

Abteilung für Psychosomatik, Innere Medizin, Universitätsspital Basel

Wenn die Vermittlung von Informationen auf eine Sprach-Barriere trifft – zur Zusammenarbeit mit Übersetzern

M. Sleptsova

Zusammenfassung

Ohne die Hilfe von Dolmetschern ist die Kommunikation zwischen ausländischen Patienten und Vertretern des Gesundheitssystems nicht möglich. Ihre Anwesenheit im Gespräch kann allerdings unterschiedliche, positive wie negative Auswirkungen haben. Unprofessionelle Übersetzer (Familienmitglieder, Mitarbeiter auf Stationen im Spital) können die medizinische Behandlung durch fehlerhafte Übersetzung negativ beeinflussen, indem sie z.B. ihre eigenen Interpretationen einfließen lassen, wenn sie das Gesagte in die jeweils andere Sprache übertragen. Die Arbeit mit professionellen Übersetzern wird demnach deutlich vorgezogen. Andere Studien zeigen, dass professionelle Übersetzung die Qualität der Behandlung und die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung positiv verändert. Eine eigentliche Professionalisierung ist eine relativ neue Entwicklung in der Geschichte medizinischer Übersetzer. Es gibt verschiedene Rollen, die der Dolmetscher übernehmen kann. Die Funktion des kulturellen Übermittlers oder Mediators geht davon aus, dass Übersetzer zwischen zwei verschiedenen Kulturen vermitteln, die in einem Gespräch aufeinander prallen. In unserer Erfahrung stehen allerdings türkisch-sprachige Dolmetscher

auf Grund ihrer sozio-demographischen Charakteristika näher bei den Therapeuten als bei den Patienten. Deshalb wird diese Annahme von uns kritisch hinterfragt. Wir erläutern anhand konkreter Fallbeispiele, warum wir für die wortwörtliche Übersetzung plädieren und auf die «transkulturelle Mediation» durch Dolmetscher verzichten.

Einleitung

In der Schweiz sind etwa 20% der Gesamtbevölkerung Ausländer und Ausländerinnen. Ungefähr die Hälfte dieser Migrantinnen sprechen keine der vier Landessprachen der Schweiz. Dies merkt man sehr stark beim Arzt [1], wo die AusländerInnen sich und ihre Beschwerden verständlich machen müssen. Das Fehlen des sprachlichen Verständnisses beeinflusst die Gesundheit und die Behandlung der Betroffenen erheblich [2]. Die Wahrscheinlichkeit angemessener medizinischer Versorgung ist bei dieser Patientengruppe niedrig [3]. Es werden weniger präventive Maßnahmen vorgenommen [4]. Es liegt eine hohe Wahrscheinlichkeit falscher psychopathologischer Diagnostik vor, wobei die Intensität der Störung und die Compliance oft überschätzt werden [5], was beispielsweise zu viel zu hohen Dosierungen von Antidepressiva führt. Außerdem ist ein erhöhtes Risiko für medikamentöse Komplikationen [6] und für den Ressourcenmissbrauch in der Untersuchungsphase auszumachen [7], was heißt, dass während der Untersuchung oft viele unnötige Tests gemacht werden.

Fehler der ad hoc-Übersetzer

Da professionelle Übersetzer oft nicht zu finden sind, respektive unklar ist, wer für die Kosten der Übersetzung aufkommen wird, kommen oft die Verwandten oder die Kinder der Patientinnen mit zur Konsultation um zu übersetzen. In letzterem Fall hängt der Erfolg des Übersetzens von der Tagesform und den aktuellen emotionalen Beziehungen der jungen Generation zu den Eltern ab. Bei einem Spitalaufenthalt kann man mit einigem Glück als Übersetzerinnen fremdsprachiges Personal finden, meistens Pflegeassistentinnen. Die Fehlerquote allerdings bei den ad hoc beigezogenen Übersetzern (Verwandtschaft, Krankenschwester, Sozialarbeiter) liegt mit 77% zu 53% signifikant höher als bei professionellen Dolmetschern und führt zu potentiell klinisch relevanten Missverständnissen [8, 9]. Die am meisten verbreiteten Fehler sind: Weglassen von Information (52%), fehlinterpretierte Sätze (16%), eigenständiges Ersetzen der Information (13%), Umformulierungen (10%) und Ergänzungen (8%). Die meisten Fehler passieren, so zeigt eine Studie mit Krankenschwestern, wenn die übersetzenden Mitarbeiter die Information so umgestalten, dass sie den von ihnen angenommen Erwartungen der Ärzte entspricht und nicht getreu dem folgt, was die Patienten tatsächlich gesagt haben; wenn sie eigene Interpretationen anbieten, sowie dann, wenn sie den Patienten unvorteilhaft darstellen und damit seine Glaubwürdigkeit in Zweifel ziehen. Auch, wenn Patienten ihre Symptome mit kulturellen Metaphern beschreiben, machen die Spitalmitarbeiter als Übersetzer oft Fehler, wenn sie versuchen, in der fremden Sprache des Arztes passende Begriffe oder idiomatische Wendungen zu finden. Besonders schwerwiegende Folgen können die Fehler der Übersetzer bei Patienten mit psychischen Erkrankungen haben [10]: hier kommt zum Problem der falschen Diagnose hinzu, dass Patienten zu hoch medikamentös behandelt und zu früh aus der stationären Behandlung entlassen werden.

Die erschreckende Häufigkeit von Fehlern beim Einsatz nicht professioneller Dolmetscher unterstützt die Forderung nach dem Einsatz professioneller Übersetzer in der Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten.

Ausgebildete Übersetzer und das Kommunikationsmodell

Es ist bekannt, dass ausgebildete Übersetzer die Arzt-Patient-Kommunikation, die Behandlungsergebnisse, sowie die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung positiv beeinflussen [11].

Obwohl der Einsatz professioneller Übersetzer im Gesundheitssystem bereits in den 60er-Jahren viel diskutiert wurde [12], ist das Bestreben der Professionalisierung medizinischer Übersetzer durch die

Formulierung einer einheitlichen Kodierung der Arbeitsethik (Code of Ethics) neu. Das wichtigste Ziel dabei ist die Integration des Übersetzers in den klinischen Alltag. Die Schweigepflicht, das professionelle Verhalten, saubere Kleidung und Verzicht auf kostenlose Übersetzung sind die grundsätzlichen Forderungen an den Übersetzer, die in diesem Code of Ethics erhoben werden. Die Übersetzung soll genau und vollständig erfolgen, wobei *alles*, was in der Interaktion gesagt wurde, ohne Auslassen, Ergänzen, Zusammenfassen oder Abändern wiedergegeben werden soll [13]. Es wird betont, dass der Arzt dem Übersetzer während des Interviews nahe legen soll, dass er die Meinung des Patienten nicht beeinflussen darf, indem er die Handlungsweise oder die Fragen des Behandelnden kommentiert.

Sinngetreue vollständige Übersetzung ohne Wortverdrehung wird in der Metapher des Übersetzers deutlich, der als eine Leitung die Information zwischen Arzt und Patient ohne Verzerrung überträgt. Dies geht zurück auf ein 1949 von *Shannon und Weaver* dargestelltes Übertragungsmodell der Kommunikation (transmission model of communication) [14]. Dieses Modell sieht die Kommunikation als ein Transfer der Information vom Sender zum Empfänger, wobei Mitteilungen und Informationen verzerrt werden oder verloren gehen können wegen äußerer Störungen als «Lärm» oder auf Grund semantischer Missverständnisse.

Die Rolle des Übersetzers im Gespräch

Auch wenn ein Übersetzer im Modell von Shannon und Weaver sich an enge Gesprächsführungsregeln hält, kann man ihn im Gespräch nicht völlig vernachlässigen, seine schlichte Anwesenheit wird den Diskurs beeinflussen. Damit nicht genug: Im Gegensatz zu dem sehr einfachen und strikten Modell von Shannon und Weaver und dem Code of Ethics werden heutzutage drei *zusätzliche* Rollen für Übersetzerinnen unterschieden [15], die andere Aufgaben definieren: neben der wortwörtlichen Übersetzung sind dies die kulturelle Vermittlung, die Funktion als Fürsprecher der Patientinnen und eine Funktion als Co-Therapeutin. In der klinischen Praxis werden diese Rollenkonzepte oft in ganz unterschiedlicher Kombination – selbst während eines Gespräches – umgesetzt.

In der *wortwörtlichen Übersetzung* wird der gesprochene Text exakt wiedergegeben. Der Übersetzer nimmt seine eigene Person stark zurück. Diese Art der Übersetzung fällt vielen Anfängern schwer, denn es bedeutet wirklich alles zu sagen, auch das, was nach Ansicht des Dolmetschers nicht zum Gespräch, respektive zum Thema passen würde. Das kann auch bedeuten, «dumme Fragen» oder absurde Antworten zu übersetzen und nicht mit einem «Der Arzt meinte

aber...» zu vermitteln. In einem solchen fundamentalen Missverständnis liegt eine wertvolle Information für den Behandelnden: kann es sein, dass er seine Frage aus einem Kategoriensystem heraus stellt, das dem Patienten nicht einfühlbar ist? Dann liegt im Missverständnis die Möglichkeit, Einsicht in gegebenenfalls kultur-gebundene andere Kategoriensysteme zu gewinnen.

Wenn der Dolmetscher bei seiner Tätigkeit Leistungen im Sinne einer *kulturellen Vermittlung* erbringt, spricht man von *Mediation*. Der Übersetzer hat die Aufgabe, dem Interviewer die Aussagen, das Verhalten oder die Gefühle des Patienten aus dem kulturellen Blickwinkel seines Herkunftslandes zu erklären. Die Übersetzung kann dabei zwar wortwörtlich sein, die Dolmetscherin wird aber ihren vermittelnden oder erläuternden Kommentar hinzufügen.

In der Rolle der *Fürsprecherin der Patientin* vertritt die Übersetzerin die Interessen und die Bedürfnisse der Patientin. Die eigentliche Übersetzung erfolgt dabei sehr frei; Ziel der Dolmetscherin ist es, die – von ihr wahrgenommenen – Bedürfnisse der Patientin möglichst deutlich werden zu lassen.

In der vierten Rolle *als Co-Therapeut* ist die Übersetzung frei, das Gesprochene von Therapeutin und Patienten wird durch den Dolmetscher im Sinne eines therapeutischen Konzeptes interpretiert und zu eigenem therapeutischen Handeln eingesetzt. Für diese Rolle bedarf es einer zusätzlichen therapeutischen Ausbildung.

Plädoyer für die wortwörtliche Übersetzung

Als universitäre kantonale Klinik, die die Bedürfnisse der breiten Bevölkerung abdeckt, haben wir in der ambulanten klinischen Arbeit eine langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Übersetzern. Wir werden im folgenden Abschnitt belegen, dass in der Triade Arzt-Übersetzer-Patient nicht nur zwei Sprachen und Kulturen aufeinander prallen, sondern sehr häufig sogar drei.

Dies soll an einem konkreten *Fallbeispiel* verdeutlicht werden.

Es ist die zwölfte Sitzung in einer Schmerzgruppe für türkisch sprechende Männer. Die Gruppe wird von mir (deutsch sprechende Psychologin), einer Physiotherapeutin und einem türkischen Dolmetscher geführt. Die Patienten präsentieren in der Runde ihre Überlegungen, was sie trotz ihrer Schmerzen noch gerne unternehmen würden. Einer der Patienten berichtet, dass er vor der Migration in der Türkei im Haus seiner Eltern in der Landwirtschaft viel gearbeitet habe. Weiter kann der Dolmetscher nicht mehr übersetzen, was er mir sofort mitteilt. Er habe das wichtigste Wort in der Aussage des Patienten nicht verstanden und wolle es nachfragen. Er fragt den Patienten, was denn «MAL» bedeute? Die Männer in der Gruppe, die meisten stammen vom Land, fangen an zu lachen. Denn das Wort bedeutet «Vieh» auf Türkisch, wird aber nur in ländlichen Gebieten so gebraucht. Mein Dolmetscher, in der Heimat ein Sprachlehrer für kurdische und türkische Sprache und ehemaliger Gymnasiumsrektor, wirkt irritiert, er habe das Wort noch nie gehört. Zunächst reagiert die Gruppe amüsiert, nach kurzer Zeit entsteht aber ein eher mühsames Klima; der Patient, der gerne Ausflüge aufs Land machen möchte, um sich das Schweizer «Vieh» anzuschauen, fühlt sich als Provinzler diffamiert, die Gruppe bemüht sich um ihr beleidigtes Mitglied, der Dolmetscher entschuldigt sich, etc. Dieser Fall zeigt sehr plausibel, dass Übersetzer, die in ihrer Heimat einer anderen kulturellen Schicht angehören als unsere Patienten, ganz grundlegend, auf semantischer Ebene, nicht immer verstehen, was Patienten sagen wollen.

Wie der Vergleich der demographischen Daten unserer Übersetzer mit den Daten der Patienten zeigt (Tab. 1), ist grundsätzlich die kulturelle Distanz auch innerhalb einer Ethnie zwischen Dolmetschern und Patienten – zumindest in unserer Erfahrung – ausgeprägt.

Unsere Dolmetscher kommen meist aus einer Stadt und nicht vom Dorf, sie haben eine abgeschlossene

Tabelle 1 Vergleich der demographischen Daten unserer Übersetzer mit denjenigen der Patienten

Soziodemographische Charakteristiken	Patienten in % (N = 114; 35 Männer, 79 Frauen)	Übersetzer in % (N = 13; 7 Männer, 6 Frauen)
Land	59	8
Ausbildung		
Keine Schulbildung	24	–
Grundschule	54	–
Mittelschule	16	46
Gymnasium	6	54
Hochschule, Universität		54
Berufliche Qualifikation		93

Schulbildung, darüber hinaus eine berufliche Qualifikation. Wenn man zusätzlich bedenkt, dass Unterschiede zwischen den sozialen Schichten in der Türkei größer sind als in Mitteleuropa, ist gut vorstellbar, dass die Dolmetscher gleichsam eine dritte kulturelle Ebene in die triadische Interaktion einführen: die der türkischen Mittel- oder Oberschicht.

Die meisten Übersetzer berichten denn auch, dass sie zwar den Patienten sprachlich sehr gut verstehen und übersetzen können, dass sie aber in ihrer Heimat nie Kontakt mit «solchen Menschen» gehabt hätten und ihn auch jetzt in der Schweiz nicht suchen würden; es gäbe keine gemeinsamen Interessen.

Typisch dafür ist das Beispiel einer langjährigen türkischen Dolmetscherin, die einerseits in den Frauengruppen (Gruppen für chronische Schmerzpatientinnen türkischer Herkunft) oft ausführlich beim Austausch von Kochrezepten übersetzt, andererseits gestanden hat, dass sie selber nie kochen gelernt hat. Sie sei in einem mathematischen Internat aufgewachsen, wo die Mädchen andere Prioritäten im Lernstoff hätten, als die klassischen türkischen Schülerinnen. Eine wortwörtliche Übersetzung ist daher auch in diesem Themenkreis naheliegend: man stelle sich vor, was bei einer freien Übersetzung von Kochrezepten herauskommt, wenn die Übersetzerin keine Ahnung vom Kochen hat.

Die wortwörtliche Übersetzung sollte auch dann stringent eingehalten werden, wenn die Patienten Metaphern oder Redewendungen in ihrer Muttersprache gebrauchen. Der Versuch einer Übersetzung in ein mitteleuropäisches Äquivalent wird auf jeden Fall ein anderes Bild und andere Assoziationen hervorrufen, als die wortwörtliche Übersetzung. Zudem gibt es keinen Kanon an «mitteleuropäischen Topoi», auf die eine Übersetzung zurückgreifen kann – selbst unter der Voraussetzung, dass die Dolmetscherin typische Redewendungen und Anspielungen z.B. im Deutschen kennt. Eine Schweizerin aus dem Wallis wird mit einem Begriff wie «in der Mittagshitze» etwas Anderes imaginieren als ein Mann aus Hamburg, etc.

Zur Rolle der Dolmetscher in der wortwörtlichen Übersetzung

Eine wortwörtliche Übersetzung schränkt mit Sicherheit die Kreativität der Dolmetscher ein. Sie sind daher nicht immer einfach davon zu überzeugen, dass sie keine anderen Inhalte einbringen dürfen. Andererseits hat die Funktion als möglichst störungsfrei arbeitende «Leitung» zwischen Therapeutin und Patientin auch eine entlastende Funktion: Sie übernehmen keine Verantwortung für das, was Patienten sagen. Deutlich wird dies in Momenten, in denen frustrierte Patienten ihren Ärger über das Gesundheitssystem in Form nicht besonders höflicher Äußerungen über die Therapeutin loswerden wollen.

Wenn Dolmetscher glauben, sie müssten «mediieren» zwischen den unhöflichen Männern und den schützenden Psychologinnen, übernehmen sie mehr Verantwortung als sie müssten, sie werden zudem zu falschen «Kumpels» der Patienten. Wenn sie darauf verweisen können, dass sie strikt wörtlich und zwar *alles* Wort für Wort übersetzen, definieren sie sich als Mitglied des therapeutischen Teams und geben gleichzeitig ihren Landsleuten die Chance, sich einer anderen Ausdrucksweise zu befleißigen. Davon unbenommen ist das Einbringen zusätzlicher Informationen, über die die Dolmetscher im Gegensatz zu Schweizerischen Therapeuten verfügen: sie sollten nach dem Gespräch oder – wie bei uns – bei regelmäßigen Supervisionsgesprächen die Chance erhalten, ihr spezifisches Fachwissen einzubringen. Dies setzt allerdings voraus, dass die Institution bereit ist, regelmäßig mit einem eigenen Pool von Dolmetschern zu arbeiten – das übliche Modell, fallweise aus einer Zentrale immer andere Dolmetscher anzufordern, erschwert das Etablieren eines gemeinsam getragenen Modells.

Literatur

1. Bischoff A, Tonnerre C, Loutan L, Stalder H. Language difficulties in an outpatients clinic in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin* 1999; 44: 283–7.
2. Kirkman-Liff B, Mondragon D. Language of interview: Relevance for research of southwest Hispanics. *American Journal of Public Health* 1991; 81: 1399–404.
3. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 1771–4.
4. Woloshin S, et al. Is language a barrier to the use of preventive services? *Journal of General Internal Medicine* 1997; 12: 472–7.
5. Baxter M, Bucci W. Studies in linguistic ambiguity and insecurity. *Urban Health* 1981; 10: 36–40.
6. Gandhi TK, et al. Drug complications in outpatients. *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15: 149–54.
7. Hampers LC, et al. Language barrier and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics* 1999; 103: 1253–6.
8. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics* 2003 Jun; 111: 1495–7.
9. Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine* May 2001; Volume 52, Issue 9: 1343–58.
10. Flores G. The Impact of medical interpreter services and the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review* June 2005; Vol. 62, No. 3: 255–99.
11. Karliner LS, et al. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* April 2007; 42–2: 727–54.
12. Bloom M, et al. The use of interpreters in interviewing. *Mental Hygiene* 1966; 50: 214–7.

13. Cross Cultural Health Care Program. Medical Interpreter code of ethics. Retrieved July 10, 2002, from <http://www.xculture.org/interpreter/overview/ethics.html>
14. Shannon C, Weaver W. The mathematical theory of communication, Urbana: University of Illinois Press, 1963 (Original work published in 1949).
15. Weiss R, Stuker R. Wenn Patientinnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen... – Konzepte zur Übersetzungspraxis. *Soz.-Präventivmedizin* 1999; 44: 257–63.

Summary:

If the provision of information runs into the language barrier – about the cooperation with interpreters

Communication between professionals and patients from different cultural origin and without knowledge of the professional's language is not possible without the help of interpreters. Their presences however, can have a differential impact upon the quality of the interaction. Non-professional translators (family members, members of hospital staff, etc.) can have a negative impact upon medical treatment via false

translation, most commonly by the failure to add "creative elements" from their own interpretation to what has been said. As a consequence, using professional interpreters is generally preferred. It has been shown that professional translation improves the quality of treatment and patients' satisfaction with treatment. The proper professionalisation of interpretation is a rather recent development in health care, differentiating between various roles that an interpreter might take. The prominent role of a cultural translator often referred to as "mediation" assumes that the interpreter "mediates" between two different cultures that collide during an encounter. In our experience with Turkish speaking interpreters however, their socio-demographic characteristics (foremost education and social class in Turkey) resemble those of professionals much closer than that of Turkish patients; this the interpreter's position is not in the middle between patient and health care provider but skewed to the latter. Using concrete clinical situations we will recommend a word-by-word translation largely neglecting the role of the cultural mediator.

*Korrespondenzadresse: M. Sleptsova, Lic. Phil. I, Psychotherapeutin FSP, Psychosomatik, Universitätsspital Basel, Hebelstraße 2, CH-4031 Basel
E-mail: msleptsova@uhbs.ch*