

# Gespräche zwischen Patienten und Ärzten – Ein- und mehrsprachige Anamnesen im Krankenhaus<sup>1</sup>

*Kristin Bührig, Bernd Meyer*

## 1 *Einleitung*

Anamnesen sind grundsätzlich durch Unterschiede zwischen dem professionellen Wissen des Arztes und dem partikularen Wissen des Patienten geprägt. Darüber hinaus prägen jedoch auch die konkrete Vorgeschichte eines Gesprächs und seine Position in einem institutionellen Handlungsablauf den Gesprächsverlauf und die konkreten sprachlichen Mittel, die für ein Gespräch relevant sind. Anders als in einer Arztpraxis sind im Krankenhaus Anamnese, Befundung und Therapieversuch als zentrale Handlungsschritte nicht in einem Ablauf zusammengefasst, sondern auf verschiedene Akteure, Örtlichkeiten und Zeitpunkte verteilt.

Im Anamnese-Gespräch stellt die ungleiche Verteilung von Wissen besondere Anforderungen an das sprachliche Handeln von Arzt und Patient: Der Arzt als Experte verfügt zwar über das für die Erstellung einer Diagnose relevante Fachwissen, kennt jedoch die konkreten Beschwerden des Patienten und deren Genese nicht. Der Patient hingegen kennt »seine« Beschwerden und weiß möglicherweise auch einiges über ihre Entstehung, ihm fehlt jedoch das nosologische und ätiologische Wissen, um die für die Diagnose relevanten Phänomene zu identifizieren. Während also der Patient aufgrund der sinnlichen Wahrnehmung von Beschwerden gegenüber dem Arzt einen Wissensvorsprung hat, verfügt der Arzt (idealerweise) über die Kompetenz, diese Wahrnehmungen zu deuten und daraus therapeutische Konsequenzen zu entwickeln.

Das partikulare patientenseitige Wissen über Beschwerden wird mit dem professionellen ärztlichen Wissen über Symptome und Krankheitsbilder in einem wechselseitigen kommunikativen Prozess in Bezug gesetzt. Die Verwendung einer gemeinsamen Sprache ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen dieses Prozesses. Die Verständigung ist dadurch aber nicht automatisch gewährleistet.

1 Diese Arbeit entstand an der Universität Hamburg im Rahmen des DFG-Projekts »Dolmetschen im Krankenhaus« im SFB 538 Mehrsprachigkeit und basiert in Teilen auf einem Arbeitspapier von Kroffke & Meyer 2005. Der DFG sei für die großzügige Förderung gedankt. Verbleibende Fehler und Unzulänglichkeiten gehen zulasten der Autoren.

Untersuchungen zur Kommunikation zwischen deutschen Ärzten und Patienten mit geringen Deutschkenntnissen haben gezeigt, dass in solchen bilingualen Konstellationen die kommunikativen Asymmetrien, die mit dem Anamnesegespräch und der Arzt-Patienten-Kommunikation allgemein systematisch verbunden sind, in besonderer Weise akzentuiert werden (Bühlig & Meyer 2004). Gespräche zwischen deutschen Ärzten und nicht deutschen Patienten sind also durch eine besondere Verständigungsproblematik geprägt, die den aus monolingualen Gesprächen bekannten Problemen nicht einfach subsumiert werden kann.

Dies gilt insbesondere dann, wenn bilinguale Familienmitglieder oder Krankenhausangestellte als Mittler zwischen Arzt und Patient fungieren. Diese Personen haben systematische Schwierigkeiten mit der Verdolmetschung der Patientenwahrnehmung, der Verdolmetschung ärztlicher Fragen usw., da sie als Ad-hoc-Dolmetscher weder über das fachliche Wissen verfügen noch in gleicher Weise von einem Leiden betroffen sind wie der Patient.

Anhand von Fallbeispielen von diagnostisch ausgerichteten Gesprächen mit deutschen Patienten und solchen mit geringen Deutschkenntnissen auf einer Station für Innere Medizin und einer Aufnahmestation gehen wir in dieser Arbeit der Frage nach, wie sich die Beteiligung einer dolmetschenden Person auf die Kommunikation zwischen Arzt, Therapeut und Patient auswirkt.

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut: In Kapitel 2 werden einige diskursanalytische Untersuchungen zur anamnestischen Arzt-Patienten-Kommunikation zusammengefasst. Dabei wird der Wissensunterschied zwischen Arzt und Patient als zentrales Problem dieser Gespräche herausgestellt und am Beispiel des ärztlichen Fragens mit Hilfe von Beispielen (B1, B2) illustriert. In Kapitel 3 werden diese Überlegungen auf gedolmetschte Gespräche übertragen. Anhand eines Gesprächsausschnitts (B3) wird aufgezeigt, dass bestimmte sprachliche Verfahren, wie etwa Metaphorisierungen von Schmerz, von Ärzten im Diskurs systematisch eingesetzt werden. Ad-hoc-Dolmetscher, zumal wenn sie medizinische Laien sind, erkennen diese Systematik jedoch häufig nicht und verfälschen dann mit ihrer Dolmetschleistung den kommunikativen Austausch und die Wissensgewinnung zwischen Arzt und Patient. In unserer Schlussfolgerung (Kapitel 4) heben wir hervor, dass Anamnesen aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen von Arzt und Patient schon im einsprachigen Fall anfällig für Missverständnisse sind. Durch Ad-hoc-Dolmetscher (also zweisprachige Personen, die ohne weitere Vorbereitung als Vermittler hinzugezogen werden) kann die Störanfälligkeit dieser Gespräche noch erheblich verstärkt werden – insbesondere dann, wenn es sich um Familienangehörige handelt.

## 2 *Anamnesegespräche im Krankenhaus aus diskursanalytischer Sicht*

Anamnesegespräche sind aus diskursanalytischer Sicht als eine »Diskursart« beschrieben worden (vgl. z. B. Rehbein 1986). Der Begriff »Diskursart« impliziert, dass in einem Anamnesegespräch verschiedene Typen sprachlicher Handlungen zusammenwirken und es konstituieren, wie etwa das »Frage-Antwort-Muster« als zentraler Handlungstyp, oder das »Beschreiben« von Lebensumständen oder Krankheitswahrnehmungen durch den Patienten. Anamnesegespräche in den verschiedenen institutionellen Umgebungen des Krankenhauses (wie etwa der Station, der Notaufnahme oder der Ambulanz) sind durch ihre Einbettung in einen arbeitsteiligen Handlungsablauf gekennzeichnet (vgl. Lalouschek, Menz & Wodak 1990, Redder 1994, Löning 1999, Bührig, Meyer 2004, inter alia) und unterscheiden sich daher in bestimmten Aspekten von Anamnesen in der Arztpraxis. So sind z. B. die Auswertung von Befunden und die Erstellung einer Diagnose im Krankenhaus in der Regel Vorgänge, an denen mehrere Ärzte und Laborangestellte beteiligt sind und die sich über Tage oder sogar Wochen hinziehen können. Die Mitteilung einer Diagnose und auch der Therapieversuch können im Krankenhaus daher in der Regel nur in einem erheblichen zeitlichen Abstand zur Anamnese stattfinden.

Des Weiteren führt die Ausdifferenzierung des Behandlungsprozesses oftmals dazu, dass Patienten von verschiedenen Ärzten auf verschiedenen Stationen behandelt und untersucht werden. Auch wenn in der Krankenakte die Ergebnisse vorheriger Befragungen festgehalten werden, ergibt sich aufgrund der Arbeitsteilung die Notwendigkeit, Anamnesen mehrfach durchzuführen, um jeweils das Vorliegen besonderer Symptome abzuklären, die in den vorherigen Behandlungsschritten nicht untersucht wurden, oder um sich einfach nur ein eigenes Bild vom Patienten zu machen.

### 2.1 *Ärztliches Fragen*

Während also je nach dem institutionellen Ort, an dem eine Anamnese stattfindet, unterschiedliche Zwecksetzungen das Gespräch prägen und dominieren, bildet das Frage-Antwort-Muster während der verschiedenen Abschnitte des Behandlungsprozesses im Krankenhaus den gemeinsamen Kernbereich der Anamnesegespräche. Das Frage-Antwort-Muster ist aus diskursanalytischer Sicht z. B. in den Arbeiten von Ehlich & Rehbein 1979 und 1986 untersucht worden. Die Autoren arbeiteten heraus, dass der alltägliche Zweck der Frage, die Wissensgewinnung, in institutionellen Zusammenhängen häufig in spezifischer Weise abgewandelt und z. T. auch deformiert wird. Der Grund hierfür liegt in dem starken Eingriff in die mentalen Hörer-Aktivitäten, der durch das Fragen bewirkt werde. Dies mache die Frage zu einem besonders

geeigneten sprachlichen Mittel zur Lenkung und Ausrichtung eines Hörers auf einen bestimmten Wissensbereich.

Das »ärztliche Fragen« ist aus diskursanalytischer Sicht dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt eine Entscheidung über das Vorliegen eines bestimmten Krankheitsbildes fällen muss. Diese »sukzessive Entscheidungsfindung« (Rehbein 1986: 302) des Arztes setzt ein professionelles Wissen über Krankheiten, ihre Ursachen und Symptome voraus. Der Arzt arbeitet in seinen Fragen an den Patienten einen mental gegebenen, aus Ausbildung und Erfahrung gespeisten Symptomkatalog ab und greift jeweils nur bestimmte Anteile der Patientenantworten auf. Anders als in alltäglichen Verwendungen des Frage-Antwort-Musters ist der Befragte (hier: der Patient) also meist im Unklaren darüber, inwieweit seine Antworten dazu geeignet sind, das spezifische Wissensdefizit des Fragenden zu füllen. Der Maßstab für das Vorliegen einer geeigneten Antwort ist nicht mitteilbar, da die professionellen Voraussetzungen der Entscheidungsfindung dem Patienten als Laien nicht ohne weiteres zu vermitteln sind (Rehbein 1993: 327). Daher wird in ärztlichen Fragen oftmals eine symptombezogene Antwort angelegt bzw. vorformuliert. Dem Patienten wird damit ein »Verbalisierungsschema« für die Antwort vorgegeben, das die Funktionalität der Antwort für die ärztliche Entscheidungsfindung sicherstellen soll (ebd.: 330).

Im folgenden Beispiel (B1) befragt ein Internist einen älteren Patienten, der vor kurzem nach Überweisung durch seinen Hausarzt auf einer internistischen Station aufgenommen wurde. Der Patient klagt über Schwäche und Atemnot.

(B1): »Luftmäßig«. Zweitanamnese (Projekt Dolmetscher im Krankenhaus/DiK, Aufnahme Nr. 55) auf einer internistischen Station. A: Internist, Mitte dreißig, Assistenzarzt. P: Patient, Anfang siebzig.

- 1 A Herr Riechers, • mit welchen Beschwerden sind Sie denn
- 2 A zu uns ins Krankenhaus gekommen? Was haben Sie •
- 3 A [gemerkt]? Was hat Sie beeinträchtigt?  
P ((8s, atmet  
*[schwebende Intonation]*
- 4 A Jä  
P hörbar)) Luftmäßig. Äh äh • und da bin ich auch mit in

5	A	Die Luft ist knapper geworden?
	P	Behandlung. Ja, ja, ja,
6	A	Jä
	P	ziemlich. ((holt hörbar Luft)) Und die letzte Zeit/ ((1,5s))

Der Arzt stellt zunächst eine Reihe von offenen Fragen, um einen Beschwerdenvortrag des Patienten abzurufen (Partiturfläche 1–3).<sup>2</sup> Der Patient kann über seine Beschwerden nur eingeschränkt Auskunft geben (»Luftmäßig«, PF 4), unterstreicht jedoch deren Intensität und die Notwendigkeit, ein Krankenhaus aufzusuchen, mit dem Hinweis auf die schon stattgefundene Behandlung durch den Hausarzt. In PF 5 reformuliert der Arzt den auf die Beschwerden bezogenen Teil der Antwort: »Die Luft ist knapper geworden.« Auf diese Weise passt der Arzt das vom Patienten verbalisierte Wissen an die Zwecke des Anamnesegesprächs an (Bühlig 1996).

Wie Rehbein (1986: 300) feststellt, kann dem Patienten der »Zusammenhang zwischen den einzelnen aufeinander folgenden Fragen undurchsichtig« erscheinen. Aus Sicht eines Arztes sind solche abrupten Themenwechsel hingegen stimmig, da es ihm, so Rehbein, um die »institutionelle Wahrnehmung« der Beschwerden des Patienten und die »Institutionalisierung der Krankheit« gehe (ebd.) und nicht um eine breit angelegte Erfassung der Lebensumstände. Der Zugriff auf das Wissen des Patienten über den Hergang der Ereignisse und seine inneren Wahrnehmungen erfolgt also unter der Zielsetzung, ein aus institutioneller Sicht brauchbares Ergebnis zu bekommen, d. h. eines, an das schon existierende, vorstrukturierte Handlungspläne bzgl. Diagnostik und/oder Therapie angeschlossen werden können. Trägt ein Patient hingegen Sachverhalte vor, die institutionell nicht vorgesehen bzw. nicht bearbeitbar sind, so werden diese abgeblockt.<sup>3</sup>

## 2.2 Anpassung an das Wissen des Patienten

Eine wesentliche Voraussetzung für die Elizitierung von Wissen mittels einer Frage ist, dass in der Frage der Wissensbereich, über den der Sprecher etwas erfahren möchte, präzise benannt wird. Rehbein (1993: 316) spricht vom

2 »Partiturfläche« (= PF) ist ein Begriff aus dem Transkriptionsverfahren »HIAT«, vgl. Ehlich & Rehbein 1976, Rehbein et al. 2004.

3 Wie medizin-soziologische Untersuchungen zeigen, tendieren Ärzte überdies dazu, an dem einmal erstellten Befund oder Diagnosefokus festzuhalten und in späteren Gesprächen Beschwerdenvorträge des Patienten, die in eine andere Richtung weisen, zu dethematisieren (Lipkin et al. 1995: 69).

»spezifischen Nicht-Gewußten« des Fragenden, das dieser in der Frage formulieren muss. Eine Frage enthält somit immer Informationen darüber, was ein Sprecher (schon) weiß und darüber, was er (noch) nicht weiß. In institutioneller Kommunikation ist aufgrund der systematisch gegebenen Wissensunterschiede zwischen Agenten und Klienten die Verständlichkeit von Fragen oftmals nicht ohne weiteres vorauszusetzen. Die Agenten einer Institution (im hier untersuchten Fall die Ärzte) müssen vielmehr besondere kommunikative Anstrengungen unternehmen, um den Bereich des Nicht-Gewussten in einer für den Klienten verstehbaren sprachlichen Form zu fassen.

In der Befragung des Patienten passen Ärzte fachinternes, professionelles Symptom-Wissen an die Verstehensbedingungen von Laien an, wie etwa in der Frage »Die Luft ist knapper geworden?« aus Beispiel (B1). Implizit, für den Patienten nicht unbedingt erkennbar, wird mit dieser Frage erkundet, ob ein bestimmtes Symptom vorliegt. Es geht also um das Symptom als Bestandteil einer professionellen Wissensstruktur. Die Frage ist nicht Ausdruck eines generellen Verstehensproblems seitens des Arztes, sondern stellt den Versuch dar, das Spektrum möglicher »luftmäßiger« Krankheitsbilder einzugrenzen und den Prozess der Verdachtsausbildung voranzubringen.

Bei dieser »verbalen Applikation professionellen Standardwissens« (Rehbein 1993: 338) bedienen sich Ärzte häufig bestimmter Ausdrücke, die sowohl alltagssprachlich als auch professionell verwendet werden können. Rehbein (1994) spricht in diesem Zusammenhang von »semiprofessioneller Rede«, um den fachlichen und zugleich alltagssprachlichen Charakter von anatomischen Ausdrücken wie »Nierenbecken« deutlich zu machen. Solche Ausdrücke enthalten, obwohl sie als Fachtermini gelten können, nominale Anteile, die auf das Wissen eines nicht professionellen Hörers beziehbar sind. Insbesondere für medizinische Wissensbereiche existiert im Deutschen eine »Doppelterminologie« (Thurmair 1994, Wiese 1997), wobei jedoch semiprofessionelle und lateinisch-griechisch basierte Ausdrücke nicht einfach austauschbar sind, sondern jeweils ihre spezifische kommunikative Funktion innerhalb eines bestimmten Handlungszusammenhangs haben.<sup>4</sup>

Auch wenn semiprofessionelle Ausdrücke aufgrund ihrer gleichzeitigen Basierung in der Alltags- und der Fachsprache oft für die Patienten verständlich erscheinen, ist ihre Verwendung nicht immer unproblematisch. Dies gilt vor allem dann, wenn mit ihnen ein spezifisches Wissen verbalisiert wird, das bei den Klienten nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann.

Das folgende Beispiel B2 stammt aus dem Gespräch Nr. 54 des Projekts »Dolmetschen im Krankenhaus«. Der Arzt befragt auf einer Notaufnahme eine Patientin zu verschiedenen Symptomen. Er verwendet dabei den semiprofessionellen Ausdruck »Gewichtsabnahme«.

4 Zur semiprofessionellen Rede in Aufklärungsgesprächen vgl. Meyer (2004: Kap. 4.9).

(B2): »Gewichtsabnahme«. Erstanamnese (DiK, Nr. 54) auf einer Aufnahme-  
station.

55 A Ja Haben Sie, • haben Sie  
P viel gelaufen. (Bin schon Autofahrer)...

56 A außer jetzt diesem — sagen wir mal — Leistungsknick  
P Ja,

57 A äh noch irgendwas anderes [bemerkt]? Irgendwie ne  
P (Zucker).

*[fallende Intonation]*

58 A Gewichtsabnahme zum [Beispiel]? • Sind Sie dünner

*[fallende Intonation]*

59 A [geworden]?  
P • Nee. Nein, nein, abgenommen hab ich

*[fallende Intonation]*

60 A (Aber) Blässe, haben Sie das auch selber  
P nicht.

Der Internist fasst den bisherigen Beschwerdenvortrag der Patientin mit dem Begriff »Leistungsknick« zusammen und fragt dann nach weiteren Auffälligkeiten. Als Beispiel nennt er eine »Gewichtsabnahme« (PF 55–58). Nach kurzem Zögern fügt er an: »Sind Sie dünner geworden?« (PF 58–59). Das »serielle Umformulieren« (vgl. Bührig 1996: 106 ff.) des Ausdrucks »Gewichtsabnahme« in »dünn werden« nimmt in anderer Weise auf die Wahrnehmung dieses Vorgangs durch die Patientin Bezug: Während mit dem Nomen auf eine mittels eines Instruments messbare Eigenschaft (Gewicht) rekurriert wird, bezieht sich »dünn werden« auf einen Vorgang, den die Patientin ohne Hilfsmittel visuell an sich wahrnehmen kann. Zugleich nimmt der Arzt mit der Umformulierung eine geschehensbezogene Perspektive ein, während mit der Nominalisierung »Gewichtsabnahme« der Vorgang von seinem Resultat her betrachtet wird. Während also »Gewichtsabnahme« die unspezifische Eingangsfrage des Arztes (»irgendwas anders bemerkt?«) einschränkt, eröffnet »dünn werden« einen anderen, eher wahrnehmungsbezogenen Zugang zum diagnostisch relevanten Sachverhalt.

Das Beispiel B2 soll verdeutlichen, dass der durch die Frage beim Patienten initiierte Suchvorgang im Wissen nur dann zu einem Ergebnis führen kann, wenn der entsprechende Wissensbereich für den Hörer identifizierbar wird. Die für einen Patienten verständliche Formulierung des spezifischen Nicht-Gewussten in ärztlichen Fragen gelingt jedoch oft nicht im ersten Anlauf und ist keineswegs allein durch einen Verzicht auf »Fachchinesisch« zu gewährleisten. Wie, d. h. mit welchen sprachlichen Mitteln, das Verstehen der Frage bei einem spezifischen Hörer erreicht werden kann, stellt sich jedoch oft erst im Verlauf eines konkreten Gesprächs heraus. Im Hin und Her von Frage und Verständnisfrage, im Ansetzen zu einer Erläuterung oder in reformulierenden Handlungen wie im Beispiel B2 manifestiert sich also die höreradäquate Formulierung der Frage als ein typisches Phänomen der Arzt-Patienten-Kommunikation in Anamnesegesprächen.

Bevor im nächsten Kapitel auf die besonderen Probleme eingegangen wird, die sich in der Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund ergeben können, sollen an dieser Stelle die wesentlichen Charakteristika von monolingualen Anamnesegesprächen und diagnostisch ausgerichteter Kommunikation im Krankenhaus zusammengefasst werden:

- Anamnesegespräche im Krankenhaus unterscheiden sich unter anderem je nach ihrer Einbettung in den institutionellen Arbeitsablauf.
- Das »Frage-Antwort-Muster« ist der Handlungstyp, der den verschiedenen Formen diagnostisch ausgerichteter Kommunikation gemeinsam ist.
- Das »ärztliche Fragen« im Zuge der Anamnese soll dem Arzt eine Entscheidung über das Vorliegen eines bestimmten Krankheitsbildes ermöglichen.
- Das partikulare Wissen des Patienten über seinen Körper, seine Wahrnehmungen und Beschwerden sowie den bisherigen Verlauf der Krankheit und der Krankheitsbearbeitung wird vom Arzt in einem kommunikativen Prozess »institutionalisiert«, d. h. den gesellschaftlich geprägten Verfahren der Krankheitsbearbeitung im Krankenhaus verfügbar gemacht.
- Die Institutionalisierung des Patientenwissens basiert wesentlich auf der verbalen Applikation medizinischen Wissens in den Fragen des Arztes.

Im Folgenden wird untersucht, wie diagnostisch ausgerichtete Kommunikation im Krankenhaus durch die Teilnahme von Ad-hoc-Dolmetschern, d. h. bilingualen Angehörigen oder Pflegekräften, beeinflusst werden kann. Die Hinzuziehung von Ad-hoc-Dolmetschern geschieht häufig dann, wenn Patienten als Erwachsene nach Deutschland eingewandert sind und die deutsche Sprache später nur so weit erworben haben, wie dies für die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit und die Bewältigung des Alltags vonnöten war. Die Sprachkenntnisse dieser Patienten reichen für die Kommunikation im Krankenhaus oftmals nicht aus, sie benötigen deshalb die Unterstützung durch eine

dolmetschende Person. Ad-hoc-Dolmetscher sind in der Regel Pflegekräfte oder Angehörige, die auf die Dolmetschtätigkeit nicht spezifisch vorbereitet sind.

### 3 *Eine gedolmetschte Anamnese*

Wie mittlerweile durch zahlreiche Studien belegt ist, nehmen dolmetschende Personen, die in medizinischen Institutionen zum Einsatz kommen, in vielfältiger Weise Einfluss auf den Verlauf und die Inhalte der Arzt-Patienten-Gespräche. Dabei macht es nicht immer einen Unterschied, ob die Dolmetscher erfahrene Profis oder bilinguale Amateure sind. So untersuchen etwa Bolden (2000) oder Davidson (2002) Gespräche mit Beteiligung von fest angestellten Krankenhausdolmetschern für Spanisch sprechende Patienten in den USA. Diese Untersuchungen zeigen z. B., dass die Dolmetscher in den von ihnen beobachteten Fällen selbstständig Anschlussfragen stellen, wenn ihnen die Antwort eines Patienten nicht ausreichend erscheint. Solche eigenständigen Fragehandlungen in Anamnesegesprächen setzen voraus, dass die dolmetschenden Personen zumindest über ein partiell professionelles Wissen über medizinische Sachverhalte verfügen und dieses für die erfolgreiche »Institutionalisierung des Patientenwissens« in der diagnostisch ausgerichteten Kommunikation mobilisieren.

Der besondere Beteiligungsstatus der Dolmetscher ergibt sich auch aus dem konsekutiven (nachzeitigen) Dolmetschmodus. Wie Wadensjö (1998) zeigt, sind Konsekutivdolmetscher unter anderem damit beschäftigt, die Beiträge der primären Gesprächspartner (»primary parties«) zu koordinieren. Die Notwendigkeit der Gesprächskoordination ergibt sich aus der Sprachbarriere und der mit dem Dolmetschen einhergehenden Zäsurierung des Turn-Taking, aber auch aus den unterschiedlichen Orientierungen der Beteiligten (Ärzte und Patienten, Antragsteller und Sachbearbeiter usw.), die von den Beteiligten, anders als in monolingualer Kommunikation, nicht ohne weiteres aufeinander abgestimmt werden können.

Neben einer besonderen Gesprächsbeteiligung von Dolmetschern ist auch davon auszugehen, dass dolmetschende Personen die ausgangssprachlichen Äußerungen einer besonderen Verarbeitung unterziehen, die je nach Dolmetschmodus variiert (Bührig & Rehbein 2000). Das simultane und das konsekutive Dolmetschen sind nach dieser Untersuchung beide dadurch gekennzeichnet, dass ein eigenständiger Planungsprozess der dolmetschenden Person nicht im gleichen Maße erforderlich ist wie bei eigenständigen sprachlichen Handlungen. Eine dolmetschende Person *rekonstruiert* vielmehr anhand einer vorliegenden Äußerung die illokutiven und propositionalen Akte dieser Äußerung, stellt mental eine Beziehung zwischen ausgangssprachlichen und

zielsprachlichen Einheiten her und *konstruiert* auf dieser Grundlage eine zielsprachliche Handlung. Den Doppelcharakter des translatorischen Handelns (Rekonstruktion *und* Konstruktion) fassen Bühlig & Rehbein in dem Begriff »reproduzierendes Handeln« zusammen.

Charakteristisch für das konsekutive Dolmetschen (im Unterschied zum Simultandolmetschen) ist, dass die dolmetschende Person die höreseitigen Verstehensbedingungen und den bisherigen Gesprächsverlauf in die Konstruktion der zielsprachlichen Handlung, bzw. des zielsprachlichen Turns einbeziehen kann. Meyer (2004: 34) spricht in diesem Zusammenhang mit Bezug auf Bühlig & Rehbein (2000) von einer »Vorauskonstruktion der Rezeption«, die für die konkrete sprachliche Form, die eine dolmetschende Person der zielsprachlichen Äußerung gibt, entscheidend sei.

Das folgende Beispiel B3 soll illustrieren, wie Arztfragen durch dolmetschende Familienangehörige so verändert werden, dass sie die kommunikative Funktion, die sie in der Ausgangssprache hatten, nicht mehr erfüllen. Eine falsch wiedergegebene Frage führt zu einer möglicherweise falschen Antwort und behindert damit die ärztliche Entscheidungsfindung im Zuge der Diagnostik, ohne dass dies vom behandelnden Arzt überhaupt bemerkt wird.

(B3): »Wie ein Messerschnitt, nicht wahr?« Anamnese (DiK, Aufnahme Nr. 6) durch einen Schmerztherapeuten auf einer internistischen Station.

65 A1 das richtig? ((3s)) ((atmet ein)) Wenn Sie diesen  
D Hm̃

66 A1 [Schmerz] beschreiben sollen •• mit einem Wort, •••  
D Hm̃

[gedehnt.

67 A1 wie würden Sie diesen Schmerz beschreiben? Ist der

68 A1 Schmerz/ ich gebe einige Beispiele. Ist der Schmerz •  
D Hm̃

69 A1 dumpf oder stechend? •• Oder bohrend? •• Oder

70 A1 [brennend]? Oder wie ein Stromschlag?  
D Hm̃ Ja. Bu ađrnyı  
Wie kannst du

[mit schwebender Infonation :

71 D nasıl anlatabilirsin? Bıçak kesimigibi mi? Yoksa ••e e...  
 diesen Schmerz beschreiben? Wie ein Messerschnitt? Oder ••äh ...

P Şimdi  
Schau,

72 D Delecek gibi mi? Yanar mı? Nasıl  
 Ist es ähnlich wie durchstechend? Brennt es? Was für ein

P şey yapamıyorum bak ...  
 ich kann jetzt nicht Dings machen...

73 D bir ağrı bu? Bıçak kesimi gibi, [di] mi?  
 Schmerz ist dieser? Wie ein Messerschnitt, nicht wahr?

P (Das is)... Ja, ••• genelde  
Ja, in der Regel wie ein

*[umgangssprachlich für "değil"]*

74 D Wie so ein Messerstich, meint er.

P bıçak kesimi gibi bişey var.  
 Messerschnitt.

75 A1 Messerstich. [Hm̃] Er ist/ das ist mir ganz wichtig. Er ist

D Hm̃  
*[gedehnt]*

76 A1 nicht ((1s)) wie ein Stromschlag und er ist nicht •

77 A1 [brennend]?

D Elektrik gibi değil, dimi? Yani bıçak. Nee, ist  
 Er ist nicht wie Strom, nicht wahr? Also Messer.

P [Nein].  
*[mit fallender Intonation] [gedehnt]*

78 A1 Hm̃

D nicht.

P Jetzt hier guck mal. Jetzt nichts diese Seite •

79	A1	•• Hm̃	•• Das wäre meine nächste
	P	setzen ne?	Nur da.

Im Beispiel B3 untersucht ein deutscher Schmerztherapeut (A1) einen türkischen Krebspatienten (P). Der Schmerztherapeut will herausfinden, ob die Schmerzen, die der Patient aufgrund zahlreicher Tumore hat, gelindert werden können. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde beginnt der Therapeut damit, den Patienten über seine Schmerzen zu befragen und wird dabei von der in Deutschland aufgewachsenen Tochter des Patienten (D) gedolmetscht. In dem Ausschnitt wird eine Frage des Therapeuten nach möglichen Charakterisierungen des Schmerzes ins Türkische gedolmetscht und dabei verändert.

Betrachten wir zunächst die Frage des Arztes: Dieser skizziert einleitend in PF 65–66 eine hypothetische Situation (»Wenn Sie diesen Schmerz beschreiben sollten«) und schränkt den Umfang der möglichen Antworten schon vor der eigentlichen Frage erheblich ein (»mit einem Wort«). Daran anschließend stellt er die Frage (»wie würden Sie diesen Schmerz beschreiben?«) und formuliert dann mögliche Antworten vor, die vermutlich seinem diagnostischen Raster entsprechen (»brennend«, »stechend« usw.).

Die dolmetschende Tochter setzt in PF 70–71 mit der Reproduktion der Frage ein (»*Wie kannst du diesen Schmerz beschreiben?*«), ohne jedoch den Umfang der möglichen Antworten einzuschränken und schließt, ähnlich wie der Arzt in seinen vorformulierten Antworten, weitere Detail-Fragen an (»*Wie ein Messerschnitt?*«). Während jedoch das Vorgehen des Arztes insgesamt auf die Einschränkung und Vorformulierung möglicher Antworten gemäß der diagnostisch relevanten Alternativen abzielt<sup>5</sup>, gibt die Tochter Beispiele, die teilweise gar nicht vom Arzt genannt worden waren (»*Messerschnitte*«, »*ähnlich wie durchstechend*«). Offenbar können die im Deutschen geläufigen Metaphorisierungen der Schmerz Wahrnehmung von der Tochter nicht ohne weiteres ins Türkische übertragen werden. Mehr noch, sie lenken die Dolmetscherin, wie ihr Turn im weiteren zeigt, auf eine falsche Spur, nämlich die Charakterisierung des Schmerzes als Messerschnitt: »*Wie ein Messerschnitt, nicht wahr?*« Während der Arzt in seiner Frage dem Patienten verschiedene Schmerztypen zur Wahl gestellt hatte, wird hier von der Dolmetscherin eine Vorentscheidung getroffen, der der Patient nur noch zuzustimmen braucht, was auch prompt geschieht (»*Ja, in der Regel wie ein Messerschnitt.*«). In Ihrer Verdolmetschung dieser Antwort tilgt die Tochter das einschränkende

5 Zu der Funktion von Fragebatterien im medizinischen Kontext vgl. auch Linell, Hoefendahl & Lindholm 2003.

»genelde« (*in der Regel*), so dass der Arzt eine Antwort bekommt, die in seiner Frage nicht angelegt war (»Wie so ein Messerstich, meint er«, PF 74) und die in der deutschen Version zudem etwas abweicht (»Stich« vs. »Schnitt«). Durch die Markierung der Äußerung als Redewiedergabe wird zudem der Eindruck erweckt, die Charakterisierung des Schmerzes als »Messerstich« werde vom Vater den ärztlichen Vor-Formulierungen (»brennend« usw.) vorgezogen.

Die folgende Entscheidungsfrage des Arztes in PF 75–77 (»nicht wie ein Stromschlag«, »nicht brennend«), verwandelt die Tochter in PF 77 wie schon zuvor in eine Aussage, der der Vater nur noch zustimmen muss (»*Er [der Schmerz] ist nicht wie Strom, nicht wahr?*«). Diese Verwandlung wird durch die Verwendung des Sprechhandlungsaugments »dimi« (*nicht wahr*) bewirkt, das den propositionalen Gehalt der Frage, also das vom Arzt Nicht-Gewusste, als ein gemeinsames Wissen präsupponiert, in Bezug auf welches die Tochter lediglich keine endgültige Sicherheit hat. Während die Frage des Arztes sowohl für eine zustimmende als auch für eine ablehnende Antwort offen formuliert ist, setzt die Tochter voraus, dass die genannten Beschreibungsmöglichkeiten nicht zutreffen, und lässt sich diese Voraussetzung von ihrem Vater bestätigen. Ihr schnell angeschlossenes »Yani bıçak« (*Also Messer*) unterstreicht, dass sie schon eine Entscheidung darüber getroffen hat, wie der Schmerz, den ihr Vater empfindet, angemessen zu beschreiben sei.

Die Probleme, die in diesem Gespräch bei der Verdolmetschung von ärztlichen Fragen durch Angehörige entstehen, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Wichtige diagnostische Fragen des Arztes werden von der Tochter so verändert, dass sie ihre ursprüngliche Funktion (Entscheidung zwischen vorformulierten Alternativen der Schmerzbeschreibung) nicht mehr erfüllen können. Der Patient beantwortet in diesem Fall eine Frage, die der Arzt nicht gestellt hat, mit einer Antwort, die statt vom Arzt von seiner Tochter vorformuliert wurde.<sup>6</sup>

Die Art und Weise, wie der Arzt seine Nachfrage in PF 75 einleitet (»Das ist mir ganz wichtig.«), und die späteren, auf Deutsch formulierten Äußerungen des Patienten in PF 78–79 (»Jetzt hier guck mal.«), mit denen er sich direkt an den Arzt wendet, legen den Schluss nahe, dass die primären Gesprächspartner der durch die Tochter vermittelten Kommunikation nicht trauen. Möglicherweise erkennt der Patient trotz seiner geringen Deutschkenntnisse sogar den Unterschied zwischen den ärztlichen Fragen und ihrer Verdolmetschung. Trotzdem wird der Fehler der dolmetschenden Tochter nicht thematisiert, wenn er überhaupt als Fehler wahrgenommen wurde.

6 Ähnliche »conceptual shifts« bis hin zu verdeckten Übernahmen der Therapeutenrolle wurden auch von Pöchhacker & Kadric 1999 anhand der Analyse einer sprachtherapeutischen Sitzung, die von einer Reinigungskraft gedolmetscht wurde, festgestellt.

Das Beispiel B3 zeigt zwei Probleme auf, die systematisch mit der Verdolmetschung von Arztfragen durch Ad-hoc-Dolmetscher verbunden sind:

- a. Die vom Arzt verwendeten sprachlichen Formen (im betrachteten Beispiel Metaphern für Schmerzempfindungen) basieren trotz ihrer Zugehörigkeit zur Alltagssprache auf medizinischem Wissen. Ihre Reproduktion in der Zielsprache setzt zumindest ein Wissen darüber voraus, dass der Arzt solche alltagssprachlichen Formen entsprechend einer medizinischen Systematik verwendet. Man kann nicht davon ausgehen, dass Laien über dieses Wissen verfügen, dass sie solche Formen in der Zielsprache kennen oder dass sie in der Lage sind, diese ad hoc zu finden.
- b. Die Verdolmetschung von Arztfragen und Patientenantworten durch Ad-hoc-Dolmetscher führt aufgrund des mangelnden Wissens über die medizinischen Hintergründe der Fragen und die diagnostische Relevanz der Antworten fast zwangsläufig zu einer unzulänglichen Rekonstruktion oder Feststellung der medizinisch relevanten Sachverhalte. Dies ist jedoch für die beteiligten Ärzte und Patienten in den meisten Fällen nicht bemerkbar, da sie jeweils nur Teilen des Gesprächs folgen können.

#### 4 *Schlussfolgerungen*

Selbstbestimmung und Mündigkeit des Patienten wurden in Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation vor allem im Zusammenhang mit der ärztlichen Aufklärungspflicht thematisiert (Geiß 1993, Meyer 2004). Aber auch in der Anamnese ist es wichtig, dass Patienten selbst zu Wort kommen und den ärztlichen Entscheidungsprozess unterstützen bzw. darin eingreifen können. Durch den unreflektierten Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschern kann der kommunikative Austausch zwischen Arzt und Patient in der Anamnese jedoch in wichtigen Aspekten verfälscht werden. Dies trifft insbesondere auf den Einsatz von Familienangehörigen (wie etwa Kindern und Jugendlichen) zu, die neben Reinigungskräften am häufigsten als Sprachmittler auftreten (vgl. Cohen, Moran-Ellis & Smaje 1999, Pöchlacker 2000, Pöchlacker & Kadrić 1999). Wie Flores (2006: 231) feststellt, ist diese verbreitete Praxis problematisch: »family members, friends, untrained members of support staff, and strangers found in waiting rooms or on the street (...) are more likely than professional interpreters to commit errors that may have adverse clinical consequences« (vgl. auch Borde 2002).

Zum Abbau von Kommunikationsbarrieren zwischen Arzt und Patient leisten solche Ad-hoc-Dolmetscher also oftmals keinen Beitrag, weil sie die fachlichen und institutionellen Voraussetzungen der Gespräche nicht nachvollziehen können – dies gilt sowohl in der Anamnese als auch in anderen Gesprächstypen. Für eine Verbesserung der Kommunikation im Sinne einer

aktiven Teilnahme der Patienten am Behandlungsprozess sind daher Veränderungen nötig: Der Brückenschlag durch zweisprachige Personen darf die institutionell gegebenen Kommunikationsbarrieren nicht verschärfen, sondern muss zu ihrem Abbau beitragen. Dies kann angesichts knapper Finanzen auch dadurch erreicht werden, dass ohnehin bestehende Sprachressourcen in der Mitarbeiterschaft durch Fortbildung und Veränderungen der Arbeitsorganisation für eine kompetente Sprachmittlung mobilisiert werden. Konkrete Vorschläge hierzu wurden mit dem Konzept des hausinternen Dolmetscherdienstes des Klinikums München (Wesselmann, Lindemeyer & Lorenz 2004) und den Fortbildungen aus dem Hamburger Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit (Meyer 2003, Bührig & Meyer im Erscheinen) formuliert.

Es ist in der Tat erstaunlich, dass dem Gespräch in der Mediziner Ausbildung immer noch eine nur geringe Bedeutung beigemessen wird, obwohl wichtige Schritte des Behandlungsprozesses nur im kommunikativen Austausch zwischen Arzt und Patient vollzogen werden können. Eine weitere Konsequenz aus den hier skizzierten Beobachtungen wäre daher, dass auch Ärzte im Umgang mit nicht deutschsprachigen Patienten (bzw. deren Begleitpersonen) geschult werden, um in Dolmetschsituationen die Gefahr von Missverständnissen durch Ad-hoc-Dolmetscher zu minimieren. Dies könnte etwa durch Fortbildungen in Gesprächsführung erreicht werden. Aber auch Patienten können durch eine zielgruppenorientierte Gesundheitsbildung dazu angeregt werden, sich aktiver in den Behandlungsprozess einzubringen. Eine Initiative, die in diesem Sinne wirkt, ist das vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover betriebene Projekt »Migranten für Migranten«, in dem Einwanderer zu Gesundheitslotsen ausgebildet werden, um ihre Landsleute über die Strukturen und das Funktionieren des deutschen Gesundheitswesens zu informieren.

### *Literaturverzeichnis*

- Bolden, G. 2000. Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. In: *Discourse Studies* 2/4, 387-419.
- Borde, T. 2002. Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus: Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation, Berlin (TU).
- Bührig, K. & Meyer, B. im Erscheinen. Funktionale Sprachreflexion und Diskursanalyse als Fortbildungsmethoden. Am Beispiel einer Dolmetscherfortbildung für zweisprachige Pflegekräfte. In: Dorothee Meer & Carmen Spiegel (Hg.) *Kommunikationstrainings im Beruf – Erfahrungen mit gesprächsanalytisch fundierten Fortbildungskonzepten*. Verlag für Gesprächsforschung.

- Bührig, K. & Meyer, B. 2004. Ad hoc interpreting and achievement of communicative purposes in briefings for informed consent. In: J. House & J. Rehbein (eds.) *Multilingual communication*. Amsterdam: Benjamins, 43-62.
- Bührig, K. & J. Rehbein. 2000. Reproduzierendes Handeln. Übersetzen, simultanes und konsekutives Dolmetschen im diskursanalytischen Vergleich. *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B (Nr. 6)*. Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Bührig, K.; L. Durlank & B. Meyer 2000. Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus. Konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien. *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B (Nr. 2)*. Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Bührig, K. 1996. Reformulierende Handlungen. Zur Analyse sprachlicher Adaptierungsprozesse in institutioneller Kommunikation. Tübingen: Narr.
- Cohen, S.; Moran-Ellis, J. & Smaje, C. 1999. Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. In: *Sociology of Health and Illness* 21/2, 163-186.
- Davidson, B. 2002. A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse. *Journal of Pragmatics* 34 (9). New York: Elsevier, 1273-1300.
- Ehlich, K. & J. Rehbein. 1976. Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT). *Linguistische Berichte* 45, 21-41.
- Flores, G. 2006. Language barriers to health care in the United States. In: *New England Journal of Medicine* 355, 229-231.
- Geiß, K. 1993. *Arzthaftpflichtrecht*. München: Beck.
- Kroffke, S. & Meyer, B. 2005. Verständigungsprobleme in bilingualen Anamnese-Gesprächen. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B (Nr. 61)*. Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Lalouschek, J. & F. Menz & R. Wodak. 1990. *Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*. Tübingen: Narr.
- Linell, P. & J. Hoefendahl & C. Lindholm. 2003. Multi-unit questions in institutional interactions: Sequential organizations and communicative functions. In: *Text* 23/4, 539-571.
- Löning, P. 1999. *Gespräche in der Medizin*. In: K. Brinker et al. (Hg.): *Text- und Gesprächslinguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft* 16.2. Berlin [u.a.]: de Gruyter, 1576-1588
- Meyer, B. 2004. *Dolmetschen im diagnostischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung der Arzt-Patienten-Kommunikation im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann.
- Meyer, B. 2003. Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte. In: *Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur Verbalen Interaktion*, (Nr.4/2003), 160-185.
- Pöchhacker, F. 2000. *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, F. & Kadriç, M. 1999. The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. A Case Study. In: *The Translator* 5/ 2 St. Jerome: Manchester, 161-178.
- Redder, A. 1994. Eine alltägliche klinische Anamnese. In: A. Redder & I. Wiese (Hg.): *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 171-198.

- Rehbein, J. et al. 2004. Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B (Nr. 56). Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Rehbein, J. 1994. Widerstreit. Semiprofessionelle Rede in der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik 24, 123-151.
- Rehbein, J. 1993. Ärztliches Fragen. Analysen zu einem interdisziplinären Problem. In: Löning, Petra; Rehbein, Jochen (Hg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses, Berlin [u.a.]: de Gruyter, 1993. Berlin [u.a.]: de Gruyter, 311-364.
- Rehbein, J. 1986. Institutioneller Ablauf und interkulturelle Missverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation. Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin, Vol. 9, 297-328.
- Thurmair, M. 1994. Doppelterminologie im Text oder: hydrophob ist wasserscheu. In: H. L. Kretzenbacher & H. Weinrich (Hg.). Linguistik der Wissenschaftssprache. Akademie der Wissenschaften, Forschungsbericht 10, 247-280.
- Wadensjö, C. 1998. Interpreting as interaction. London: Longman.
- Wesselmann, E., Lindemeyer, T. & Lorenz, A. E. 2004. Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der klinikinterne Dolmetschendienst. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Wiese, I. 1998. Die neuere Fachsprache der Medizin seit der Mitte des 19. Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung der Inneren Medizin. In: L. Hoffmann, L. & H. Kalverkämper & H. E. Wiegand (Hg.): Fachsprachen. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft 14.1. Berlin: de Gruyter, 1278-1285.