicht

Die Schweizer Projekte werden umfassend dargestellt.¹⁶¹ Bei den ausländischen Projekten wurde eine Auswahl getroffen. Wir beschränken uns mehrheitlich auf Europa,

¹⁶⁰ Das europäische Parlament hat in Strassburg im Oktober 1995 eine Tagung zum Thema veranstaltet: "L'interprétariat en milieu social". In diesem Rahmen wurde von VertreterInnen aus den 14 beteiligten europäischen Ländern eine *Erklärung* herausgegeben, die folgende Punkte festhält: a) Die Übersetzung im Sozialwesen wird von einem Grossteil der europäischen Länder als notwendige Tätigkeit betrachtet. b) Die öffentlichen Stellen müssen die Mehrsprachigkeit und den Nutzen von ÜbersetzerInnen für die Kommunikation im Sozialwesen anerkennen und deren Tätigkeiten unterstützen (vgl. Parlament Européen Strasbourg 1995).

aussereuropäische Angebote zur Übersetzung und Ausbildung werden nur punktuell einbezogen. Wir möchten vor allem Charakteristika von Projekten hervorheben, welche die wesentlichen Unterschiede bezüglich Konzepte oder struktureller Bedingungen illustrieren.

Zur Begriffsklärung: Mit '*Übersetzungsangebot*' werden *Übersetzungsdiene* sowie *Angebote zur Ausbildung von ÜbersetzerInnen* bezeichnet. Unter den Begriffen '*Übersetzungsdiene*' beziehungsweise '*Übersetzungsinstiution*' werden Institutionen subsumiert, welche *nur* oder *unter anderem* Übersetzungen anbieten. Der Überbegriff '*Ausbildungsprojekte*' umfasst sowohl *Grundausbildungen* als auch *Weiterbildungen* für ÜbersetzerInnen und Fortbildungen für AnwenderInnen.

5.1.1 Übersetzungsdiene in der Schweiz

Die meisten Projekte in der Schweiz entstanden in einem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren, zwischen 1987 und 1995. Im Vergleich zum Ausland sind sie wesentlich jünger. Sie werden hier in der Chronologie ihrer Gründung wiedergegeben:

- Als erstes Projekt in der Schweiz wurde 1987 vom *Hilfswerk der Evangelischen Kirchen der Schweiz (HEKS)* in Basel der *HEKS-Spitaldolmetscherdienst* ins Leben gerufen. Nachdem zunächst mit Übersetzung für Türkisch sprechende PatientInnen begonnen wurde, bietet das Projekt heute Übersetzungen in acht unterschiedlichen Sprachen mit festgelegten Wochenstunden und fest angestellten ÜbersetzerInnen an. Die *HEKS-ÜbersetzerInnen* werden in fünf verschiedenen Abteilungen des Kantonsspitals und des Felix-Plattner-Spitals Basel eingesetzt.
- Die Schaffung des *Übersetzerdienstes des Universitätsspitals Insel* in Bern wurde 1990 aufgrund der stetig zunehmenden Zahl fremdsprachiger PatientInnen durch die Spitalleitung beschlossen. Koordination und Finanzierung der ÜbersetzerInnen ist *Aufgabe* des Sozialdienstes des Inselspitals. Eine Übersetzerliste ermöglicht es den Behandelnden, im Stundenlohn entschädigte ÜbersetzerInnen auf Abruf anzufordern. Übersetzungen am Krankenbett müssen primär jedoch durch zweisprachiges Personal durchgeführt werden. Die Entschädigung anderer ÜbersetzerInnen wird grundsätzlich von den PatientInnen übernommen. Nur für mittellose PatientInnen existiert die Möglichkeit einer Entschädigung der Leistungen durch einen speziell dafür geöffneten Fonds.¹⁶¹
- Das Übersetzungsangebot des Allgemeinpraktikers *Dr. med. P. Flubacher* in Basel stellt einen Spezialfall dar und wird hier als ergänzendes Modell zu institutionellen Projekten vorgestellt. Als Hausarzt behandelt *Peter Flubacher* zu einem Grossteil türkische und kurdische PatientInnen. Die sprachlichen Kommunikationsschwierigkeiten, welche sich dabei ergeben, ging er aus eigener Kraft an. Seit 1992 arbeitet er mit einer fest angestellten

¹⁶¹ Wir berücksichtigten dabei hauptsächlich jene Übersetzungsangebote, welche über die Verwendung von Listen hinausgehen und ihre Arbeit in Konzepten dokumentieren.

¹⁶² Dieses Modell wird stellvertretend für andere Angebote von Übersetzungsdiene in der Schweiz aufgeführt, bei welchen ebenfalls mit Listen gearbeitet wird und die Bezahlung externer Übersetzung nicht gesichert ist.

Übersetzerin, welche zu fixen Zeiten in der Praxis anwesend ist. Ihre Arbeit wird über die Praxisnebenkosten verrechnet, das heisst vom Arzt selber bezahlt.

- 1993 wurde in Lausanne die *Association Appartenances* gegründet, ein psychosoziales Zentrum zur Beratung und Gesundheitsförderung für MigrantInnen. Nebst verschiedenen Beratungsangeboten bietet *Appartenances* einen Übersetzungsdiest und seit 1996 eine für die Schweiz erstmalige Ausbildung für ÜbersetzerInnen im Gesundheits- und Sozialbereich an. Diese Ausbildung bildet ein Parallelprojekt zum Nationalfondsprojekt (NFP) 39 'Migration und interkulturelle Beziehungen', an welchem sich *Appartenances* neben verschiedenen Institutionen des kantonalen Gesundheitswesens beteiligt.¹⁶³
- Ebenfalls seit 1993 existiert in Genf das *Centre de Santé-Migrants*, welches durch das Rote Kreuz Genf und die medizinische Poliklinik des Universitätsspitals Genf (Abteilung 'Unité de Médecine des Voyages et Migrations') initiiert wurde. Dieses Gesundheitszentrum wird von Krankenschwestern und -pflegern geführt und hat sich auf die Gesundheitsbetreuung und Beratung von AsylbewerberInnen während des ersten Jahres ihres Aufenthalts in der Schweiz oder während der Wartezeit auf einen Asylentscheid spezialisiert. Daneben bietet das *Centre de Santé-Migrants* einen Übersetzungsdiest an. Mit verschiedenen Abteilungen des Universitätsspitals Genf wurden Verträge ausgehandelt, welche den Einsatz der vom *Centre de Santé-Migrants* zur Verfügung gestellten ÜbersetzerInnen regeln.
- Die 'Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen' *Derman* in Zürich wurde 1994 vom Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerk (SAH) gegründet. *Derman* richtet sich an MigrantInnen mit türkischem und kurdischem Hintergrund bei gesundheitlichen Schwierigkeiten oder Problemen mit dem Schweizer Gesundheitssystem sowie an Behandelnde dieser MigrantInnen-Gruppe. Die Beratung und Begleitung der KlientInnen stützt sich auf das Konzept der 'interkulturellen Übersetzung' ab und arbeitet dazu mit einem interkulturell zusammengesetzten Team.
- Seit 1995 existiert in Bern das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer (TZFO)*. Die ärztlich geleitete Einrichtung bietet ambulante Behandlung für gefolterte oder kriegstraumatisierte anerkannte Flüchtlinge und deren Angehörige an. In vier Fünftel der Fälle werden in den Therapien ÜbersetzerInnen einbezogen. Das *Therapiezentrum* verfügt über einen Pool von ÜbersetzerInnen, die auf Abruf für das Zentrum bereitstehen und auch an Dritte weitervermittelt werden.

Tabelle 1: Übersetzungsangebote in der Schweiz

HEKS, Basel	Spitaldolmetscherdienst	seit 1987
Universitätsspital, Bern	Spitaldolmetscherdienst	seit 1990
Dr. Flubacher, Basel	Allgemeinpraxis mit Übersetzerin privates Projekt	seit 1992
Appartenances, Lausanne	Gesundheitszentrum für MigrantInnen mit Übersetzungsdiest	seit 1993
Centre de Santé-Migrants, Genève	Gesundheitszentrum für AsylbewerberInnen Spitaldolmetscherdienst, auch für Spitex	seit 1993
Derman, Zürich	kulturspezifisches Gesundheitszentrum mit ÜbersetzerInnen	seit 1994
Therapiezentrum SRK, Bern	Therapiezentrum für gefolterte Flüchtlinge mit ÜbersetzerInnen	seit 1995

163 Beteiligte Institutionen neben Appartenances: Medizinische Poliklinik (PMU), die Psychiatrische Poliklinik (PPU), die Poliklinik des Frauenspitals, die sozialpsychiatrische Abteilung des Universitätsspitals CHUV (DAMPS) und der Gesundheitsdienst FAREAS.

5.1.2 Übersetzungsdiene im europäischen Ausland

Auch die Kurzübersicht der ausländischen Übersetzungsinstitutionen wird in der Chronologie ihrer Entstehung dargestellt. Analog zum schweizerischen Vergleich wird dabei nur die Hauptaufgabe der betreffenden Institution umrissen. Die Auswahl der acht vorgestellten Projekte orientierte sich an deren Eignung, einen Projekttyp zu illustrieren. Auch hier konnten natürlich nur Übersetzungsprojekte berücksichtigt werden, die ihre Arbeit dokumentieren.

Das älteste Übersetzungsprojekt, die schwedische *Stockholms Tolkförmedling*, geht auf das Jahr 1967 zurück. Auch andere Übersetzungsdiene, zum Beispiel in Frankreich und den Niederlanden, stammen aus den späteren 60er und 70er Jahren. Das europäische Ausland weist also im Übersetzungsbereich gegenüber der Schweiz einen Erfahrungsvorsprung von ungefähr 20 Jahren auf, den wir nicht unberücksichtigt lassen möchten.

- Die *Stockholms Tolkförmedling* wurde seit 1967 ursprünglich allein für die unterschiedlichen offiziellen Ämter der Stadt Stockholm eingesetzt und hat sich erst im Verlauf der Jahre zu einer unterdessen privatisierten Übersetzungszentrale für den gesamten sozialen, medizinischen, juristischen und administrativen Bereich entwickelt. *Stockholms Tolkförmedling* verfügt heute über 800 abrufbereite ÜbersetzerInnen und vermittelt täglich über 300 Übersetzungen in rund 120 Sprachen.
- Der Übersetzungsdiene des *Inter-Service Migrants (ISM)* in Paris existiert seit 1971 und will explizit Kommunikationshilfsmittel anbieten, welche den gleichberechtigten Zugang Fremdsprachiger zu öffentlichen Diensten und damit die soziale Integration dieser Personen fördern. Für einen Grossteil der Übersetzungen des *ISM* sind Verträge mit öffentlichen Diensten, wie Spitätern, Gemeinden, Polizei, Post etc. vorhanden. Neben mündlichen, schriftlichen und telefonischen Übersetzungen gehören heute Ausbildung, Mediothek und Beratungen zum Angebot des *Inter-Service Migrants*. Die Geschäftsstelle in Paris wurde in den letzten Jahren durch weitere vier Stellen (in Lyon, Marseille, Metz und Clermont-Ferrand) ergänzt, welche jedoch unabhängig voneinander geführt werden.
- In den Niederlanden gibt es seit 1976 das staatlich getragene *Stichting Tolkencentrum*, das wie das schwedische Beispiel hauptsächlich als Vermittlungscentrale fungiert. Das *Tolkencentrum* ist ein Zusammenschluss von sechs über das Land verteilten Übersetzungszentralen, welche Konzept und Richtlinien teilen, aber eigenständig geführt werden.
- Aus Norwegen wird hier der 1981 gegründete *Tolketjenesten Innvandrerkontoret* vorgestellt. Diese staatliche Institution bietet Übersetzungen für verschiedene öffentliche Dienste und Ausbildung für ÜbersetzerInnen und BenutzerInnen an. Ferner ist der *Tolketjenesten* an einem europäischen Projekt beteiligt, das momentan ein gemeinsames Konzept zur Ausbildung von 'Community Interpreters' erarbeitet und entsprechende Anforderungsprofile formuliert.
- Der englische *Lothian Interpreting and Translating Service Trust (LITST)* befindet sich in Edinburgh und wurde 1987 gegründet. Er bietet Übersetzung hauptsächlich im Gesundheitsbereich an. Ebenfalls werden Beratungen für die AnwenderInnen von ÜbersetzerInnen angeboten. Die Gründung des Übersetzungsdiene geht auf eine für Grossbritannien charakteristische antidiskriminierende Politik zurück. Der Dienst ist heute Mitglied der

Scottish Community Interpreter Development Group (SCID), eine seit 1990 existierende Gruppe von ÜbersetzerInnen, welche sich in einer Art gewerkschaftlichem Zusammenschluss befinden. Diese ÜbersetzerInnen fordern eine anerkannte Grundausbildung für ÜbersetzerInnen mit Diplomabschluss.

- Als ganz anderes Beispiel, ebenfalls aus Grossbritannien, soll die *Language Line* aus London vorgestellt werden. Dieses Dienstleistungsangebot existiert seit 1990 und bietet hauptsächlich telefonische Übersetzungen an. Das Angebot versteht sich jedoch explizit als Ergänzung zur 'face-to-face' Übersetzung und repräsentiert damit eine Spezialisierung innerhalb bestehender Übersetzungsangebote.
- Seit 1988 existiert in Dänemark eine Institution, die sich intensiv mit verschiedensten Fragen zur Übersetzung befasst: Das *Indvandrerpjekter Kopenhagen*. Ähnlich wie das norwegische Beispiel beteiligt sich das NGO-Projekt an europäischen Projekten.¹⁶⁴ Momentan wird ausserdem eine staatliche Berufsausbildung für ÜbersetzerInnen erarbeitet, welche bislang in Dänemark fehlte.
- Als letztes der ausländischen Übersetzungsprojekte sei auf das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover* hingewiesen. Es wurde 1989 gegründet und hat sich auf die Vernetzung und Vermittlung kulturspezifischen Fachwissens in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen spezialisiert. Übersetzung wird vom Zentrum seit 1991 als eine Dienstleistung neben Beratungen, Fortbildungen und Informationsvermittlung für ExpertInnen und Laienpersonen angeboten.

Tabelle 2: Übersetzungs- und Weiterbildungsangebote im Ausland

Schweden, Stockholm	<i>Stockholms Tolkförmedling</i>	Übersetzungs-vermittlungszentrale	interne Grundausbildung und Weiterbildung	seit 1967	privat seit 1994
Frankreich, Paris und weitere 4 Zentralen	<i>Inter-Service Migrants</i>	Beratungsstelle für MigrantInnen und Übersetzungsdienst	interne Weiterbildung	seit 1971	Telefon-dienst seit 1990
Niederlande, sechs Zentralen	<i>Stichting Tolkencentrum</i>	Übersetzungs-vermittlungszentrale	interne Weiterbildung	seit 1976	
Norwegen, Bergen	<i>Tolketjenesten Innvandrerkontoret</i>	Beratungsstelle für MigrantInnen und Übersetzungsdienst	interne Grundausbildung und Weiterbildung	seit 1981	
Grossbritannien, Edinburgh	<i>Lothian Interpreting and Translating Service Trust</i>	Übersetzungsdienst und Beratungen	interne Weiterbildung	seit 1987	
Grossbritannien, London	<i>Language Line London</i>	Telefonübersetzungs-vermittlungszentrale	interne Weiterbildung	seit 1990	privat seit 1992
Dänemark, Kopenhagen	<i>Indvandrerpjekter Kopenhagen</i>	Ausbildungen und Projekte für MigrantInnen und Übersetzungsdienst	Grundausbildung und Weiterbildung intern und extern	seit 1988	
Deutschland, Hannover	<i>Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover</i>	Beratungsstelle für MigrantInnen und Übersetzungsdienst	interne Grund- und Weiterbildung	seit 1989	Über-setzung seit 1991

¹⁶⁴ Es handelt sich dabei um das 'Leonardo-Projekt', das weiter unten näher beschrieben wird.

5.1.3 Grundausbildung und Weiterbildung im In- und Ausland

Wir unterscheiden im folgenden zwischen den *Grund- und Weiterbildungsangeboten*, welche den ÜbersetzerInnen *innerhalb der Übersetzungsdiene* angeboten werden und *Ausbildungen* für ÜbersetzerInnen, die den *Anspruch einer vollen Berufsausbildung* erheben können und *unabhängig von Übersetzungsinstitionen* angeboten werden. Die beiden Gruppen unterscheiden sich vor allem hinsichtlich Qualität und Aufwand der angebotenen Kurse. Die Gruppe der unabhängigen Ausbildungsangebote bietet zeitlich intensivere und inhaltlich differenziertere Ausbildungen an und schliesst in manchen Fällen mit einer *offiziellen Anerkennung* der Ausbildung in Form eines Diploms ab. Im folgenden wird diese Gruppe kurz vorgestellt. Ein ausführlicher Vergleich, welcher auch die Weiterbildungsprogramme einschliesst, folgt unter Kapitel 5.2.5 weiter unten.

Wir möchten folgende Ausbildungsprojekte für ÜbersetzerInnen im sozialen Bereich vorstellen:

- **England:**
Lehrgang zum *Diploma in Public Service Interpreting* am 'Institute of Linguists Educational Trust' in London. Die Ausbildung wird seit 1995 von privater Seite in staatlichem Auftrag vom Sprachinstitut 'Institute of Linguists' organisiert und konzipiert. Das Diplom wird staatlich anerkannt.
- **Schweden:**
Die ersten Ausbildungsgänge im Bereich 'Community Interpreting' existieren seit 1977. Sowohl die Anerkennung als auch Finanzierung dieser Ausbildung sind in Schweden staatlich geregelt. Es existieren Projekte an der Universität sowie an Volkshochschulen: der Ausbildungsgang am speziell dafür zuständigen *Tolk- och Översättarinstitutet* (Sprach- und Übersetzungsinstutut) an der Universität Stockholm seit 1986 sowie Ausbildungsgänge an Volkshochschulen.
- **Deutschland:**
Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf in Hamburg. Es handelt sich hierbei um ein in der Pilotphase stehendes Ausbildungsprojekt (ab 1995). Das Projekt wurde aufgrund praktischer Erfahrung mit fremdsprachigen PatientInnen durch die Direktion des Universitätskrankenhauses Hamburg initiiert.

Tabelle 3: Ausbildungen

<i>Deutschland:</i> Universitätskrankenhaus Eppendorf Hamburg	Ausbildung von ÜbersetzerInnen	Angebot intern Pilotprojekt ab 1995
<i>Grossbritannien:</i> Institute of Linguists, London	Konzipierung der Ausbildung für und Diplomierung von ÜbersetzerInnen	seit 1995
<i>Schweden:</i> TÖI - Sprach- und Übersetzungsinstutut Stockholm und Volkshochschulen	verschiedene Ausbildungsgänge für ÜbersetzerInnen	seit 1986 an der Universität

5.2 Vergleich der Projekte

In diesem Kapitel folgt eine Gegenüberstellung der unter 5.1 bereits kurz vorgestellten Übersetzungsprojekte nach verschiedenen Kriterien. Zunächst werden in einem kurzen Überblick die migrationspolitischen Hintergründe präsentiert, welche das Entstehen und die Organisation von Übersetzungsprojekten für Fremdsprachige in den verschiedenen Ländern mitbestimmt haben. Im Anschluss daran werden Projekte aufgelistet, deren Arbeit gut dokumentiert ist und deren Konzepte auf wissenschaftlichen Grundlagen aufbauen, die also 'Good Practice' vermuten lassen. In einem dritten Unterkapitel werden die Projekte nach institutionellen Kriterien untersucht (Art und Trägerschaft der Institutionen, Finanzierungsmodelle, Anstellungsbedingungen). Als inhaltliche Kriterien der Projekte werden im vierten Teil dieses Kapitels Art und Form der Übersetzung verglichen. Im letzten Unterkapitel werden die Weiter- und Ausbildungskonzepte in- und ausserhalb der Übersetzungsdiene einander hinsichtlich Form und Inhalt gegenübergestellt.

5.2.1 Migrationspolitische Hintergründe der Übersetzungsangebote im Ländervergleich

Obwohl die europäischen Länder mit ähnlichen Problemen im Migrationsbereich konfrontiert sind, unterscheidet sich ihre Ausländer- und Migrationspolitik recht deutlich. Für unser Thema von Bedeutung ist dabei vor allem ihre Haltung zur Frage der Integration von MigrantInnen. Die *Integrationspolitik* der einzelnen Länder stellt einen Hintergrund dar, vor welchem die Regelungen zur Übersetzung für Fremdsprachige eingeordnet werden können. Dabei ist folgende Unterscheidung verschiedener Wege möglich (vgl. Mahnig 1997:3ff.):

- *Unspezifische* Bemühungen zur Integration der ausländischen Bevölkerung gehen in *allgemeinen sozialpolitischen Massnahmen* auf. MigrantInnen werden als 'sozial Benachteiligte' unter anderen betrachtet und unspezifisch unterstützt. Beispiele dieser Politik finden sich in Frankreich, Deutschland und in der Schweiz.
- *Spezifische* Anstrengungen für eine Integration von MigrantInnen schlagen sich in einer migrantenspezifischen Sozialpolitik nieder, welche jeweils für spezifische Nationalitäten oder ethnische Gruppen formuliert wird.
- Wird unter Integrationspolitik die *Förderung der Chancengleichheit von MigrantInnen* verstanden, kommen Massnahmen gegen direkte und indirekte Diskriminierungen von AusländerInnen zum Zuge. Dazu gehört zum Beispiel die Förderung einer erleichterten Einbürgerung für AusländerInnen oder – auf unsere Thematik bezogen – die Sicherstellung

adäquater Übersetzung für fremdsprachige MigrantInnen. Solche Formen von Integrationspolitik verfolgen die nordischen Länder, Holland und Grossbritannien.

In der folgenden Darstellung werden anhand einiger Länder rechtliche und historische Faktoren vorgestellt, die für unser Thema relevant sind. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sie soll vielmehr der Illustration dienen. Auf die Schweiz gehen wir nicht mehr ein (siehe dazu Kapitel 3.2 dieses Berichts).

Schweden hat seit 1978 als einziges Land die Übersetzung für Fremdsprachige rechtlich verankert. In der Schwedischen Reichsgesetzgebung steht: "Wenn eine Behörde mit jemand zu tun hat, der die schwedische Sprache nicht beherrscht, (...) sollte die Behörde bei Bedarf einen Dolmetscher in Anspruch nehmen" (Dhawan et al.1995:180). Diese Empfehlung für Übersetzung gilt für den gesamten Bereich öffentlicher Dienste. Das schwedische Recht auf Übersetzung sieht also konkret vor, dass öffentliche Einrichtungen ÜbersetzerInnen beziehen und auch bezahlen. Darum existieren in Schweden auch staatlich finanzierte und kontrollierte Ausbildungsgänge. Seit 1976 werden staatlich anerkannte Diplome für ÜbersetzerInnen vergeben.

In einigen nordeuropäischen Ländern – *Norwegen*, *Dänemark* und *Holland* – existiert kein Recht auf Übersetzung, sondern gibt es lediglich offizielle Empfehlungen für den Miteinbezug von ÜbersetzerInnen. In der Praxis wird jedoch in diesen Ländern die staatliche Anerkennung und Bezahlung der Übersetzung gefördert. In *Norwegen* und *Holland* existieren denn neben Schweden auch die einzigen staatlichen Übersetzungsdiene. Der *norwegische* Staat hat zudem zwischen 1987 und 1996 eine Ausbildung für ÜbersetzerInnen finanziert, bietet heute offizielle Prüfungen und staatlich anerkannte Diplome für ÜbersetzerInnen an. Für 1999 ist die Errichtung eines Lehrstuhles an der Universität Oslo für die Ausbildung von ÜbersetzerInnen geplant. Die nordischen Länder *Dänemark*, *Schweden*, *Island*, *Norwegen* und *Finnland* sind seit 1987 in der 'Nordischen Sprachkonvention' zusammengeschlossen. Diese ermöglicht es den Menschen dieser Länder, in allen Ländern, welche der Konvention angehören, im mündlichen und schriftlichen Kontakt mit den Behörden in ihrer Muttersprache zu kommunizieren. Die Kosten für ÜbersetzerInnen müssen dabei von den öffentlichen Diensten übernommen werden.

Die *Niederlande* verfolgen auf der Basis des 'Weissbuchs über Minderheiten' seit 1983 eine multikulturelle Politik, welche die Emanzipation von MigrantInnen sowie die Förderung von Rechten und Chancen zum Ziel hat. Dazu werden neben den bereits erwähnten staatlichen Übersetzungsdiene Sprachkurse und Ausbildungsmöglichkeiten für Minderheiten angeboten (vgl. Mahnig 1997:15ff.). Tendenziell lässt sich jedoch feststellen, dass jene Länder, die bisher

eine multikulturalistische Politik verfolgt haben, heute wieder vermehrt die Chancen zu einer Teilnahme am gesamtgesellschaftlichen Leben der MigrantInnen favorisieren. Damit rückt anstelle der politischen Förderung kultureller Identität von MigrantInnen die konkrete Verbesserung ihrer Partizipationschancen und der Kampf gegen Diskriminierung in den Vordergrund (ebd:27f.).

Die Migrationspolitik in *Grossbritannien* basiert auf der Grundlage der 'Race Relations Act' von 1976. Diese Antidiskriminierungspolitik verpflichtet die lokalen Behörden, allen Menschen den gleichberechtigten Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen zu ermöglichen. In der Praxis wurde dieser Verpflichtung jedoch wenig nachgekommen. Aus englischen Kreisen wird darum argumentiert, die Antidiskriminierungspolitik sei konkret mit einer Sicherstellung von Übersetzung für Fremdsprachige umzusetzen (vgl. Scottish Community Interpreting Development Group 1990:4).

In *Frankreich* existiert keine eigentliche Integrationspolitik. Multikulturalismus wird im sozialen und privaten Leben zwar toleriert, ist jedoch kein politisches Thema. Die Integrationspraxis Frankreichs beruht unter anderem auf den Empfehlungen des seit 1990 existierenden 'Haut Conseil à l'Intégration', der von der rechtlichen Gleichstellung aller Personen ausgeht und kulturelle Unterschiede unbeachtet lässt (vgl. Mahnig 1997:8ff.). Ende der 50er Jahre wurden jedoch einzelne, heute noch existierende spezifisch für MigrantInnen entwickelte Institutionen ins Leben gerufen, wie beispielsweise der 'Fonds d'action sociale', der den Übersetzungsdiest *Inter-Service Migrants* subventioniert. Sauvère (1996: 36), der Direktor des *Inter-Service Migrants Paris* meint, Frankreich stehe bezüglich der Anerkennung von Übersetzung in der Mitte zwischen den nördlichen und den südlichen Ländern. Zwar existierten in Frankreich weder rechtliche noch politische Regelungen. Übersetzung werde aber von den öffentlichen Diensten anerkannt und zu einem Grossteil auch von diesen bezahlt.

Obwohl *Deutschland* seit längerem ein Einwanderungsland ist, existiert auch dort keine offizielle Integrationspolitik. Vorrangiges Ziel bleibt die politische und administrative Kontrolle und Steuerung der Einwanderung (vgl. Heckmann & Boswick 1994:149ff.). Laut dem neuen Ausländergesetz (1991) haben AusländerInnen in Deutschland formell gleiche Rechte wie Einheimische und müssen einen gleichberechtigten Zugang zur sozialen Sicherheit haben (vgl. Mahnig 1997:6f.). Massnahmen zur Integration von AusländerInnen werden in Deutschland nicht staatlich formuliert, sondern von gewerkschaftlicher, kirchlicher Seite sowie von sozialen Institutionen. Übersetzung im Gesundheitssystem wird deshalb nicht offiziell thematisiert oder empfohlen. Nach einem Urteil des OLG Düsseldorf (Az:8 U 60/88) ist der behandelnde Arzt jedoch verpflichtet, zumindest vor Operationen an MigrantInnen eine übersetzende Person beizuziehen. Dieses Gesetz sieht dabei die Aufklärung über Behandlung und medizinische

Massnahmen in der Sprache der PatientInnen vor. Bei stationärem Aufenthalt wird diese Leistung über den Pflegesatz abgerechnet (vgl. Borchert et al. 1994).

5.2.2 Wissenschaftliche Grundlagen und Dokumentierung der Konzepte zur Übersetzung

Leider sind die theoretischen Konzepte zu Übersetzung im Gesundheitsbereich in der Regel wissenschaftlich nur wenig fundiert. Weil in der Mehrheit der Publikationen zu dieser Thematik aus einer pragmatischen und praktischen Perspektive argumentiert wird, bleiben sie oft an der Oberfläche. Es werden zwar Gründe angeführt, warum Übersetzung notwendig ist und wie ÜbersetzerInnen optimal eingesetzt werden können. Eher selten beziehen sich die Konzepte aber auf eine theoretische Grundlage. Tendenziell zeichnet sich jedoch die Entwicklung ab, vermehrt theoretische Konzepte und Untersuchungen für eine fundierte Argumentation einzubeziehen. Insgesamt ist das wissenschaftliche Fundament der Konzepte zur Übersetzung noch ausbaufähig. Die Rezeption des Themas im Wissenschaftsbereich kann als Ausdruck einer breiteren Anerkennung seiner Relevanz verstanden werden.

Sofern vorhanden, stellen wir im folgenden die Konzepte auf ihre wissenschaftliche Grundlage. Darüber hinaus verweisen wir darauf, wie die Übersetzungsarbeit in den verschiedenen Institutionen generell dokumentiert ist.

- Im *schweizerischen* Vergleich haben die MitarbeiterInnen der *Association Appartenances*, Alvir, Fleury und Métraux, eines der ausführlichsten theoretischen Konzepte zu Übersetzung im Gesundheitsbereich erarbeitet (vgl. Alvir & Métraux 1997; Métraux 1995; Métraux & Alvir 1995; Métraux & Fleury 1995). Ihr Behandlungskonzept stützt sich auf eine systemtherapeutische Perspektive ab und ist dementsprechend ressourcenorientiert. Das Ziel der therapeutischen Bemühungen ist es, MigrantInnen dabei zu unterstützen, einen positiven Ausgang aus der Krisensituation zu finden, welche die Migration vom gesundheitlichen Standpunkt aus gesehen darstelle. Im therapeutischen Setting wird dazu mit Hilfe der ÜbersetzerInnen zunächst versucht, eine geteilte Beziehungsebene zu konstruieren als Voraussetzung für den weiteren Entwicklungsprozess. Im Konzept zur Übersetzung spiegeln sich theoretische Elemente der systemischen Paar- und Familientherapie, aber auch der Befreiungspädagogik.
- *Derman* in Zürich bietet in einem Evaluationsbericht, welcher über die zweijährige Pilotphase (1994–1996) des Projektes publiziert wurde, einen Einblick in das Konzept der 'interkulturellen Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen' (vgl. DERMAN 1997). Als theoretische Grundlage und Bedürfnisnachweis des Projektes gilt eine vom Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerk 1992 in Auftrag gegebene Studie, welche von der Ethnologin Brigit Obrist van Eeuwijk verfasst wurde (vgl. Obrist van Eeuwijk 1992). Der Konzeptentwurf, welcher im Projekt realisiert wurde, baut auf medizinethnologischen Ansätzen auf. 'Derman' bedeutet auf türkisch und kurdisch 'gesund werden, Problemlösung, Heilmittel, Abhilfe schaffen', was zugleich die Ziele des Projektes umschreibt. *Derman* versteht sich als interkulturelle 'Brückeneinrichtung' und bietet Vermittlung auch mittels Übersetzung an. Das Konzept der interkulturellen Übersetzung wird allerdings nur sehr knapp umrissen. *Derman* geht von einer Wechselwirkung

zwischen gesundheitlichen und sozialen Problemen aus und betrachtet diese vor dem Hintergrund der Migration. Die Probleme von MigrantInnen würden sich zwar nicht prinzipiell von jenen der SchweizerInnen unterscheiden, jedoch durch Faktoren des 'Fremdseins', zum Beispiel durch die Fremdsprachigkeit, verstärkt. *Derman* versucht darum, den erschwerten Zugang zu Hilfsangeboten mit zweisprachigen interkulturellen MitarbeiterInnen zu 'überbrücken'.

- *Dr. med. P. Flubacher* beschreibt in mehreren Publikationen sein Konzept für die Zusammenarbeit mit einer fest angestellten ÜbersetzerIn (vgl. Flubacher 1994a; Flubacher 1994b; Flubacher 1995; Flubacher 1997). Er stützt sich dabei vor allem auf die Konzepte der amerikanischen Medizinethnologie¹⁶⁵ sowie auf die umfassende Darstellung von E.M. Leyer (1991) zu Migration, Kulturkonflikt und Krankheit ab. Flubacher betont, fremdsprachige PatientInnen würden durch die Anwesenheit einer Übersetzerin von einer mehrfachen 'Sprachlosigkeit' befreit. Durch die muttersprachliche Kommunikation würden emotionale Inhalte vermittelbar, welche für das Verständnis der individuellen Krankheitserfahrung zentral seien. Im Sprechzimmer werde die Übersetzerin zur eigentlichen Bezugsperson der PatientInnen und bringe damit die Hierarchie im Sprechzimmer grundsätzlich durcheinander. Diese Veränderungen könnten, so meint Flubacher, nur in regelmässiger gemeinsamer Reflexion und Intervision zwischen Arzt und Übersetzerin bewältigt und sinnvoll genutzt werden.
- Das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer (TZFO)* stützt sich wissenschaftlich auf zwei Vorstudien ab, welche vom Schweizerischen Roten Kreuz in Auftrag gegeben wurden: Auf einen Bedarfsnachweis (Wicker 1991) sowie eine nachfolgende Machbarkeitsstudie (Weiss 1993). Das Behandlungskonzept, welches sich aus diesen beiden Studien ergab, betont die Notwendigkeit adäquater Übersetzung als Teil des therapeutischen Angebotes. Theoretisch vertiefen die beiden Berichte das Thema nur wenig. Sie liefern aber eine konzeptionelle Grundlage für weitere Reflexionen.¹⁶⁶

In den Konzepten des heutigen *TZFO* wird betont, dass gerade bei schwer traumatisierten Flüchtlingen der Erwerb einer Zweitsprache verzögert sei. Sie benötigten in den Therapien deshalb besonders häufig Übersetzungsdiene. Darüber hinaus wird die Verständigung über soziokulturelle Hintergründe des Traumas als zentral für den Zugang zum Erleben der PatientInnen betrachtet, was ebenfalls für den Bezug einer kulturellen Übersetzung spreche. Eigentliche theoretische Konzepte zur Arbeit mit ÜbersetzerInnen liegen bisher noch nicht vor. Hingegen wurden interne 'Fachliche Weisungen für die Übersetzungsarbeit' und 'Administrative Weisungen für die Übersetzungsarbeit' formuliert (vgl. Therapiezentrum SRK für Folteropfer 1996a; Therapiezentrum SRK für Folteropfer 1996b).

Auch in den Studien zur Übersetzung aus dem *Ausland* konnte bisher nur wenig Fundiertes als theoretische Basis der Projekte gefunden werden.

- Zur Übersetzung liegen vom *Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover* keine theoretischen Grundlagen vor. Hingegen sind die Konzepte seiner Gesamtarbeit dokumentiert und wissenschaftlich abgestützt. Der Ansatz ist ethnomedizinisch und bezieht ausserdem theoretisch die psychologische Stressforschung ein. Sie fokussieren damit die Zusammenhänge zwischen dem Kranksein und den sozialen Lebensbedingungen von MigrantInnen (vgl. Borchert et al. 1994).

¹⁶⁵ Flubacher bezieht sich dafür auf Helman 1990; Kleinman et al. 1978.

¹⁶⁶ Im Rahmen des *TZFO* entstand ausserdem eine Diplomarbeit zur 'Sozialarbeit mit gefolterten und kriegstraumatisierten Flüchtlingen' (Sancar 1997). Vgl. ebenfalls Frey & Valach 1997.

- Beim *Inter-Service Migrants (ISM)* ist zwar ebenfalls kein theoretisches Konzept seines Übersetzungsdiene vorhanden, er publiziert jedoch ein daraus hervorgehendes Informationsbulletin mit dem Namen 'Dialogue à 3', in welchem verschiedenste Artikel zur Thematik sowie ein Überblick zum Angebot des Dienstes erscheinen (vgl. Inter-Service Migrants [ISM] Interprétariat 1997). Ferner sind von Sauvêtre, dem Direktor dieses Übersetzungsdiene, von einer Ärztin, die mit ÜbersetzerInnen des Dienstes zusammenarbeitet, sowie von einer Übersetzerin einzelne Artikel zur Übersetzungsarbeit des *Inter-Service Migrants* erschienen (vgl. Lasne 1992; Salom 1989; Sauvetre 1996). Insgesamt ist die Übersetzungsarbeit also gut dokumentiert. Ferner wurde 1995 vom Inter-Service Migrants der europäische Kongress 'Interprétariat en milieu social' organisiert. Die Ergebnisse und Referate wurden in einer umfassenden Publikation veröffentlicht (vgl. Parlament Européen Strasbourg 1995).
- Zu den Übersetzungsdiene in Grossbritannien ist ebenfalls wenig Theoretisches zu finden, was über einen Beschrieb der Projekte hinausgeht. Es soll hier jedoch auf zwei ausführlichere Berichte hingewiesen werden, welche zur Situation der Übersetzung in Grossbritannien erschienen sind. Beim einen handelt es sich um ein sehr detailliertes Handbuch, das die Arbeit, Anstellung sowie Ausbildung von 'Community Interpreters' beschreibt und dabei einen Überblick zu bestehenden Konzepten und Angeboten innerhalb Grossbritanniens bietet (vgl. Shackman 1985). Der zweite Bericht wurde von der *Scottish Community Interpreting Development Group (SCID)* verfasst und spricht in Form von 'Recommandations for Action' so unterschiedliche Kreise wie die lokale Regierung oder die ArbeitgeberInnen und AnwenderInnen der ÜbersetzerInnen an. Der Report schliesst die Publikation der ersten Tagung der *SCID* ein. Die *SCID* wurde 1988 gegründet und ist eine Art gewerkschaftlicher Zusammenschluss von ÜbersetzerInnen, welcher sich für die Anerkennung der Übersetzungstätigkeit stark macht. Die Ziele dieser Gruppe sind von der Forderung für die Gleichberechtigung ethnischer Minderheiten geprägt. Professionelle Ausbildung und Unterstützung von ÜbersetzerInnen wird dabei als eine Chance für Gleichberechtigung betrachtet und von der Gruppe gefordert. Die *SCID* sieht sich zukünftig als nationale Koordinationsstelle für die Ausbildung von ÜbersetzerInnen und Vermittlung von Informationen zu Übersetzung (vgl. Scottish Community Interpreting Development Group 1990).
- Die am *Tolk- och Översättarinstitutet* an der Universität Stockholm angebotene Übersetzungsausbildung wird bei Niska (1990) beschrieben. Das seit 1978 in Schweden geltende Recht auf Übersetzung gründe, so der Autor, auf einer Migrationspolitik mit dem Ziel von Gleichheit, Entscheidungsfreiheit und Kooperation. Übersetzung wird bei Niska (ebd.) als die Vermittlung in einer Gesprächssituation zwischen zwei Personen beschrieben, welche in einer ungleichen Statusbeziehung stehen. Die Rolle, welche die ÜbersetzerInnen in Schweden zu übernehmen haben, wurde durch die bevollmächtigende Behörde festgelegt. Hauptanforderung an die ÜbersetzerInnen stellt dabei die Einhaltung von Neutralität und Unparteilichkeit dar. Auch hier wird nur wenig über die inhaltlichen Konzepte der Übersetzungstätigkeit ausgesagt. Niska (ebd:103) bemerkt lediglich, dass fundiertere Kenntnisse des Übersetzungsprozesses durch interdisziplinäre Forschung in diesem Bereich sowohl die Ausbildung als auch die Arbeit der ÜbersetzerInnen verbessern würden.
- Abschliessend soll hier auf einen offiziellen Bericht zur Situation in den USA von Ginsberg et al. (1995) hingewiesen werden, welcher einen ausführlichen Überblick zur Übersetzung im Gesundheitsbereich in den USA bietet. Der Bericht beinhaltet eine Literaturübersicht zur Thematik, die offiziellen Regelungen der USA bezüglich Übersetzung und präsentiert und diskutiert in einem dritten Teil schliesslich Ergebnisse einer Untersuchung von Übersetzungsangeboten in den USA.

5.2.3 Vergleich der übersetzenden Institutionen

Der Vergleich der Institutionen, welche Übersetzung anbieten, soll grundsätzliche Unterschiede und die daraus resultierenden Konsequenzen hervortreten lassen. Die ausländischen Institutionen sind grösser, älter und professionalisierter als die schweizerischen. Sie sind darum in der Lage, ökonomischer zu arbeiten, als dies in kleinen jungen Projekten möglich ist. Teilweise verfügen die Dienste über mehrere Zentralen und bieten gemeinsam eine Ausbildung an. Auch daraus ergibt sich in inhaltlicher und ökonomischer Hinsicht eine Ressourcenkonzentration. Die Projekte in der Schweiz sind demgegenüber spezialisierter und kleiner. Für die Zukunft in der Schweiz drängt sich eine landesweite Kooperation auf.

5.2.3.1 Trägerschaft und Institutionstyp

Alle Übersetzungsdiene in der *Schweiz* und die meisten Institutionen im Ausland haben eine *private* Trägerschaft. In der Schweiz sind sie in der grossen Mehrheit an Hilfswerke angeschlossen. Nur *Appartenances* wird von einem Verein getragen. Im *Ausland* bilden gemeinnützige Vereine für die Hälfte der Dienste die Trägerschaft.¹⁶⁷

Staatliche Institutionen finden sich nur in Holland (*Stichting Tolkencentrum*), Norwegen (*Tolketjenesten Innvandrerkontoret*) und Schweden¹⁶⁸. Mit einer staatlichen Trägerschaft zeigt sich die offizielle Anerkennung der Notwendigkeit eines gesicherten Angebotes von Übersetzung für Fremdsprachige.

Hinsichtlich Finanzierung und Anstellungsbedingungen oder Art und Form des Übersetzungangebotes sind Unterschiede entlang der Kategorie privat versus staatlich jedoch schwer herauszufiltern. Dies weist darauf hin, dass mit der öffentlichen Anerkennung der Notwendigkeit eines Übersetzungsangebotes nicht automatisch auch gute Bedingungen für die Übersetzung verbunden sind.

¹⁶⁷ Dies gilt für das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover*, den *Inter-Service Migrants*, die *Language Line* in London und den *LITST* in Edinburgh.

¹⁶⁸ Es handelt sich dabei um die in diesem Vergleich nicht berücksichtigte staatliche *Tolkcentralen* in Göteborg.

Tabelle 4: Trägerschaft

private Trägerschaft	staatliche Trägerschaft
HEKS Basel	
Übersetzerdienst des Universitätsspitals Bern	
Übersetzungsangebot Dr. P., Flubacher, Basel	
Appartenances, Lausanne	
Centre de Santé-Migrants, Genève	
Derman, Zürich	
Therapiezentrum SRK, Bern	
Tolkförmedling, Stockholm	
Inter-Service Migrants, Paris	
LITST, Edinburgh	
Language Line, London	
Indvanderprojekter, Kopenhagen	
Ethno-Medizinisches Zentrum, Hannover	
	Stichting Tolkencentrum, Holland
	Tolketjenesten Innvandrerkontoret, Bergen

Beim Vergleich des Institutionstyps unterscheiden wir Dienste, welche ausschliesslich Übersetzung anbieten und solche, in welchen der Übersetzungsdiest eines von verschiedenen Angeboten für MigrantInnen darstellt. Ausschliesslich auf die Übersetzung als Dienstleistung spezialisiert haben sich bislang nur Institutionen im Ausland: das *Stichting Tolkencentrum* in den Niederlanden, *Stockholms Tolkförmedling* in Schweden sowie die *Language Line* in London. Diese Stellen sind Vermittlungszentralen, welche bei Kommunikationsproblemen mit Fremdsprachigen zugezogen werden können und machen dabei weder kultur- noch fachspezifische Angebote. Die Dienstleistung richtet sich an verschiedene öffentliche Institutionen, wie Spitäler, Gerichte und die Polizei, welche mit fremdsprachigen Personen in Kontakt kommen.

Eine weitere Möglichkeit, Übersetzung zu organisieren, stellen die *ÜbersetzerInnen-Listen* dar, welche von vielen Spitäler im In- und Ausland geführt werden. Die Listen enthalten Namen von LaienübersetzerInnen und zweisprachigem Spitalpersonal, welches auf Abruf für Übersetzungen zur Verfügung steht. Solcherart organisierte Übersetzungen unterscheiden sich vom Angebot dafür spezialisierter Institutionen in der Qualität und sind unseres Erachtens als Notlösungen zu betrachten. In der *Schweiz* werden solche Listen an fast allen grossen Spitäler geführt.

In *migrantenspezifischen Institutionen* ist Übersetzung oft nur ein Angebot unter anderen für MigrantInnen und Personen, welche mit ersteren in Kontakt kommen. In der *Schweiz* werden

diese Institutionen fast ausschliesslich von Hilfswerken geführt und unterscheiden sich vor allem in ihrer Zielgruppe. *HEKS Basel* stellt seinen Übersetzungsdiens hauptsächlich Spitätern zur Verfügung und hat das Angebot seit dessen Entstehung vor zehn Jahren unterdessen auf acht Sprachen ausgeweitet. Vergleichbar mit *HEKS* sind in der Schweiz etwa die Dienstleistungen des *Centre de Santé-Migrants Genève*, welches dem Roten Kreuz Genf angeschlossen ist und wie das *HEKS* Verträge mit einzelnen Spitätern beziehungsweise Abteilungen von Spitätern für Übersetzungsleistungen eingeht. Andere migrantenspezifische Institutionen wie beispielsweise *Derman*, ein Projekt des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerkes, richtet sein Angebot speziell an türkische und kurdische MigrantInnen und/oder deren Bezugspersonen. Das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* in Bern bietet Behandlung für Folter- und Gewaltopfer an. Seine Hauptklientel sind anerkannte Flüchtlinge. Übersetzung wird im *Therapiezentrum SRK* regelmässig eingesetzt und an andere Stellen weitervermittelt. *Appartenances*, ein Zentrum für psychosoziale Beratungs- und Gesundheitsförderung von MigrantInnen, hat ÜbersetzerInnen im therapeutischen Angebot integriert, stellt diese aber auch anderen Institutionen, wie Spitätern, zur Verfügung.

Aus *internationaler* Perspektive mit den aufgeführten schweizerischen Projekten in mancher Hinsicht vergleichbar sind das *Ethno-Medizinische Zentrum* in Hannover, der Übersetzungsdiens des *Indvanderprojekter* in Kopenhagen, der *Tolketjenesten Innvadrerkontoret* in Bergen sowie die Dienste des *Inter-Service Migrants (ISM)* in Paris. Diese Institutionen stellen alle *migrantenspezifische* Einrichtungen dar, welche Übersetzung als eine Dienstleistung unter anderen anbieten. Das Angebot richtet sich dabei immer an die MigrantInnen selbst sowie an jene Personen und Stellen, welche mit MigrantInnen arbeiten.

Im Vergleich zu den Schweizer Institutionen hat keine der hier aufgeführten ausländischen Stellen einen kulturspezifischen (*Derman*) oder gruppenspezifischen Ansatz (*Therapiezentrum SRK*), sondern sie richten sich gleichermassen an alle Migrantengruppen. In Art und Qualität der angebotenen Übersetzungsleistungen unterscheiden sich diese Institutionen jedoch (vgl. dazu weiter unten).

Tabelle 5: Institutionstyp

Übersetzungsvermittlungszentrale	Übersetzungsdiens als Teil einer Institution für MigrantInnen
Stichting Tolkencentrum, Niederlande	HEKS Basel, Schweiz
Stockholms Tolkförmedling, Schweden	Centre de Santé-Migrants Genf, Schweiz
Language Line, London	Derman Zürich, Schweiz
	Therapiezentrum SRK für Folteropfer Bern, Schweiz
	Association Appartenances Lausanne, Schweiz
	Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover, Deutschland
	Indvandrerprojekter Kopenhagen, Dänemark
	Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen, Norwegen
	Inter-Service Migrants Paris, Frankreich

Abschliessend soll hier kurz auf das *Spektrum* der AdressatInnen eingegangen werden, für welche Übersetzung angeboten wird. Nebst dem Gesundheitsbereich wird Übersetzung unterschiedlich im gesamten Sozialbereich, in Justiz und Polizei sowie im schulischen Bereich eingesetzt. Die *ausländischen* Übersetzungsdiensste bieten in der Regel Übersetzung für den gesamten Bereich öffentlicher Dienstleistungen an und sind nicht spezialisiert. Eine Ausnahme stellt hier allein der *LITST Edinburgh* dar, der sein Angebot hauptsächlich im Gesundheitsbereich zur Verfügung stellt. In der *Schweiz* hingegen bieten die einzelnen Institutionen umgekehrt Übersetzung ausschliesslich, allerdings auch hier mit zwei Ausnahmen, für den Gesundheits- und den weiteren Sozialbereich an, nicht aber für die Bereiche Justiz, Polizei und Schule. Allein der *Spitaldolmetscherdienst des HEKS Basel* und das Übersetzungsangebot von *Derman* in Zürich bieten Übersetzungen zusätzlich in den Bereichen Justiz und Polizei sowie im Falle *Dermans* auch im Schulbereich an.

5.2.3.2 Finanzierungsmodelle der Übersetzungsdiensste

Hinsichtlich der Art der Finanzierung unterscheiden sich die staatlichen Übersetzungsdiensste nicht grundsätzlich von den privaten Institutionen, sie sollen im folgenden Vergleich aber dennoch getrennt behandelt werden. Die grosse Mehrheit aller Übersetzungsdiensste wird durch ziemlich komplizierte Finanzierungsmodelle getragen.

Zunächst zum Vergleich der Finanzierung von *staatlichen* Diensten: Das *Stichting Tolkencentrum* in Holland wird vollumfänglich durch staatliche Mittel finanziert. Die Kosten werden zur Hauptsache vom Bundesamt für Gesundheit und Sport getragen, daneben von weiteren öffentlichen Ämtern. Der *Tolketjenesten Innvandrerkontoret* in Norwegen wird ebenfalls staatlich finanziert. Die finanziellen Mittel werden über die Gemeinde Bergen und andere, die Dienste beanspruchende Gemeinden der Region sichergestellt. In *Schweden* sieht die rechtliche Grundlage, welche den Staat verpflichtet, fremdsprachigen MigrantInnen im

Kontakt mit öffentlichen Diensten adäquate Übersetzung anzubieten, auch deren Finanzierung vor.

Die *privaten* Dienste werden mehrheitlich von verschiedenen Seiten, unter anderem von der staatlichen Seite, finanziell unterstützt. Die tendenziell komplizierten Finanzierungsmodelle machen einen Vergleich aber schwierig. In der Regel ergibt sich eine *Kombination* von *Institutionenmitteln* sowie *privater Unterstützung* und/oder *öffentlicher Subventionen*. In der Schweiz weist gut die Hälfte der Institutionen solche kombinierte Finanzierungsstrukturen auf. Dazu gehören *Appartenances*, das *Centre de Santé-Migrants* sowie *Derman* in Zürich, welche Subventionen des Bundes und/oder der Kantone erhalten¹⁶⁹. Das *Centre de Santé-Migrants*, *Derman* sowie der Übersetzungsdiest *HEKS Basel* sind Hilfswerken angeschlossen, welche sie finanziell tragen. Zudem stehen sie in einem Vertragsverhältnis mit Spitätern, welche die Übersetzungsleistungen der Institution vergüten. Knapp die Hälfte der schweizerischen Übersetzungsdiene müssen finanziell selbsttragend sein und ohne zusätzliche Subventionen auskommen. Dazu gehört das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* in Bern, dessen Auslagen für Übersetzung von der Institution selbst getragen werden. Ebenfalls selbsttragend ist die Finanzierung des *Übersetzerdienstes des Universitätspitals Insel* in Bern, wo die Entschädigung, wie in anderen grossen Spitätern, für ÜbersetzerInnen über einen speziell dafür vom Sozialdienst des Spitals geöffneten Fonds gesichert ist. Auch *Dr. med. P. Flubacher* finanziert die Übersetzungsleistungen, die er in seiner Hausarztpraxis anbietet, selbst.

Tabelle 6: Schweizer Finanzierungsmodelle

subventioniert	Einzelverträge mit öffentlichen Diensten	selbsttragend
Appartenances		
Centre de Santé-Migrants	Centre de Santé-Migrants	
Derman	Derman	
	HEKS Spital-dolmetscherdienst	
		ÜbersetzerInnendienst Unispital Bern
		Therapiezentrum SRK
		Hausarzt Dr. Flubacher

¹⁶⁹ *Appartenances* wird hauptsächlich vom Verein selbst getragen, die Ausbildungsgänge werden jedoch auf kantonaler Ebene durch die PMU, CHUV, PPU, DAMPS und FAREAS (vgl. Kapitel 2) unterstützt sowie auf nationaler Ebene durch das BAG und den Nationalfonds. Das *Centre de Santé-Migrants* in Genf wird einerseits durch das Rote Kreuz Genf und andererseits über ein sehr kompliziertes Modell verschiedenster Subventionen getragen. *Derman* in Zürich wird einerseits als Projekt des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerks von diesem finanziert, andererseits auch durch Bundessubventionen des Bundesamtes für Flüchtlinge (BFF) sowie über die kantonale Fürsorge unterstützt.

Auch im *Ausland* stellen die finanziell *selbsttragenden* Institutionen die Minderheit dar. Die meisten Übersetzungsdiene werden von mehreren Seiten gemeinsam unterstützt. Die *Language Line* in London und *Stockholms Tolkförmeling* sind die zwei einzigen Institutionen, welche ausschliesslich selbsttragend funktionieren. In beiden Fällen handelt es sich um Institutionen, die aus vormalig subventioniertem Status in selbsttragende Stellen umstrukturiert wurden.

Da die Nachfrage für Übersetzung in den vergangenen Jahren stetig zugenommen hat, wurde der staatliche Übersetzungsdiene *Stockholms Tolkförmeling* durch einen politischen Entscheid privatisiert. 90% der Aufträge dieser Übersetzungsstelle sind aber über Verträge mit öffentlichen Diensten gesichert, was es ihr auch ermöglicht, selbsttragend und ohne zusätzliche Subventionen des Staates zu funktionieren.

Die Mehrheit der Übersetzungsdiene wird allerdings neben der Eigenfinanzierung durch regionale, staatliche oder gar internationale *Subventionen* unterstützt: Dazu gehört zunächst das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover*, das zu 90% über das Sozialministerium Niedersachsen sowie das Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten subventioniert wird.¹⁷⁰ Der *Inter-Service Migrants Paris* wird ebenfalls national unterstützt und zwar zu 15% durch den spezifisch für MigrantInnen entwickelte 'Fonds d'Action Sociale'.¹⁷¹ Der *Lothian Interpreting and Translating Service Trust Edinburgh* kann sich auf lokale Subventionen des 'Lothian Regional Council' und des 'Edinburgh District Council' sowie des regionalen Gesundheitsamtes stützen. Das Finanzierungsmodell des *Indvandrerprojekter Kopenhagen* in Dänemark ist sehr kompliziert und stützt sich neben der Eigenfinanzierung hauptsächlich auf lokale, nationale und internationale Subventionen ab. Die nationalen Subventionen fliessen hier in die Finanzierung von Ausbildung und Sprachkursen. Dieses Angebot stellt die Umsetzung des in Dänemark gesetzlich verankerten Rechtes und der Pflicht zu einem Besuch eines Dänischkurses für erwachsene MigrantInnen dar. Ein Teil der Finanzierung des *Indvandrerprojekter Kopenhagen* wird über den Sozialfonds der Europäischen Gemeinschaft abgewickelt. Damit wird diese Institution für die Arbeit an einem gemeinsamen, europäischen Projekt mit dem Namen 'Leonardo-Projekt' entschädigt (vgl. mehr dazu unten Kap. 5.2.5.1).

¹⁷⁰ Die restlichen 10% der Finanzierung sind durch Verträge mit Spitätern gesichert.

¹⁷¹ Die restlichen 85% der Mittel werden über Verträge mit den NutzerInnen des Dienstes sichergestellt.

Tabelle 7: ausländische Finanzierungsmodelle

subventioniert	Einzelverträge mit öffentlichen Diensten	selbsttragend
		Language Line London
	Stockholms Tolkförmedling	Stockholms Tolkförmedling
Inter-Service Migrants, Paris	Inter-Service Migrants, Paris	
Ethno-Medizinisches Zentrum, Hannover	Ethno-Medizinisches Zentrum, Hannover	
LITST, Edinburgh		
Stichting Tolkencentrum, Holland		
Indvandrerpjekter, Kopenhagen		
Tolketjenesten Innvandrerkontoret, Bergen		

5.2.3.3 Anstellungsbedingungen

Die Anstellungsbedingungen der ÜbersetzerInnen sind für diese oft ungünstig. Informationen dazu sind schwer zugänglich. Es können zwei *Anstellungsmodi* unterschieden werden: Entweder sind die ÜbersetzerInnen *fest angestellt* und beziehen einen Fixlohn, meist mit zusätzlichen Sozialleistungen, oder sie werden im unsichereren Anstellungsmodus als '*Freelancers*' auf Abruf und im Stundenlohn eingesetzt, meist ohne zusätzliche Sozialleistungen oder Spesenaufwand. Im internationalen Vergleich bilden Übersetzungsdiene, welche *fest angestellte ÜbersetzerInnen* und '*Freelancers*' einsetzen, die Mehrheit. Die fest angestellten ÜbersetzerInnen bilden dabei die kleine Minderheit der Übersetzenden bei einer Institution (mit einer Ausnahme von über 50% fest angestellten ÜbersetzerInnen bei *Appartenances*). Das heisst, dass in den meisten Übersetzungsdiene, neben einer Minderheit fest angestellter eine Mehrheit abrufbereiter ÜbersetzerInnen zur Verfügung stehen, welche im Stundenlohn bezahlt werden.¹⁷²

Kriterien für gute Anstellungsbedingungen sind neben allgemeinen Sozialleistungen auch Vergütungen für die Reisezeit, die Wartezeit sowie allfällige Absagen. Ein ausnehmend gutes Beispiel dafür gibt das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover*. Die staatlichen Übersetzungsdiene in Schweden und Holland schneiden demgegenüber deutlich schlechter ab.

172 Die meisten fest angestellten ÜbersetzerInnen (neben Freelancers) hat mit über 50% *Appartenances*. Der *Inter-Service Migrants Paris* hat über 20% der ÜbersetzerInnen fest angestellt. Die restlichen Dienste, soweit etwas über das Verhältnis zwischen fest angestellten ÜbersetzerInnen und 'Freelancers' ausgesagt werden kann, weisen einen geringen Anteil (unter 20%) von fest angestellten ÜbersetzerInnen auf: das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover*, der *LITST* das niederländische *Stichting Tolkencentrum*, *Stockholms Tolkförmedling* und der *Tolketjenesten Innvandrerkontoret* in Bergen, Norwegen.

Nur zwei Institutionen innerhalb des gesamten Vergleichs haben *ausschliesslich fest angestellte ÜbersetzerInnen*. Diese befinden sich in der Schweiz: Dazu gehört das *Derman* und *HEKS Basel*. *Derman* und vor allem der Übersetzungsdiest von *HEKS Basel* können bezüglich der Anstellungbedingungen als 'best practice'-Beispiele genannt werden. Beide Institutionen stellen ÜbersetzerInnen zu festem Lohn im Stundenansatz zuzüglich Sozialleistungen an. Das *HEKS* entschädigt die fest angestellten ÜbersetzerInnen auch in vollem Umfang bei Krankheit und an Feiertagen. Bei *Derman* kommt hingegen die ganze Palette der Sozialleistungen zum Zuge: Auch Spesen, Ausfälle wegen Krankheit oder Absagen sowie Reise- und Wartezeitentschädigungen werden vergütet. Den ÜbersetzerInnen des *HEKS Basel*, die hauptsächlich im Spital eingesetzt werden, steht dort ein fester Raum zur Verfügung. Dies kann als Beispiel für günstige Arbeitsbedingungen gelten. Die Behandelnden haben dadurch die Möglichkeit einerseits immer mit denselben ÜbersetzerInnen zusammenzuarbeiten und andererseits Übersetzungsgespräche im voraus zu planen und anzumelden. Für die Übersetzenden ist diese Anstellungsform ebenfalls vorteilhaft. Sie haben ein festes Einkommen, fixe Arbeitsstunden und erlangen so auch einen gewissen Status innerhalb der Institution Spital.

Auch die Übersetzerin, mit welcher *Dr. med. P. Flubacher* zusammenarbeitet, ist fest angestellt und jeweils an einem Tag pro Woche zu festen Zeiten in der Praxis anwesend, um für türkische und kurdische PatientInnen zu übersetzen. Sie erhält einen Fixlohn nach Stundenansatz.

Ausschliesslich auf Abruf und im *Stundenlohn* angestellte ÜbersetzerInnen haben wiederum vor allem *inländische* Institutionen. Dazu gehören das *Centre de Santé-Migrants Genf*, das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* in Bern und als Beispiel für Listen-Übersetzungsdiene der *Übersetzerdienst des Universitätspitals Insel*, ebenfalls in Bern. Die einzige *ausländische* Institution, welche ÜbersetzerInnen ausschliesslich auf Abruf ohne Festanstellung einsetzt, ist die *Language Line* in London. Allerdings beschränkt sich das Angebot dieser Institution primär auf telefonische Übersetzungsdiene, die von den ÜbersetzerInnen von der Privatwohnung aus verrichtet werden.

Eine Anstellung auf der Basis als Freelancer ist für die ÜbersetzerInnen grundsätzlich weniger attraktiv als eine Festanstellung, weil nicht mit einem fixen Einkommen gerechnet werden kann. Zudem sind die Sozialleistungen und Krankheits-, Absage- und Wartezeitentschädigungen sowie Reisezeit und -kosten sehr unterschiedlich und mancherorts unzureichend geregelt. Nicht selten erhält eine Übersetzerin so für ihre Arbeit einen Betrag, der durch die investierte Reise- und Wartezeit sowie durch Anreisekosten auf einen Stundenansatz weit unter denjenigen etwa für Reinigungsarbeiten oder sogar auf ein Niveau von Schwarzarbeit sinkt.

Tabelle 8: Anstellungsmodi in der Schweiz und im Ausland

nur fest angestellte ÜbersetzerInnen	Freelancers und fest angestellte ÜbersetzerInnen	nur Freelancers
HEKS Basel		
Derman Zürich		
Hausarzt Dr. P. Flubacher		
	Appartenances Lausanne	
		Centre de Santé-Migrants
		Übersetzungsdiest des Universitätsspitals Bern
		Therapiezentrum SRK
		Language Line London
	Inter-Service Migrants, Paris	
	Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover	
	LITST, Edinburgh	
	Stichting Tolkencentrum, Holland	
	Stockholms Tolkförmedling	
	Tolketjenesten Innvandrerkontoret, Bergen	

Der *Lohn* der ÜbersetzerInnen lässt sich allerdings aufgrund der eben ausgeführten unterschiedlichen Handhabung der Vergütung von Sozialleistungen und Spesen nur schwer vergleichen. Die uns bekannten Angaben zum Stundenlohn für ÜbersetzerInnen schwanken in der *Schweiz* zwischen rund 35 Franken und 55 Franken netto. Spesen werden zusätzlich vergütet.¹⁷³ Vergleichsmöglichkeiten bezüglich der Entschädigung der ÜbersetzerInnen im *Ausland* stehen uns praktisch nicht zur Verfügung. Vom *Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover* in Deutschland und vom holländischen *Stichting Tolkencentrum* wissen wir, dass (umgerechnet in Schweizerfranken) ein Nettostundenlohn von rund 35 Franken im *EMZ* und rund 27 Franken im *Tolkencentrum* zuzüglich Spesen vergütet werden. In den *USA* bewegte sich der Stundenlohn für eine ÜbersetzerIn 1995 zwischen 10 und 32 Dollars.¹⁷⁴ Der

¹⁷³ HEKS Basel verrechnet ihren ÜbersetzerInnen pro Stunde 39 Franken. Das Therapiezentrum SRK bezahlt Fr. 31.- /Std. + 1Std. Spesen pro Tag. Die Appartenances, das Centre de Santé-Migrants und Derman berechnen rund 45 Franken, wobei die ÜbersetzerInnen von Derman gemäss der offiziellen Lohntabelle des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerk entlohnt werden. Dr. med. P. Flubacher bezahlt der Übersetzerin stündlich rund 55 Franken. Der Übersetzerdienst des Universitätsspitals Insel zahlt den ÜbersetzerInnen einen Franken pro Minute, wobei zwischen einer und 30 Minuten pauschal Fr. 30.- und für eine Übersetzung von zwischen Fr. 30 und 60 Minuten pauschal Fr. 60.- verrechnet werden.

¹⁷⁴ Diese Angaben basieren auf einem Vergleich von zehn Spitätern 1995.

Jahreslohn einer vollzeitlich beschäftigten ÜbersetzerIn betrug damals zwischen 16'000 und 66'560 Dollars (vgl. Ginsberg et al. 1995).¹⁷⁵

Die *Anforderungen* an ÜbersetzerInnen für eine Anstellung sind sehr unterschiedlich und nicht immer dokumentiert. Es macht deshalb wenig Sinn, alle einzeln darzustellen. Im folgenden werden aber gewissermassen verschiedene Anforderungsbereiche vorgestellt und anhand von Beispielen präsentiert. Die Bedingungen, welche für eine Anstellung als ÜbersetzerIn vorausgesetzt werden, beziehen sich einerseits auf *Vorkenntnisse* und *Erfahrungen*, andererseits auf *Verpflichtungen*. Die Vorkenntnisse, welche von ÜbersetzerInnen erwartet werden, betreffen einerseits *sprachliche* und *berufliche Qualifikationen*, andererseits *Erfahrungen im sozialen Bereich* und bezüglich der Prozesse von *Migration* und *Integration*.

Sprachliche Qualifikationen werden meist an erster Stelle genannt, als Voraussetzung gelten fundierte Kenntnisse in beiden Sprachen. Mündliche Sprachkenntnisse stehen dabei im Vordergrund. Manchmal werden Übersetzungsvorkenntnisse verlangt, meist wird vorausgesetzt, dass die Fremdsprache die Muttersprache ist. Im Konzept des *Indvandrerpakter Kopenhagen* wird explizit erwähnt, reale Qualifikationen würden den formalen vorgezogen. Dieser Punkt scheint uns hier sehr wichtig, weil MigrantInnen oft formale Qualifikationen wie Diplome entweder nicht vorweisen können oder diese in den Aufnahmeländern nicht anerkannt werden.

Stockholms Tolkförmedling in Schweden stellt ausschliesslich staatlich *diplomierte* ÜbersetzerInnen an und lässt jenen ÜbersetzerInnen, in deren Sprache keine Ausbildung angeboten wird, vor ihrem Einsatz eine interne Grundausbildung zukommen, die mit einem Test abgeschlossen wird. Auch in *Norwegen* existiert ein staatlich anerkanntes Diplom, das für eine erfolgreich bestandene schriftliche und mündliche Prüfung am linguistischen Institut der Universität Oslo vergeben wird. Weil jedoch in Norwegen Übersetzung für Fremdsprachige kein festgeschriebenes Recht darstellt, das eine professionelle Ausbildung und Qualifikation vorschreibt, können auch nicht ausschliesslich diplomierte ÜbersetzerInnen angestellt werden. Dies führt bei Sparmassnahmen zur vermehrten Anstellung von nicht- oder schlecht ausgebildeten ÜbersetzerInnen.

Häufig werden, wie erwähnt, für die Anstellung von ÜbersetzerInnen *Migrationserfahrungen* sowie *berufliche Erfahrungen* im *Sozialbereich* vorausgesetzt. *Appartenances* zieht universitär ausgebildete MigrantInnen als ÜbersetzerInnen vor und möchte speziell arbeitslosen MigrantInnen damit die Möglichkeit zur beruflichen Integration bieten. Auch der *LITST* in Edinburgh

¹⁷⁵ Diese Zahlen basieren auf einem Vergleich von 22 Spitälern im Rahmen derselben Untersuchung von 1995.

stellt primär MigrantInnen an. *Appartenances* und *HEKS Basel* bevorzugen zudem ÜbersetzerInnen mit einer Aufenthaltsdauer in der Schweiz von drei bis zehn Jahren (*Appartenances*) beziehungsweise von mindestens fünf Jahren (*HEKS*). Mit dieser Forderung soll gesichert sein, dass die ÜbersetzerInnen im Integrationsprozess nicht mehr ganz am Anfang stehen und – im Falle von *Appartenances* – aber auch nicht zuviel Distanz zu dieser Erfahrung haben. Die Integrationserfahrung wird bei der Übersetzung als Ressource verstanden.

Bei *Derman* werden im Gegensatz dazu vor allem berufliche Erfahrungen im medizinischen und sozialen Bereich vorausgesetzt. Neben den eben erwähnten Erfahrungen aus dem Migrations- und dem sozialen Bereich werden zudem teilweise auch Kenntnisse über das Aufnahmeland, beispielsweise über das System öffentlicher Institutionen, vorausgesetzt.¹⁷⁶

Zu den *Verpflichtungen*: Die häufigste Verpflichtung der ÜbersetzerInnen während ihrer Anstellung ist diejenige zur Einhaltung des 'Berufsgeheimnisses'. Die ÜbersetzerInnen unterstehen in der Regel derselben Geheimhaltepflicht wie das medizinische Personal. Über diese Pflicht werden sie meist schriftlich informiert und vertraglich gebunden. Eine andere Pflicht der ÜbersetzerIn ist die 'Abstinenzregel'¹⁷⁷ sowohl in bezug auf die PatientInnen als auch hinsichtlich der Tätigkeit in anderen Bereichen. Das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* in Bern empfiehlt den ÜbersetzerInnen ausdrücklich, ausserhalb des therapeutischen Settings mit PatientInnen Kontakte zu meiden. Wie auch im *Centre de Santé-Migrants* in Genf müssen sich die ÜbersetzerInnen andererseits verpflichten, keine parallele Übersetzungstätigkeit vor Gericht oder bei fremdenpolizeilichen Befragungen auszuüben.

Unterschiede im *Anstellungsprozedere* können hier nur exemplarisch und ohne Anspruch auf Vollständigkeit vorgestellt werden. Am häufigsten wird über die Anstellung aufgrund eines *Bewerbungsgespräches* entschieden.¹⁷⁸ Manchmal wird auch ein *bestandener Test* verlangt (und allenfalls mit einem Gespräch ergänzt).¹⁷⁹ Vor allem in der Schweiz werden auch *Feedbacks* von Behandelnden, anderen ÜbersetzerInnen und PatientInnen als Kriterien für

¹⁷⁶ Dies trifft namentlich für den *Inter-Service Migrants Paris* sowie das *Stichting Tolkencentrum* in Holland zu.

¹⁷⁷ Die psychotherapeutische Abstinenzregel bezieht sich einerseits auf das Einbringen persönlicher Meinungen und Werte in die Therapie, welche PatientInnen dazu verführt, sich ähnlichen normativen Massstäben zu unterwerfen. Andererseits hat Freud damit die Gefahr des (nicht nur sexuellen) Missbrauchs in der Therapie zu bannen versucht. Im Konzept der Übersetzung wird unter 'Abstinenz' eher das Vermeiden von Kontakten ausserhalb des therapeutischen Settings verstanden. Die ursprüngliche Bedeutung von 'Abstinenz' wäre auch für die Übersetzungssituation von Bedeutung, wird aber nirgends explizit erwähnt.

¹⁷⁸ Ein Bewerbungsgespräch haben, soweit bekannt, *Appartenances*, das *Centre de Santé-Migrants*, *Derman*, *Dr. med. P. Flubacher*, *HEKS* sowie das *Universitätsspital Insel* und das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer Bern* ins Anstellungsprozedere integriert.

¹⁷⁹ Dies trifft namentlich für das schweizerische *Centre de Santé-Migrants*, das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover*, für das *Stichting Tolkencentrum* in Holland sowie *Stockholms Tolkförmedling* zu.

einen positiven Entscheid erwähnt.¹⁸⁰ Neben den genannten qualitativen Beurteilungen wird im Verlauf des Anstellungsprozesses mancherorts ein *Vertrag* unterschrieben, der fachliche Weisungen, Rechte und Pflichten, wie beispielsweise die Geheimhaltepflicht, regelt.¹⁸¹ Die ÜbersetzerInnen der *Language Line* in London werden durch ethische Richtlinien gebunden, die von der 'Association of Community Interpreters' aufgestellt werden.

Tabelle 9: Anstellungsprozedere

Gespräch	mündlicher Test	Feedbacks	Vertrag
Appartenances, Lausanne			
Centre Santé-Migrants, Genf	Centre Santé-Migrants, Genf	Centre Santé-Migrants, Genf	
Derman, Zürich		Derman, Zürich	
Hausarzt Dr. Flubacher, Basel			
HEKS Basel		HEKS Basel	
Therapiezentrum SRK, Bern		Therapiezentrum SRK, Bern	Therapiezentrum SRK, Bern
Übersetzerdienst Universitätsspital Bern		Übersetzerdienst Universitätsspital Bern	Übersetzerdienst Universitätsspital Bern
	Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover		
	Stichting Tolkencentrum, Holland: mündlicher und schriftlicher Test		Stichting Tolkencentrum, Holland
		Inter-Service Migrants Paris	
	Stockholms Tolkförmedling: anerkanntes Diplom oder bestandener Test		

5.2.4 Vergleich der Übersetzungsangebote

Die Projekte unterscheiden sich konzeptionell sowohl bezüglich der Art der Übersetzung als auch bezüglich der Rollen, die für die ÜbersetzerInnen vorgesehen sind.

5.2.4.1 Art des Übersetzungsangebotes

- Am häufigsten findet Übersetzung für Fremdsprachige im Sozialbereich in einer '*face-to-face*'-Situation statt. Darunter wird die mündliche Übersetzung innerhalb der triadischen

¹⁸⁰ Auf Feedbacks rekurrieren das *Derman*, *HEKS*, das *Centre de Santé- Migrants*, das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* und das *Universitätsspital Insel*. Für das Ausland sind Feedbacks allein für den *Inter-Service Migrants Paris* bekannt.

¹⁸¹ Verträge müssen soweit bekannt im *Universitätsspital Insel*, im *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* in Bern und im *Stichting Tolkencentrum* in Holland von den ÜbersetzerInnen unterschrieben werden.

Interaktionssituation verstanden. Alle Dienste bieten diese Art der Übersetzung an. Nur *Language Line* in London macht ausschliesslich telefonische (und schriftliche) Übersetzungen, versteht dieses Angebot aber explizit als Ergänzung zur 'face-to-face' Übersetzung anderer Dienste.

- Die Projekte, welche Übersetzung für den weiteren sozialen Bereich anbieten, schliessen in der Regel auch *schriftliche Übersetzung* ein.¹⁸² Der *Inter-Service Migrants Paris* bietet die Dienste seiner ÜbersetzerInnen als 'écrivain public' für Schreibaufträge an. Dieses Angebot richtet sich im speziellen an fremdsprachige AnalphabetInnen und soll ihnen die schriftliche Kommunikation mit öffentlichen Diensten und Ämtern ermöglichen. In der Schweiz gehört schriftliche Übersetzung in der Hälfte der Projekte zum Angebot.¹⁸³
- Telefonische Übersetzung* wird im Vergleich zur mündlichen und schriftlichen Übersetzung weniger angeboten¹⁸⁴, in der Schweiz bisher nirgends. Telefonische Übersetzung wird vor allem aufgrund ihrer Flexibilität geschätzt. Oft sind die telefonischen Übersetzungsleistungen über 24 Stunden pro Tag gesichert und ohne Wartezeiten zugänglich. Dieses Angebot wird aber meist nur zusätzlich und nicht ausschliesslich gemacht, weil Nachteile bei telefonischen Übersetzungen unübersehbar sind.

Tabelle 10: Übersetzungstyp

	'face-to-face'	schriftlich	telefonisch
Appartenances, Lausanne	◆	◆	
HEKS Basel	◆	◆	
Derman, Zürich	◆	◆	
Therapiezentrum SRK, Bern	◆	◆	
Übersetzungsdienst Universitätsspital Bern	◆	◆	
HA Dr. P. Flubacher, Basel	◆		
Centre Santé-Migrants, Genf	◆		
Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover	◆	◆	◆
Inter-Service Migrants Paris	◆	◆	◆
Tolkförmedling Stockholm	◆	◆	◆
Stichting Tolkencentrum, Holland	◆	◆	◆
Indvandrerprojekter, Kopenhagen	◆		
Lothian Interpreting & Translating Service Trust (LITST), Edinburgh	◆	◆	
Language Line, London		◆	◆
Tolketjenesten Innvandrerkontoret, Bergen	◆	◆	

¹⁸² Im Ausland bietet nur das *Indvandrerprojekter Kopenhagen* ausschliesslich mündliche Übersetzungen an. In der Schweiz sind dies: *Dr. med. P. Flubacher* und das *Centre Santé-Migrants Genf*.

¹⁸³ In der Schweiz bieten *Appartenances*, *Derman*, das *HEKS Basel* und der *Übersetzerdienst des Universitätsspital Bern* sowie das *Therapiezentrum SRK* für Folteropfer zusätzlich zur mündlichen Übersetzung auch schriftliche Übersetzungsdiene an.

¹⁸⁴ Telefonischer Übersetzungsdiene bieten das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover*, der *Inter-Service Migrants Paris*, die *Language Line London*, das *Stichting Tolkencentrum* in Holland und *Stockholms Tolkförmedling* in Schweden.

5.2.4.2 Formen der Übersetzung und Rollenkonzepte

Die zugänglichen Konzepte können auch anhand der Form ihrer Übersetzung und der Rollenkonzepte, welche für die ÜbersetzerInnen vorgesehen ist, unterschieden werden. Das Informationsmaterial dazu ist aber dürfzig, deshalb sei hier nur eine Übersicht vorgenommen. Grundsätzlich wird zwischen wortwörtlicher Übersetzung und sinngemässer Übersetzungsfom unterscheiden. Die Mehrheit der Übersetzungsdiene favorisiert explizit eine sinngemässen Übersetzung. Weder in schweizerischen noch internationalen Konzepten wird aber genau festgehalten, was darunter verstanden wird und wann welche Form der Übersetzung den Vorrang haben sollte. *Wortwörtliche Übersetzung* verlangt möglichst wortgetreue Übertragung der Worte einer Sprache in eine andere. Unter *sinngemässer Übersetzung* wird die zusätzliche Vermittlung soziokultureller Aspekte verstanden, welche für die gegenseitige Verständigung relevant sind. Etwa in der Hälfte aller untersuchten Institutionen im In- und Ausland wird *sinngemäss mit wortwörtlicher Übersetzung kombiniert*. In der Schweiz sind dies *Derman, HEKS Basel*, das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer Bern*¹⁸⁵ und der *Übersetzerdienst des Universitätspitals Insel* in Bern. Ausländische Projekte mit diesem Ansatz sind das *Indvandrerpjekter Kopenhagen*, der *Inter-Service Migrants Paris* sowie die *Language Line London* und der *Lothian Interpreting & Translating Service Trust Edinburgh*.

Auffällig ist im internationalen Vergleich, dass rund die Hälfte der ausländischen Übersetzungsdiene hingegen *ausschliesslich* von *wortwörtlicher Übersetzung* ausgeht, was in der Schweiz nirgends der Fall ist.¹⁸⁶ Einzelne Institutionen v.a. in der Schweiz sprechen hingegen überhaupt nicht von *wortwörtlicher Übersetzung*, sondern *ausschliesslich* von *sinngemässer Übersetzung* mit kultureller Vermittlung.¹⁸⁷

Die Form der Übersetzung hat Auswirkungen auf die Rollenkonzepte, welche für die ÜbersetzerInnen vorgesehen werden. Sinngemäss Übersetzung beziehungsweise kulturelle Vermittlung bringt eine Status-Aufwertung der übersetzenden Person mit sich. Es wird von der kulturellen MediatorIn oder sogar Co-TherapeutIn gesprochen. Der ÜbersetzerIn kommt eine unvergleichlich grössere Wichtigkeit zu, als wenn sie – wie in Konzepten mit *wortwörtlicher Übersetzung* oft formuliert – als 'Instrument' betrachtet wird.

¹⁸⁵ Hier wird allerdings die kulturelle Vermittlung erst im Anschluss an das eigentliche Übersetzungsgespräch vollzogen.

¹⁸⁶ *Stockholms Tolkförmedling* in Schweden, der norwegische *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* sowie das *Stichting Tolkencentrum* in den Niederlanden haben ein wortwörtliches Übersetzungskonzept. In Holland werden nebst der wortwörtlichen Übersetzung zusätzliche Ergänzungen von den ÜbersetzerInnen erwartet, wobei diese klar als solche deklariert und auch übersetzt werden müssen.

¹⁸⁷ Ausschliesslich sinngemäss Formen der Übersetzung bieten *Appartenances*, das *Centre de Santé-Migrants* und *Dr. med. P. Flubacher*. Im Ausland verfolgt allein das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover* ein Übersetzungskonzept, welches eine sinngemäss Übersetzung priorisiert.

In Projekten, welche Übersetzung als kulturelle Vermittlung verstehen, werden die ÜbersetzerInnen viel eher als Personen wahrgenommen. Ihre Tätigkeit und Belastung wird ernstgenommen, was sich im Angebot von Supervision oder psychologischer Betreuung niederschlägt.¹⁸⁸

Tabelle 11: Art der Übersetzung

	wortwörtlich	sinngemäss
Appartenances, Lausanne		◆
HEKS Basel	◆	◆
Derman, Zürich	◆	◆
Therapiezentrum SRK, Bern	◆	◆
Übersetzungsdiest	◆	◆
Universitätsspital, Bern		
HA Dr. Flubacher, Basel		◆
Centre Santé-Migrants, Genf		◆
Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover		◆
Inter-Service Migrants Paris	◆	◆
Tolketjenesten	◆	
Innvandrerkontoret, Bergen		
Tolkförmedling, Stockholm	◆	
Indvandrerkontoret, Kopenhagen	◆	◆
Language Line, London	◆	◆
Lothian Interpreting & Translating Service Trust, Edinburgh	◆	◆
Stichting Tolkencentrum Holland	◆	(◆)

5.2.5 Konzeptioneller Vergleich der Ausbildungsmodelle

Die Grund- und Weiterbildungsangebote für ÜbersetzerInnen unterscheiden sich in Qualität und Intensität stark. Unter *Grundausbildung* verstehen wir Kurse, in welchen Personen ohne oder mit einer anderen beruflichen Ausbildung auf die Übersetzungstätigkeit im sozialen Bereich vorbereitet werden. Mit *Weiterbildung* meinen wir Kurse, welche spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln, welche in speziellen Gebieten des Sozialbereichs zur Anwendung kommen, so zum Beispiel Ausbildung für die Übersetzung im medizinischen Kontext. Ebenfalls werden in diesem Kapitel bestehende *Fortbildungsangebote* für AnwenderInnen verglichen.

Formal unterscheiden sich die Ausbildungsangebote hinsichtlich *institutionellem Rahmen, zeitlichem Aufwand, Finanzierung, Prüfungen* und *Diplomen* sowie bezüglich ihrer *Vernetzung*

¹⁸⁸ Solche Institutionen sind die *Association Appartenances Lausanne*, *Derman Zürich*, der *Tolketjenesten* *Innvandrerkontoret Bergen* sowie als zukünftiges Angebot geplant im *HEKS Basel*.

mit anderen Projekten. Ausserdem sollen hier auch inhaltliche *Prioritäten* der Aus- und Weiterbildungen verglichen werden.

5.2.5.1 Grund- und Weiterbildungsangebote innerhalb der Übersetzungsinstitutionen

In der Schweiz bietet nur *Appartenances* eine Grundausbildung an. Vier der sieben Übersetzungsinstitutionen beschränken sich auf Weiterbildung für ihre ÜbersetzerInnen. Die *ausländischen* Institutionen bieten demgegenüber in der Mehrzahl parallel Weiterbildungen und Grundausbildungen für ÜbersetzerInnen an. Die *zeitliche Intensität* der Weiterbildungen reicht von gänzlich fehlendem Angebot, das in finanziellen Engpässen begründet liegt¹⁸⁹, über eintägige Fortbildungen, die jährlich angeboten werden¹⁹⁰, zu etwas intensiveren, über mehrere Nachmittage dauernden Weiterbildungen¹⁹¹ bis zum für die Schweiz einzigen, noch in der Pilotphase befindlichen Ausbildungsmode von *Appartenances* in Lausanne. Diese Ausbildung ist in Blockkursen organisiert und dauert eineinhalb Jahre. *Prüfungen* oder *formale Anerkennungen* (Diplome) sind bislang in schweizerischen Ausbildungen nirgends vorgesehen.

Die *Finanzierung* der von den Institutionen angebotenen Weiterbildungskursen, wird intern bewältigt, hängt demzufolge stark von den finanziellen Möglichkeiten der jeweiligen Institution ab (siehe dazu auch Kap. 5.2.3.2). Der Ausbildungsgang von *Appartenances* wird demgegenüber von Bundes- und kantonaler Seite subventioniert.

Eine *Kooperation* oder Vernetzung der einzelnen Übersetzungsprojekte besteht innerhalb der Schweiz bis heute nicht. Eine Zusammenarbeit in der Weiter- und Ausbildung wäre aber – aus inhaltlichen und finanziellen Überlegungen – äusserst sinnvoll.

Inhaltlich kann zu den wenigen bisher in der Schweiz angebotenen Ausbildungen nur wenig gesagt werden. Die schweizerischen *Weiterbildungen* sind im Vergleich zu den ausländischen durch eine gewisse Oberflächlichkeit geprägt, die hauptsächlich auf die zeitlich und finanziell beschränkten Möglichkeiten zurückzuführen ist. Eine Ausnahme bildet hier das Weiterbildungsangebot des *Centre de Santé-Migrants Genf*, das im Verhältnis zu den anderen Weiterbildungsangeboten in der Schweiz relativ ausführlich scheint. Auch zeitlich wird dafür ein grosszügi-

¹⁸⁹ Für den *Übersetzerdienst des Universitätspitals Insel* Bern werden seit längerer Zeit Ideen und Vorstösse für eine interne Weiterbildung für ÜbersetzerInnen durch Dr. med. M. Sabbioni, Oberarzt der Medizinischen Abteilung Lory-Spital des Universitätsspitals Bern vorangetrieben. Sabbioni hat bereits Fortbildungsnachmittage für ÜbersetzerInnen und Personal zum Thema organisiert. *Derman Zürich* bietet Weiterbildungen nicht selbst an, ist jedoch bereit, die Kosten für den Besuch extern angebotener Weiterbildungskurse für seine ÜbersetzerInnen zu übernehmen. Auch die Übersetzerin der Praxis Dr. med. P. Flubacher kann aus finanziellen Gründen an keinen Weiterbildungen teilnehmen.

¹⁹⁰ *HEKS Basel* und *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* in Bern.

¹⁹¹ *Centre de Santé-Migrants* in Genf

gerer Rahmen in Anspruch genommen, indem vier Weiterbildungsmodule für vier Nachmittage angeboten werden. Hauptinhalt der Kurse bilden Fragen zur Kommunikation zwischen MigrantInnen und Pflegenden. Dabei wird viel Wert auf die Sensibilisierung zur kulturellen Vermittlung gelegt.

Der Spitaldolmetscherdienst des *HEKS Basel* ist aus finanziellen Gründen – wie auch das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer Bern* – bis anhin nicht in der Lage gewesen, regelmässige Weiterbildungen zu organisieren und musste sich mit einem unseres Erachtens ungenügenden Angebot an Weiterbildung für die ÜbersetzerInnen zufrieden geben. Die beiden Projekte ermöglichen den ÜbersetzerInnen zwar, an den hilfswerkinternen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, diese behandeln aber keine übersetzungspezifischen Themen. Das *Therapiezentrum SRK für Folteropfer* in Bern wünscht sich jedoch ausdrücklich eine zentralisierte berufsbegleitende Grundausbildung für ÜbersetzerInnen, welche zwei Jahre dauern sollte. Auch *Derman* und das *HEKS Basel* äussern ähnliche Wünsche, zumal diese Dienste keine oder kaum eine eigene Weiterbildung anbieten.

Die einzige *Grundausbildung* in der Schweiz wird von *Appartances* angeboten. Im Projekt ist neben der Ausbildung von ÜbersetzerInnen auch die Weiterbildung von AnwenderInnen geplant (vgl. dazu unten). Die Pilotphase der Ausbildung für die ÜbersetzerInnen dauert von September 1996 bis April 1998 und umfasst insgesamt 96 Stunden. Unterrichtet wird jeweils an zwei Tagen pro Woche je zwei Stunden, so dass die Ausbildung berufsbegleitend gemacht werden kann. Die Ausbildung umfasst drei Blöcke: Selbsterfahrung, theoretischer Unterricht sowie praktische Übungen. Im ersten Block werden persönliche Migrationserfahrungen in Gruppen bearbeitet, um sie als Ressourcen zur kulturellen Vermittlungsarbeit in emotional belastenden Situationen nutzbar zu machen.¹⁹² Im zweiten Block werden praxisbezogene theoretische Themen behandelt, zum Beispiel migrationsspezifische soziale und rechtliche Aspekte, Funktionen und Rollen der ÜbersetzerInnen, Übersetzungstechniken sowie Grundlagen der beruflichen Ethik. In einem praktischen Block (insgesamt 25 Stunden) wird das Gelernte schliesslich in Übersetzungsgesprächen angewandt und durch Supervision (insgesamt zehn Stunden) begleitet.

Diese Grundausbildung kann natürlich nur die Bedürfnisse des französischsprechenden Teils der ÜbersetzerInnen in der Schweiz abdecken. Auch aus Gründen der geografischen Distanz ist sie nur begrenzt zugänglich. Insgesamt ist die Grund- und Weiterbildungssituation also für die ÜbersetzerInnen in der Schweiz sehr unbefriedigend. Momentan wird deshalb von verschiedener Seite eine Professionalisierung der Übersetzungstätigkeit gefordert. Die meisten der

¹⁹² Dieser Teil der Ausbildung erfolgt anhand einer partizipativen Gruppenmethode ('méthodologie communautaire participative') (vgl. Métraux & Fleury 1995).

Schweizer Institutionen wünschen und/oder planen Grund-, Aus- und Weiterbildungsangebote für ÜbersetzerInnen und teilweise auch für das behandelnde Personal. Regionalisierte Grund- und Weiterbildungsangebote und eine starke Konzentration vorhandener Ressourcen wären dabei wohl der Mehrsprachigkeit sowie der Grösse der Schweiz am ehesten angepasst.

Tabelle 12: Ausbildungsangebote

	Grundausbildung	Weiterbildungen
Appartenances, Lausanne	◆	◆
Centre Santé Migrants, Genève		◆
HEKS Basel		(◆)
Therapiezentrum SRK, Bern		(◆)
Language Line, London		◆
Tolkförmedling, Stockholm	◆	◆
Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover	◆	◆
Indvandrerpjekter, Kopenhagen	◆	◆
Tolketjenesten Innvandrerkontoret, Bergen	◆	◆
Inter-Service Migrants Paris		◆
Stichting Tolkencentrum, Niederlande		◆
Lothian Interpreting & Translating Service Trust, Edinburgh		◆

Innerhalb der *ausländischen* Institutionen wird überall Weiterbildung für ÜbersetzerInnen angeboten. Hinsichtlich der zeitlichen Intensität unterscheiden sich diese Angebote jedoch relativ stark voneinander. Rund ein Drittel der Institutionen bieten zusätzliche Grundausbildungen für ÜbersetzerInnen an.¹⁹³ Die *Grundausbildungen* sind als erste einführende Ausbildung für verschiedene Übersetzungstätigkeiten gedacht, welche später mit darauf aufbauenden *Weiterbildungen* ergänzt werden können. Der *zeitliche* Rahmen der Grund- und Weiterbildungen reicht von wenigen Tagen bis zu mehrmonatigen vollzeitlichen Kursen.

Finanziert werden die Ausbildungen, soweit bekannt, überall durch institutionseigene Mittel. Eine Ausnahme stellt das dänische *Indvandrerpjekter Kopenhagen* dar, dessen Ausbildung staatlich finanziert wird. Auch die Ausbildung des staatlichen *Tolketjenesten Innvandrerkontoret* in Norwegen wurde zwischenzeitlich (1987 bis 1996) über staatliche Gelder finanziert. Heute regelt der Staat aufgrund fehlender Mittel nur noch die Verträge mit öffentlichen Einrichtungen, die Unterstützung der Ausbildung entfällt.

Prüfungen und Diplome sind im Ausland teilweise vorhanden, vorwiegend aber vor allem in jenen Ländern, welche Übersetzungsleistungen staatlich regeln (*Schweden* und *Norwegen*).

¹⁹³ Dazu gehören Stockholms *Tolkförmedling* in Schweden, das *Indvandrerpjekter Kopenhagen* in Dänemark und das *Ethno-Medizinische Zentrum* in Hannover sowie der *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* in Norwegen.

*Stockholms Tolkförmadling*¹⁹⁴ und der *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* bieten Grundausbildungen für ÜbersetzerInnen an, welche mit einer Prüfung und einem staatlich anerkannten Diplom abgeschlossen werden. Die Ausbildung in Schweden wird staatlich organisiert und finanziert (vgl. weiter unten).

In *Norwegen* ist ab 1999 Ähnliches geplant. Dann soll an der Universität Oslo, wo heute ausschliesslich Prüfungen abgenommen werden, ebenfalls eine zentralisierte Ausbildung für ÜbersetzerInnen angeboten werden. Diese wurde bislang von lokalen Übersetzungsdielen durchgeführt.

In Sachen *Kooperation und Vernetzung* von Ausbildungsprojekten tut sich in Europa momentan viel.

- Das *dänische Indvanderprojekter Kopenhagen* hat sich auf europäischer Ebene mit anderen Projekten vernetzt. Es besteht ein Austausch hinsichtlich Ideen und Methoden, aber auch von SchülerInnen und LehrerInnen, mit *Belgien* und *Frankreich*.
- Andererseits nimmt das *Indvanderprojekter Kopenhagen* am zur Zeit laufenden dreijährigen europäischen 'Leonardo-Projekt' teil. Dieses Projekt entsteht in Zusammenarbeit zwischen Übersetzungsdielen in *Frankreich*, *Italien* und *Spanien* und wird Ende 1998 abgeschlossen sein. Das 'Leonardo-Projekt' umfasst die Ausarbeitung von gemeinsamen Leitlinien für eine *Berufsausbildung zum 'Community Interpreter' innerhalb der Europäischen Union*. Das Projekt wird in Dänemark vom 'Danish Labour Market's Centre for International Educational Activities' (ACIU) koordiniert und mehrheitlich vom dänischen Ministerium für Arbeit und Erziehung sowie über Unterstützungen der Europäischen Union finanziert. Für die Weiterführung dieses Projektes ist in Dänemark bereits ein MultiplikatorInnenprojekt geplant, das die Erfahrungen aus dem 'Leonardo-Projekt' in einem Zeitraum von höchstens drei Jahren auf nationaler Ebene umsetzen soll.
- In *Norwegen* werden vom *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* in einer Arbeitsgruppe mit dem *Inter-Service Migrants* Paris und der *Cooperazione per il Sviluppo dei Paesi Emergenti (COSPE)* Florenz gemeinsame Richtlinien für die Ausbildung, verbunden mit einem Anforderungsprofil für ÜbersetzerInnen erarbeitet.¹⁹⁵
- *Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland und Island* sind seit 1987 in der 'Nordischen Sprachkonvention' zusammengeschlossen, die den Angehörigen der beteiligten Länder ermöglicht, im Kontakt mit öffentlichen Ämtern muttersprachlich zu kommunizieren. Die Kosten für ÜbersetzerInnen werden von den öffentlichen Diensten getragen. Die 'Nordischen Sprachkonvention' beinhaltet ferner gemeinsame ethische Richtlinien für die Übersetzungstätigkeit (vgl. Kapitel 5.2.1).

Zum *Inhalt* der Weiterbildungsangebote der unterschiedlichen Institutionen lässt sich hingegen auch im ausländischen Vergleich nur sehr wenig sagen. Die uns zugänglichen Informationen erwähnen die Themen der Weiterbildungen nur oberflächlich und ein Vergleich ist darum

194 Dies gilt ausschliesslich für Sprachen, für welche keine staatlich anerkannte Ausbildung existiert.

195 Diese Gruppe hat sich im Anschluss an die vom europäischen Parlament organisierte Konferenz 'L'interprétariat en milieu social' vom Oktober 1995 in Strassburg zusammengeschlossen und hat im Oktober dieses Jahres den Schlussbericht abgegeben.

schwierig. Grundsätzlich konzentrieren sich die Weiterbildungsangebote auf eine Spezialisierung der ÜbersetzerInnen in den unterschiedlichen Anwendungsgebieten. Als solche gelten der medizinische (und dabei im besonderen der psychiatrische) Kontext, der Bereich der Sozialarbeit sowie der Justiz.

- Das *Indvanderprojekter Kopenhagen* bietet beispielsweise spezifische Kurse zur Übersetzung im sozialen und medizinischen Bereich einerseits und zu 'Business Interpretation' andererseits an.¹⁹⁶
- Die *Language Line* in London befasst sich – da es sich um einen telefonischen Übersetzungsdiens handelt – primär mit den Besonderheiten der Kommunikations- und Übersetzungstechnik in telefonischen Gesprächen.

Als Beispiel für eine fundierte *Grundausbildung* werden im folgenden die Modelle des *Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover* und des *Indvanderprojekter Kopenhagen* kurz vorgestellt.

- Das Ausbildungsmodell des *Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover* ist teilweise mit dem oben vorgestellten schweizerischen Modell von *Appartenances* vergleichbar. Es bietet allen ÜbersetzerInnen eine umfassende und gleichzeitig berufsbegleitende Grundausbildung an, die rund 30 Stunden dauert. Diese Ausbildung ist unterteilt in einführende Grundkurse, Aufbau- und Terminologiekurse. Die Einführung befasst sich mit Informationen zum deutschen Gesundheits- und Sozialsystem hinsichtlich der spezifischen Situation von MigrantInnen, der Institution Krankenhaus sowie rechtlichen und ethischen Aspekten der Übersetzungstätigkeit. Ferner werden die ÜbersetzerInnen im Grundkurs zu Kommunikationsformen und interkultureller Kommunikation einerseits und zur Thematik 'Migration und Krankheit' sowie Psychosomatik andererseits unterrichtet. Im Aufbaukurs werden Themen wie das Verhältnis von Sprache und Kultur oder Umgang mit Emotionalität behandelt. Die Terminologiekurse dienen der Vermittlung biomedizinischer Ausdrücke sowie des Gebrauchs von Wörterbüchern. Verglichen mit der Ausbildung, welche die *Association Appartenances* momentan in einer Pilotphase testet, ist die Ausbildung des *Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover* zeitlich weniger intensiv (26 Std. im Vergleich zu 96 Std.). Die Inhalte der Ausbildungen überschneiden sich nur teilweise. Der Hauptunterschied der beiden Ausbildungen liegt darin, dass sich im Gegensatz zur Ausbildung von *Appartenances* die deutsche Ausbildung an ÜbersetzerInnen richtet, welche in einem somatisch-medizinischen Setting übersetzen. *Appartenances* konzentriert sich hingegen auf Übersetzung im psychosozialen und psychotherapeutischen Kontext. Darum wird die ÜbersetzerIn in der Funktion einer kulturellen MediatorIn, beziehungsweise sogar als Co-TherapeutIn, stärker in das Geschehen mit einbezogen als dies im Konzept des *Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover* der Fall zu sein scheint.
- Das *Indvanderprojekter Kopenhagen* bietet eine spezielle Ausbildung zum/zur kulturellen MediatorIn an. Diese Grundausbildung dauert über sieben Monate vollzeitlich und ist formal als Praktikum strukturiert. Dieses soll den ÜbersetzerInnen ermöglichen, sich in ihrem Arbeitsbereich als kulturelle MediatorInnen zu spezialisieren. Die Ausbildung wird mit Prüfung und Diplom abgeschlossen und existiert seit zehn Jahren. Die SchülerInnen

¹⁹⁶ Nicht ausschliesslich intern ausgebildet werden die ÜbersetzerInnen im dänischen *Indvanderprojekter Kopenhagen*: Einerseits wird den ÜbersetzerInnen vom 'Danish Refugee Council' ein Kurs in ethischen Richtlinien angeboten und andererseits bestand vorübergehend die Möglichkeit an der 'Copenhagen Business School', sechsmonatige Kurse in den häufigsten Sprachen zu besuchen. Beide Weiterbildungsangebote werden jedoch vom Projekt selbst als unbefriedigende Lösung geschildert, weil sie keine staatlich anerkannten Kurse darstellen.

absolvieren das Praktikum in einer öffentlichen Institution und werden vom *Indvandrerprojekter* begleitet.

Zukünftige Prioritäten in den ausländischen Projekten stellen hauptsächlich die Professionalisierung sowie die staatliche Anerkennung der Übersetzungstätigkeit dar. Andererseits wird eine stärkere Vernetzung mit den Projekten in anderen Ländern gewünscht.

- In Dänemark wird prioritätär die Entwicklung einer staatlich anerkannten Berufsausbildung angestrebt. Dazu führte das *Indvandrerprojekter Kopenhagen* bei Stellen und Firmen, welche ÜbersetzerInnen des Projektes regelmässig anfordern, eine Bedarfsabklärung durch. Die Ergebnisse der Untersuchung werden nun im Curriculum für die geplante Berufsausbildung für ÜbersetzerInnen verarbeitet.
- Das *Stichting Tolkencentrum* in Holland wünscht sich für die Zukunft eine Spezialausbildung, welche einem europäischen Standard entspricht, der für ÜbersetzerInnen im sozialen Bereich ausgearbeitet werden müsste.
- Der *Inter-Service Migrants* in Paris, dessen Direktor Michel Sauvêtre Initiator der europäischen Konferenz 'L'interprétariat en milieu social' vom Oktober 1995 in Strassburg war, sieht als zentrale Aufgabe die vermehrte internationale Vernetzung der Dienste und Ausbildungen sowie deren staatliche Anerkennung und Finanzierung.

5.2.5.2 Ausbildungsgänge ausserhalb der Übersetzungsdiene

Im folgenden werden drei Ausbildungsgänge vorgestellt, welche drei verschiedenen Modellen entsprechen. Allerdings sind diese Ausbildungsangebote in Deutschland, England und Schweden natürlich in unterschiedlichen rechtlichen und politischen Kontexten entstanden und eingebettet. Unter Ausbildung verstehen wir hier die Ausbildung von ÜbersetzerInnen ausserhalb der Übersetzungsdiene in einem zeitlichen Rahmen, der sich von den wenig intensiveren Weiterbildungsangeboten der Übersetzungsdiene deutlich unterscheidet.

- In *Schweden* werden seit 1986 an der Universität Stockholm, am Institut für Übersetzung (*Tolk- och översättarinstitutet vid Stockholms universitet*) sowie an der Volkshochschule Lehrgänge für ÜbersetzerInnen angeboten. Diese gehen ihrerseits auf Ausbildungen für ÜbersetzerInnen zurück, welche in Schweden erstmals ab 1968 angeboten und ab 1976 mit staatlichen Diplomen anerkannt wurden. Die schwedische Ausbildung wird staatlich organisiert und finanziert.
- In *England* existiert zwar (noch) kein explizites Recht auf Übersetzung wie in Schweden und kein staatliches Ausbildungsangebot. Trotzdem besteht die Möglichkeit zur Erlangung des staatlich anerkannten '*Diploma in Public Service Interpreting*' am '*Institute of Linguists Educational Trust*' in London.¹⁹⁷ Diese private Stiftung wird staatlich anerkannt und unterstützt.¹⁹⁸

¹⁹⁷ Das private 'Institute of Linguists' London wurde 1910 gegründet und bietet Sprachausbildungen und -diplome in den unterschiedlichsten Bereichen an, welche grösstenteils staatliche Anerkennung geniessen.

¹⁹⁸ 1993 wurde die 'Royal Commission on Justice' beauftragt, das Angebot im Bereich der Übersetzung für Fremdsprachige zu untersuchen. Das Resultat ergab, dass die bis dahin eingesetzten ÜbersetzerInnen ungenügend qualifiziert waren. Demzufolge wurde veranlasst, ein nationales Register zu erstellen, das seit 1995 die

- Für die Ausbildung von ÜbersetzerInnen in *Deutschland* wurde am *Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE)* in Hamburg 1994 vom Direktorium ein 'Konzept für eine Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich' in Auftrag gegeben. Das Konzept wurde durch eine interdisziplinäre Planungsgruppe 'Migrantenversorgung im UKE' unter der Leitung von Niels-Jens Albrecht erarbeitet und in einer ersten Testphase von März bis September 1995 umgesetzt. In vier Kursen wurden je 20 TeilnehmerInnen ausgebildet. In einer zweiten Phase ab September 1996 werden über zwei Jahre periodisch die Qualifikationen der ausgebildeten ÜbersetzerInnen erhoben. Parallel dazu werden MedizinstudentInnen und medizinisches Personal theoretisch und praktisch zur Arbeit mit ÜbersetzerInnen weitergebildet.

Formale Aspekte und Unterschiede:

- Die Ausbildung zum 'Community Interpreter' in *Schweden* ist über zwei unterschiedliche Lehrgänge möglich, zum einen über die staatlich anerkannte und finanzierte Ausbildung an der Universität in Stockholm, zum anderen über Ausbildungen für ÜbersetzerInnen an Volkshochschulen, welche ebenfalls mit Prüfung und staatlich anerkanntem Diplom abgeschlossen werden können. Die Ausbildungen unterscheiden sich formal insofern, als die universitären Lehrgänge vollzeitliche Ausbildungen darstellen, die während eines Jahres stattfinden. Die Ausbildung an der Volkshochschule dauert über einen längeren Zeitraum, ist berufsbegleitend und wird blockweise an Wochenenden (insgesamt 80 Stunden) absolviert.

Im *universitären* Rahmen wird neben der Ausbildung zum 'Community Interpreter' auch die Ausbildung für schriftliche Übersetzungen sowie *Weiterbildungskurse* für ÜbersetzerInnen im medizinischen und juristischen sowie psychologischen Bereich angeboten. Diese Weiterbildungskurse bauen auf der Grundausbildung zum 'Community Interpreter' auf und werden ebenfalls mit Examen abgeschlossen. Zusätzlich werden nach Bedarf des Übersetzungsmarktes auch *Spezialisierungen* für die Bereiche Gynäkologie, Psychiatrie und Zahnpflege angeboten.

Das Übersetzungsinstitut der Universität in Stockholm ist zudem zuständig für die Entwicklung von Unterrichtsmaterial, für Forschung und Evaluation von Projekten im Übersetzungsbereich.

Die *Volkshochschule* bietet nebst der Ausbildung zum 'Community Interpreter' auch Kurse für Zeichensprache-ÜbersetzerInnen an.

Die *Aufnahmebedingungen* für die Ausbildungsgänge an der Universität setzen die Reifeprüfung und einen bestandenen Aufnahmetest voraus. An der Volkshochschule werden hingegen hauptsächlich Erfahrung im sozialen Bereich und in Übersetzungsarbeiten sowie fundierte Sprachkenntnisse vorausgesetzt.

Die Rekrutierung der SchülerInnen für die verschiedenen Ausbildungsgänge wird in Kooperation mit den lokalen Übersetzungsdielen organisiert. Jährlich absolvieren rund 60 Personen die Ausbildungen an der Universität. Rund 3000 Personen schliessen hingegen die Ausbildung an der Volkshochschule ab.

Neben diesen beiden Ausbildungsmöglichkeiten in Stockholm werden auch an anderen Universitäten in Schweden drei- bis vierwöchige Grundkurse für ÜbersetzerInnen angeboten, die durch anschliessende Weiterbildungen und Spezialisierungen ergänzt werden können.¹⁹⁹

- Das *englische* 'Institute of Linguists' in London organisiert Ausbildungen, erarbeitet Ausbildungsmaterial, formuliert ethische Richtlinien und bietet den einzigen Weg zum 'Diploma in Public Service Interpreting', das ÜbersetzerInnen einen Eintrag in das staatlich anerkannte 'National Register of Public Service Interpreters' ermöglicht. Die

qualifizierten ÜbersetzerInnen auflistet ('National Register of Public Service Interpreters'). Zudem wurde das 'Institute of Linguists' in London von dieser Kommission beauftragt, Ausbildungen und Prüfungen für ÜbersetzerInnen zu organisieren, die staatlich unterstützt werden sollen.

¹⁹⁹ Dies gilt für die Universitäten in Umea, Uppsala und Göteborg.

Ausbildungsgänge des 'Institute of Linguists' werden an lokalen Colleges und Universitäten in England durchgeführt. Die Teilnahme an einem Ausbildungskurs, der insgesamt rund 150 Stunden dauert, ist nicht vorgegeben, aber empfohlen. Theoretisch kann die Prüfung also auch ohne vorangehende Ausbildung gemacht werden. Ein Diplom kann für verschiedene Bereiche erlangt werden: für den Gesundheitsbereich ('Health'), den juristischen Bereich ('English Law' und 'Scottish Law') sowie den Bereich der lokalen öffentlichen Dienste ('Local Government') wie Sozialdienst, Fürsorge und Schule.

- Die Ausbildung am Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg, *Deutschland*, umfasst eine Einführung, einen Grundkurs, einen Aufbaukurs und einen Terminologiekurs, die insgesamt 20 Doppelstunden à 90 Minuten dauern und berufsbegleitend über rund zwei Monate verteilt abends und an Wochenenden stattfinden.

Finanzierung

- Die Ausbildung in *Schweden* wird vom Staat finanziert. Für die Studiengebühren der Ausbildung an der Universität kann von den StudentInnen ein Stipendium beantragt werden. Den SchülerInnen der Volkshochschule stehen Kost und Logis und allfällige Arbeitsausfallersatzleistungen zu.
- Das 'Institute of Linguists' in *Grossbritannien* stellt eine private Institution dar. Das 'Diploma in Public Service Interpreting' ist das einzige in dieser Art in Grossbritannien und wird durch das Ministerium für Erziehung und Arbeit staatlich anerkannt und finanziell unterstützt.
- Der Übersetzungskurs des Universitätskrankenhauses Eppendorf in *Deutschland* wird über Beiträge der Krankenversicherung und der Universität Hamburg, sowie über Stiftungsmittel und Spitalfonds finanziert.

Anerkennung

- Die Ausbildungen in *Schweden* schliessen mit einer Prüfung und einem staatlich anerkannten Diplom ab. Die *schwedischen* Diplome für 'Community Interpreters' sind jeweils für fünf Jahre gültig und werden nur verlängert, wenn eine aktive Übersetzungstätigkeit nachgewiesen werden kann. Da die Nachfrage nach qualifizierten ÜbersetzerInnen das Angebot nach wie vor übersteigt und es zudem an Lehrkräften mangelt, sind bislang nebst den qualifizierten ÜbersetzerInnen auch nichtqualifizierte zugelassen.²⁰⁰
- Auch die Ausbildung in *Grossbritannien* wird mit einer *Prüfung* und einem staatlich anerkannten *Diplom* abgeschlossen. Die ÜbersetzerInnen, welche am 'Institute of Linguists' geprüft werden, müssen über ein breites Fachwissen und Kenntnisse in schriftlichen und mündlichen Übersetzungstechniken verfügen. Die diplomierten ÜbersetzerInnen werden anschliessend in das 'National Register of Public Service Interpreters' aufgenommen. Die offiziellen Stellen in Grossbritannien sind verpflichtet, ausschliesslich mit ÜbersetzerInnen aus diesem Register zusammenzuarbeiten.
- Die *deutsche* Ausbildung sieht lediglich einen schriftlichen Test zu Terminologie in medizinischem Fachwissen vor, kennt jedoch *keinerlei formale Anerkennung der Ausbildung*.

²⁰⁰ 1989 waren in Schweden 760 qualifizierte ÜbersetzerInnen tätig, davon 151 mit anerkannter Weiterbildung im juristischen und 82 im medizinischen Bereich.

Vernetzung und Kooperation

- Hinsichtlich der Vernetzung und Koordination der einzelnen Ausbildungsgänge stellt das Konzept des *Universitätskrankenhauses Eppendorf* aus nationaler und internationaler Perspektive ein vorbildhaftes Beispiel dar. In der Projektierungsphase wurden Erfahrungen und Konzepte aus dem In- und Ausland berücksichtigt. Vor allem mit dem in diesem Vergleich ebenfalls vorgestellten *Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover* bestand eine enge Zusammenarbeit. Für die Ausbildung selbst wurden zudem Gastdozenten aus dem In- und Ausland zugezogen.
- Die AusbildnerInnen in *Schweden* stehen ihrerseits, wie bereits erwähnt, in kontinuierlichem Kontakt mit den lokalen Übersetzungsdielen, welche neue KandidatInnen für die Ausbildungen stellen.

Konzeptinhalte

Die Ausbildungskonzepte sind sehr unterschiedlich dokumentiert. Ein Vergleich ist deshalb schwierig.

- *Schweden* kann auf dem Gebiet der Ausbildung von ÜbersetzerInnen auf die längste praktische Erfahrung zurückblicken (seit 1968). Zum Inhalt und den Prioritäten der Ausbildungen in Schweden ist uns trotzdem nur wenig bekannt. Aufgrund des uns zugänglichen Materials kann Schweden aber als ein Vorbild bezeichnet werden. Die rechtliche Abstützung der professionellen Übersetzung schlägt sich in einem sehr *breiten, differenzierten* und *den Bedürfnissen angepassten Angebot* an Übersetzungsausbildungen nieder. Außerdem sind die Ausbildungsstrukturen sehr günstig und darum für viele Interessierte zugänglich.
- Im *englischen* Beispiel fällt inhaltlich auf, dass vor allem Wert auf die *linguistischen* Fähigkeiten der ÜbersetzerInnen gelegt wird. Die sehr differenzierten Anforderungen an die ÜbersetzerInnen sind in einem Lehrplan des 'Institute of Linguists' genau formuliert und den lokalen AusbildnerInnen, welche die ÜbersetzerInnen auf das Diplom vorbereiten zugänglich. Der Lehrplan umfasst sowohl eine genaue Aufstellung der Anforderungen sowie der formalen Aspekte der schriftlichen und mündlichen Prüfung am 'Institute of Linguists'. In der Ausbildung werden jedoch der gesamte Komplex 'Migration und Gesundheit' sowie damit zusammenhängende Fragen nicht thematisiert.
- Die *deutsche* Ausbildung am *Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg* bietet eine Ausbildung, die unseres Erachtens für eine Übersetzungstätigkeit im Gesundheitsbereich adäquat ist. Diese Ausbildung entspricht inhaltlich weitgehend derjenigen am *Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover*.

Die Ausbildung behandelt folgende Themen: In einer Einführung (2 Std.) wird zunächst das Projekt und die Voraussetzungen für die TeilnehmerInnen vorgestellt. Ein Grundkurs (2 Tage) umfasst Informationen zum deutschen Gesundheitswesen, behandelt das Thema 'Migration und Krankheit' sowie Theorien zur Übersetzungstätigkeit und damit verbundene vertragliche Regeln. Ein Gastvortrag (2 Std.) bietet Einblick in die Handhabung und Erfahrung von Übersetzung in einem anderen Zusammenhang. Der Aufbaukurs (2 Tage) dient einerseits der Vertiefung schriftlicher und mündlicher Übersetzungstechniken. Andererseits soll dort der Umgang der ÜbersetzerInnen mit ihren Rollen, Emotionen und Schwierigkeiten während der Übersetzung diskutiert werden. In einem letzten Kursblock (2 Tage) wird die Terminologie unterschiedlicher medizinischer Fachbereiche vermittelt und eine deutsch-fremdsprachige Sammlung medizinischer Terminologie erstellt. Dieser letzte Kursblock wird (als einziger) mit einer schriftlichen Prüfung abgeschlossen. Die Ausbildung am Universitätskrankenhaus Eppendorf plant zudem Weiterbildungen, die für die ÜbersetzerInnen eine Spezialisierung in einem medizinischen Teilgebiet vorsehen.

5.2.5.3 Fortbildung von AnwenderInnen

Neben den unterschiedlichsten Ausbildungsgängen, die ÜbersetzerInnen zur Verfügung stehen, werden immer häufiger auch Weiterbildungen für Behandelnde angeboten, um die Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen zu optimieren.

- In der *Schweiz* erbringt auch in diesem Gebiet *Appartenances* Pionierleistungen. Innerhalb des oben vorgestellten Pilotprojektes im Rahmen des Nationalfondsprojektes 39 'Interkulturelle Beziehungen' ist neben der Ausbildung von ÜbersetzerInnen auch eine Weiterbildung für AnwenderInnen geplant. Diese Weiterbildung soll sich an Berufsgruppen aus dem sozialen, medizinischen und pädagogischen Bereich richten. Die triadische interkulturelle Gesprächssituation und deren Implikationen für die Behandelnden bildet einen Schwerpunkt dieser Ausbildung. Außerdem werden unterschiedliche Rollen der ÜbersetzerInnen – darunter die Rolle als Co-TherapeutIn – thematisiert. In der Schweiz planen auch das *Centre de Santé-Migrants* und Dr. med. M. Sabbioni, Oberarzt am Universitätsspital Bern, Weiterbildungen für medizinisches Personal in Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen.

Im *Ausland* wird die Weiterbildung von Behandelnden häufig in Ausbildungskonzepten eingeplant. Die Informationen, welche uns zu dieser Frage zur Verfügung stehen, sind aber begrenzt und unvollständig.

- In *England* wird im *Lothian Interpreting and Translating Service Trust (LITST)* in Edinburgh in kleinem Rahmen Weiterbildung für Angestellte von Dienstleistungsbetrieben angeboten. Themen sind die Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen sowie die mehrsprachige Kommunikation. Auch *Language Line London* bietet Weiterbildung für Berufsleute an, die regelmäßig mit ÜbersetzerInnen zusammenarbeiten. Die Schwerpunkte liegen hier einerseits auf der Sensibilisierung der AnwenderInnen für die Ressourcen der ÜbersetzerInnen in der Kommunikation mit Fremdsprachigen, andererseits auf den unterschiedlichen Rollen und Funktionen, die ÜbersetzerInnen übernehmen.
- Im *Tolketjenesten Innvandrerkontoret Bergen* in *Norwegen* wird die Weiterbildung von AnwenderInnen aufgeteilt in eintägige Kurse für Berufspersonal der sozialen Dienste und zweitägige Kurse für das Berufspersonal des Gesundheitswesens. Die Finanzierung dieser Weiterbildungskurse wird über die Institution vom Staat übernommen.
- In *Deutschland* führt das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover* ethnomedizinisch-soziokulturell orientierte Kurse für AnwenderInnen aus dem Gesundheits-, Justiz- und Sozialwesen durch. Die Kurse werden seit 1993 extern an (Fach-)Hochschulen angeboten. Inhaltlich vermitteln sie handlungsorientierte Konzepte für die Arbeit mit MigrantInnen, Konzepte zur interkulturellen Kommunikation sowie zu unterschiedlichen Rollen der ÜbersetzerInnen.²⁰¹

201 Das *Ethno-Medizinische Zentrum Hannover* bietet zudem Projekte an für MigrantInnen zur Gesundheits- und Selbsthilfeförderung. Ferner werden Fachtagungen und Konferenzen zur Thematik organisiert und vernetzende Beratung angeboten.

6 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Abschliessend werden im folgenden Schlüsse aus dem Vergleich der in- und ausländischen Übersetzungsprojekte gezogen.²⁰² Um die Auseinandersetzung mit der Thematik weiter voranzutreiben, seien einige weiterführende Überlegungen formuliert.

Zur Sicherung adäquater Übersetzung im Gesundheitssystem müssten politische und rechtliche Voraussetzungen erfüllt sein, welche in der Schweiz noch zu wenig Anerkennung und Unterstützung finden. In der Haltung gegenüber diesen Postulaten müsste Einigkeit bestehen, sollen gemeinsame Schritte zu deren Realisierung erfolgreich sein. Im einzelnen handelt es sich um

- das Recht von fremdsprachigen PatientInnen auf Übersetzung
- die Notwendigkeit der Sensibilisierung von Behörden und Verantwortlichen des Gesundheitswesens
- die Einsicht in die Notwendigkeit einer Ausbildung von ÜbersetzerInnen und in
- die Notwendigkeit von Fortbildungen für Behandelnde
- die Garantie angemessener Anstellungsbedingungen für ÜbersetzerInnen
- die Ausarbeitung spezifischer Methoden und Rollenkonzepte je nach Anwendungsgebiet und Kontext

Der in diesem Bericht vorgenommene Vergleich in- und ausländischer Projekte erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In der Schweiz konnten wir alle Übersetzungsprojekte berücksichtigen, welche über die Verwendung von 'Listen' hinausgehen, und ihre Arbeit dokumentieren. Für den Vergleich mit dem Ausland haben wir uns auf europäische Projekte beschränkt. Er zeigt, dass politische, historische sowie rechtliche Bedingungen die Praxis der Übersetzung massgeblich mitbestimmen.

Gesetzliche Grundlagen, welche eine rechtliche Abstützung von Übersetzungsprojekten erlauben, wirken sich günstig auf das Angebot an Übersetzungsdielen und Ausbildungen aus. *Schweden* ist das einzige Land, welches – seit 1978 – das Recht auf Übersetzung für Fremdsprachige im öffentlichen Bereich gesetzlich festhält. Die Übersetzungsleistungen sind für den gesamten öffentlichen Bereich unentgeltlich. Schweden verfügt über ein breites Angebot staatlich finanziert Ausbildungsgänge und Spezialisierungen für ÜbersetzerInnen.

²⁰² Die theoretischen Kapitel dieser Arbeit werden hier nicht zusammengefasst.

In *Dänemark*, *Holland* und *Norwegen* erleichtern offizielle Empfehlungen den Einbezug von ÜbersetzerInnen und stützen – im Falle Hollands und Norwegens – staatlich finanzierte und anerkannte Übersetzungsdiene. Alle anderen Länder, wie auch die *Schweiz*, bieten ausschliesslich private Dienstleistungen an. Die offizielle Anerkennung der Notwendigkeit von Übersetzung für Fremdsprachige spiegelt sich in staatlichen Ausbildungen für ÜbersetzerInnen und der Unterstützung von Übersetzungsdiene. Zur Sicherung eines genügenden Angebotes von adäquat ausgebildeten ÜbersetzerInnen müssen deshalb auch in der Schweiz die rechtlichen Voraussetzungen weiter abgeklärt werden.

Der Vergleich der Übersetzungsprojekte im In- und Ausland macht deutlich, dass auch *migrations- und integrationspolitische Konzepte* einen Einfluss auf das Angebot von Übersetzung für Fremdsprachige haben. Je eher migrantenspezifische Ansätze in integrationspolitischen Konzepten zu finden sind, je eher die Förderung der Chancengleichheit für MigrantInnen durch eine Politik des 'Multikulturalismus' angestrebt wird, desto eher sind adäquate Übersetzungsangebote realisierbar.

In der Schweiz wird zur Zeit an einem Konzept für eine 'kohärente Migrationspolitik' gearbeitet, welche Ausländer- und Asylpolitik besser aufeinander abstimmen soll. Im Vorschlag einer 'Expertenkommission Migration' wurden Ziele und Massnahmen für eine künftige Integrationspolitik formuliert, welche auch das Thema der Übersetzung erwähnen. Die Chancen zur gleichwertigen Teilhabe an den verschiedenen Bereichen des öffentlichen Lebens sollen für AusländerInnen verbessert werden. Insbesondere sollen auch "bestehende Barrieren für Ausländerinnen und Ausländer beim Zugang zum öffentlichen Dienst (...) abgebaut werden" (Expertenkommission Migration 1997b:6). Inwiefern sich daraus die Forderung nach staatlich unterstützter Übersetzung im Gesundheitssystem ableiten lässt, müsste weiter abgeklärt werden.

Aus einer gesellschaftspolitischen Perspektive, die auf eine Integration von MigrantInnen abzielt, erscheint das Angebot an Übersetzung sinnvoll. Eigene Bemühungen von MigrantInnen zu Verbesserung ihrer Fähigkeit, sich in einer Landessprache zu verständigen, sind allerdings ebenfalls wichtig. Darüber hinaus sprechen aber auch pragmatische Gründe für die Förderung von Übersetzungsdiene. In Untersuchungen zu MigrantInnen im Gesundheitssystem der Schweiz gelang es nachzuweisen, dass Kommunikationsprobleme als grösste Barrieren bei der Behandlung dieser PatientInnen gelten. Durch den Einsatz von ÜbersetzerInnen werden diese Probleme teilweise überwunden, und eine qualitativ bessere Gesundheitsversorgung kann erreicht werden. Von der Zusammenarbeit mit qualifizierten ÜbersetzerInnen wird zudem eine Kostensenkung erhofft. Fehldiagnosen und -behandlungen sowie häufige Arztwechsel sollten

durch die bessere Verständigung mittels ÜbersetzerInnen seltener werden. Hier wären weiterführende Abklärungen sinnvoll.

Auch zu anderen Themen sind weitere *Forschungen* nötig. So wären Untersuchungen zur Frage der Kostensenkung und zur Wirksamkeit von Ausbildungen für ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem sinnvoll. Im Rahmen des Nationalfondsprojektes 39 wird das Thema der Qualitätskontrolle in Lausanne zur Zeit wissenschaftlich erstmals angegangen.

Im internationalen Vergleich zeigte sich, dass im Ausland viel häufiger als in der Schweiz *Übersetzung nicht ausschliesslich für den Gesundheitsbereich* angeboten wird. Wir meinen, dass in dieser Hinsicht eine Koordination der schweizerischen Übersetzungsangebote für den gesamten Sozialbereich ansteht. Übersetzungsangebote für Fremdsprachige wären in allen öffentlichen Diensten sinnvoll. Entsprechende Ausbildungen könnten auf gemeinsamen Grundstrukturen aufbauen.

Einer der wichtigsten Unterschiede zwischen Übersetzungsprojekten in der Schweiz und im Ausland ist der teilweise erhebliche *Erfahrungsvorsprung* der ausländischen Projekte. Der älteste Übersetzungsdiest – in Schweden – wurde 20 Jahre vor dem ersten Übersetzungsdiest der Schweiz aufgebaut.

Es hat sich ferner gezeigt, dass auch eine gewisse *Grösse und Vernetzung* eine gute Voraussetzung für ein differenziertes Übersetzungs- und Ausbildungsangebot darstellt. Grössere Projekte in nationaler und internationaler Zusammenarbeit bieten zum Beispiel die Möglichkeit, gemeinsame Richtlinien und Strukturen zur Umsetzung von Ausbildungen auszuarbeiten, womit Ressourcen konzentriert und gespart werden können.

Für die *Schweiz* drängt sich für eine zukünftige *Ausbildung* von ÜbersetzerInnen ein landesweit koordiniertes Vorgehen auf. Berufliche Richtlinien für Ausbildungscurricula sollten gesamtschweizerisch erarbeitet werden und gültig sein. Hingegen würden sich sprachregionale Übersetzungsausbildungen aufdrängen.

Die *Fortbildung* von Behandelnden und anderen Personen, welche mit Fremdsprachigen zusammenarbeiten, ist im internationalen Vergleich ebenfalls üblich. Auch in der Schweiz sollten Projekte zur Übersetzung im Gesundheitssystem die Sensibilisierung und Ausbildung von Medizinalpersonen besonders fokussieren.

Wir haben uns erlaubt, für die Schweiz ein Ausbildungsmodell zu entwerfen, das sich einerseits auf ausländische Modelle abstützt, andererseits inländische Projekterfahrungen sowie spezifisch schweizerische Bedingungen berücksichtigt (siehe Anhang).

Der Vergleich der *Trägerschaften* im In- und Ausland ergab, dass Übersetzungsprojekte in der Mehrheit privat organisiert sind, oft als Teil migrantenspezifischer Einrichtungen. In der Schweiz sind – im Gegensatz zum Ausland – fach- oder kulturspezifische Angebote im Sinne einer vermehrten Spezialisierung im Übersetzungsbereich üblich. Die Anstellungsbedingungen für diese ÜbersetzerInnen sind tendenziell besser, teilweise sind sie fest in ein Betreuungsteam eingebunden.

Ansonsten sind – auch im internationalen Vergleich – die *Anstellungsbedingungen* für ÜbersetzerInnen mehrheitlich schlecht. Die meisten Übersetzungsprojekte stellen ihre ÜbersetzerInnen als Freelancers an, welche auf Abruf zur Verfügung stehen. Daraus resultieren ein unsicherer Status, unregelmässige Arbeitszeiten, die Bezahlung im Stundenlohn, nur teilweise verrechnete Spesen und schlechte Sozialleistungen. Die vorbildlichsten Beispiele bezüglich Anstellungsbedingungen lassen sich in der Schweiz finden.

Die *Voraussetzungen*, die von ÜbersetzerInnen für diese Tätigkeit erwartet werden, beschränken sich hauptsächlich auf sprachliche Fähigkeiten. In der Schweiz wird mehr auf berufliche und persönliche Erfahrungen Wert gelegt, im Ausland eher auf formale Qualifikationen.

Beim Vergleich der *Art der Übersetzung* in der Schweiz und im Ausland fällt auf, dass in den ausländischen Projekten neben der 'Face-to-face'-Übersetzung häufig auch schriftliche und telefonische Übersetzung angeboten wird. In der Schweiz existieren solche Zusatzangebote kaum. Für das weitere Vorgehen wäre zu überlegen, inwiefern schriftliche und telefonische Übersetzung angeboten und in die Ausbildung von ÜbersetzerInnen aufgenommen werden sollte.

Die Reflexion zu den *Formen* angebotener Übersetzung und den *Rollen* der ÜbersetzerInnen stellt im internationalen Vergleich den Bereich dar, welcher am ehesten einer Vertiefung bedarf. Formale Aspekte der Art der Zusammenarbeit haben gegenüber inhaltlichen leider den Vorrang. In der Schweiz kommen häufig Rollenkonzepte zur Anwendung, demzufolge die ÜbersetzerIn vor allem *kulturell* zu vermitteln haben. In ausländischen Projekten wird hingegen öfter wortwörtliche Übersetzung verlangt.

Der Zugang zum jeweiligen sozialen Kontext und damit zu den Bedürfnissen von MigrantInnen bedarf jedoch oft der *kulturellen Mediation*. Nur unter Einschluss aller relevanten Diskurse in die Vermittlung ist eine umfassende Übersetzung möglich.

Für ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem sind ausserdem weitere Rollen möglich, zum Beispiel die der *PatientenfürsprecherIn* oder der *Co-TherapeutIn*. Diese Rollenkonzepte können jedoch nur sinnvoll genutzt werden, wenn sie klar definiert und von allen Beteiligten akzeptiert werden.

Die vielfältigen *Ressourcen der ÜbersetzerInnen* (zum Beispiel ihre persönlichen Erfahrungen bezüglich Migration und Integration) werden unseres Erachtens bisher überall zu wenig wahrgenommen und konzeptionell integriert.

Der Vergleich der Projekte hat ergeben, dass diese, mit Ausnahme der staatlichen Dienste, meist kombiniert privat und staatlich finanziert werden. Nur eine Minderheit der Übersetzungsdiene ist selbsttragend, kann sich also nicht auf Subventionen stützen. Wesentliche Unterschiede liessen sich im internationalen Vergleich bezüglich Finanzierung jedoch nicht feststellen.

Zwei schwierige, aber wichtige Fragen, nämlich die der Finanzierung von Übersetzungsangeboten und die der Ausbildung in der Schweiz bleiben nach wie vor offen. Eine rechtliche und politische Abstützung auf das Recht auf Übersetzung würde die Finanzierung zweifellos erleichtern. Wir möchten in diesem Zusammenhang anregen, die rechtlichen Grundlagen durch eine juristische Fachperson abklären zu lassen.

Wir sind der Meinung, dass kleine, schlecht vernetzte Projekte, welche kaum Zugang zu strukturellen Ressourcen haben, auch künftig wenig Chancen haben werden, eine solide finanzielle Basis zu erlangen. Aus konzeptionellen sowie gesundheits- und berufspolitischen Überlegungen drängt sich eine umfassende Strategie auf. Die künftigen Bemühungen sollten sich auf die Schaffung einer trag- und handlungsfähigen Plattform konzentrieren. Die Erarbeitung eines gemeinsamen Ausbildungskonzeptes für die Schweiz würde unseres Erachtens ein erstes lohnendes Ziel darstellen.

Anhang

Anhang 1	Die Projekte im Überblick
Anhang 2	Adressen und Literatur zu den Projekten
Anhang 3	Vorschlag für ein Ausbildungsmodell für ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem: 3-Schritte-Modell

Anhang

Anhang 1	Die Projekte im Überblick
Anhang 2	Adressen und Literatur zu den Projekten
Anhang 3	Vorschlag für ein Ausbildungsmodell für ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem: 3-Schritte-Modell

Anhang 1. Die Projekte im Überblick

Schweiz:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Association Apparténances Lausanne seit 1993 Métriaux Fleury Alvir	- private Institution (Verein) - Zentrum für psychosoziale Beratung und Gesundheitsförderung von MigrantInnen - Übersetzungsdiest NFP 39)	- Eigenfinanzierung über den Verein - Subventionen für die Ausbildungsgänge kantonal (PMU, CHUV; PPU, DAMPS, FAREAS) und national (BAG und	- über 50% der ÜbersetzerInnen sind fest angestellt - Stundenlohn: ca. 40-49,- - Bedingungen: Aufenthaltsdauer in der Schweiz zwischen drei und zehn Jahren - Bewerbungs- gespräch	- Face-to-face-Übersetzung - sinngemäße Übersetzung - kulturelle Vermittlung und Co-Therapie - Supervision wird angeboten	- Pilotprojekt (seit 1996) einer internen umfassenden berufsbegleitenden Grundausbildung für ÜbersetzerInnen und Weiterbildung für AnwenderInnen	- ÜbersetzerInnen werden als integraler Teil des Teams betrachtet - Beteiligung am NFP 39: 'Migranten und Versorgungsnetz: für eine interkulturelle Anpassung'.

Schweiz:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Centre de Santé-Migrants Genf seit 1993 auf Initiative des Croix-Rouge Genoise und der medizinischen Poliklinik Genf Hervé Loutan Bischoff Tonnerre	<ul style="list-style-type: none"> - private Trägerschaft - Projekt des Roten Kreuzes Genf - Gesundheitszentrum für Asylbewerber-Innen 	<ul style="list-style-type: none"> - finanziert durch das Rote Kreuz Genf - Subventionen - Verträge mit Spitälern 	<ul style="list-style-type: none"> - ausschliesslich ÜbersetzerInnen auf Abruf - Stundenlohn: (ca 40-49,-) - Bewerbungs-gespräch - Spitalüber-setzungsdienst 	<ul style="list-style-type: none"> - Face-to-face-Übersetzungen - sinngemässen Übersetzung - kulturelle Mediation 	<ul style="list-style-type: none"> - vier interne Ausbildungsmodule sind angeboten worden (Durchführung: Bischoff) 	<ul style="list-style-type: none"> - An der medizinischen Poliklinik Genf (Loutan, Bischoff, Tonnerre) wurde eine gesamtswissische Untersuchung an medizinischen (und psychiatrischen in einem zweiten Schritt) Kliniken und Abteilungen zu Übersetzung im medizinischen Kontext durchgeführt

Schweiz:

Projekt und Name	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungs- bedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungs- angebote	Spezielles
DERMAN Arbeitsstelle für interkul- turelle Gesundheits- förderung für TürkInnen und KurdInnen Zürich seit 1994 Vogel	- private Trägerschaft - Projekt des Schweizerischen ArbeiterInnen- hilfswerk - kantonale Subventionen über die Fürsorge - nationale - Subventionen über das Bundesamt für Flüchtlinge (BFF) - interkulturelle MitarbeiterInnen - Spitalüber- setzungsdienst Zürich	- finanziert durch das Schweizerische ArbeiterInnen- hilfswerk - fixer Lohn im Stundenansatz: ca.40-49,-, nach SAH- Lohntabelle) - Reisespesen und Reisezeit-, Wartezeit- Absage-, und Krankheitsent- schädigungen - Erfahrungen im medizinischen oder sozialen Bereich sind Voraussetzung - Bewerbungs- gespräch plus Feedbacks (von ÄrztlInnen, PatientInnen und ÜbersetzerInnen)	- 100% der ÜbersetzerInnen sind fest angestellt - fixer Lohn im Stundenansatz: ca.40-49,-, nach SAH- Lohntabelle) - Reisespesen und Reisezeit-, Wartezeit- Absage-, und Krankheitsent- schädigungen - Erfahrungen im medizinischen oder sozialen Bereich sind Voraussetzung - Bewerbungs- gespräch plus Feedbacks (von ÄrztlInnen, PatientInnen und ÜbersetzerInnen)	- Face-to-face- (und schriftliche) Übersetzungen - wortwörtliche und singemäss Übersetzung - ÜbersetzerInnen als 'Instrument' und kulturelle MediatorInnen - Supervision wird angeboten	- keine Weiterbildung	- Zukunftspläne: evtl. zusätzliche ÜbersetzerInnen per Liste um Angebot auszuweiten und flexibler zu sein - Wunsch nach Aus- und Weiter- bildungsmöglichkeiten für ÜbersetzerInnen

Schweiz:

Projekt und Name	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungs- bedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungs- angebote	Spezielles
Dr. med. P. Flubacher Basel seit 1992	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemein-praxis mit Übersetzerin für kurdische und türkische PatientInnen - selten andere ÜbersetzerInnen <p>stundenweise (über das HEKS vermittelt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - über die Praxisneben-kosten abgerechnet - keine Subventionen 	<ul style="list-style-type: none"> - fest angestellte Übersetzerin für 2 Std./Woche - Stundenlohn: ca. 50-59,- - Bewerbungs-gespräch 	<ul style="list-style-type: none"> - Face-to-face-Übersetzung - sinngmäss Übersetzung - kulturelle Mediation 	<ul style="list-style-type: none"> - keine (aus finanziellen Gründen unmöglich) 	

Schweiz:

Projekt und Name	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungs- bedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungs- angebote	Spezielles
Spital- dolmetscher dienst des HEKS (Hilfswerk der Evangelischen Kirchen der Schweiz) Basel seit 1987	- private Trägerschaft - Projekt des HEKS Basel - Spitalüber- setzungsdienst in verschiedenen Abteilungen des Kantonsspitals und des Felix-Platner Spitals in Basel - teilweise Weitervermittlung der ÜbersetzerInnen an HausärztInnen	- finanziert durch das HEKS - über feste Verträge mit Spitätern	- ausschliesslich fest angestellte ÜbersetzerInnen - fixes Wochenpensum - fixer Arbeitsort (Raum im Spital) - Stundenlohn: 39,- - Entschädigung bei Krankheit und an Feiertagen - Voraussetzungen: mindestens 5 Jahre Aufenthalt in der Schweiz	- Face-to-face- (und schriftliche) Übersetzung - wortwördliche und sinngemäss Übersetzung - ÜbersetzerInnen als 'Instrument' und kulturelle MediatorInnen	- interne Weiterbildung (bisher 1 Tag) Weiterbildung und Supervision für ÜbersetzerInnen	- langjährige Erfahrung - Wunsch nach mehr Gelder für Weiterbildung und Supervision für ÜbersetzerInnen
Petersen Eser			- Gesprächs- und Feed- backs von Behandelnden und ÜbersetzerInnen selbst			

Schweiz:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Therapiezentrum SRK für Folteropfer (TZFO) Bern seit 1995 Frey Sancar Valach	- private Trägerschaft - Projekt des SRK - ausschliesslich für traumatisierte anerkannte Flüchtlinge und deren Angehörige - ambulantes Therapieangebot mit ÜbersetzerInnen - ÜbersetzerInnen übernehmen Begleitfunktionen und selten administrative Aufgaben - vermittelt ÜbersetzerInnen an Dritte	- finanziert über das SRK	- ÜbersetzerInnen ausschliesslich auf Abruf angestellt - im Stundenlohn bezahlt: 31.- + 1h Spesen/d - Bewerbungs- gespräche und Feedbacks von Behandelnden, PatientInnen und ÜbersetzerInnen - fachliche Weisungen müssen unterschrieben werden und gelten als Vertrag	- Face-to-face- (und schriftliche) Übersetzungen - sinngemäss Übersetzung - möglichst wortgetreue Übersetzung - kulturelle Mediation erst im Nachgespräch	- interne Weiterbildung (ein Tag/Jahr)	- keine privaten Kontakte zwischen ÜbersetzerInnen und PatientInnen erwünscht - Wunsch nach zentralisierter Grundausbildung berufsbegleitend

Schweiz:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Übersetzerdienst des Universitäts Spital Insel Bern seit 1990	- private Trägerschaft - aufgrund eines spitalinternen Beschlusses gegründet - Listen- übersetzungs-dienst - zuständig für Koordination und Finanzierung ist der Sozialdienst des Inselspitals - für Gutachten z.T. Weitervermittlung der ÜbersetzerInnen (TV/SUVA)	- finanziert durch einen speziellen Spitalfonds - verschiedene Stiftungen und DonatorInnen - Listen- übersetzungs-dienst - zuständig für Koordination und Finanzierung ist der Sozialdienst des Inselspitals - für Gutachten z.T. Weitervermittlung der ÜbersetzerInnen (TV/SUVA)	- finanziert durch einen speziellen Spitalfonds - verschiedene Stiftungen und DonatorInnen - Listen- übersetzungs-dienst - zuständig für Koordination und Finanzierung ist der Sozialdienst des Inselspitals - für Gutachten z.T. Weitervermittlung der ÜbersetzerInnen (TV/SUVA)	- ÜbersetzerInnen ausschliesslich auf Abruf angestellt - Bezahlung: Mindestansatz: 30.- für bis zu 30 Min. Übersetzung: Pauschale: 60.- für Übersetzungen zwischen Kliniken des Spitals für Übersetzungen zur Verfügung - Übersetzungsleistungen werden nur mittellosen PatientInnen vergütet	- keine Aus- und Weiterbildung - Face-to-face-Übersetzung - singgemäßes Übersetzen - kulturelle Mediation - Übertragung: Pauschale: 60.- für Übersetzungen zwischen Kliniken des Spitals für Übersetzungen zur Verfügung - für jede weitere Minute 1.- - Reisespesen und Entschädigung bei Absage - Bewerbungs- gespräch und Feedbacks von Behandelnden - Vertrag	- In der Medizinischen Abteilung Loryspital der Insel wird v.a. Interesse an Übersetzung gezeigt: - Oberarzt Dr. med. M. Sabbioni hat dort Veranstaltungen zur Thematik für ÜbersetzerInnen und AnwenderInnen innerhalb der Klinik organisiert und plant weitere Projekte. - Ebenfalls von Sabbioni wurde ein Merkblatt zum Umgang mit Übersetzern verfasst. - Im Rahmen des Loryspitals entsteht das Ethnologische Licentiat von Rahel Stuker zur Übersetzung in der Arzt-Patienten Interaktion: "Die Zusammenarbeit mit LaienübersetzerInnen".

Deutschland:

Projekt und Name	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungs- bedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungs- angebote	Spezielles
Ethno- Medizi- nisches Zentrum Hannover (EMZ)	- private Trägerschaft (gemeinnütziger Verein) - Beratungen und Informations- vermittlung für Experten und Laien - Übersetzungs- dienst - Fortbildungen und Vernetzung von kultur-spezifischem Fachwissen	- 90% über Subventionen des Sozial-ministeriums Niedersachsen und des Ministeriums für Bundes- und Europa- angelegenheiten - 10% über Verträge mit Spitätern finanziert	- unter 20% fest anstellte ÜbersetzerInnen - alle anderen auf Abruf - Stundenlohn: ca. 30-39,-	- Face-to-face-, schriftliche und telefonische Übersetzungen - singgemäß Übersetzung - kulturelle Mediation	- interne umfassende berufsbegleitende Grundausbildung für ÜbersetzerInnen und Weiterbildungen für AnwenderInnen aus Gesundheits- berufen, Justiz und Sozialarbeit	- in enger Zusammenarbeit mit (Fach-) Hochschulen an welchen das EMZ Weiter- und Fortbildungen anbietet - Vernetzung bereits bestehender Angebote durch das Zentrum (mit N.-J. Albrecht des UKE Hamburg)
seit 1989 (Übersetzungs- -dienst seit 1991)	Ramazan (Geschäfts-führer) Borchert Collatz					

Dänemark:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Indvandrerpjekter Kopenhagen seit 1988	<ul style="list-style-type: none"> - private Trägerschaft - NGO-Status - Institution für Ausbildung und Projekte für MigrantInnen - Dänischkurse für MigrantInnen (obligatorisch in Dänemark) - Übersetzungs-dienst - europäische Vernetzung in der Übersetzungsfrage - Aufbau einer staatlich anerkannten Berufsausbildung für ÜbersetzerInnen 	<ul style="list-style-type: none"> - ein Teil der Finanzierung läuft über den Sozialfonds der Europäischen Gemeinschaft - zusätzlich nationale und lokale Subventionen - Dänischkurse: staatlich finanziert - Ausbildungen: durch 'Danish Social Assistance Act' und durch 'Danish employment service' finanziert - 'Leonardo-Projekt': Finanzierung über nationale und EU-Subventionen 	<ul style="list-style-type: none"> - für eine Anstellung werden Qualifikationen höher gewertet als formale 	<ul style="list-style-type: none"> - Face-to-face-Übersetzung - wortwörtliche und sinngemäße Übersetzung - kulturelle Mediation - Dänischkurse: (seit 1987) - Weiterbildungen intern und extern kombiniert intern: <ul style="list-style-type: none"> a) zu Übersetzung im sozialen und medizinischen Bereich b) zu 'Business Interpretation' extern: a) zu ethischen Richtlinien am Danish Refugee Council b) Sprachkurse: (6-Monate) an Copenhagen Business School 	<ul style="list-style-type: none"> - interne Grundausbildung zu 'médiateurs culturels': sieben Monate vollzeitlich mit Prüfung und Diplom - Weiterbildungen intern und extern kombiniert intern: <ul style="list-style-type: none"> a) zu Übersetzung im sozialen und medizinischen Bereich b) zu 'Business Interpretation' extern: a) zu ethischen Richtlinien am Danish Refugee Council b) Sprachkurse: (6-Monate) an Copenhagen Business School 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit mit Projekten in Frankreich und Belgien: Ideen-, Methoden-, SchülerInnen- und LehrerInnentausch - 'Leonardo-Projekt': 1996 bis Ende 1998: in Zusammenarbeit mit Italien, Spanien und Frankreich werden gemeinsame Richtlinien für die Berufsausbildung zum 'Community Interpreting' entworfen - zukünftiges Ziel: Aufbau einer Berufsausbildung, die staatlich anerkannt wird

Frankreich:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Inter-Service Migrants (ISM) Paris seit 1971 Zweigstellen: Lyon, Metz, Marseille, Clermont-Ferrand Sauveterre	- Verein als private Trägerschaft - Beratungsstelle für MigrantInnen - Übersetzungs- dienst - seit 1990 telefonischer Übersetzungsdienst	- Finanzierung zu 85% über Verträge mit NutzerInnen: Spitäler, Polizei, öffentliche Dienste, Sozialdienste, Gerichte, Post usw. - zu 15% über nationale Subventionen durch den 'Fonds d'Action Sociale' finanziert	- ca. 35% der ÜbersetzerInnen sind fest angestellt - Bedingungen: Kenntnisse über Frankreich und öffentliche Institutionen	- Face-to-face-, schriftliche und telefonische Übersetzungen - sinngemäße und wortwörtliche Übersetzung - kulturelle Mediation	- interne Weiterbildung für ÜbersetzerInnen zur Spezialisierung in einem bestimmten Bereich	-Der Direktor des Übersetzungsdienstes des ISM war Organisator der europäischen Konferenz vom Oktober 1995 in Strassburg: 'l'interprétariat en milieu social'.

Grossbritannien:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Language Line London seit 1990 (priv. seit 1992) Jonathan O'Keefe	- private Trägerschaft (zwei gemeinnützige Vereine) - telefonische Übersetzungsvermittlungszentrale	- Institution ist selbsttragend (-vor 1992: Subventionen der British Telecom und des Departement des Innern)	- ausschliesslich auf Abruf angestellte ÜbersetzerInnen - im Stundenlohn bezahlt - Arbeitsplatz ist die Privatwohnung	- telefonische Übersetzung (24h/tg.) - explizit als Ergänzung zu Face-to-face Übersetzung anderer Dienste - wenig schriftliche Übersetzungen - wortwördliche Übersetzung - kulturelle Mediation	-interne Weiterbildung für ÜbersetzerInnen und Fortbildung für BenutzerInnen zu Übersetzungssituation am Telefon	

Grossbritannien:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Lothian Interpreting & Translating Service Trust (LITST) Edinburgh seit 1987	- private Trägerschaft - der Übersetzungs-dienst ist v.a. auf Gesundheits-bereich ausgerichtet - LITST bietet Information und Beratung zu Kommunikation mit ÜbersetzerInnen - Dienstleistung ist unengeläufig für die öffentlichen Dienste	- regionale Subeventionen: 'Lothian Regional Council', 'Edinburgh District Council' und regionales Gesundheits-ministerium - Finanzierung über Leistungs-entschädigung nichtstaatlicher BenutzerInnen	- hauptsächlich auf Abruf angestellte ÜbersetzerInnen - stellt vor allem MigrantInnen an	- Face-to-face- und schriftliche Übersetzung	- wenig Weiterbildung für Angestellte von Dienstleistungs-betrieben: "how to work with interpreters" und Information zu multilingualer Kommunikation	- gehören zur 'Scottish Community Interpreting Development Group' (SCIDG)

Grossbritannien:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Institute of Linguists Educational Trust London bietet seit 1995 staatlich anerkanntes Diplom	-private Trägerschaft - Sprachinstitut: seit 1995 staatlich anerkannte Diplomierung von ÜbersetzerInnen: Diploma in Public Service Interpreting' - die öffentlichen Dienste dürfen nur diplomierte ÜbersetzerInnen benutzen	- nationale Subventionen für die Koordination und Planung der Ausbildung und Diplomierung von ÜbersetzerInnen	- Ausbildung betont die sprachlichen Fähigkeiten - Die Prüfung besteht aus mündlichen und schriftlichem Übersetzungstest - keine kulturelle Mediation	- Das Institut organisiert die Kurse und Prüfungen - durchgeführt werden die Kurse an lokalen Colleges - Institut vergibt 'Diploma in Public Service Interpreting' (das einzige offiziell anerkannte Diplom in GB)	- Das Diplom kann für die Bereiche 'Health', 'English Law', 'Scottish Law' und 'Local Government' erworben werden. - Aufnahme der ÜbersetzerInnen ins 'National Register of Public Service Interpreters' (NRPST)	

Niederlande:

Projekt und Name	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungs- bedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungs- angebote	Spezielles
Stichting Tolken- centrum sechs Zentralen Velp, Amsterdam, Hengelo, Utrecht, Rotterdam und Eindhoven seit 1976	- staatlicher Dienst - Übersetzungs- vermittlungs- zentrale für öffentliche Stellen (Spitäler, HausärztlInnen, Justiz usw.) - für die öffentlichen Stellen ist die Übersetzung gratis	- 100% durch staatliche Subventionen getragen: - durch das Bundesamt für Gesundheit und Sport - und Beiträge weiterer Ministerien	- fast ausschliesslich auf Abruf angestellte ÜbersetzerInnen - im Stundenlohn bezahlt: ca. 27,- - Reisezent- schädigung - Anstellungss- bedingungen: - mündlicher und schriftlicher Test - Kenntnisse über Land und Leute - schriftlicher Vertrag	- Face-to-face-, telefonische und schriftliche Übersetzungen - wortwörtliche Übersetzung - ergänzende Kulturelle Erklärungen - neutrale und passive Rolle der ÜbersetzerInnen	- interne Weiterbildung der ÜbersetzerInnen	- Ziel: Spezialausbildung anbieten zu können nach europäischem Standard für ÜbersetzerInnen im sozialen Bereich

Norwegen:

Projekt und Name	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungs- bedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungs- angebote	Spezielles
Tolket- jenesten Innvandrer- kontoret Bergen seit 1981 Ana Maria Harmecker	- staatliche Trägerschaft - Institution für MigrantInnen - Übersetzungs- dienst für öffentliche Dienste - europäische Vernetzung - Übersetzungen für die Gesundheits- und Sozialdienste der Gemeinde Bergen unentgeltlich	- durch die Gemeinde Bergen subventioniert - und über weitere öffentliche Institutionen und Gemeinden in der Region, welche Dienste beanspruchen finanziert	- hauptsächlich auf Abruf angestellte ÜbersetzerInnen - im Stundenlohn bezahlt - einige ÜbersetzerInnen sind zu 100% fest angestellt	- Face-to-face- und schriftliche Übersetzungen - wortwörtliche Übersetzung - z.T. zusätzliche Aufgaben der ÜbersetzerInnen in der Administration -psychologische Betreuung möglich	- interne Ausbildung für ÜbersetzerInnen (1-3 Tage): - Vorbereitung für die staatliche Diplomierung am Linguistischen Institut der Universität Oslo - Weiterbildung von BenutzerInnen (für soziale Dienste; 1 Tag für Gesundheits- dienste; 2 Tage)	- die Ausbildung wurde von 1987-1996 staatlich finanziert - heute vom Staat nur noch 'Directions for Services' - für 1999 ist Lehrstuhl für Übersetzung an Universität Oslo geplant - ist in einer europäischen Arbeitsgruppe (mit Paris und Florenz), welche nach der Konferenz von Strassburg im Oktober 1995) formiert wurde und gemeinsame Richtlinien für Ausbildung und Anforderungen an ÜbersetzerInnen ausarbeiter: Schlussbericht der Arbeitsgruppe Oktober 1997.

Schweden:

Projekt und Namen	Trägerschaft und Institutionstyp	Finanzierung	Anstellungsbedingungen	Art und Formen der Übersetzung	Ausbildungsangebote	Spezielles
Stockholms Tolk-förmedling seit 1967 (privat seit 1994)	-private Übersetzungsvermittlungszentrale für den gesamten Bereich öffentlicher Dienste - Verträge mit Grossteil der Spitäler, mit dem Gericht und der Polizei in Stockholm - 90% der Kundenschaft sind öffentliche Dienste	- selbsttragend finanziert über die Entschädigung für die Dienstleistungen	- die meisten ÜbersetzerInnen sind auf Abruf angestellt und im Stundenlohn bezahlt - ca. 10 Personen sind in der Administration zu 100% fest angestellt - anerkanntes Diplom oder bestandener Test nach interner Grundausbildung sind Voraussetzung für eine Anstellung	- Face-to-face-, schriftliche und telefonische Übersetzungen - wortwörtliche Übersetzung - 24-Stunden Service der Telefonzentrale	- interne Grundausbildung für nichtdiplomierte ÜbersetzerInnen - Weiterbildungen für ÜbersetzerInnen im sozialen, juristischen und medizinischen Kontext	- Diplome in Schweden sind fünf Jahre gültig und werden nur nach Nachweis aktiver Übersetzungstätigkeit erneuert
Ritta Öberg						
seit 1978 Recht auf Übersetzung						
seit 1976 staatliche Diplome						

Anhang 2. Adressen und Literatur zu den Projekten:

Name und Adresse	Literatur
Schweiz:	<ul style="list-style-type: none"> - Métraux, J.-C., 1995: Amélioration de l'accès aux 'soins' des populations migrantes. Un droit: S'exprimer dans sa propre langue. - Rapport, Appartenances. Rue des Terreaux 10 Case postale 54 1000 Lausanne 9 021/ 341'12'50 - Alvir, S. und J.-C. Métraux, 1997: Complémentarité entre thérapeute de famille et interprète comme médiateur dans les interventions transculturelles. Rapport. Appartenances. - Fleury, F., 1995: Migration und Gemeinsamkeiten. Die Association Appartenances in Lausanne: Eine wichtige Ergänzung des sozialen Netzwerks. Soziale Medizin. 1: 19. - Métraux, J.C. und F. Fleury, 1995: Die Zukunft erschaffen. Gruppenarbeit mit traumatisierten Gemeinschaften. In: Perren, G: Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe. Verlag Paul Haupt, Bern: pp. 153-178.
Centre de Santé-Migrants 9, rue Dancet 1205 Genève 022/ 3291090	<ul style="list-style-type: none"> - Pacoud, A., 1994: Le Centre santé migrants. Les soins aux requérants d'asile à Genève. Krankenpflege/Soins Infirmiers. 11: 54-57. - Tonnerre, C. et al., 1997a: Interprétrariat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse. 65e Assemblée Annuelle de la Société de Médecine Interne/ 202 Congrès de Médecine Générale. Genève, 5-7 Juin. - Tonnerre, C. et al., 1997b: Interprétrariat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse. Schweizerische Medizinische Wochenscha. 127/88:152. - Bischoff, A., 1997: Santé des Migrants: L'interprétrariat medical. Aspect incontournable de la prise en charge. - Bischoff, A. et al., 1997: Langues parlées lors de consultations à la Polyclinique de Médecine. Enquête sur les Langues parlées lors des consultations à la polyclinique de médecine. Unité de Médecine des Voyages et des Migrations. Dépt de Médecine Communautaire. Hôpitaux Universitaire de Genève. - Eytan, A. et al., 1997: Les interprètes dans les services de psychiatrie en Suisse.
Derman - Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen Brauerstrasse 4 8004 Zürich 01/ 241'82'88	<ul style="list-style-type: none"> - DERMAN, Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen, 1997: Evaluationsbericht über die zweijährige Pilotphase des Projektes, August 1994 - Juli 1996. Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk SAH. Zürich. - Obrist Van Eeuwijk, B., 1992: "Ich möchte mit meiner eigenen Hilfe auskommen, aber es geht nicht". Eine medizinethnologische Studie über Krankheitserfahrungen türkischer und kurdischer Menschen in der Region Zürich. Unter Mitarbeit von L. Svejda Hirsch. Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk. Zürich.
Dr. med. P. Flubacher Spezialarzt FMH für Allgemeinmedizin Hammerstrasse 177 4057 Basel 061/ 6922090	<ul style="list-style-type: none"> - Flubacher, P., 1994: Eine Übersetzerin in der Hausarztpraxis. Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. Soziale Medizin. 21/6: pp.20-22. - Flubacher, P., 1995: Betreuung ausländischer Patienten in der Praxis - Erfahrungen und Überlegungen eines Hausarztes. Ars Medici. 6: pp.380-385. - Flubacher, P., 1997: Ausländische Patienten in der hausärztlichen Praxis: unlösbare Probleme für Arzt und Patient? PRAKIS. Schweizerische Rundschau für Medizin. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 1. 19/1:pp. 811-816.

<p>HEKS-Spitaldolmetscherdienst HEKS-Flüchtlingsdienst Regionalstelle BS/BL Socinstrasse 13 4051 Basel 061/ 261'48'80</p>	<p>- Eser, T., 1994: Stell dir vor, du bist krank und dein Arzt versteht dich nicht. Dolmetscherdienst am Kantonsspital Basel. Soziale Medizin. 2/1/6: 9.</p> <p>Interne Dokumentation: - Dolmetscherdienst am Kantonsspital Basel. Eine Dienstleistung organisiert von der HEKS-Regionalstelle BS/BL.</p>
<p>Therapiezentrum SRK für Folteropfer (TZFO) Freiburgstrasse 44a 3010 Bern 031/ 390'50'50</p>	<p>- Wicker, H.-R., 1991: Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Institut für Ethnologie Bern. Im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes.</p> <p>- Weiss, R., 1993: Therapieprojekt für gefolterte Flüchtlinge. Machbarkeitsstudie im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes.</p> <p>- Sancar, H., 1997: Sozialarbeit mit gefolterten und kriegstraumatisierten Flüchtlingen. Diplomarbeit der Höheren Fachschule für Sozialarbeit Bern. Edition Soziothek.</p> <p>- Frey, C. und L. Valach, 1997: Die Behandlung von Folter- und Kriegsopfern in der Schweiz. Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 2. 86/21: pp. 899-905.</p> <p>Interne Dokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1996: Übersetzungsarbeit im therapeutischen Bereich, - 1996: Fachliche Weisungen für die Übersetzungsarbeit im Therapiezentrum SRK. - 1996: Administrative Weisungen für die Übersetzungsarbeit im Therapiezentrum SRK. - 1996: Einige Gedanken zur Übersetzungsarbeit.
<p>Übersetzerdienst des Universitätsspital Insel Direktion Dienste Sozialdienst 3010 Bern 031/ 6322091</p>	<p>Interne Dokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direktion Dienste, Sozialdienst, 1993: Regelung Übersetzungsdiensst für Patienten. Direktionskonferenz vom 4. Juli 1990. - Direktion Dienste, Sozialdienst, 1996: Merkblatt. Neue Dolmetscherregelung. Abteilungssitzung vom 29. März 1996. - Dr. med. M. Sabbioni, Oberarzt der Medizinischen Abteilung Loryspital Bern, 1996: Anleitung für den Umgang mit Übersetzern

Ausland:	
Europa:	<ul style="list-style-type: none"> - Parlement Européen Strasbourg, 1995: L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen, 5-7 octobre 1995. Organisé par Inter-Service Migrants - Paris. - Déclaration du Colloque Européen sur L'Interprétariat en milieu social, 5 - 6 - 7 Octobre 1995.
Dänemark:	<p>Indvanderprojekter Nørregade 36, 3. sal 1165 København K</p> <p>Interne Dokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Beschrieb des Gesamtprojektes] - Stage du médiateur culturel - Øhngaard, A: Interpreter's course based upon true qualifications. - Brief Summary of the Finished Analysis Regarding a Interpreter's Vocational Education
Deutschland:	<p>Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e. V. Egedorfstr. 2 30449 Hannover</p> <p>'Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich' Universitäts-Krankenhaus Eppendorf Fachbereich Medizin Martinistraße 52 20246 Hamburg</p> <p>Interne Dokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Borchert, H. et al., 1995: Mittler zwischen den Kulturen. Konzept und Arbeit des Ethnomedizinischen Zentrums von Hannover. - Interne Dokumentation: - Serviceangebote zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migranten. - 1995: Wir über uns. Konzeption, Arbeitsbereiche, Service Leistungen, Organisation. - 1995: Ethno-Medizinischer Dolmetscher- und Interpreterservice. Ein Kommunikationsservice für den medizinischen und sozialen Sektor. Information, Spracheheilste, Preise. - 1995: Konzeption des Dolmetscher- und Interpretertrainings. Schulungsmassnahmen, Kurssystem, Schulungsinhalte. <p>Interne Dokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Albrecht, Niels-Jens, 1994: Konzept für eine Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich. Universität Hamburg. Fachbereich Medizin. Planungsgruppe "Migrantenversorgung im UKE". Im Auftrag des Direktoriums gemäss Beschluss vom 18. Juli 1994. - Albrecht, Niels-Jens, 1995: Culturally aware and migrantspecific health care in a Hamburg large-scale clinic. Hamburg University, Faculty of Medicine, Department of General Medicine and Health System Research. - Dolmetscher-Dienst im UKE, Hamburg.
Frankreich:	<p>Inter-Service Migrants INTERPRETARIAT 12, rue Guy de La Brosse 75005 Paris</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sauvêtre, M., 1996: L'interprétariat en milieu social. Accueillir No. 207: pp. 34-36. - Parlement Européen Strasbourg, 1995: L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen, 5-7 octobre 1995. Organisé par Inter-Service Migrants - Paris. - Salom, G., 1989: La parole restituée. Extrait d' <i>Informations sociales</i> No. 5. - Lasne, N., 1992: Le médecine, le malade et l'interprète. Soins No. 563/564; pp.16/17. Interne Dokumentation: - 1997: ISM Interprétariat. Dialogue à 3. Lettre d'Information publiée par ISM interprétariat. No.2. - Interpréariat de déplacement. Les secteurs d'activités. Permanences et évolutions. - le dialogue à trois. ISM Interprétariat.

Grossbritannien:	<ul style="list-style-type: none"> - Scottish Community Interpreting Development Group, 1990: <i>The Right to Understand. Recommendations for Action. Report of Conference Held in Sept. 1990 and Annual Report 1990.</i> - Lothian Interpreting & Translating Service Trust (LITS) 56 Queen Charlotte Street Edinburgh, EH6 7EX - Lothian Interpreting & Translating Service Trust. Report/Review 1994/95. - Interpreting for Health. The Lothian Interpreting and Translating Service. Services for Health and their clients.
Language Line 18 Victoria Park Square London E2 9PF	<ul style="list-style-type: none"> - Parlement Européen Strasbourg, 1995: <i>L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen, 5-7 octobre 1995. Organisé par Inter-Service Migrants - Paris: pp. 37-41.</i> - Interne Dokumentation: - Approaches to Interpreting in the Community: Telephone Interpreting Service. - Your Guide to Using Language Line
Institute of Linguistics Educational Trust Saxon House 48 Southwark Street London SE1 1UN	<ul style="list-style-type: none"> - The Linguist. Official Journal of the Institute of Linguists. - Diploma in Public Service Interpreting. - 1995: Diploma in Public Service Interpreting. Reading List. - 1997: Diploma in Public Service Interpreting. Training/Video Package. - 1997: Diploma in Public Service Interpreting. Administrative Handbook.
Nederland:	
Stichting Tolkencentrum: Gelderland - Velp Noord-Holland - Amsterdam Noord en Oost Nederland - Hengelo Utrecht - Utrecht Zuid-Holland - Rotterdam Zuid-Nederland - Eindhoven	<ul style="list-style-type: none"> - Parlement Européen Strasbourg, 1995: <i>L'interprétariat en milieu social. Actes du colloque européen, 5-7 octobre 1995. Organisé par Inter-Service Migrants - Paris: pp. 23-28.</i> - Interne Dokumentation: - Déclaration faite par les interprètes/traducteur qui effectuent des travaux d'interprétariat ou de traduction pour un ou plusieurs des centres d'interprétariat établis dans notre pays. - Code de conduite de l'interprète. - 1996: <i>Tolkencentra in Nederland: Elkaar verstaan is elkaar begrijpen</i>
Norwegen:	<ul style="list-style-type: none"> -nur telefonische Auskunft
Tolketjenesten Innvandrerkontoret Kong Oscars Gt. 43 5017 Bergen	
Schweden:	
Stockholms Tolkförmedling Box 8316 10420 Stockholm	<ul style="list-style-type: none"> - Interne Dokumentation: - Ritta Öberg: <i>Stockholms Tolkförmedling</i>

<p>TÖI - Tolk- och Översättarinstitutet vid Stockholms universitet 10691 Stockholm</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Niska, H., 1990: A new breed of interpreter for immigrants: "contact interpretation" in Sweden. ITI Conference 4: pp. 94-104. - Dhawan, S. et al., 1995: Der Dolmetscher als Brücke zwischen Kulturen und Opfern organisierter Gewalt. In: Peltzer, K. et al.: Gewalt und Trauma. Verlag für interkulturelle Kommunikation. Frankfurt a. M: pp. 178-192. - Interne Dokumentation: - IITS/ The Institute for Interpretation and Translation Studies - The training of community interpreters in Sweden within adult education and the universities.
<p>USA:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ginsberg et al., 1995: Interpretation and Translation Services in Health Care: A Survey of US Public and Private Teaching Hospitals. A National Public Health and Hospital Institute Report.

Anhang 3:**Vorschlag für ein Ausbildungsmodell für ÜbersetzerInnen im Gesundheitssystem: 3-Schritte-Modell****1. Schritt**

Ort:	sprachregional zentralisiert
Art:	nach regionalen Sprachen, berufsbegleitend, in Blockkursen
Voraussetzung:	Gemeinsame Organisation für die Übersetzung in allen Bereichen des öffentlichen Lebens: Gesundheitssystem, Justiz und Sozialarbeit
Diplom:	Muttersprache, gute Kenntnisse einer Landessprache, psychosoziale Stabilität
"Lohnstufe":	<i>Community Interpreter</i>
Inhalte der Ausbildung:	<ul style="list-style-type: none"> - Hintergründe und Folgen der Migration - politisch-rechtliche Strukturen der Schweiz - Kommunikation und Sprache in unterschiedlichen Kontexten - Übersetzungstechniken - Aufgaben der Übersetzung: sprachliche, kulturelle Vermittlung - Verantwortungen, Abgrenzung, ethische Richtlinien - Vermittlung innerhalb eines sozialen Gefälles

2. Schritt

Ort:	zunächst sprachregional zentralisiert, später dezentral
Art:	berufsbegleitend, Weiterbildung in Blockkursen,
Voraussetzung:	Ziel: berufsbegleitende Ausbildung durch "Wander"-Lehrtätige
Diplom:	absolvierte Grundausbildung (1. Schritt) ¹
"Lohnstufe"	<i>ÜbersetzerIn für das Gesundheitssystem</i>
Inhalte der Ausbildung:	<ul style="list-style-type: none"> - Struktur des Gesundheitswesens, Spezialdisziplinen - Berufsbilder - medizinische Terminologie - PatientInnen-Rechte, medizinische Ethik - Krank- und Gesundsein - verschiedene Rollenkonzepte - Triade: Dynamik, Macht, Chancen - berufliche Praxis, Supervision, Weiterbildung - Spezialgebiete und -techniken, Einführung

3. Schritt

Ort:	sprachregional zentralisiert
Art:	berufsbegleitende Weiterbildung in Blockkursen
Voraussetzung:	absolvierte Weiterbildung zur ÜbersetzerIn im Gesundheitssystem (2. Schritt)
Diplom:	<i>ÜbersetzerIn mit medizinischem Spezialgebiet</i>
"Lohnstufe":	3
Spezialgebiete:	<ul style="list-style-type: none"> - Pädiatrie - Geriatrie - Gynäkologie/Geburtshilfe - Notfallmedizin - Psychotherapie - Psychosomatik - Psychiatrie

1

Erfahrene ÜbersetzerInnen könnten allenfalls quereinsteigen.

Kommentare

Vorteile

- Eine gesamtschweizerische Ausbildung fördert unseres Erachtens, wie dies auch die Erfahrungen aus dem Ausland belegen, eine breitere Anerkennung des Übersetzungsberufes.
- Durch eine Konzentration der vorhandenen Ressourcen (Dokumentation, Lehrmittel, Projektkosten) und eine gemeinsame Lehrtätigkeit kann die schwierige Frage der Finanzierung teilweise gelöst werden.
- Durch die geplante Spezialisierung von ÜbersetzerInnen können diese, gemäss ihrer spezifischen Kompetenzen, eingesetzt werden. Die Aufteilung in Spezialgebiete kommt der Spezialisierung des Gesundheitssystems entgegen. Eine Spezialisierung von ÜbersetzerInnen setzt allerdings eine entsprechende Methodenreflexion aufseiten der AnwenderInnen voraus.
- Das Ausbildungsmodell berücksichtigt die beruflichen und persönlichen Erfahrungen von MigrantInnen
- Das 3-Schritte-Modell erlaubt den ÜbersetzerInnen eine Karriereplanung
- Das Zulassen von methodischen Divergenzen der Übersetzungstätigkeit in den unterschiedlichen Spezialgebieten begünstigt eine Weiterentwicklung von Ansätzen.

Mögliche Gefahren:

- Das Modell zeigt eine tendenziell komplizierte Ausbildung
- Ein gewisser administrativer Aufwand ist mit der Vermittlung und Vernetzung verbunden.
- Beziüglich den Einsatzgebieten und Kompetenzgrenzen der ÜbersetzerInnen könnten sich (wie bei jedem neuen Beruf) Unklarheiten ergeben, die sich aber mit der Erfahrung lösen werden.
- Es besteht die Gefahr, eines allfälligen Missbrauchs der Grundausbildung zur Kosteneinsparung.

Aus- und Fortbildung von Behandelnden und AnwenderInnen

Das Thema der Übersetzung muss ebenfalls in den Lehrplan der Grundausbildungen für das gesamte Gesundheitssystem aufgenommen werden. Dies betrifft vor allem die Ausbildung der MedizinerInnen und der PsychologInnen sowie die Ausbildungen an Krankenpflege-, Physio- und Ergotherapieschulen sowie Fachhochschulen für Sozialarbeit.

Parallel zu diesen Angeboten müssen Fortbildungen angeboten werden, welche die Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen und fremdsprachigen PatientInnen thematisieren.

Schwerpunkte dieser Kurse:

- Migration und psychosoziale Folgen
- Interaktion in der Triade, Umgang mit Macht- und Kontrollbedürfnissen
- Methodenmodifizierung (Rollen, Kooperation, therapeutische und Übersetzungstechniken)
- Reflexion der eigenen Systemzugehörigkeiten (v.a. Medizinalsystem)

7 Bibliographie

Acosta, Frank X. & Martha H. Cristo 1981: «Development of a Bilingual Interpreter Program: An Alternative Model for Spanish-Speaking Services». *Professional Psychology* 12/4:474-482.

Albrecht, Niels-Jens 1994: Konzept für eine Dolmetscher-Ausbildung im medizinischen Bereich. Universität Hamburg. Fachbereich Medizin. Planungsgruppe "Migrantenversorgung im UKE".

Alpert, M. 1970: Television tape for evaluation of treatment response. *Psychosomatics* 11:467-469.

Alvir, Spomenka & Jean-Claude Métraux 1997: Complémentarité entre thérapeute de famille et interprète comme médiateur dans les interventions transculturelles. Lausanne: Appartenances. 20pp.

Amati Mehler, J.; S. Argentiere & J. Canestri 1990: The Babel of the Unconscious. *International Journal of Psychoanalysis* 1990/71:569-583.

Asad, Talad 1993: Übersetzen zwischen Kulturen. Ein Konzept der britischen Sozialanthropologie. In: Berg, Eberhard & Martin Fuchs (ed.) 1993: Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation. Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch wissenschaft. 300-334.

Auckenthaler, Anna 1983: Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren. Stuttgart: Kohlhammer.

Badura, Bernhard 1993: Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus & Ulrich Laaser (ed.) 1993: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 63-90.

Balarajan, R.; L. Bulusu; A. M. Adelstein et al. 1984: Patterns of Mortality among Migrants to England and Wales from the Indian Subcontinent. *British Medical Journal* 289/3 November:1185-1187.

Berger, Peter L. & Thomas Luckmann 1994: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.

Bickley, Verner C. 1982: Language as the Bridge. In: Bochner, Stephen (ed.) 1982: *Cultures in Contact. Studies in Cross-Cultural Interaction*. Oxford: Pergamon Press. 99-125.

Bilgin, Y. & A. Arat et al. 1992: Risk Profile of Coronary Heart Disease by Turkish Workers in Germany. Conference Proceedings: 2nd Conference on Migration and Health. Brussels, 29.6.-1.7.92: International Organization for Migration.

Bischoff, A. 1995: Migration and Health in Switzerland. Unité de Médecine des Voyages et des Migrations. Hôpitaux Universitaires de Genève. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Bischoff, A. 1997: Santé des Migrants: L'interprétariat médical — aspect incontournable de la prise en charge. Unité de Médecine des Voyages et des Migrations. Hôpitaux Universitaires de Genève.

Bischoff, A.; C. Tonnerre & L. Loutan 1998: Langues parlées lors de consultations à la Polyclinique de Médecine. Enquête sur les Langues parlées lors de consultations à la Polyclinique de Médecine. Genève.

Black, J. 1985: The Difficulties of Living in Britain. *British Journal of Medicine* 290:615-617.

Blöchliger, Corinne; Christoph Hatz; Regula Weiss et al. 1994: Gesundheitsprobleme und allgemeinmedizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz aus hausärztlicher Sicht. Schweizerisches Tropeninstitut Basel. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Blöchliger, C.; M. Tanner; C. Hatz et al. 1997: Asylsuchende und Flüchtlinge in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin 86/19. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 1:800-810.

Bloom, Martin; Helen Hanson; Gertrude Fries et al. 1966: The Use of Interpreters in Interviewing. *Mental Hygiene* 50:214-217.

Bollini, Paola 1992: Health Policies for Immigrant Populations in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries. *International Migration. Quarterly Review XXX*. Special Issue: Migration and Health in the 1990s. International Organization for Migration:103-120.

Bollini, Paola 1993: Health for Immigrants and Refugees in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries. *Innovation* 6/1/93:101-110.

Bollini, Paola & Harald Siem 1995a: Health Needs of Migrants. *World Health* 48/6:20-21.

Bollini, Paola & Harald Siem 1995b: No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000. *Social Science & Medicine* 41/6:819-828.

Borchert, Henning; Ramazan Salman & Jürgen Collatz 1994: Mittler zwischen den Kulturen — Aktivitäten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migranten. Konzept und Arbeit des Ethnomedizinischen Zentrums von Hannover.

Bourdillon, F. et al. 1991: La santé des populations d'origine étrangère en France. *Social Science & Medicine* 32/11:1219-1227.

Brucks, Ursula; Erdmann von Salisch & Wulf-Bodo Wahl 1987: Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Beiträge zur sozialen Entwicklung im Gesundheitswesen. Hamburg: E.B.-Verlag Rissen.

Burgi, Didier 1997: Gesundheitsförderung und Prävention bei der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz: Schritt für Schritt vorwärts... Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin 86/21. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 2:906-910.

Buxbaum, E. 1949: The Role of the Second Language in the Formation of the Ego and Superego. Psychoanalytic Quarterly 1949/18:279.

Caplow, Theodore 1959: Further Development of a Theory of Coalitions in the Triad. The American Journal of Sociology 64/5:488-493.

Caruso, I.A. & R.T. Duque 1966: El Problema de Psicoanálisis en Lengua Extranjera. Archivos de Estudios de Psicoanálisis y Psicología Médica 1966/3:7ff.

Castles, Stephen 1993: Migrations and Minorities in Europe: Perspective for the 1990s: Eleven Hypotheses. In: Wrench, John & John Solomos (ed.) 1993: Racism and Migration in Western Europe. Oxford/Providence: Berg. 17-34.

Chabrit, Y. 1990: La santé des migrants. Rev. Europ. Migrations internationales 1990/3:161-174.

Coe, Rodney M. & Christine G. Prendergast 1985: The Formations of Coalitions: Interaction Strategies in Triads. Sociology of Health and Illness 7:236-247.

Crandon, Libbet 1986: Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case from Rural Highland Bolivia. American Ethnologist 13/3:463-476.

Del Castillo, Julio C. 1970: The Influence of Language upon Symptomatology in Foreign-born Patients. American Journal of Psychiatry 127/2:160-162.

DERMAN, Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung für TürkInnen und KurdInnen 1997: Evaluationsbericht über die zweijährige Pilotphase des Projektes. Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk (SAH). Zürich.

Desjarlais, Robert; Leon Eisenberg; Byron Good et al. 1995: World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries. With Contributions from: Alastair Ager, Myron Belfer, Ruth Fischbach, Mary-Jo DelVecchio Good, Kris Heggenhougen. New York, Oxford: Oxford University Press.

Dhawan, Savita; Eva Entrena; Ulla-Stina Eriksson-Söder et al. 1995: Der Dolmetscher als Brücke zwischen den Kulturen und Sprachen. In: Peltzer, Karl; Aycha Abduljawad & Elise Bittenbinder (ed.) 1995: Gewalt und Trauma: Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. Frankfurt a.M.: Verlag für interkulturelle Kommunikation. 178-192.

Diaz-Duque, Ozzie F. 1982: Overcoming the Language Barrier. Advice from an Interpreter. American Journal of Nursing 82:1380-1382.

Downing, B.T. 1992: The Use of Bilingual/Bicultural Workers as Providers and Interpreters. International Migration. Quarterly Review XXX. Special Issue: Migration and Health in the 1990s. International Organization for Migration:121-130.

Dussaussois, Evelyn & Heidi Mosimann 1998: Das Recht, verstanden zu werden. Der Umgang mit Fremdsprachigkeit im institutionellen Rahmen. Diplomarbeit. Höhere Fachschule für Sozialarbeit Bern.

Ebner, Gerhard 1997: Psychisch kranke Menschen ausländischer Herkunft. Psychiatriezentrum Schaffhausen. Fragebogen.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (ed.) 1993: Frauenflüchtlinge in der Schweiz. EDMZ. Bern.

Eisenberg, Leon 1977: Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. Culture, Medicine and Psychiatry 1977/1:9-23.

Eser, Turan 1994: Stell dir vor, du bist krank und dein Arzt versteht dich nicht – Dolmetscherdienst am Kantonsspital Basel. Soziale Medizin 21/6:9.

Expertenkommission Migration 1997a: Ein neues Konzept der Migrationspolitik. Bericht der Expertenkommission. Im Auftrag des Bundesrates. Bern.

Expertenkommission Migration 1997b: Ein neues Konzept der Migrationspolitik. Zusammenfassung der Ziele und Massnahmen. Bericht der Expertenkommission. Im Auftrag des Bundesrates. Bern.

Expertenkommission Migration 1997c: Ein neues Konzept der Migrationspolitik. Materialienband. Bericht der Expertenkommission. Im Auftrag des Bundesrates. Bern.

Eytan, Ariel; Alexandre Bischoff & Louis Loutan 1998: Les interprètes dans les services de psychiatrie en Suisse. Genève, non publié.

Faust, Shotsy & Robert Drickey 1986: Working with Interpreters. The Journal of Family Practice 22/2:131-138.

Favrat, B.; M. Francillon; B. Burnaund et al. 1991: La «Satisfaction» du médecin lors d'une première consultation diffère-t-elle selon l'origine du patient? Schweizerische medizinische Wochenschrift 124:44.

Fenichel, Otto 1997 (1945): Psychoanalytische Neurosenlehre (1945). Giessen, Psychosozial-Verlag. 3 Bde. Die Deutsche Bibliothek. Aus dem Englischen: Klaus Laermann.

Flaskerud, J. H. & P. Y. Liu 1990: Influence of therapist ethnicity and language on therapy outcomes of Southeast Asian clients. *The International Journal of Social Psychiatry* 36/1:18-29.

Flubacher, Peter 1994a: Die Zusammenarbeit mit einer Übersetzerin bei der Betreuung ausländischer Patienten in der Praxis: Erfahrungen und Überlegungen eines Hausarztes. *Psychosomatische Medizin* 23/3:22-24.

Flubacher, Peter 1994b: Eine Übersetzerin in der Hausarztpraxis. Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. *Soziale Medizin* 21/6:20-22.

Flubacher, Peter 1995: Betreuung ausländischer Patienten in der Praxis: Erfahrungen und Überlegungen eines Hausarztes. *Ars Medici* 85/6:380-385.

Flubacher, Peter 1997: Ausländische Patienten in der hausärztlichen Praxis: unlösbare Probleme für Arzt und Patient? Praxis. *Schweizerische Rundschau für Medizin* 86/19. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 1:811-816.

FMH, Verbindung der Schweizer Ärzte 1997: Standesordnung FMH. Bern.

Foster, R.P. 1992: Psychoanalysis and the Bilingual Patient: Some Observations on the Influence of Language Choice on the Transference. *Psychoanalytic Psychology* 9:61-76.

Freimanis, Carolina 1994: Training Bilinguals to Interpret in the Community. In: Brislin, Richard W. & Tomoko Yoshida (ed.) 1994: Improving Intercultural Interactions. Modules for Cross-Cultural Training Programs. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications. 313-341.

Frey, C. & L. Valach 1997: Die Behandlung von Folter- und Kriegsopfern in der Schweiz. Praxis. *Schweizerische Rundschau für Medizin* 86/21. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 2:899-905.

Gehrke, Monika 1993: Community interpreting. In: Picken, Catriona (ed.) 1993: Translation — the vital link. *Proceedings of the XIIIth World Congress of FIT*. London: Institute for Translation and Interpreting. 417-421.

Ginsberg, Caren; Vanessa Martin; Dennis Andrulis et al. 1995: Interpretation and Translation Services in Health Care: A Survey of US Public and Private Teaching Hospitals. A National Public Health and Hospital Institute Report. Washington.

Glick Schiller, Nina; Linda Basch & Cristina Szanton Blanc 1995: From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration. *Anthropological Quarterly* 68/1:48-63.

Goffman, Erving 1994: Interaktion und Geschlecht. Frankfurt a. M: Campus.

Good, Byron J. 1994: Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

Good, Byron J. & Mary-Jo Del Vecchio Good 1981: The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In: Eisenberg, Leon & Arthur Kleinman (ed.) 1981: The Relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. 165-196.

Greenson, Ralph R. 1982 (1950): Die Muttersprache und die Mutter. In: ders. (ed.) 1982 [1950]: Psychoanalytische Erkundungen. Stuttgart: Klett-Cotta. 13-24.

Griese, Hartmut M.; Bruno W. Nikles & Christoph Rülcker 1977: Soziale Rolle. Zur Vermittlung von Individuum und Gesellschaft. Opladen: Leske Verlag und Budrich GmbH.

Gurman, Alan S. 1973: The Effects and Effectiveness of Marital Therapy: A Review of Outcome Research. *Family Process* 12:145-170.

Haffner, Linda 1992: Cross-cultural Medicine — a decade later: Translation is not enough: Interpreting in a medical setting. *Western Journal of Medicine* /Sep 157:255-259.

Hardt, Eric J. 1991: The Bilingual Medical Interview I. The Bilingual Medical Interview II: The Geriatric Interview. Medical Interviewing Across Language Barriers. Boston: Boston Department of Health and Hospitals.

Hardt, Eric J. 1994: The Bilingual Interview and Medical Interpretation. In: Lipkin, Mack & Samuel M. et al. Putnam (ed.) 1994: The Medical Interview. Clinical Care, Education, and Research. New York. Berlin: Springer-Verlag. 172-177.

Hatz, Christoph & Corina Salis Gross 1995: Gesundheitsstrategien von Asylsuchenden und Flüchtlingen und die allgemeinmedizinische Versorgung in der Schweiz. Schweizerisches Tropeninstitut Basel. Manuscript.

Haug, Werner 1995: Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Migrationspolitik. Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik. Bundesamt für Statistik. Bern.

Heckmann, F. & W. Bosswick (ed.) 1994: Migration Policies: a Comparative Perspective. Bamberg: European forum for migrations studies (efms).

Helman, Cecil G. 1990: Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Hoffmann, Peter (ed.) 1993: Medizinischer Sprachführer — Arzt. Sennwald/SG: Universimed. 80pp.

Inter-Service Migrants (ISM) Interprétariat 1997: Dialogue à 3. Lettre d'information publiée 1/2.

IOM 1991: Migration and Health 2(1). Quarterly Newsletter 2(1)/1/92:1-8.

IOM 1993: Migration and Health. *Innovation in Social Science Research* 6/1:114 pp.

Isakower, Otto 1939: On the Exceptional Position of the Auditory Sphere. *International Journal of Psychoanalysis* XX:340-348.

Jäggi, Christian J. 1993: Zum Problem der interkulturellen Kommunikation im globalen und mikrosozialen Kontext. *Interkulturelle Texte* 4. Institut für Kommunikationsforschung. Meggen: inter-edition.

Jäggi, Christian J. 1996: Von der multikulturellen zur interkulturellen Gesellschaft. Überlegungen aus kommunikationstheoretischer Sicht. In: Wicker, Hans-Rudolf et al. (ed.) 1996: *Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat*. Zürich: Seismo. 427-438.

Kanton Bern 1989: Patientendekret. Dekret über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten in öffentlichen Spitälern. Artikel 39-41 des Gesundheitsgesetzes. Bern.

Kareem, Jafar & Roland Littlewood (ed.) 1992: *Intercultural Therapy. Themes, Interpretations and Practice*. Oxford: Blackwell Science.

Karmi, Ghada (ed.): *The Ethnic Health Factfile. A guide for health professionals who care for people from ethnic backgrounds*. The Health & Ethnicity Programme. London.

Katon, Wayne & Arthur Kleinman 1981: Doctor-Patient Negotiation and Other Social Science Strategies in Patient Care. In: Eisenberg, Leon & Arthur Kleinman (ed.) 1981: *The Relevance of Social Science for Medicine. Culture, Illness, and Healing*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. 253-279.

Kaufert, Joseph M. 1990: Sociological and Anthropological Perspectives on the Impact of Interpreters on Clinician/Client Communication. *Santé-Culture-Health* VII/2-3:209-235.

Kaufert, Joseph M. & William W. Koolage 1984: Role Conflict Among «Culture Brokers»: The Experience of Native Canadian Medical Interpreters. *Social Science & Medicine* 18/3:283-286.

Kaufert, Joseph M. & John D. O'Neill 1990: Biomedical Rituals and Informed Consent: Native Canadians and the Negotiation of Clinical Trust. In: Weisz, George (ed.) 1990: *Social Science Perspectives on Medical Ethics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 41-63.

Kaufert, Joseph M. & John D. O'Neill 1995: Cultural Mediation of Dying and Grieving Among Native Canadian Patients in Urban Hospitals. In: DeSpelder, Lynne Ann & Albert Lee Strickland (ed.) 1995: *The path ahead: readings in death and dying*. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company. 59-75.

Kaufert, Joseph M.; William W. Koolage; Patricia Leyland Kaufert et al. 1984: The Use of «Trouble Case» Examples in Teaching the Impact of Sociocultural and Political Factors in Clinical Communication. *Medical Anthropology* 8/1:36-45.

Kaufert, Joseph M.; Patricia Leyland Kaufert; John D. O'Neill et al. 1986: Advocacy, Media and Native Medical Interpreters. In: Paine, Robert (ed.) 1986: *Advocacy and Anthropology. First Encounters*. Institute of Social and Economic Research. Memorial University of Newfoundland. 98-115.

Kaufert, Joseph M.; John D. O'Neill & William W. Koolage 1990: The Cultural and Political Context of Informed Consent for Native Canadians. *Circumpolar Health*:181-184.

Keesing, Roger M. 1979: Linguistic Knowledge and Cultural Knowledge: Some Doubts and Speculations. *American Anthropologist* 91/1:14-36.

Kiraly, Donald 1995: The Translator's Contexts: Toward Filling the Pedagogical Gap in Translation Skills Instruction. In: Salnikow, Nikolai (ed.) 1995: *Sprachtransfer – Kulturtansfer. Text, Kontext und Translation*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 17-30.

Kleinman, Arthur 1980: Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care* 3. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur; Leon Eisenberg & Byron Good 1978: Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88/2:251-258.

Kliewer, E. 1992: Epidemiology of Diseases among Migrants. *International Migration. Quarterly Review XXX. Special Issue: Migration and Health in the 1990s*. International Organization for Migration:141-166.

Kline, Frank; Frank X. Acosta; William Austin et al. 1980: The Misunderstood Spanish-Speaking Patient. *American Journal of Psychiatry* 137/12:1530-1533.

Kohut, Susanne A. 1975: Guidelines for Using Interpreters. *Hospital Progress* 56/4:39-40.

Krapf, E. 1955: The Choice of the Language in Polyglott Psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly* 1955/24:343-357.

Kuipers, Joel C. 1989: "Medical Discourse" in Anthropological Context: Views of Language and Power. *Medical Anthropology Quarterly* 3/2:99-123.

Kupsch-Losereit, Sigrid 1995: Übersetzen als transkultureller Verstehens- und Kommunikationsvorgang: andere Kulturen, andere Äußerungen. In: Salnikow, Nikolai (ed.) 1995: *Sprachtransfer – Kulturtansfer. Text, Kontext und Translation*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 1-15.

Lagache, D. 1956: Sur le polyglottisme dans l'analyse. *Psychanalyse* 1956/1:167.

Salzmann, Zdenek 1993: Language, Culture, and Society. An Introduction to Lingusitic Anthropology. Boulder, San Francisco, Oxford: Westview Press.

Sancar, Hasim 1997: Sozialarbeit mit gefolterten und kriegstraumatisierten Flüchtlingen. Diplomarbeit. Höhere Fachschule für Sozialarbeit Bern.

Sauvretre, Michel 1996: L'Interprétariat en milieu social. Accueillir 207:34-36.

Scheper-Hughes, Nancy & Margaret M. Lock 1986: Speaking "Truth" to Illness: Metaphors, Reification, and a Pedagogy for Patients. *Medical Anthropology Quarterly* 17/5. Critical Approaches to Health and Healing in Sociology and Anthropology:137-140.

Scheper-Hughes, Nancy & Margaret M. Lock 1987: The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1:6-41.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW 1994: Migrationsmedizin: Praxis und Forschung in der Schweiz. Symposium der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. 27./28. Oktober 1994. Interlaken.

Scottish Community Interpreting Development Group 1990: The Right to Understand. Recommandations for Action. Report of Conference held in Sept. 1990 and Annual Report 1990. Edinburgh.

Shackman, Jane 1985: The Right to be Understood. Handbook on working with, employing and training community interpreters. Cambridge: National Extension College.

Siem, Harald 1997: Migration and Health – The International Perspective. *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin* 86/19. Sondernummer Migration und Gesundheit Teil 1:788-793.

Sluzki, Carlos E. 1984: The Patient-Provider-Translator Triad: A Note for Providers. *Family Systems Medicine* 2/4:397-400.

Smart, Julie F. & David W. Smart 1992: Cultural Issues in the Rehabilitation of Hispanics. *Journal of Rehabilitation* April/May/June:29-37.

Steiner, Elisabeth 1996: Die Rolle des Dolmetschers in der Behandlung von Flüchtlingen. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie: "Sozialpsychiatrie in der multikulturellen Gesellschaft", 19.9.96. Basel.

Steiner-König, Ursula 1997: Die Rolle der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin* 86/19. Sondernummer Gesundheit und Migration Teil 1:797-799.

Stolze, Radegundis 1994: Übersetzungstheorien. Eine Einführung. Narr Studienbücher. Tübingen: Gunter Narr Verlag.

Taussig, Michael T. 1980: Reification and the Consciousness of the Patient. *Social Science and Medicine* 14B:3-13.

Tedlock, Dennis 1993: Fragen zur dialogischen Anthropologie. In: Berg, Eberhard & Martin Fuchs (ed.) 1993: Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation. Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch wissenschaft. 269-287.

Theilen, Irmgard 1985: Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik: Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur kulturellen Therapie. In: Collatz, Jürgen; Elçin Kürsat-Ahlers & Johannes Korporal (ed.) 1985: Gesundheit für Alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EB-Verlag Rissen. 292-322.

Therapiezentrum SRK für Folteropfer 1996a: Administrative Weisungen für die Übersetzungsarbeit im Therapiezentrum SRK Bern. Schweizerisches Rotes Kreuz.

Therapiezentrum SRK für Folteropfer 1996b: Fachliche Weisungen für die Übersetzungsarbeit im Therapiezentrum SRK Bern. Schweizerisches Rotes Kreuz.

Todd, K.H.; N. Samaroo & J.R. Hoffman 1993: Ethnicity as a Risk Factor for Inadequate Emergency Department Analgesia. *Journal of the American Medical Association* 269:1537.

Tonnerre, C.; A. Bischoff & L. Loutan 1996: Umfrage über den Einsatz von Übersetzer/innen in den Medizinischen Abteilungen der Schweiz. Questionnaire. Genève.

Tonnerre, C.; A. Bischoff & L. Loutan 1997a: Interprétariat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse. 65e Assemblée Annuelle de la Société Suisse de Médecine Interne/ 202 Congrès de Médecine Générale. 5-7 juin 1997. Genève.

Tonnerre, C.; A. Bischoff & L. Loutan 1997b: Interprétariat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse. *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 127. Suppl. 88.

Tribe, Rachel 1991: Bicultural Workers. Bridging the Gap or Damming the Flow? Paper presented at the II International Conference of Centres, Institutions and Individuals Concerned with the Care of Victims of Organised Violence: Health, Political Repression and Human Rights. Santiago, Chile, November 1991. Medical Foundation for the Care of Victims of Torture. London:14pp.

Uniken Venema, H. P.; H. F. L. Garretsen & P. J. Van der Maas 1995: Health of Migrants and Migrant Health Policy, the Netherlands as an Example. *Social Science and Medicine* 41/6:809-818.

Velikovsky, I. 1934: Can a Newly Acquired Language Become the Speech of the Unconscious? Psychoanalytic Review 1962/10:799.

Verwey, Martine 1993: Migrantinnen in Europa und Gesundheit. In: Black/Migrant Women and Health in Europe. Stuttgart.

Vinacke, Edgar W. & Abe Arkoff 1957: An Experimental Study of Coalitions in the Triad. American Sociological Review 22/4:406-414.

Vranjes, Nenad; Brigitte Bisig & Felix Gutzwiller 1995: Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Basis: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Schlussbericht.

Wagner, Petra; Elisabeth H. Kerek-Bodden; Elisabeth Schach et al. 1985: Erkrankungen ausländischer Arbeitsnehmer im Spektrum der ambulanten Versorgung. Material und Methode. In: Collatz, Jürgen; Elçin Kürsat-Ahlers & Johannes Korporal (ed.) 1985: Gesundheit für Alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EB-Verlag Rissen. 177-195.

Weidman, Hazel Hitson 1982: Research Strategies, Structural Alterations, and Clinically Relevant Anthropology. In: Chrisman, Noel J. & Thomas W. Maretzki (ed.) 1982: Clinically Applied Anthropology. Anthropologists in Health Science Settings. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. 201-242

Weiss, Mitchell 1996: The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness Experience. Transcultural Psychiatric Research Review (in press).

Weiss, Regula 1993: Therapieprojekt für gefolterte Flüchtlinge. Machbarkeitsstudie im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes. Bern.

Westermeyer, J. 1990: Working with an Interpreter in Psychiatric Assessment and Treatment. The journal of nervous and mental disease 178/12:745-749.

WHO 1992: Ziele zur "Gesundheit für alle". Die Gesundheitspolitik für Europa. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. Kopenhagen.

WHO 1993: Platform on multicultural societies and mental health. WHO-regional office for Europe. 22-24 october 1992. Report on a meeting. Denmark.

Whorf, Benjamin Lee 1986 [1963]: Sprache - Denken - Wirklichkeit. Beiträge zur Metalinguistik und Sprachphilosophie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.

Wicker, Hans-Rudolf 1991: Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Institut für Ethnologie der Universität Bern. Im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes. Unter Mitarbeit von Suna Cosar, Hildegard Hungerbühler, Lic.phil. David Koch, Hasim Sancar, Sibyl Schädeli.

Wicker, Hans-Rudolf 1996a: Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker, Hans-Rudolf; Jean-Luc Alber; Claudio Bolzmann et al. (ed.) 1996a: Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Zürich: Seismo. 373-392.

Wicker, Hans-Rudolf 1996b: Vom Sinn und Unsinn ethnologischer Gerichtsgutachten. Asyl 4:118-128.

Wicker, Hans-Rudolf; Jean-Luc Alber; Claudio Bolzmann et al. (ed.) 1996a: Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Soziologie, Tagungsband Schweizerische Ethnologische Gesellschaft und Schweizerische Gesellschaft für Soziologie. Zürich: Seismo.

Wicker, Hans-Rudolf; Sabine Schoch & Thomas Gass 1996b: Leitbild zur Integrationspolitik der Stadt Bern. Institut für Ethnologie der Universität Bern.

Wimmer, Andreas 1997: Ein Zulassungsmodell für Arbeitsmigranten von ausserhalb der EU. Vorschlag zuhanden der Expertenkommission Migrationspolitik. Neuenburg: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.

Woloshin, Steven; Nina A. Bickell; Lisa M. Schwartz et al. 1995: Language Barriers in Medicine in the United States. Journal of the American Medical Association 273/9:724-728.

Wursch, T. G.; H. Hess; R. Walser et al. 1978: Die Epidemiologie des Ulcus duodeni. Untersuchungen an 1105 Patienten in Zurich. Deutsche Medizinische Wochenschrift 103/14:613-619.

Young, Allan 1981a: When Rational Men Fall Sick: An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. Culture, Medicine and Psychiatry 5/4:317-335.

Young, Allan 1981b: The Creation of Medical Knowledge: Some Problems in Interpretation. Social Science and Medicine 15B:379-386.

Young, Allan 1982: The Anthropologies of Illness and Sickness. Annual Review of Anthropology 11:257-285.

Zeltner, Thomas 1994: Nationale Aufgaben. Migrationsmedizin: Praxis und Forschung in der Schweiz. Symposium der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. 27.-28.10.1994. Interlaken.

Zuppinger, Brigit 1998 (in Arbeit): "When I come from the doctor I feel light". Lizentiatsarbeit zur Studie 'Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen'. Fallstudien in doppelter Perspektive. Institut für Ethnologie der Universität Bern.

In der Reihe
Forschungsberichte des Schweizerischen Forums für Migrationsstudien
sind bisher erschienen

Andreas Wimmer. 1996. *Flüchtlingsaussenpolitik und Migrationsprävention*. Forschungsbericht Nr. 1.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1996. *Das migrationspolitische Feld der Schweiz. Eine politikwissenschaftliche Analyse der Vernehmlassung zum Arbenzbericht*. Forschungsbericht Nr. 2.

Etienne Piguet et Roland Misteli, sous la direction de Andreas Wimmer. 1996. *L'intégration des réfugiés au marché du travail*. Forschungsbericht Nr. 3.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1996. *Konturen eines Kompromisses? Die migrationspolitischen Positionen schweizerischer Parteien und Verbände im Wandel*. Forschungsbericht Nr. 4.

Andreas Wimmer. 1996. *Die Wiederansiedlung von Flüchtlingen in der Schweiz. Eine Analyse der bisherigen Praxis und Evaluation von Handlungsoptionen*. Forschungsbericht Nr. 5.

Andreas Wimmer. 1996. *La réinstallation des réfugiés : analyse de l'expérience suisse dans le contexte international*. Forschungsbericht Nr. 5.

Andreas Wimmer. 1996. *The resettlement of refugees: an analysis of the Swiss experience in the international context*. Forschungsbericht Nr. 5.

Hans Mahnig. 1997. *Migrationspolitik in sechs westlichen Industriestaaten. Deutschland, Frankreich, Niederlande, USA, Australien und Kanada*. Forschungsbericht Nr. 6.

Juliane Kerlen und Andreas Wimmer. 1997. *Migrationssteuerung. Zur Entwicklung eines politischen Konzepts in Deutschland, Frankreich, Schweden und der Europäischen Union*. Forschungsbericht Nr. 7.

Denise Efionayi und Etienne Piguet (Leitung: Andreas Wimmer). 1997. *Nationale Unterschiede in der Arbeitsintegration von Asylsuchenden*. Forschungsbericht Nr. 8.

Andreas Wimmer und Etienne Piguet. 1998. *Asyl und Arbeit. Eine Studie zur Erwerbsintegration von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz*. Forschungsbericht Nr. 9.

Hans Mahnig (Konzeption und Leitung: Andreas Wimmer). 1998. *Integrationspolitik in Grossbritannien, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden. Eine vergleichende Analyse*. Forschungsbericht Nr. 10.

Regula Weiss und Rahel Stuker. 1998. *Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem*. Ein Grundlagenbericht. Forschungsbericht Nr. 11.

In der Reihe
Arbeitspapiere des Schweizerischen Forums für Migrationsstudien
sind bisher erschienen

Andreas Wimmer. 1995. *Entwicklungszusammenarbeit, humanitäre Hilfe, Migration*. Ein Bericht zuhanden der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit.

Andreas Wimmer. 1997. *Ein Zulassungsmodell für Arbeitsmigranten von ausserhalb der Europäischen Union*. Vorschlag zuhanden der Expertengruppe Migrationspolitik.