



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: eine Fallstudie aus Italien

Verfasserin

Debora Mantecca, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im Juli 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 065 331 342

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Dolmetschen Deutsch Englisch

Betreuerin / Betreuer:

Ao. Univ-Prof. Dr. Franz Pöchhacker

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die dieses Projekt ermöglicht und mich im Laufe dessen unterstützt haben.

Zuallererst möchte ich meiner Tante Marilena für ihre Hilfe danken, Kontakt mit dem Krankenhaus aufzunehmen und die Genehmigung für die Feldstudie zu bekommen. Ohne ihre Unterstützung und ihr Engagement wäre diese Masterarbeit nie zustande gekommen. Außerdem möchte ich mich beim Chefarzt der Notaufnahme sowie bei Frau Dr. Francesca, Frau Dr. Deborah und Frau Dr. Anna Lucia bedanken, die großes Interesse für meine Feldstudie zeigten und mich als ein Mitglied ihres Teams betrachteten.

Ein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Ao.Univ.-Prof. Dr. Franz Pöchhacker für seine Unterstützung und seine ausschlaggebenden Vorschläge im Laufe dieses Projektes.

Darüber hinaus möchte ich folgenden Menschen für ihre ständige Ermutigung im Laufe der Entwicklung und der Verfassung der vorliegenden Masterarbeit danken:

Meiner ganzen Familie, insbesondere meinen Eltern, die mich immer anspornen, meine Ziele entschlossen zu verfolgen.

Meinem Freund Alexander und seiner Familie für ihre Liebe und ihre Geduld.

All meinen FreundInnen insbesondere Armin, Sani und Lavinia für ihre unermüdete Unterstützung beim Korrekturlesen.

Lorinda für ihre unendliche Geduld.

Schließlich möchte ich Frau Prof. Michaela Singer meine Dankbarkeit für ihr Engagement und ihre Hingabe an ihren Beruf aussprechen.

Inhaltsverzeichnis

0. Einführung	9
1. Die interkulturelle Kommunikation	11
2. Die Kommunikationsmöglichkeiten im Krankenhaus	16
2.1. Das Krankenhaushilfsmittel	16
2.2. Laien- und Ad-Hoc-DolmetscherInnen	18
2.3. Schriftliche Hilfsmittel	19
3. Migrationsströme in Italien	22
3.1. Die Entwicklung	22
3.2. Heutige Lage	23
3.3. MigrantInnen aus Nicht-EU-Ländern	23
3.4. MigrantInnen aus EU-Ländern	28
3.5. Die Verteilung der ausländischen Bevölkerung	31
3.6. Die gesamte MigrantInnenquote in der Lombardei	32
4. Politische Maßnahmen	35
4.1. Gesetze zum Thema Zuwanderung	35
4.2. Rechtliche Grundlagen für die Beiziehung eines Dolmetschers bzw. einer Dolmetscherin	37
5. Fragestellung und Methodik	39
6. Die regionale Gesetzeslage in der Lombardei	43
6.1. Lösungsansätze des lombardischen Krankenhauses	47
6.2. Inoffizielle Maßnahmen	51
7. Das medizinische Gespräch	53
7.1. Ablauf und Dynamik	53

7.2.Arzt- oder patientenzentriert?	54
7.3.Asymmetrische Züge	55
7.4.Interkulturalität	55
8. Die Feldstudie.....	57
8.1.Die Arzt-Patient-Interaktion und ihre Variablen	60
8.1.1. Institution und Kontext	60
8.1.2. Wahrnehmungsraum	60
8.1.3. TeilnehmerInnen	61
8.2.Gesprächsdauer und Ablauf.....	62
8.3.Gesprächsmerkmale.....	62
8.3.1. Kurze Sätze	63
8.3.2. Grammatik	65
8.3.3. Umgangssprache gegen Fachbegriffe	69
8.3.4. Registerwechsel: Siezen und Duzen	72
8.3.5. Monosyllabische Antworten: geschlossene Fragen	75
8.3.6. Überflüssige Informationen	75
8.3.7. Themenwechsel.....	77
8.3.8. Reformulierungen und Wiederholungen.....	79
8.3.9. Missverständnisse	81
8.3.10. Bestätigungselemente	85
8.3.11. Häufigkeit der Aussagen.....	87
8.3.12. Unterbrechungen.....	87
8.4.Körperhaltung	90
8.5.(A)symmetrische Züge	91
8.6.Interaktionsprobleme	92
8.7.Dolmetschversuche mit LaiendolmetscherInnen.....	92
8.8.Fazit	94

9. Diskussion und Schlussfolgerungen	96
Bibliographie	99
Anhang	105
Anhang I - das Interview mit der Leiterin des Außenbüros	105
Anhang II – transkribierte Arztgespräche	125
Erstes Arztgespräch	125
Zweites Arztgespräch	133
Drittes Arztgespräch	138
Anhang III – Abstracts	143
Deutsch	143
Englisch	144
Anhang IV – Lebenslauf	146

0. Einführung

Der Schwerpunkt der vorliegenden Masterarbeit liegt auf der interkulturellen Kommunikation zwischen PatientInnen und ÄrztInnen der Notaufnahme eines lombardischen Krankenhauses. Dabei konzentriert sich das Interesse auf die Interaktion zwischen zwei bzw. mehreren Menschen, welche weder die gleiche Muttersprache haben noch die gleiche Kultur teilen. Um die Vielschichtigkeit dieses Themas besser begreifen zu können, wird es aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und analysiert. Diesbezüglich sind die interkulturelle Kommunikation, die Migrationsströme und die infolgedessen ergriffenen Maßnahmen sowie die Merkmale eines medizinischen Gesprächs die wichtigsten Themenbereiche. Diese werden im Laufe der vorliegenden Forschungsarbeit veranschaulicht und auf die Analyse der aus der Feldstudie gewonnenen Daten angewandt.

Die interkulturelle Kommunikation und ihre Variablen, welche einen Einfluss auf die Arzt-Patient-Interaktion ausüben, werden in Kapitel 1 erläutert. In Kapitel 2 werden die verschiedenen Kommunikationsmöglichkeiten aufgezählt, die ÄrztInnen zur Verfügung stehen, wenn sie ausländische PatientInnen behandeln müssen. Um den Multikulturalismus Italiens genauer zu veranschaulichen, werden in Kapitel 3 die Geschichte der Migrationsströme sowie ihr Einfluss auf die Gesellschaft und die heutige Verteilung der Bevölkerung dokumentiert. In Kapitel 4 werden die nationalen Maßnahmen erläutert, die aufgrund der steigenden Migrationsströme getroffen wurden. Diesbezüglich wird näher auf die Maßnahmen für die Beiziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers eingegangen. In Kapitel 5 werden sowohl die Fragestellung als auch die Methodik erläutert, auf denen die vorliegende Forschungsarbeit basiert. Da ihr Schwerpunkt insbesondere auf der Region Lombardei liegt, enthält Kapitel 6 die bedeutendsten regionalen Beschlüsse und Initiativen, an denen sich das Krankenhaus, das Gegenstand dieser Untersuchung ist, beteiligt hat. In Kapitel 7 wird der Ablauf eines medizinischen Gesprächs beschrieben, um seine Dynamik zu begreifen. In Kapitel 8 werden die aufgenommenen bzw. beobachteten Arztgespräche anhand der interkulturellen Variablen, des Gesprächsablaufs und dessen Merkmale ausgewertet. Das Interesse dieser Analyse konzentriert sich sowohl auf die Kommunikationsmöglichkeiten, auf welche im gegenständlichen Krankenhaus am häufigsten zurückgegriffen wird, als auch auf die Arzt-Patient-Interaktion. Diesbezüglich wird erforscht, wie ÄrztInnen und PatientInnen mit

Sprach- und Kulturbarrieren umgehen und inwieweit diese die Interaktion beeinflussen. Kapitel 9 enthält einige Überlegungen über die Qualität der ärztlichen Betreuung und präsentiert die aus dieser Forschungsarbeit gezogenen Schlussfolgerungen.

1. Interkulturelle Kommunikation

Um die Dynamik der interkulturellen Kommunikation zwischen ÄrztInnen und ausländischen PatientInnen (in der Folge Arztgespräche bzw. medizinische Gespräche genannt) besser nachvollziehen zu können, werden in diesem Kapitel ihre Grundzüge vorgestellt.

Unter dem Begriff „interkulturelle Kommunikation“ versteht man die Interaktion zwischen Personen, die verschiedenen Kulturen angehören und meistens nicht die gleiche Muttersprache haben¹.

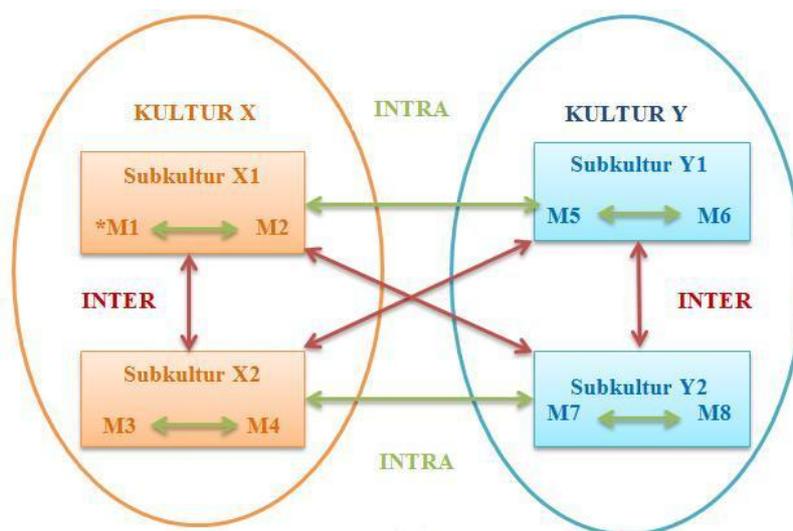
Die wichtigste Voraussetzung, um die Vielschichtigkeit solcher Kommunikation zu begreifen, ist ihre Entwicklung auf mehreren Ebenen (Kultur, Gesellschaft, Institution), welche wiederum von verschiedenen Variablen beeinflusst werden. Aus diesem Grund kann sich dasselbe Ereignis wie etwa ein medizinisches Gespräch anders entwickeln, je nachdem welche Personen daran teilnehmen und welche Variablen ins Spiel kommen. Diese Variablen können in zwei Gruppen unterteilt werden, welche den internen und den externen Faktoren entsprechen.

Zu den internen Faktoren zählen die InteraktantInnen selbst, welche von der eigenen Kultur geprägt sind. Sie teilen daher die Gesamtheit der Werte, Symbole, Auffassungen, Glauben und Verhaltensweisen, die das Leben ihrer bestimmten Gemeinschaft prägt (Angelelli 2004b:19).

All diese Variablen sowie das Verhalten in sozialen bzw. zwischenmenschlichen Beziehungen, die Sitten und Gebräuche werden von den Gemeinschaftsmitgliedern als selbstverständlich betrachtet (Knapp und Knapp-Potthoff 1987:4). Diese charakteristischen Züge führen die verschiedenen Kulturgruppen und deren Subkulturen dazu, sich aufgrund des sogenannten Prinzips „culture in contrast“ von den anderen Kulturen und deren Subkulturen zu differenzieren (Knapp und Knapp-Potthoff 1987:5). Laut diesem Prinzip sind die Mitglieder einer Kultur in der Lage, aufgrund eines Kategoriensystems die eigene Identität einzugrenzen, indem sie ihre typischen Merkmale in anderen Personen nicht erkennen können und diese somit automatisch einer anderen Kulturgruppe zuordnen. Dies gilt nicht nur für andere Kulturen, sondern auch für Subkulturen. In der

¹ Diesbezüglich führen Knapp und Knapp-Potthoff (1987) das Beispiel eines britischen Akademikers und eines indischen Bauern an, welche die gleiche Muttersprache (Englisch) haben, jedoch unterschiedlichen Kulturen angehören.

Tat werden die charakteristischen Merkmale einer Kultur von den verschiedenen Schichten einer Gemeinschaft nicht gleich wahrgenommen, weil jedes Mitglied andere Vorstellungen von den für seine Kultur typischen Merkmalen hat. Dieser Kategorisierungsprozess basiert auf verschiedenen Kategoriensystemen, die sowohl von Gesellschaftsschicht und Kulturhintergrund als auch von Ethnie und Geschlecht abhängig sind (Angelelli 2004a:32). Diese Einstellung führt somit zur Bildung verschiedener Subkulturen sowie zu verschiedenen Interaktionskonstellationen. In Abbildung 1 wird das Modell von Knapp und Knapp-Potthoff (1987) schematisch dargestellt.

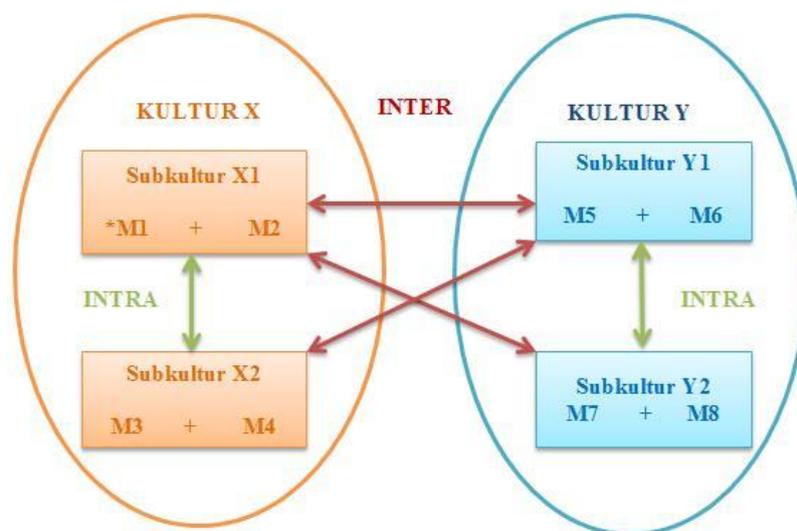


*Mitglied

Abb. 1: Intra- und interkulturelle Kommunikation nach dem Modell von Knapp und Knapp-Potthoff (1987)

Die roten Pfeile in Abbildung 1 symbolisieren die interkulturellen Konstellationen und die grünen die intrakulturellen. Um dieses Schema besser nachvollziehen zu können, muss man zwischen zwei Variablen unterscheiden, der Kultur und der Sprache, welche eine entscheidende Rolle bei der Definition von intra- und interkultureller Kommunikation spielen. Das von Knapp und Knapp-Potthoff (1987) entwickelte Modell dient zur Erklärung der von diesen zwei Faktoren verursachten Kluft. Wird dieses Schema auf den medizinischen Sektor, insbesondere auf die Kommunikation ohne Unterstützung einer Mittelsperson angewandt, kommt auf der kulturellen Ebene folgende Konstellati-

on zustande: M1 und M2, angehörig der Subkultur X1, sowie M5 und M6, angehörig der Subkultur Y1, können als die ÄrztInnen aufgefasst werden, die nicht derselben Kultur angehören, jedoch dieselbe medizinische Kultur teilen. Aus diesem Grund können ihre Gespräche miteinander als intrakulturell bezeichnet werden. M3 und M4 von Subkultur X2 und M7 und M8 von Subkultur Y2 können dagegen als die PatientInnen aufgefasst werden, welchen die medizinische Kultur fremd ist. Deshalb gelten Arztgespräche zwischen Subkultur X1 und X2 bzw. Subkultur Y1 und Y2 als interkulturelle Interaktionen. Auf der sprachlichen Ebene zeichnen sich wiederum andere Konstellationen ab, welche nicht nur auf die Fachkenntnisse begrenzt sind. Auf dieser Ebene können ärztliche Gespräche zwischen Subkultur X1 und X2 bzw. Subkultur Y1 und Y2 als intrakulturell bezeichnet werden, weil beide GesprächsteilnehmerInnen die gleiche Muttersprache haben.



*Mitglied

Abb. 2: Intra- und interkulturelle Kommunikation auf sprachlicher Ebene nach dem Modell von Knapp und Knapp-Potthoff (1987)

Neben der Kultur sind außerdem die in einem bestimmten Bereich bereits gesammelten persönlichen Erfahrungen, welche von den InteraktantInnen in den Kommunikationsprozess eingebracht werden, von großer Bedeutung (Murray und Sondhi 1987:28; Angelelli 2004a:28; 37).

Andere auf InteraktantInnen bezogene Variablen sind Alter, Ethnie, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Solidarität, Gefühle und sozioökonomischer Status, welche zur Bestimmung der Kluft zwischen den GesprächsteilnehmerInnen beitragen.

Medizinische Gespräche sind normalerweise durch ein Status- bzw. Wissensgefälle zwischen ÄrztInnen und PatientInnen geprägt (Angelelli 2004a:28-29; 34-35; Merlini 2009:95). In ihrer Interaktion stellen PatientInnen die schwachen GesprächspartnerInnen dar, da sie auf die ÄrztInnen angewiesen sind, um eine Lösung für ihre Gesundheitsprobleme zu finden.

Außerdem erfüllen ÄrztInnen und PatientInnen zwei verschiedene Aufgaben im Laufe der gesamten Untersuchung: ÄrztInnen hören PatientInnen zu, stellen Fragen, erstellen eine Diagnose und entscheiden, welche Behandlung die geeignetste ist. PatientInnen übermitteln hingegen ihre Symptome, beantworten Fragen und befolgen die Verschreibungen der ÄrztInnen (vgl. Kap. 7; ten Have 1991:140; Merlini 2009:95).

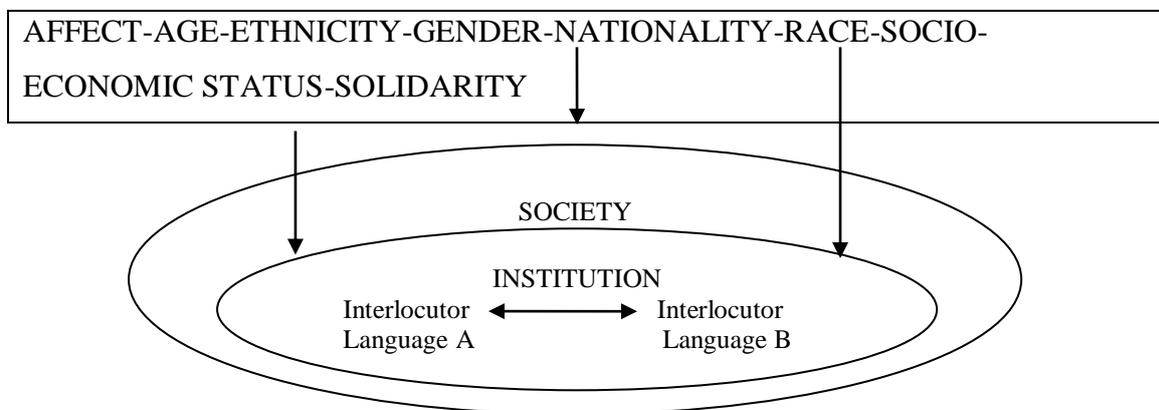


Abb. 3: Adaptierung des Modells „The visible interpreter“ von Angelelli (2004b:30)

Zu den externen Faktoren zählen die Gesellschaft und ihre Merkmale sowie die Institution (Krankenhaus) und ihre kulturellen Werte (Angelelli 2004a:27). Diesen Variablen wird große Bedeutung beigemessen, da alle Kommunikationsakte in einem bestimmten Zusammenhang und nicht in einem sozialen Vakuum stattfinden (Angelelli 2004b:9). Die Institution kann als die Struktur bezeichnet werden, in der ein Kommunikationsakt stattfindet (Murray und Sondhi 1987:28). Sie ist durch verschiedene Elemente gekennzeichnet, welche den unmittelbaren vom breiteren Kontext trennen. Der unmittelbare

Kontext umfasst die Natur, die Rolle, die Geschichte und die Gegenwart der Institution, während der breitere Kontext sich auf ihre kulturellen Aspekte bezieht. Letztere umfassen auch die sozialen Einflüsse, welchen die Institution mittels bestimmter impliziter und expliziter Gesetze unterliegt (Murray und Sondhi 1987:28, Valero-Garcés 2007:37).

Weitere für alle Kommunikationsprozesse relevante Faktoren sind der Wahrnehmungsraum und die damit verbundenen nonverbalen Komponenten wie Mimik, Gestik und Körperhaltung (Pöchhacker 2003:328).

2. Die Kommunikationsmöglichkeiten im Krankenhaus

Um die kulturellen bzw. sprachlichen Unterschiede zu überbrücken, stehen ÄrztInnen bzw. PatientInnen verschiedene Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung. Das medizinische Personal kann sich auf professionelle DolmetscherInnen stützen, von Laien- bzw. Ad-hoc-DolmetscherInnen unterstützt werden und auf schriftliche Hilfsmittel zurückgreifen. Die nächsten drei Abschnitte veranschaulichen die oben genannten Konstellationen und deren Merkmale.

2.1. Das Krankenhausdolmetschen

Dieser Zweig des Dolmetschens gehört dem sogenannten Kommunaldolmetschen (Community Interpreting) an, welches alle von lokalen oder nationalen Behörden für die Gemeinschaft zur Verfügung gestellten Dienstleistungen umfasst. Dazu zählen nicht nur das Krankenhausdolmetschen, sondern auch das Gerichtsdolmetschen, das Dolmetschen im Sozialwesen, im Bildungs-, Umwelt- und Wohlfahrtsbereich (Corsellis 2008:4-5). Obwohl das Kommunaldolmetschen seit sehr langer Zeit tatsächlich praktiziert wird, hat sich diese Dolmetschsparte in den verschiedenen Ländern anders entwickelt, da sie stark vom Migrationsphänomen abhängig ist (Pöllabauer 2002:289). Die Pionierstaaten des Kommunal-, insbesondere des Krankenhausdolmetschens sind Australien, Kanada, die USA und Schweden, welche sich hauptsächlich in den 70er- und 80er-Jahren den aus den Migrationsströmen resultierenden Herausforderungen stellen mussten.

Ein Land, in dem das Migrationsphänomen früh angefangen hat, ist Australien, wo bereits nach dem Zweiten Weltkrieg mehr als vier Millionen MigrantInnen aus 120 Ländern aufgenommen wurden. In der Zeitspanne von 1945-1973 mangelte es an besonderen Initiativen, da die Kultur- und Sprachbarrieren als vorläufiges Hindernis betrachtet wurden, welches im Laufe der Zeit dank des Spracherwerbs der Einwanderer verschwinden würde. Mitte der 70er-Jahre fand eine Trendwende statt: 1973 wurde ein Telefondolmetschdienst (Engl.: Telephone Interpreting Service, TIS) ins Leben gerufen, und im darauffolgenden Jahr wurde in New South Wales, einem australischen Bundesstaat, ein Dolmetschdienst für vier Sprachen in einem Kinderkrankenhaus zur Verfügung gestellt. Drei Jahre später wurde für 17 Krankenhäuser in Sydney eine Gruppe von DolmetscherInnen gegründet, die später zum „Health Care Interpreter Service“ wurde (Pöchlhacker 2000:144-145).

Mit ähnlichen kulturellen bzw. sprachlichen Herausforderungen musste sich auch das Gesundheitswesen in Kanada auseinandersetzen. Die ersten Initiativen wurden aber erst im Jahr 1992 getroffen, als sich KrankenhausdolmetscherInnen im Gebiet Toronto zu einer Arbeitsgemeinschaft für Krankenhausdolmetschdienste, dem „Hospital Cultural Interpreter Service Network“, zusammenschlossen.

In den USA wurden erst im Laufe der letzten drei Jahrzehnte Initiativen im Bereich des Kommunaldolmetschens, insbesondere des Krankenhausdolmetschens, gesetzt. 1978 wurde die „National Association of Judicial Interpreters“ (NAJIT) gegründet und erst in den 1990er-Jahren schlossen sich KrankenhausdolmetscherInnen zusammen (Angelelli 2004a:12). Einige Verbände wie die „California Healthcare Interpreting Association“ und die „International Medical Interpreters Association“ stellen die wichtigsten Verbände im nordamerikanischen Raum dar, welche einen Berufskodex herausgegeben haben und an der Zertifizierung dieses Berufsbildes arbeiten (Angelelli 2008:156).

Im europäischen Raum nimmt Schweden eine Vorreiterrolle im Rahmen des Kommunaldolmetschens ein, da die Regierung des Landes nicht nur das Recht auf die Beiziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers für eine bessere Verständigung gesetzlich festgelegt hat, sondern auch die Einsätze von KommunaldolmetscherInnen aktiv unterstützt (Pöchhacker 2000:145-146).

Trotz der verschiedenen Entwicklungen bzw. Initiativen, die in den letzten Jahrzehnten auf die Professionalisierung der KrankenhausdolmetscherInnen abgezielt haben, entscheiden sich Krankenhäuser des Öfteren für den Einsatz von LaiendolmetscherInnen (vgl. Abschn. 2.2) wie medizinischem bzw. nicht medizinischem zweisprachigem Personal oder Begleitperson(en) der PatientInnen (Kinder, Verwandte, Freunde, EhegattInnen usw.).

In Italien existiert kein Berufsbild für KrankenhausdolmetscherInnen, da es an Ausbildungskursen mangelt. Die einzige Universität, die zum ersten Mal im akademischen Jahr 2007/2008 einen Weiterbildungskurs im Bereich des Kommunaldolmetschens für AbsolventInnen des Bachelorstudiums „mediazione linguistica (De.: Sprach- und Kulturvermittlung)“ angeboten hat, war die „SSML Istituto San Pellegrino“ in Misano Adriatico in der Provinz Rimini. Der Kurs wurde von Elena Tomassini organisiert und dauerte ungefähr 12 Wochen. Da die TeilnehmerInnen ein sehr gutes Feedback

lieferten, wurde der Kurs auch in den folgenden akademischen Jahren 2008/2009, 2009/2010 und 2011/2012 angeboten. Neben den gewöhnlichen Kurseinheiten wurden auch Seminare organisiert, die die interkulturellen Aspekte, das italienische Gesundheitswesen und vor allem die Rolle der DolmetscherInnen und ihr Berufsethos behandelten (ISP 2011).

Im Rahmen einer Verdolmetschung im Krankenhaus arbeitet eine DolmetscherIn in beide Sprachrichtungen und fungiert somit u. a. bei der Wiedergabe medizinischer Terminologie als Sprachrohr zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Diese Aufgabe erstreckt sich jedoch bis hin zur Umschreibung sämtlicher Fachbegriffe, die dank der besonderen Fähigkeit der DolmetscherInnen, zwischen verschiedenen Sprachen und Sprachregistern zu wechseln (Angelelli 2008:148), den fremdsprachigen PatientInnen durch Vergleiche oder Terminologievereinfachung erklärt werden können (Kaufert und Koolage 1984:283-284).

Eine weitere wichtige Aufgabe besteht darin, dem medizinischen und nicht medizinischen Personal die kulturelle Perspektive ausländischer PatientInnen zu erläutern. Die DolmetscherIn muss in der Lage sein, dem Personal objektive Informationen über die Kultur und die Gemeinschaft der PatientInnen zu liefern und somit als KulturmittlerIn zu fungieren (Kaufert und Koolage 1984:284). Dieser kulturelle Informationsfluss erfolgt in zwei Richtungen und berücksichtigt nicht nur die Bedürfnisse der ausländischen PatientInnen, sondern auch jene des Krankenhauses als Institution. Aus diesem Grund sollten den PatientInnen und ihren Familien Informationen über die Organisation des Krankenhauses übermittelt werden. Sie müssen außerdem für das Krankenhausmilieu und seine Abläufe wie die Einwilligung nach erfolgter Aufklärung sensibilisiert werden. Die Rolle der DolmetscherIn ist in diesem Fall entscheidend, weil die Werte des Krankenhauses und dessen MitarbeiterInnen nicht immer denen der PatientInnen entsprechen und daher einer Erklärung bedürfen (Kaufert und Koolage 1984:284).

2.2. Laien- und Ad-hoc-DolmetscherInnen

Unter dem Begriff „Laien- bzw. Ad-hoc-DolmetscherInnen“ versteht man all jene Personen, die im Laufe des medizinischen Gesprächs als DolmetscherInnen eingesetzt werden, jedoch über keine professionelle Ausbildung verfügen. LaiendolmetscherInnen sind in der Regel Freunde, Verwandte, Bekannte der PatientInnen oder andere Men-

schen wie Reinigungspersonal, Krankenschwestern und -pfleger, die mit ihnen nichts zu tun haben, jedoch die gleiche Sprache sprechen bzw. denselben kulturellen Hintergrund besitzen (Pöllabauer 2002:290; Pöchhacker 2000: 183-236). Diese Möglichkeit, mit ausländischen PatientInnen mithilfe nicht professioneller DolmetscherInnen zu kommunizieren, birgt aber einige Nachteile in sich. LaiendolmetscherInnen sind meistens ihrer Aufgabe nicht gewachsen (Pöllabauer 2002:290; Pöchhacker 2000:146), sie halten sich des Öfteren nicht an die Rolle des Mittlers bzw. der Mittlerin, sondern schlagen sich auf die Seite des schwächeren Mitgliedes (PatientIn). Sie lassen außerdem ihre Meinungen und Ratschläge ins Gespräch einfließen und entscheiden manchmal sogar anstelle der PatientInnen selbst (Pöllabauer 2002:291). Auf sprachlicher Ebene bleiben sie meistens der Originalaussage nicht treu: Diese wird reduziert/zusammengefasst bzw. durch Hinzufügungen, wie etwa Erklärungen bzw. Erläuterungen, erweitert (Pöchhacker 2000:187).

Auf emotionaler Ebene treten hauptsächlich für Kinder große Probleme auf. Die Dolmetscherrolle bereitet ihnen viel Stress, da sie unter großer psychischer Belastung für ihre Eltern als DolmetscherInnen fungieren müssen. Außerdem kehrt die Dolmetschaufgabe die familiäre Beziehungsstruktur um (Pöchhacker 2000:186). Kinder sind dieser Aufgabe auf sprachlicher Ebene nicht gewachsen, da sie einerseits die Fachterminologie nicht kennen und ihnen andererseits viele Themen noch unbekannt sind (Pöchhacker 2000:186).

2.3. Schriftliche Hilfsmittel

Diese Art und Weise, mit PatientInnen zu kommunizieren, bleibt noch ziemlich unerforscht. Im Vergleich zu den oben genannten Möglichkeiten sieht diese Konstellation keine Anwesenheit einer Drittperson vor. ÄrztInnen stützen sich lediglich auf schriftliche Hilfsmittel wie mehrsprachige Anamnesefragebögen, Bilder und Darstellungen des menschlichen Körpers, um die Anamnese durchzuführen, die dementsprechende Diagnose zu erstellen und sie schließlich dem Patienten bzw. der Patientin zu übermitteln.

Diese Methode, insbesondere der mehrsprachige Anamnesefragebogen, kann aber aufgrund wichtiger Variablen nur beschränkt eingesetzt werden. Die Anzahl der Fragen ist beschränkt und deren Benutzung setzt voraus, dass PatientInnen des Lesens und des Schreibens mächtig sind, was aber nicht immer der Fall ist. Um dieses Problem zu ver-

meiden, wurde an Alternativen wie audiovisuellem Material gearbeitet, um die Umsetzungsmöglichkeiten dieser Lösungen zu erweitern (Tuffnell 1994:992; Stevens und Fletcher 1989:905). Einige WissenschaftlerInnen (vgl. Moriyama et al. 1994) haben eine Sammlung von Symbolen entwickelt (vgl. Abb. 4), welche die häufigsten Symptome darstellen. Dies sollte bei der Überwindung der Sprachbarrieren behilflich sein, da bildliche Darstellungen große Kraft haben und eine Botschaft schneller übermitteln können (Moriyama et al. 1994:388). Dabei besteht jedoch die Möglichkeit, die Symbole falsch zu interpretieren, da es an festen Regeln für die Entwicklung solcher Bilder mangelt (Moriyama 1994:397). Eine weitere bedeutende Beschränkung dieser Methoden ist der limitierte Spielraum der PatientInnen, Fragen zu stellen bzw. ihre Symptome ausreichend beschreiben zu können.

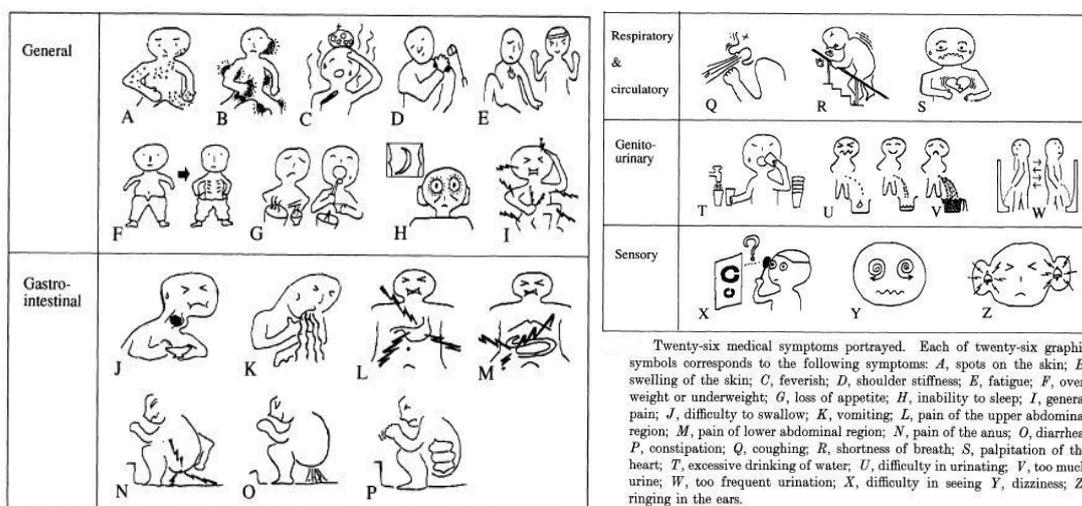


Abb. 4: Symptomdarstellungen nach Moriyama et al. 1994

Aus den vorangegangenen Abschnitten kann geschlossen werden, dass die Lösungsansätze zur interkulturellen Kommunikation im Krankenhaus zwei verschiedenen Konstellationen zugeordnet werden können, welche sich aus Dreier- bzw. Zweiergruppen zusammensetzen: (Laien)DolmetscherIn/ÄrztIn/PatientIn und ÄrztIn/PatientIn. Die Dynamik beider Konstellationen weist ähnliche sowie unterschiedliche Merkmale sowohl auf der Interaktions-, als auch auf der Sprachebene auf, welche von Valero-Garcés (2007) erforscht wurden. Ihre Studie veranschaulicht, wie die mangelnden Sprachkenntnisse der PatientInnen bzw. die unzulängliche Sprachkompetenz von Laiendolmet-

scherInnen das Arztgespräch beeinflussen können. Der Interaktionsanalyse kann man entnehmen, dass die Rolle der TeilnehmerInnen nicht immer klar bestimmbar ist bzw. verzerrt wird, wenn die Neutralität der SprachmittlerIn abhanden kommt bzw. PatientInnen mit den Regeln der Institution nicht vertraut sind.

Diese Schlussfolgerungen dienen als Ausgangspunkt für eine umfangreiche Analyse der Lage im lombardischen Krankenhaus. Nach einem Überblick über die Migrationsströme (Kap.3) und die infolgedessen ergriffenen Maßnahmen auf nationaler (Kap. 4) und regionaler Ebene (Kap. 6), wird in Kapitel 7 der Ablauf eines medizinischen Gesprächs veranschaulicht, worauf die Analyse der gesamten Interaktionsprozesse in Kapitel 8 folgt.

3. Migrationsströme in Italien

3.1. Entwicklung

Seit 1861, dem Jahr der Gründung Italiens, hat sich die italienische Bevölkerung mehr als verdoppelt. 1861 betrug sie 22.200.000 (ISTAT DaWinci 2001), während sie sich heute auf 60.630.000 beläuft (Demo ISTAT 2010). Der Anstieg der Bevölkerung und deren ausländischer Anteil haben in den letzten 150 Jahren unterschiedliche Trends gezeigt, obwohl für die Zwecke dieser Forschungsarbeit nur die Zeitspanne nach dem Zweiten Weltkrieg in Betracht gezogen wird. Es soll gezeigt werden, wie Italien vom Land der MigrantInnen zum Migrationsland geworden ist.

Nach dem Zweiten Weltkrieg, der in Italien am 25. April 1945 sein Ende hatte, war das Land zerstört. Produktionssenkung, starker Inflationsanstieg, Zerstörung der Infrastrukturen, Hungersnot und eine sehr hohe Arbeitslosenquote stellten die größten Sorgen der italienischen Bevölkerung dar (Baldi und Cagiano de Azevedo 2005:18). Aus diesem Grund beschlossen viele SüdtalienerInnen aus Kalabrien, Sizilien, Kampagnen, den Abruzzen und Molise und wenige NorditalienerInnen aus Venetien und Friaul-Julisch Venetien, ins Ausland auszuwandern. In der Zeit zwischen 1946 und 1950 zogen 66.000 in die USA, 274.000 nach Argentinien und 25.000 nach Brasilien. Nur in geringem Maße wanderten einige nach Australien, Kanada und Venezuela aus. Obwohl diese transozeanischen Überfahrten dank der Verfügbarkeit von Schiffen möglich waren, zogen die meisten ItalienerInnen in andere europäische Länder wie Frankreich (192.000), die Schweiz (313.000) und die Benelux-Staaten (110.000) (Baldi und Cagiano de Azevedo 2005:25-26). Diese internationalen Migrationsströme aus Italien ließen aber schon im Laufe der 50er-Jahre allmählich nach, weil die Bevölkerung begann, sich innerhalb der Staatsgrenzen neu niederzulassen. Nachdem die italienische Wirtschaft aus den Trümmern des Zweiten Weltkriegs wiederauferstanden war, stellte das sogenannte industrielle Dreieck (Turin, Mailand und Genua) einen Magneten für alle Arbeitssuchenden dar. Aus diesem Grund erfolgten die intranationalen Migrationsströme nicht nur von Süden nach Norden, sondern auch von Osten nach Westen (Baldi und Cagiano de Azevedo 2005:40-41). Was die Migration ins Ausland betrifft, wurde in den 1960er-Jahren und später hauptsächlich ab 1973 ein Rückgang verzeichnet. Das waren die ersten Anzeichen einer Trendwende: Ein konkreter Beweis dafür besteht in der Anzahl der ausgewanderten ItalienerInnen, die in diesem Zeitraum in ihre Heimat zurück-

gekommen sind: 1968 sind 70% aller ItalienerInnen wieder nach Italien gezogen, 1973 lag diese Zahl bereits bei 101% (Baldi und Cagiano de Azevedo 2005:68). In den folgenden Jahrzehnten, insbesondere am Ende der 80er- und im Laufe der 90er-Jahre, hat sich Italien in ein Migrationsland verwandelt, was vor allem der „Politik der offenen Tür“ zu verdanken ist. Des Weiteren haben auch einige Ereignisse dazu beigetragen, dass in den letzten 20 Jahren die MigrantInnenquote angestiegen ist: der Krieg in Ex-Jugoslawien (1991-1995), die große Erweiterung der Europäischen Union im Jahre 2004 und die Flüchtlingswellen aus Afrika, die in den letzten Jahren Südtalien erreicht haben.

3.2. Heutige Lage

Die gesamte Anzahl der im Land ansässigen AusländerInnen beläuft sich auf 4.300.000 (Demo ISTAT 2009), was 7% der gesamten italienischen Bevölkerung ausmacht. 1.250.000 (29,3%) davon stammen aus EU-Ländern, während 3.000.000 (70,7%) aus Nicht-EU-Ländern kommen (Demo ISTAT 2009). Man bedenke aber, dass dieser Prozentsatz die Wahrheit nicht hundertprozentig widerspiegelt, weil die Anzahl der illegalen Einwanderer nicht berücksichtigt wird. Im Abschnitt 3.3. und 3.4. wird sowohl auf die Verteilung, als auch auf die Herkunftsländer der MigrantInnen näher eingegangen, um zu veranschaulichen, welche die größten ausländischen Gemeinschaften in Italien sind und welche Gründe die MigrantInnen zur Auswanderung bewegen.

Die Daten stammen vom ISTAT, dem italienischen Institut für Statistik, und beziehen sich auf den Stand vom 31. Dezember 2009. Obwohl auf der Webseite auch einige Daten zum Jahr 2010 verfügbar sind, wurden diese nicht in Betracht gezogen, weil sie die ausländische Bevölkerung nur in Bezug auf Alter und Geschlecht darstellen. Bezüglich des Jahres 2010 fehlen sowohl die Herkunftsländer als auch die Gründe der Einwanderung. Deshalb wurden die Daten vom 31. Dezember 2009 analysiert, weil diese einen besseren Überblick über die Situation liefern.

3.3. MigrantInnen aus Nicht-EU-Ländern

Nicht-EU-BürgerInnen stellen mit 70,7% Einwanderungsquote den größten Anteil an AusländerInnen in Italien dar. Sie kommen nicht nur aus anderen europäischen Ländern, sondern auch von anderen Kontinenten. Dazu zählen auch Staatenlose, die aber

nur einen sehr niedrigen Anteil der Einwanderer ausmachen. Abbildung 5 veranschaulicht die Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung je nach Kontinent in abnehmendem Maße:

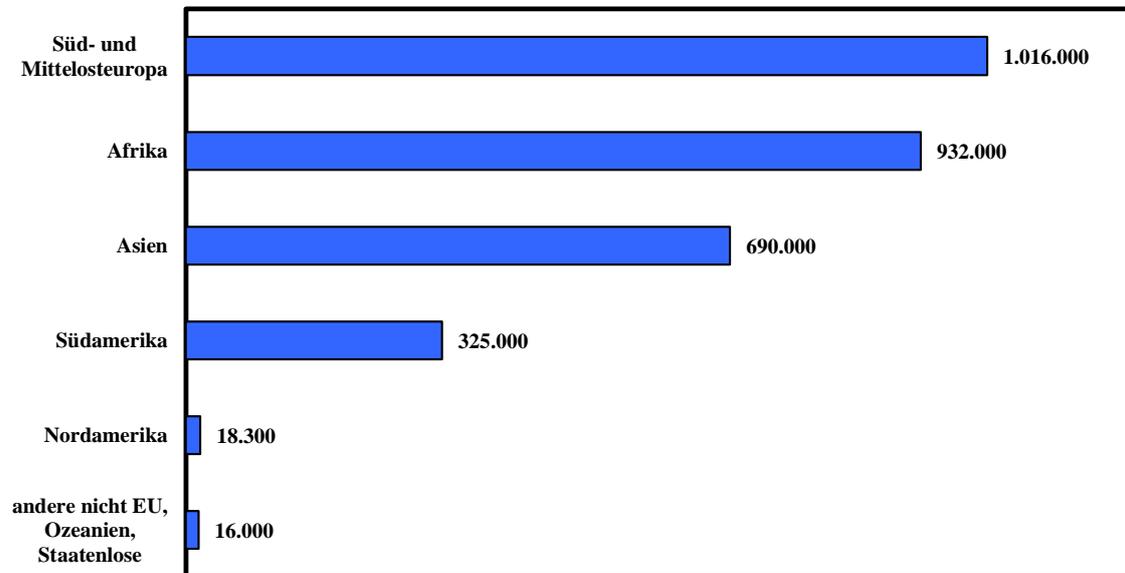


Abb. 5: Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung (Nicht-EU-Länder)

MigrantInnen aus Süd- und Mitteleuropa (Albanien, der Ukraine, Moldau, Mazedonien, Serbien) sind mit rund einer Million (23,9%) die größte Gemeinschaft, gefolgt von Afrika (Marokko, Tunesien, Ägypten, Senegal) mit ungefähr 932.000 (22%), Asien (China, den Philippinen, Indien, Sri Lanka, Bangladesh, Pakistan) mit circa 690.000 (16,2%), Südamerika (Peru und Ecuador) mit knapp 325.000 (7,6%), Nordamerika mit 18.300 (0,43%) und anderen Nicht-EU-Ländern wie Andorra, Vatikanstadt, Island, Liechtenstein, dem Fürstentum Monaco, Norwegen, San Marino und der Schweiz mit 12.600 (0,3%). Schlusslichter sind Ozeanien mit 2.600 (0,06%) und Staatenlose mit 900 (0,02%) (Demo ISTAT 2009). Unter diesen stellen albanische, marokkanische und chinesische StaatsbürgerInnen die größten Nicht-EU-Gemeinschaften dar.

Von den oben genannten 17 Ländern liegen sechs in Asien, fünf in Mittel- und Südosteuropa, vier in Afrika und zwei in Südamerika. Obwohl diese Verteilung die obige Rangordnung zu widerlegen scheint, sollte man bedenken, dass die Anzahl der Länder für die MigrantInnenpräsenz nicht ausschlaggebend ist, sondern vielmehr das Gewicht jeder einzelnen Gemeinschaft.

Die größten in Italien lebenden Nicht-EU-Gemeinschaften sind die albanische, die marokkanische und die chinesische, obwohl die ersten beiden doppelt so groß wie die chinesische Gemeinschaft sind. Die Gründe, die Nicht-EU-BürgerInnen zur Auswanderung bewegen, sind unterschiedlich, obwohl Arbeit und Familienzusammenführung die wichtigste Rolle spielen. Andere Gründe sind Ausbildung, Asyl oder Asylantrag, humanitäre Hilfe, Religion, Wahlwohnsitz und Gesundheit (Geo Demo ISTAT 2009).

In den folgenden Abbildungen werden die ersten drei Gründe veranschaulicht, die die AusländerInnen dazu bewegen, sich in Italien niederzulassen. Die Werte, die sich auf die Kategorie „Sonstiges“ beziehen, werden für die Ausarbeitung der Daten nicht in Betracht gezogen, weil nicht angegeben wurde, welche Gründe diese Kategorie umfasst. Das ISTAT gibt nur bekannt, dass die Hälfte dieser Anzahl jene Aufenthaltsgenehmigungen betrifft, welche nicht explizit begründet wurden.



Abb. 6: Gründe für einen Antrag auf Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung

An erster Stelle rangiert die Familienzusammenführung, während sich am zweiten Platz die Arbeit befindet. Die Familienzusammenführung ist für AlbanerInnen und MarokkanerInnen der Hauptgrund ihrer Einwanderung. Dies erklärt auch, warum die albanische und die marokkanische Gemeinschaft die größten in Italien sind.

Familienzusammenführung

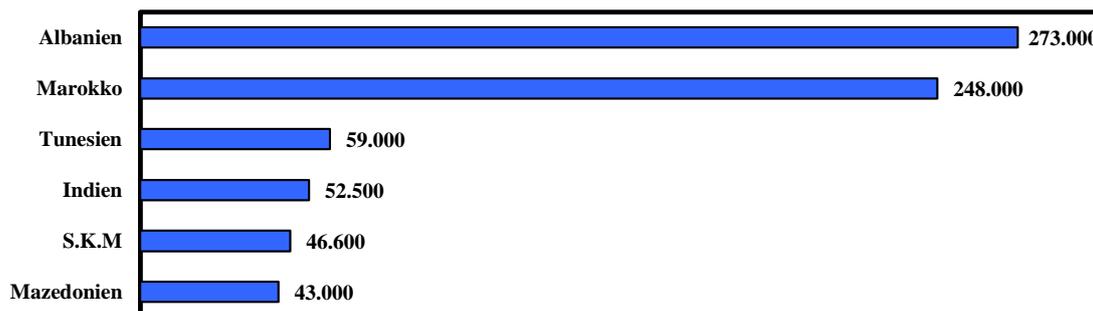


Abb. 7: Familienzusammenführung als Grund für eine Aufenthaltsgenehmigung

Die Beschäftigung stellt dagegen die Antriebskraft für MigrantInnen aus Moldavien, Ukraine, Ägypten, Senegal, Bangladesch, Pakistan, Sri Lanka, Volksrepublik China, Philippinen, Ecuador und Peru dar. Die Daten diesbezüglich werden in Abbildung 8 aufgezeigt.

Arbeit

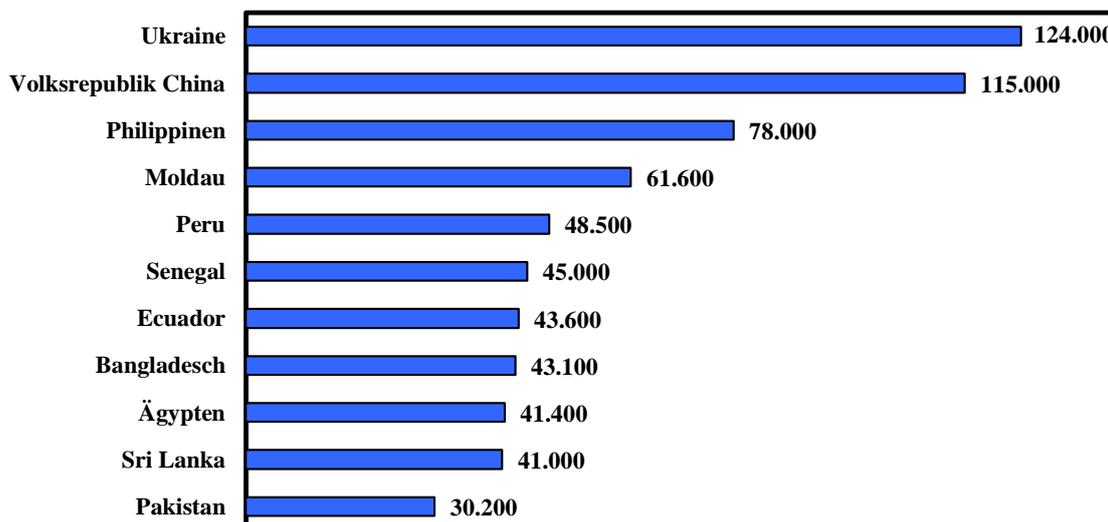
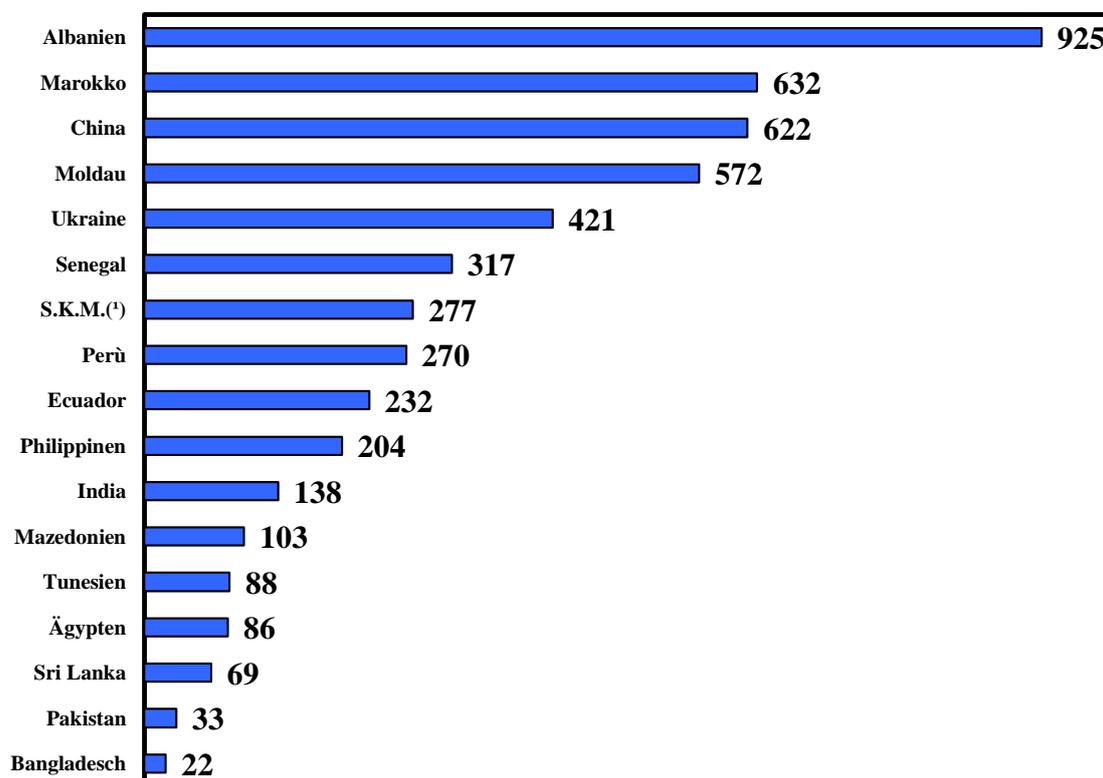


Abb. 8: Arbeit als Grund für eine Aufenthaltsgenehmigung

An dritter Stelle der Gründe für die Auswanderung steht die Ausbildung, obwohl sie nur für Albanien, Mazedonien, Moldau, Ukraine, Ägypten, Marokko, Tunesien, die Volksrepublik China, Ecuador und Peru der dritt wichtigste Grund ist. Für MigrantInnen anderer Länder wie Serbien, Kosovo, Montenegro und Sri Lanka stellt die humanitäre Hilfe

den dritten Grund für die Auswanderung dar. Ein Asylantrag als dritten Grund betrifft nur Indien und Pakistan (Demo ISTAT 2009).

Was die Gesundheit anbelangt, kann man feststellen, dass nur wenige AusländerInnen mit der Absicht nach Italien kommen, dort behandelt zu werden. Die Gesundheit steht nämlich an letzter Stelle in der Rangordnung. Diesen Daten kann man aber nicht entnehmen, warum AusländerInnen überhaupt nach Italien kommen, um sich behandeln zu lassen. Laut Art. 34 von Gesetz Nr. 40 vom 6. März 1998 (Legge 40/98) könnte man vermuten, dass einige aus freiem Willen nach Italien kommen, um behandelt zu werden. Andere kommen dagegen im Rahmen humanitärer Programme (vgl. Abschn. 4.1.). In Abbildung 9 sind die Daten enthalten, die sich auf jene AusländerInnen beziehen, die wegen ärztlicher Behandlungen nach Italien kommen.

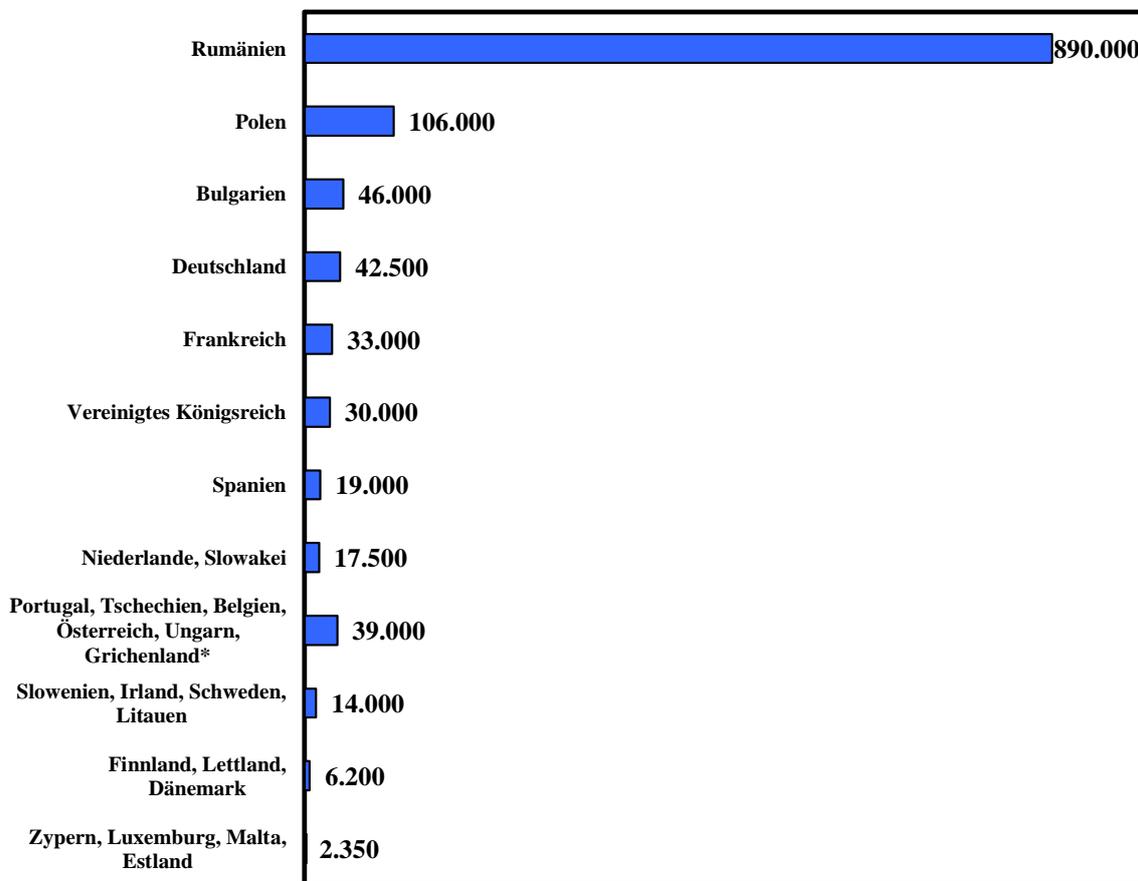


(1) = Serbien, Kosovo, Montenegro

Abb. 9: Aufenthaltsgenehmigungen wegen ärztlicher Behandlung

3.4. MigrantInnen aus EU-Ländern

Nachdem 1985 zum ersten Mal das Schengener Abkommen beschlossen und im Laufe der darauffolgenden Jahre von den meisten EU-Mitgliedern unterschrieben wurde, gilt im Schengen-Raum der freie Personenverkehr. EU-BürgerInnen, die auch dem Schengener Raum angehören, brauchen kein Visum bzw. keine Aufenthaltsgenehmigung, wenn sie in ein anderes EU-Land reisen oder wenn sie sich dort aufhalten (EU 2009). In Italien dürfen sie bis zu drei Monate bleiben, ohne einen besonderen Antrag stellen zu müssen. Wenn sie sich länger im Land aufhalten möchten, müssen sie sich beim lokalen Meldeamt anmelden und nachweisen, dass sie entweder arbeiten oder einen Aus- bzw. Weiterbildungskurs besuchen und über genügend Geldmittel verfügen, um nicht vom italienischen Staat erhalten werden zu müssen (Dgls 30/2007). In Italien leben BürgerInnen aller 27 EU-Länder, obwohl ihre Anzahl sehr unterschiedlich ist:



*zwischen 6.000 und 7.000 Einwanderer pro Land

Abb. 10: Anzahl der EU-BürgerInnen in Italien

Abbildung 10 zeigt sehr deutlich, dass die größte ausländische Gemeinschaft von der EU angehörigen Bürgern in Italien mit 890.000 (71,5%) die rumänische ist. An zweiter Stelle befindet sich Polen mit 106.000 BürgerInnen (8,5%) und an dritter Stelle Bulgarien mit 46.000 (3,7%). Zu den EU-Ländern, die mit mehr als 20.000 BürgerInnen auf italienischem Staatsgebiet vertreten sind, zählen Deutschland an vierter Stelle (42.500), Frankreich (33.000) und das Vereinigte Königreich (30.000). Spanien, die Slowakei, die Niederlande, Griechenland, Ungarn, Österreich, Belgien, Tschechien und Portugal sind mit zwischen 5.000 und 10.000 BürgerInnen in Italien vertreten. Eindeutig geringer ist die Anzahl der EinwandererInnen aus Litauen, Schweden, Irland, Slowenien, Dänemark, Lettland und Finnland, deren Bevölkerung in Italien zwischen 1.000 und 5.000 beträgt. Schlusslichter sind vor allem kleinere Staaten wie Estland, Malta, Luxemburg und Zypern, deren in Italien lebende BürgerInnen nicht einmal 1.000 betragen. Ein interessantes Detail diesbezüglich ist, dass Rumänien und Bulgarien an erster bzw. dritter Stelle rangieren, obwohl sie noch keine Vollmitglieder des Schengen-Raums sind. Das hindert sie aber nicht daran, sich auf unkomplizierte Art und Weise in Italien niederzulassen, weil sie EU-Mitglieder sind. Das einzige Hindernis bei der Einreise in ein anderes EU-Land stellen die Grenzkontrollen dar. Die Tatsache, dass viele RumänInnen und BulgarInnen in Italien leben, kann darauf zurückgeführt werden, dass diese Länder die neuesten Mitglieder der Europäischen Union sind. Da sie erst im Jahr 2007 der EU beitraten, sind die Migrationsströme aus diesen Ländern dementsprechend stärker.

Die Daten, die sich auf die Aufenthaltsgründe in Italien beziehen, gehen auf das Jahr 2007 zurück, da seit 27. März 2007 für EU-BürgerInnen keine Aufenthaltsgenehmigung nötig ist, um sich in Italien niederlassen zu dürfen (Dgls 30/2007). Das ISTAT hat diesbezüglich aber nur jene Daten gesammelt, die sich auf EU-BürgerInnen ohne Hauptwohnsitz in Italien beziehen. Diese Daten wurden in zwei Kategorien zusammengefasst: „Europa der 15“ und „neue EU-Mitglieder“. In der zweiten Gruppe erscheinen sowohl jene zehn Länder, die der EU 2004 beigetreten sind (die Tschechische Republik, die Slowakei, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowenien, Ungarn, Zypern und Malta) sowie auch die neuesten Beitrittsländer Rumänien und Bulgarien, die erst am 1. Januar 2007 in die EU eingetreten sind.

Die Daten, die sich auf das „Europa der 15“ beziehen, zeigen, dass der Hauptgrund für den Aufenthalt in Italien mit circa 65.000 Anträgen die Arbeit ist. Wahlwohn-

sitz und Familienzusammenführung rangieren jeweils mit rund 28.500 Anträgen an zweiter bzw. dritter Stelle, gefolgt von Religion mit knappen 5.000 Anträgen und Ausbildung mit 3.000. An letzter Stelle befindet sich die Kategorie „Sonstiges“, die unter anderem Aufenthaltsgenehmigungen wegen Gesundheit, Adoption, Pflegschaft und Tourismus umfasst. Was die Aufenthaltsgenehmigungen von Personen aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten betrifft, rangiert die Arbeit mit rund 275.000 Anträgen an erster Stelle, gefolgt von der Familienzusammenführung (112.000 Anträge). Der Wahlwohnsitz, der für die Mitglieder des „Europa der 15“ der zweithäufigste Grund war, stellt mit 3.300 Anträgen den fünftwichtigsten Grund für die Auswanderung der Personen aus den neuen EU-Ländern dar. Die Ausbildung befindet sich dagegen an vierter Stelle mit 5.000 Anträgen, während die Kategorie „Sonstiges“ mit 6.000 Anträgen an dritter Stelle rangiert. Die Religion liegt mit 3.300 Anträgen auf Platz sechs, gefolgt von Asylanträgen, humanitärer Hilfe und Asyl (insgesamt circa 900 Anträge).

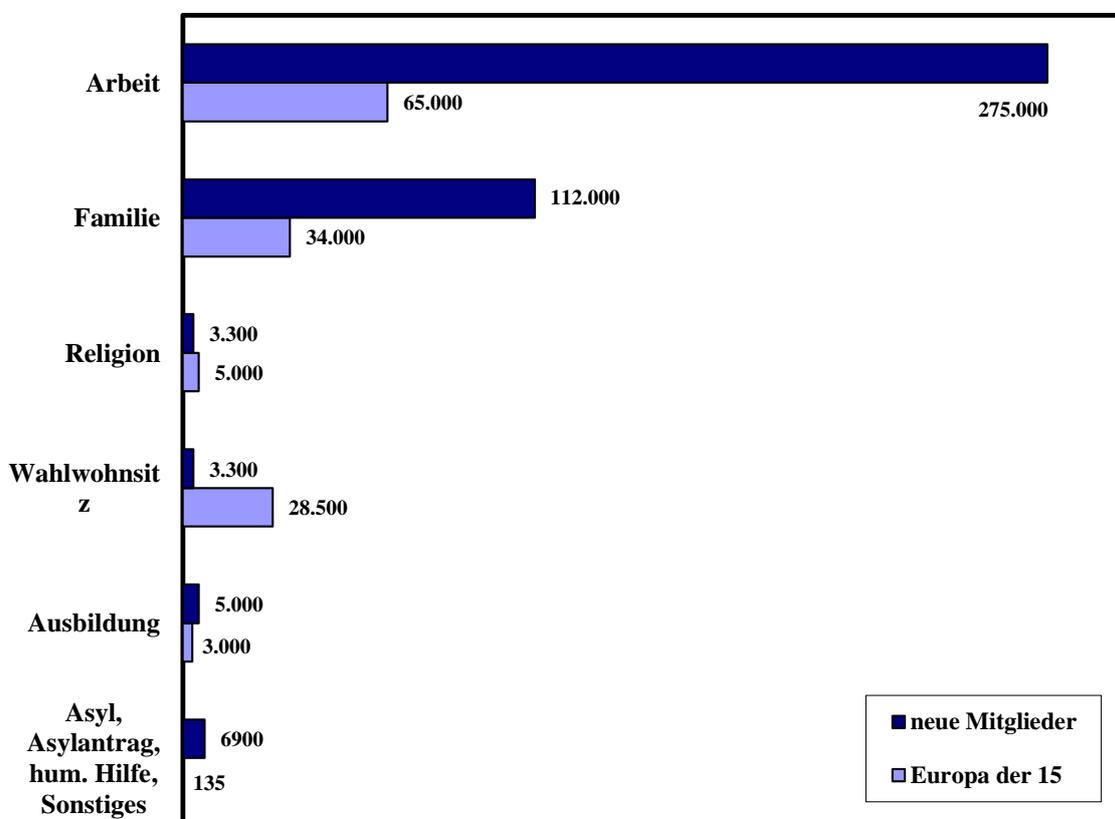


Abb. 11: Angegebene Gründe für eine Aufenthaltsgenehmigung (EU-Länder)

Die Daten sind in Bezug auf die drei größten EU-Länder (Rumänien, Polen und Bulgarien) besonders interessant: Für die StaatsbürgerInnen dieser Länder stellt die Arbeit

den Hauptgrund der Aufenthaltsanträge dar, während sich die Familienzusammenführung an zweiter Stelle befindet. An dritter Stelle treten Unterschiede auf: Bei den rumänischen StaatsbürgerInnen finden sich hier die Anträge aufgrund des Tourismus, der Gesundheit, der Adoption und der Pflegschaft. Bei den polnischen BürgerInnen ist die Religion der dritt wichtigste Grund, während dieser für die BulgarInnen die Ausbildung darstellt.

Aus den in Abschnitt 3.3. und 3.4. enthaltenen Daten kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die bedeutendste Antriebskraft für alle MigrantInnen, die nach Italien ziehen, die Arbeit ist: Bei elf von 17 Nicht-EU-Ländern und allen EU-Mitgliedstaaten wird die Arbeit als Grund für die Niederlassung bzw. den Aufenthalt in Italien angegeben.

3.5. Die Verteilung der ausländischen Bevölkerung in Italien

Die Migrationsströme der letzten Jahrzehnte zeigen nicht nur ein deutliches Ungleichgewicht unter den Ländern (vgl. Abschn. 3.3., 3.4.), aus denen die MigrantInnen stammen, sondern auch unter den italienischen Regionen, in denen sich die ausländische Bevölkerung aufhält. 61,6% der Einwanderer leben in Norditalien, 25,3% in Mittelitalien und 13,1% in Süditalien (ISTAT 2010).

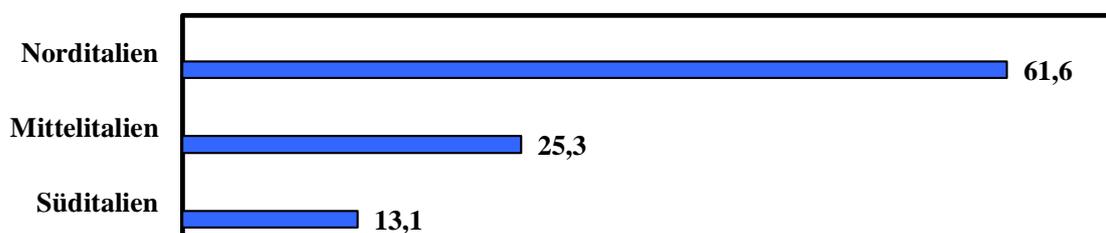


Abb. 12: Verteilung der ausländischen Bevölkerung auf dem italienischen Staatsgebiet

Der Großteil der AusländerInnen lebt in Norditalien, im industriellen Zentrum Italiens, weil es in diesem Gebiet im Vergleich zu Süditalien einfacher ist, einen regulären Arbeitsplatz zu finden. Die Industriehauptstädte wie Mailand, Turin, Genua und Brescia bieten nicht nur Arbeit, sondern auch die Möglichkeit, einfacher Mietwohnungen zu finden, weil der Immobilienmarkt in diesen Städten flexibler ist (Salvini und De Rose

2011:22). AusländerInnen finden des Öfteren sehr schnell eine Beschäftigung, weil sie in den meisten Fällen Arbeiten annehmen, die italienische Arbeitskräfte kaum erledigen würden. Ein treffendes Beispiel dafür sind die Haushaltskräfte, die sich nicht nur um den Haushalt, sondern auch um die älteren Mitglieder der Familie kümmern: Sie fungieren als private Krankenpflegerinnen, eine Aufgabe, die Italienerinnen kaum noch annehmen. Aus diesem Grund ist diese Arbeit eine Domäne der Frauen aus Osteuropa und Südamerika (Baldi und Cagiano de Azevedo 2005:141).

Ein anderes Problem besteht für die AusländerInnen am Arbeitsmarkt darin, dass der Großteil von ihnen keine besondere Qualifikation nachweisen kann und daher gezwungen ist, prestigearme und schlecht bezahlte Arbeiten anzunehmen. Man bedenke auch, dass MigrantInnen öfter zur Schwarzarbeit gezwungen sind, weil sie keine Aufenthaltsgenehmigung besitzen (Baldi und Cagiano de Azevedo 2005:111).

3.6. Die gesamte MigrantInnenquote in der Lombardei

Die Lombardei befindet sich im Nordwesten Italiens, grenzt nördlich an die Schweiz, westlich an Piemont, südlich an Emilia-Romagna und östlich an Venetien und Trentino-Südtirol. Die Hauptstadt der Region ist Mailand, das wiederum eine eigene Provinz bildet. Andere wichtige Städte, die eine selbständige Provinz bilden, sind Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Mantua, Monza und Brianza, Pavia, Sondrio und Varese. Insgesamt gehören 1.546 Gemeinden zur Lombardei, in denen insgesamt 10.000.000 Menschen leben (Comuni 2011). Davon sind 1.000.000 (10%) AusländerInnen (Demo ISTAT 2009), ein Prozentsatz, der höher als der nationale Durchschnitt von 7% ist.

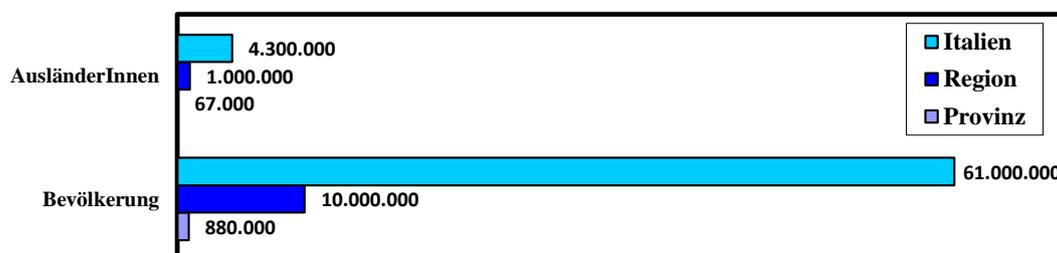


Abb. 13: Vergleich zwischen der italienischen und der ausländischen Bevölkerung auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene

Die Gründe dafür wurden bereits im Abschnitt 3.3. und 3.4. veranschaulicht. Um einen ausführlicheren Überblick über die AusländerInnenquote in der Lombardei zu gewinnen, ist es im Rahmen dieser Studie von besonderer Bedeutung, auch den Anteil der AusländerInnen zu nennen, die in jener Provinz leben, in der das Krankenhaus liegt, das Gegenstand der Fallstudie ist. Die Dienstleistungen eines Krankenhauses beziehen sich nämlich nicht nur auf die Stadt, in der sich die medizinische Einrichtung befindet, sondern auch auf das Einzugsgebiet rund um das Krankenhaus.

Das Krankenhaus, welches im Zentrum dieser Forschungsarbeit steht, liegt in einer Provinz, in der die AusländerInnenquote 7,5% der gesamten Bevölkerung ausmacht. Die 20 am häufigsten vertretenen Länder, die in dieser Provinz leben, werden in der folgenden Abbildung veranschaulicht. Für die Ausarbeitung dieses Diagramms wurden lediglich die Länder in Betracht gezogen, deren Anteil mehr als 1.000 beträgt:

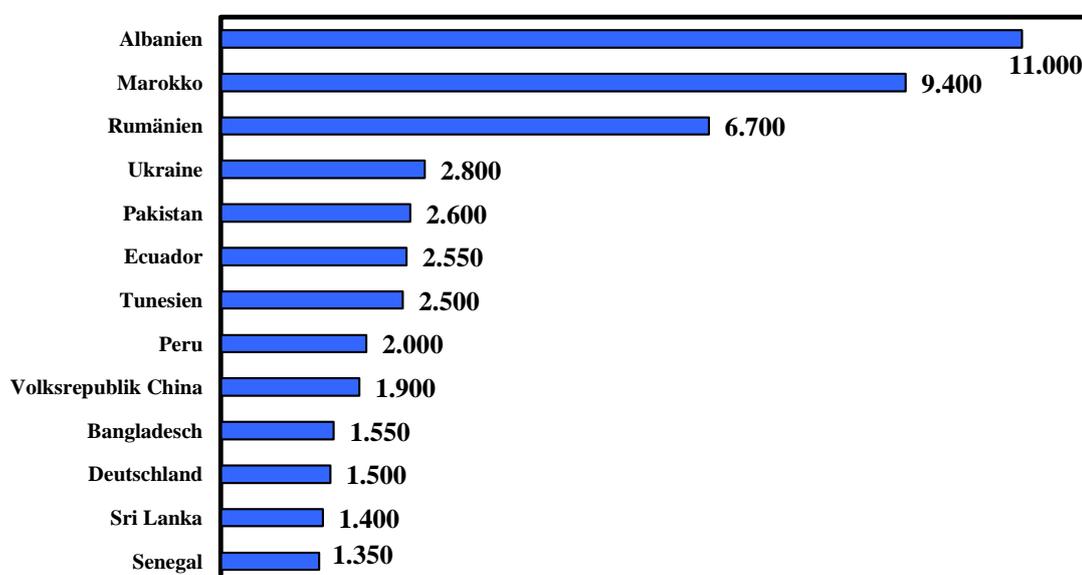


Abb. 14: Herkunftsländer der in der Lombardei lebenden AusländerInnen

An erster Stelle befindet sich die albanische Gemeinschaft, gefolgt von der marokkanischen an zweiter Stelle und der rumänischen an dritter Stelle. Im Vergleich zu den Daten, die sich auf das ganze Land beziehen (vgl. Abschn. 3.3., 3.4.), kann festgestellt werden, dass Rumänien an dritter Stelle rangiert, obwohl es sich um die größte ausländische Gemeinschaft auf nationaler Ebene handelt. Der marokkanische Anteil entspricht dagegen dem nationalen Durchschnitt, während die Anzahl der AlbanerInnen im Vergleich zu ihrem nationalen Anteil eindeutig höher ist. Die ausländische Präsenz in dieser

Provinz entspricht unter anderem auch der ungleichen Verteilung zwischen EU- und Nicht-EU-BürgerInnen: Nur zwei der 13 oben genannten Länder gehören zur Europäischen Union. Es liegt nun auf der Hand, dass Italien ein multikulturelles Land ist, das sich mit den daraus entstehenden Herausforderungen auseinandersetzen muss. Diese umfassen eine breite Palette an Bereichen, die in den folgenden Kapiteln analysiert werden.

4. Politische Maßnahmen

4.1. Gesetze zum Thema Zuwanderung

Infolge der Trendwende der 80er-Jahre und der Verwandlung des italienischen Staates in ein Migrationsland musste sich die italienische Regierung vor allem auf gesetzlicher Ebene mit dieser neuen Herausforderung auseinandersetzen. Die ersten Gesetze, Nr. 943 vom 30. Dezember 1986 (Legge 943/86) und Nr. 39 vom 28. Februar 1990 (Legge 39/90), wurden in erster Linie deshalb verabschiedet, um den Status der illegalen Einwanderer zu legalisieren. Das Ziel der Regierung bestand darin, nicht nur die Illegalenquote zu senken, sondern den ausländischen Arbeitskräften auch dieselben Rechte wie den ItalienerInnen zu gewähren. Die wichtigsten Gesetze, die noch heute eine bedeutende Rolle spielen, wurden am Ende der 90er-Jahre und in den ersten Jahren des neuen Jahrhunderts verabschiedet. Es handelt sich um das Gesetz Nr. 40 vom 6. März 1998 „Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero“ (Einwanderungspolitik und Maßnahmen bezüglich der Lage der AusländerInnen) (Legge 40/98) und Nr. 189 vom 30. Juli 2002 „Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo“ (Gesetzesänderungen in Bezug auf Einwanderung und Asyl) (Legge 189/2002). Das erstgenannte Gesetz ist als „Turco-Napolitano“ bekannt, das zweite als „Bossi-Fini“. Beide wurden nach den MinisterInnen benannt, die den Gesetzestext verfasst hatten. Das Gesetz „Turco-Napolitano“ ist besonders innovativ, weil es sich nicht nur auf die Arbeit konzentriert, sondern auch den AusländerInnen, die sich legal in Italien aufhalten, mehr Rechte einräumt. Jene, die seit fünf Jahren angemeldet sind, bekommen eine unbegrenzte Aufenthaltsgenehmigung, die ihnen unter anderem den Anspruch auf die Dienstleistungen des Gesundheitswesens gewährleistet. Diese Rechte sind im Titel V, Abschnitt I, Artikel 32, 33 und 34 des Gesetzes festgelegt.

Artikel 32 bestimmt, dass alle AusländerInnen, die sich regulär in Italien aufhalten, dieselben Rechte wie die italienische Bevölkerung genießen müssen. Wenn sie arbeiten, bekommen sie automatisch eine Sozialversicherung, die auch für ihre Kinder und die unterhaltsberechtigten Personen gilt. Dafür müssen sie wie auch alle ItalienerInnen am Ende jedes Jahres einen vom Einkommen abhängigen Betrag entrichten. Dieses Recht wird auch jenen Studierenden und jenen Au-pair-ArbeiterInnen eingeräumt, die eine Aufenthaltserlaubnis besitzen. All jene, die nicht arbeiten, müssen stattdessen

eine Versicherung gegen Krankheiten, Arbeitsunfälle und für den Mutterschutz abschließen.

Artikel 33 Abs. 3 regelt dagegen die Rechte für all jene AusländerInnen, die über keine Aufenthaltsgenehmigung verfügen. Ihnen werden die ärztlichen Behandlungen sowohl in öffentlichen Krankenhäusern und Ambulanzen als auch in privaten akkreditierten Krankenhäusern zugänglich gemacht. Sie dürfen wegen Krankheiten oder Arbeitsunfällen behandelt werden und stellen die wichtigste Zielgruppe der Initiativen zur individuellen und gemeinschaftlichen Krankheitsvorbeugung dar. Obwohl sie kein Recht auf einen Hausarzt bzw. auf eine Hausärztin haben, wird ihnen nicht nur das Recht auf Mutter- und Kinderschutz, das die UNICEF im Jahr 1989 durch die internationale Kinderrechtskonvention festgelegt hat, sondern auch auf Impfungen, Vorbeugung, Diagnose und Behandlung aller Infektionskrankheiten eingeräumt. Jene AusländerInnen, die über keine finanziellen Mittel verfügen, dürfen trotzdem behandelt werden, denn die Kosten werden in Notfällen und in Bezug auf Grundleistungen entweder von der italienischen Regierung oder vom nationalen Gesundheitsfonds getragen.

Artikel 34 regelt den Aufenthalt wegen ärztlicher Behandlung nicht nur für jene PatientInnen, die nach Italien kommen, um sich behandeln zu lassen, sondern auch für PatientInnen, die im Rahmen humanitärer Programme behandelt werden müssen. In diesem Fall wird den Krankenhäusern das Geld zurückerstattet, das für die Behandlung solcher PatientInnen ausgegeben wurde.

Da das Gesetz „Bossi-Fini“ nur jene Artikel des vorigen „Turco-Napolitano“ geändert hat, welche die Einwanderung und das Recht auf Asyl und Aufenthalt betreffen, wird auf diesen Gesetzestext nicht näher eingegangen, weil die Analyse den Rahmen sprengen würde.

Das Gesetz „Turco-Napolitano“ räumt somit allen ausländischen PatientInnen freien Zugang zu fast allen Dienstleistungen (nur HausärztInnen sind für illegale Einwanderer ausgeschlossen) des italienischen Gesundheitssystems ein. Diesbezüglich beruft sich Italien auf die auf internationaler Ebene verankerten Prinzipien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der wichtigsten internationalen Organisation, die sich für die Gesundheit aller Menschen im Kampf gegen alle Krankheiten, Seuchen und Epidemien einsetzt. Unter den vorrangigen Prinzipien dieser Organisation zählt das zweite als das wichtigste:

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

(WHO 1946)

Das Recht auf Gesundheit und Behandlung für alle wird anerkannt und gewährleistet. Aus dem obigen Gesetz kann man ersehen, dass die Wahrscheinlichkeit, ausländische PatientInnen behandeln zu müssen, viel höher im Krankenhaus als in einer Praxis ist. Diese Gegebenheit kann eine große Herausforderung sowohl für das medizinische, als auch für das nicht medizinische Personal darstellen, welches sich mit Kultur- und/oder Sprachbarrieren auseinandersetzen muss.

4.2. Rechtliche Grundlagen für die Beiziehung eines Dolmetschers bzw. einer Dolmetscherin

Im Gesetz „Turco-Napolitano“ (vgl. Abschn. 4.1.) erscheint das Wort „DolmetscherIn“ nur einmal im Artikel 11 Abs. 10, wo es um die Berufung im Falle einer Abschiebung geht. Im Absatz 10 wird festgelegt, dass der/die AusländerIn das Recht auf einen Anwalt bzw. eine Anwältin hat und, wenn nötig, von einem Dolmetscher bzw. einer Dolmetscherin unterstützt werden kann. Abgesehen von diesem kurzen Absatz gibt es in Italien keine Gesetze, welche die Beiziehung von DolmetscherInnen regeln. Der einzige Artikel, in dem die Heranziehung eines Dolmetschers bzw. einer Dolmetscherin garantiert wird, ist Art. 9 von Gesetz Nr. 104 aus dem Jahr 1992 (Legge 104/92): Es handelt sich um ein Rahmengesetz für die Assistenz, die soziale Integration und die Rechte der Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Dieser Gesetzestext sieht die Entwicklung von Dienstleistungen für die Unterstützung aller Menschen mit besonderen Bedürfnissen vor und bestimmt, dass alle Gemeinden und deren medizinische Einrichtungen diese Hilfsmaßnahmen, u. a. einen Dolmetschendienst für Gehörlose, ins Leben rufen müssen. Die Gesetze, welche die Rechte und die Pflichten ausländischer PatientInnen bestimmen, enthalten dagegen keinen Hinweis auf die Beiziehung von DolmetscherInnen. Viel eindeutiger sind jedoch die Vorschriften für die Übersetzung von Unterlagen. Im Gesetzestext „Turco-Napolitano“ wird im Artikel 2 Abs. 5, im Art. 4 Abs. 2 und im Art. 11 Abs. 7 deutlich ausgedrückt, dass alle Dokumente und Unterlagen, welche die Aufenthaltsge-

nehmung und die Abschiebung betreffen, in eine von der ausländischen Person verstandene Sprache übersetzt werden müssen. Wenn es nicht möglich ist, müssen die Dokumente entweder ins Englische, Spanische, Französische oder Arabische übersetzt werden und die ausländische Person darf ihren Vorzug äußern.

In den Artikeln, die das Gesundheitswesen betreffen, werden weder Sprachbarrieren noch mögliche Lösungsansätze erwähnt. Da die nationale Gesetzgebung keine bestimmten Maßnahmen in Bezug auf die Sprachbarrieren vorsieht, werden in Kapitel 6 alle regionalen Initiativen erläutert, die in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen. Da diverse Etappen zur Sammlung der oben genannten Informationen geführt haben, werden sie im nächsten Kapitel samt Fragestellung und Methodik erläutert.

5. Fragestellung und Methodik

Im Laufe der Feldstudie wurde die Kommunikation bzw. die Interaktion zwischen ÄrztInnen und ausländischen PatientInnen aus verschiedenen Perspektiven untersucht, um folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie verläuft die Kommunikation zwischen zwei Personen, die weder die gleiche Kultur noch die gleiche Sprache teilen?
2. Können aufgrund dieser Sprach- und Kulturunterschiede Probleme auftreten? Wenn ja, wie gehen ÄrztInnen und PatientInnen damit um?

Da die interkulturelle Kommunikation von mehreren Variablen gekennzeichnet ist (vgl. Kap.1), ist es im Laufe eines Arztgesprächs möglich, diese zu beobachten und festzustellen, welchen Einfluss sie auf dessen Verlauf ausüben.

Eine reibungslose Interaktion ist der Schlüssel für erfolgreiche Kommunikation. Dieses Prinzip gilt in allen Bereichen des Lebens und gewinnt im medizinischen Zusammenhang große Bedeutung, da es in der Interaktion um die Gesundheit der PatientInnen geht. Das Ziel dieser Forschungsfragen besteht in der Analyse der Arzt-Patient-Interaktion, um nachzuvollziehen, ob im Laufe des medizinischen Gesprächs sprach- und/oder kulturbedingte Kommunikationsprobleme auftreten und inwieweit sie Auswirkungen auf die Behandlung der PatientInnen haben könnten. In Bezug auf diesen Aspekt sollte auch die Qualität der ärztlichen Betreuung unter die Lupe genommen werden, um zu verstehen, ob diese trotz der interkulturellen Gegebenheiten unverändert bleibt.

3. Wie kann für AusländerInnen die Qualität der ärztlichen Betreuung gewährleistet werden, wenn sie durch sprachliche und kulturelle Barrieren beeinträchtigt wird?

Da die Qualität eine abstrakte Eigenschaft ist, soll sie anhand von anderen Variablen, wie etwa dem Zugang zur ärztlichen Betreuung, den von den unterschiedlichen ethnischen Gruppen in Anspruch genommenen Dienstleistungen, dem Problembewusstsein

des Gesundheitswesens und den in diesem Sektor getroffenen Maßnahmen gemessen werden (Chin 2000:28).

Um ausführlichere Informationen über die interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus zu sammeln, wurde auf mehreren Ebenen Recherchearbeit geleistet. Diese setzte sich aus zwei Etappen zusammen: Vorbereitungsphase und Feldstudie. Zur Vorbereitungsphase zählen die Einwilligung für die Beobachtungen in der Notaufnahme sowie die Recherche von Dokumenten über die interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus und über das Migrationsphänomen in Italien. Zur Feldstudie zählen das Interview mit der Leiterin des Außenbüros² und der Aufenthalt in der Notaufnahme mit den daraus entstandenen Beobachtungen bzw. Aufzeichnungen.

Um die offizielle Einwilligung zu bekommen, wurden der Chefarzt der Notaufnahme, die Leiterin des Außenbüros sowie die Krankenhausverwaltung inoffiziell gefragt, ob sie mit der Umsetzung dieses Projektes einverstanden wären³. Nachdem sich alle Beteiligten diesbezüglich beraten hatten, sprachen sie unter der Voraussetzung der Einhaltung bestimmter Bedingungen ihr Einverständnis für dieses Projekt offiziell in schriftlicher Form aus. Unabdingbare Voraussetzungen für die Anwesenheit in der Notaufnahme waren sowohl die Beachtung der Privatsphäre und des Datenschutzes aller PatientInnen, als auch das Abschließen einer Versicherung im Falle von Krankheitsübertragungen oder Unfällen während der Beobachtungswoche in der Notaufnahme. Infolgedessen wurde im April 2011 die offizielle Genehmigung für einen einwöchigen Aufenthalt in der Notaufnahme des Krankenhauses erteilt.

Neben dem Antrag auf die Einwilligung erfolgte die Vorbereitung des Interviews mit der Leiterin des Außenbüros, welches im April 2011 in ihrem Büro stattfand. Die Frau wurde telefonisch kontaktiert, um einen Termin zu vereinbaren. Das für sie bestimmte Leitfaden-Interview wurde anhand der aus der Dolmetschliteratur über das Kommunaldolmetschen bzw. über die verschiedenen Kommunikationsmöglichkeiten mit ausländischen PatientInnen im Krankenhaus gewonnenen Informationen ausgearbeitet.

² Das Außenbüro (Ital.: URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico) ist nicht nur für die Lösung der Kommunikationsprobleme zuständig, sondern auch für die Zufriedenheit von PatientInnen und deren Verwandten, die jederzeit Lob aussprechen bzw. Kritik äußern können.

³ Diesbezüglich wäre die vorliegende Masterarbeit ohne die Unterstützung meiner Tante, die seit mehr als 20 Jahren in diesem Krankenhaus tätig ist und sieben Jahre lang als Krankenschwester in der Notaufnahme gearbeitet hat, nie zustande gekommen.

Da es sich um offene Fragen handelte, kamen im Laufe des Gesprächs interessante Themen wie etwa die europäischen und regionalen Initiativen im Bereich der Kommunikation mit Fremdsprachigen ans Licht, welche als Ausgangspunkt für weitere Recherchen dienten und in der Datenbearbeitungsphase vertieft wurden. Das Interview dauerte ungefähr 75 Minuten und wurde mittels eines digitalen Diktiergerätes aufgezeichnet. Im Mittelpunkt des Interviews stand die Leiterin, welche teilweise von ihrer Assistentin unterstützt wurde, um genauere Daten bzw. Informationen über die Dolmetscheinsätze und die im Krankenhaus am meisten nachgefragten Sprachen verfügbar zu machen. Die daraus entstandene Aufnahme wurde auf Italienisch transkribiert und ins Deutsche übersetzt⁴. Alle daraus gewonnenen Informationen wurden in vorliegende Masterarbeit integriert.

Nach dieser ersten Phase wurde das Material für die im Juni 2011 geplante Feldstudie vorbereitet. Zuerst wurde ein Informationsblatt ausgearbeitet, in welchem die wichtigsten Informationen über dieses Projekt bzw. die Einwilligung zur Aufnahme bzw. Beobachtung des Arztgesprächs enthalten waren. Dieses Informationsblatt wurde dann in jene Sprachen übersetzt, die laut regionalem Dekret (B.U.R.L.2005) Nichtitalienischsprachigen zur Verfügung stehen sollten (vgl. Abschn. 6.1.d). Das erste Informationsblatt wurde auf Deutsch verfasst und dann ins Italienische, Französische, Arabische, Spanische und Chinesische übersetzt⁵. Dieses Informationsblatt wurde am Anfang des Arztgesprächs ausgehändigt, um den PatientInnen die Grundinformationen über dieses Projekt zu vermitteln und sie um die Erlaubnis der Gesprächsaufzeichnung zu bitten.

Die gesammelten Daten wurden in der Woche vom 26. Juni bis 1. Juli 2011 in der täglichen Zeitspanne zwischen 16 Uhr und 23 Uhr erhoben. Es wurden für vorliegende Arbeit der Nachmittag und der Abend bevorzugt, da die Daten des Krankenhauses erkennen ließen, dass die meisten nichtitalienischen BürgerInnen nach der Arbeit die Notaufnahme aufsuchen.

Da sich die Notaufnahme aus mehreren Untersuchungszimmern zusammensetzt,

⁴ Transkription und Übersetzung wurden von der Verfasserin der vorliegenden Masterarbeit durchgeführt.

⁵ Mein besonderer Dank gilt Sanijel Jovanovic für die Übersetzung ins Französische, Prof. Mohammad für die Übersetzung ins Arabische, Veronika Baluksian für die Übersetzung ins Spanische und Ziyi Zhang für die Übersetzung ins Chinesische.

war es nicht möglich, von einem Untersuchungszimmer ins andere zu gehen, um alle interkulturellen Arztgespräche zu beobachten. Die Gespräche wurden daher immer in einem bestimmten Untersuchungszimmer beobachtet bzw. aufgezeichnet. Diesbezüglich bemühten sich die ÄrztInnen, bei denen sich die Forscherin aufhielt, gezielt ausländische PatientInnen zu untersuchen, um dieses Projekt zu unterstützen.

Die Feldstudie wurde nach einem ethnografischen Ansatz durchgeführt. Diese Methode sieht vor, dass der/die ForscherIn das Forschungsobjekt in seinem Alltag bzw. in seiner eigenen Umwelt aufzeichnet, beobachtet oder filmt. Dieser Ansatz bietet außerdem die Möglichkeit, sich über das Gesagte und das Gehörte Notizen zu machen und eventuell Fragen zu stellen (Angelelli 2004b:4).

Deshalb basieren die während der Feldstudie gewonnenen Daten einerseits auf Tonbandaufzeichnungen und andererseits auf Notizen, welche im Laufe des medizinischen Gesprächs gemacht wurden. Arztgespräche, die nicht aufgenommen werden durften, wurden nur beobachtet und entsprechende Notizen wurden gemacht.

6. Die regionale Gesetzeslage in der Lombardei

Auf regionaler Ebene wurde am 2. März 2005 von der Region Lombardei ein Beschluss gefasst, der alle von der Region gestarteten Initiativen und alle gewünschten Ziele beinhaltet. Dieses Dokument umfasst Empfehlungen für ein interkulturelles Krankenhaus, die allen medizinischen Einrichtungen dienen sollen, um AusländerInnen besser aufnehmen und behandeln zu können. Dabei wurden die Standards der Joint Commission International sowie auch jene der WHO berücksichtigt. Beide Institutionen haben Richtlinien entwickelt, die von den Krankenhäusern eingehalten werden müssen, um in eine bestimmte Kategorie eingestuft zu werden. Diese Standards beinhalten spezifische Themenbereiche, die nicht nur die PatientInnen, sondern auch das Management einer medizinischen Einrichtung betreffen. Zum ersten Themenbereich gehören die Richtlinien zur PatientInnensicherheit, zum Zugang zum Gesundheitswesen, zur Kontinuität der Behandlung, zu den Rechten und den Pflichten der PatientInnen sowie zu ihrer Einstufung und Behandlung. Dem zweiten Themenbereich gehören die Verbesserung der Qualität in Bezug auf die PatientInnensicherheit, die Vorbeugung von Infektionen, die Unternehmensführung und die Sicherheit, die Qualifizierung und die Ausbildung des Personals sowie das Kommunikations- und Informationsmanagement an (JCI 2010). Die Standards der WHO sind ähnlich. Sie konzentrieren sich hauptsächlich auf die Gesundheitsförderung, auf die Unterstützung sowohl der PatientInnen und die ihrer Verwandten, als auch auf die Unterstützung des medizinischen Personals und auf das Management. Sie fördern einen ganzheitlichen Ansatz, der nicht nur den physischen Zustand der PatientInnen, sondern auch ihr psychisches und soziales Wohlbefinden in Betracht zieht (WHO 2004).

Der Weg der Entwicklung der Empfehlungen für ein interkulturelles Krankenhaus begann 2002, als der Koordinator des lombardischen Netzes für Health Promoting Hospitals (HPH) in seinem Protokoll die Interkulturalität zur Priorität für regionale Projekte erklärte. Seine Stellungnahme wurde dann auch vom Generaldirektor für die öffentliche Gesundheit im Regionalbeschluss d.g.r. 7/13234 vom 9. Juni 2003 (B.U.R.L. 2005) bestätigt, bestärkt und gefördert. Das Projekt HPH wurde im Jahr 1988 auf europäischer Ebene gestartet, nachdem die WHO 1986 die „Ottawa Charter for Health Promotion“ verfasst hatte. Dieses Dokument stellte den ersten Schritt des Entwicklungsprozesses im Rahmen der Gesundheitsförderung in medizinischen Einrichtungen dar. Die darauffol-

genden Etappen („the Ljubliana Charter on Reforming Health Care“ und „the Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals“ im Jahre 1996, gefolgt von den „Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals“ im Jahre 1997) haben den Weg für die Umsetzung dieses Projektes geebnet (Whitehead 2004:259). Das Hauptziel dieses Projektes besteht darin, den neuen Herausforderungen einer multikulturellen Gesellschaft gerecht zu werden, indem die medizinischen Einrichtungen auf einen ganzheitlichen Ansatz setzen, der sowohl die gesundheitlichen als auch die sozialen Aspekte berücksichtigt (Whitehead 2004:260). Obwohl diese Initiative schon 1988 ins Leben gerufen wurde, nahm das Projekt HPH erst am 16. September 1998 in der Lombardei seinen Anfang. Durch den Beschluss des Regionalausschusses d.g.r Nr. 7/215 vom 28. Juni 2000 (B.U.R.L. 2005) wurde es offiziell ratifiziert. An diesem Projekt beteiligten sich mehr als 650 Krankenhäuser in 30 europäischen Ländern, die schon 34 nationale und regionale Netzwerke errichtet haben (WHO 2011). Die Hauptziele dieses Netzwerkes sind in den „Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals“ enthalten und wurden im Regionalbeschluss vom 2. März 2005 (B.U.R.L. 2005) aufgenommen. Sie bestehen darin,

- konkrete Fortschritte im Bereich der Initiativen über die Gesundheitsförderung zu erzielen und zu analysieren;
- die Krankenhausbetreuung im Hinblick auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, auf transparente Entscheidungsprozesse und aktive Miteinbeziehung der PatientInnen und der PartnerInnen zu verändern;
- Standards und Indikatoren für die Gesundheitsförderung im bestehenden Qualitätsmanagement sowohl in den Krankenhäusern als auch auf nationaler Ebene besser miteinander zu koppeln.

Dieses Netzwerk zielt auf einen Austausch von Informationen, Ratschlägen sowie Verbesserungsvorschlägen der Krankenhäuser untereinander ab, woraus alle Beteiligten Nutzen ziehen sollen. Die für die Region Lombardei zuständige Arbeitsgruppe setzt sich aus MitarbeiterInnen zusammen, die sich im Laufe ihrer jeweiligen Karrieren schon mit kulturellen Problemen auseinandergesetzt haben. Die oben genannte Gruppe besteht aus 16 privaten und öffentlichen Krankenhäusern, die zunächst Erfahrungen auf regionaler Ebene gesammelt und evaluiert haben, um sie später anlässlich verschiedener nationaler und internationaler Konferenzen präsentieren zu können. Die wichtigsten

Treffen auf nationaler Ebene waren die siebte und die achte nationale HPH-Konferenz, die im Jahr 2003 in Turin bzw. im Jahr 2004 in Riva del Garda stattfanden. Auf internationaler Ebene gelten dagegen die elfte und die zwölfte internationale Konferenz aus dem Jahr 2003 in Florenz bzw. aus dem Jahr 2004 in Moskau als die wichtigsten. Diese Arbeitsgruppe nahm außerdem an einem Workshop im Rahmen des europäischen Projekts „Migrant Friendly Hospitals“ teil, das von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (SANCO) der europäischen Kommission in zwölf EU-Ländern unterstützt wird und dessen Koordinator in Italien Dr. Antonio Chiarenza ist (MFH 2004). Nachdem die Gruppe diese Erfahrungen gründlich erörtert hatte, beschloss sie, das regionale Dokument „Raccomandazioni per un ospedale interculturale“ (Empfehlungen für ein interkulturelles Krankenhaus) zu veröffentlichen, welches als Wegweiser und als Unterstützung für alle in diesem Bereich tätigen Personen dienen soll (B.U.R.L. 2005). Eckpfeiler dieses Dokumentes sind:

- Definition des Begriffs „interkulturelles Krankenhaus“ und dessen Grundlagen;
- Auflistung der Bereiche, in welchen Änderungen nötig sind;
- Planung eines regionalen Fahrplans als Hauptstrategie für homogene Ergebnisse in der Region;
- Einrichtung einer regionalen Datenbank, die das Monitoring und die Kontrolle über die Umsetzung der Empfehlungen gewährleisten soll;
- Implementierung eines lombardischen Netzes von interkulturellen Krankenhäusern, damit die Region ihre Vorreiterrolle im Bereich der Gesundheitsförderung und der multiethnischen Integration untermauern kann.

Im Vordergrund dieses Dokumentes steht das Thema der Immigration, die in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist (vgl. Kap. 3). Dieses Phänomen hat das Gesundheitswesen und dessen MitarbeiterInnen vor neue Herausforderungen gestellt. Im Dokument wird dieses Thema mit Schwerpunkt auf den Kulturunterschied und auf die Interpretation von verschiedenen Begriffen wie Gesundheit, Krankheit, Tod, Mutter- sowie Vaterschaft in all seinen Facetten veranschaulicht. Diesen kommt nämlich in jeder Kultur eine besondere Bedeutung zu, die das Verhalten der PatientInnen stark beeinflussen kann. Man bedenke, dass die kulturellen Faktoren nicht die einzigen sind, die im Be-

reich der Gesundheit der MigrantInnen eine Rolle spielen. Viele leiden unter der psychischen Belastung, MigrantInnen zu sein, die keiner Arbeit nachgehen oder deren Arbeitssituation prekär ist und die daher über kein regelmäßiges Einkommen verfügen. Gefährliche und unterbezahlte Beschäftigungen (vgl. Abschn. 3.5.), eine auffällige Unterkunft, fehlende familiäre Unterstützung, ein anderes Klima und eine ungewohnte Ernährung tragen bei EinwandererInnen zu einer deutlichen Verschlimmerung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei (B.U.R.L 2005).

Das Krankenhaus stellt im Bereich des Gesundheitswesens den Hauptdienstleister dar, an den sich die MigrantInnen wenden. Für diese Menschen ist es besonders schwierig, Informationen über die Dienstleistungen, den entsprechenden Anspruch darauf und die Standorte der Krankenhäuser zu sammeln. Diese Schwierigkeiten treten aus zwei Gründen auf: Kultur und Sprache. Alle MigrantInnen leben in einer Gesellschaft, die von impliziten und expliziten Regeln über die Beziehungen zwischen Menschen und Institutionen geregelt wird. Manchmal handelt es sich um explizite Regeln (E-Card, Formulare, Anspruch auf Dienstleistungen des Gesundheitswesens, Besuchszeiten), manchmal dagegen um implizite Regeln, die mit der „institutionellen Kultur“ zu tun haben. Sie umfassen das Benehmen gegenüber dem medizinischen und nicht medizinischen Personal, die Erwartungen an die KrankenhausmitarbeiterInnen und die Beziehung zu ihnen. Die Sprache spielt jedenfalls eine sehr wichtige Rolle, da die Kommunikation auf Italienisch erfolgt (B.U.R.L 2005).

In der Lombardei wurde durch den Beschluss des Regionalausschusses d.g.r. n. 7/2526 vom 5. Dezember 2000 (B.U.R.L. 2005) die regionale Beobachtungsstelle für Integration und Multikulturalismus errichtet, um auf die aus der Migration hervorgehenden Bedürfnisse besser eingehen zu können. Die Beobachtungsstelle ist für die Auswertung statistischer und soziologischer Daten, für die Sensibilisierung des Personals, das mit AusländerInnen konfrontiert ist, und für die Veröffentlichung von Broschüren, CDs und Leitfäden, vor allem für MigrantInnen, zuständig. Auf diese Weise soll Diskriminierung vermieden werden. Im Dokument wird auch auf den Kommunikationsbereich viel Aufmerksamkeit gerichtet. Da dieses Thema für die vorliegende Forschungsarbeit von großem Interesse ist, werden im folgenden Abschnitt alle Punkte veranschaulicht, die im Dekret aufgezählt werden.

6.1. Lösungsansätze des lombardischen Krankenhauses

Die Kommunikationsmöglichkeiten im lombardischen Krankenhaus umfassen eine ziemlich breite Palette an Optionen. Die verschiedenen Konstellationen kommen je nach Station mit unterschiedlicher Häufigkeit vor. Zu den Stationen mit der höchsten Anzahl von ausländischen PatientInnen zählen die Notaufnahme, die Geburtshilfe und die Frauen- und Kinderheilkunde. Heute ist jedoch der Unterschied zwischen diesen und allen anderen Stationen nicht so groß wie vor zehn bis 15 Jahren, als das Migrationsphänomen noch neu war. Der Multikulturalismus der italienischen Gesellschaft hat dazu beigetragen, dass die Anzahl ausländischer PatientInnen auch in anderen Stationen angestiegen ist. Um die Kommunikation mit ihnen zu fördern, werden im Dekret folgende Maßnahmen vorgeschlagen (B.U.R.L 2005):

- a) Die Beschilderung im Krankenhaus muss auch zumindest ins Englische übersetzt werden;
- b) sowohl das medizinische als auch das nichtmedizinische Personal müssen Englischkurse besuchen;
- c) DolmetscherInnen und/oder KulturmittlerInnen müssen jederzeit zur Verfügung stehen;
- d) Informationsmaterial über die Rechte und Pflichten im Krankenhaus, die Triage, die Einwilligung nach erfolgter Aufklärung, die Einreichung der Geburtsanzeige, die Vorbeugung von SIDS (Syndrom des plötzlichen Säuglingstodes) sowie die E-Card, die Formulare für die Einlieferung und Entlassung, der Antrag für das Krankenblatt und die Information über den Datenschutz müssen in die gängigsten Sprachen (Englisch, Französisch, Spanisch, Chinesisch, Arabisch) übersetzt werden;
- e) es muss ein mehrsprachiger Anamnesefragebogen zur Verfügung stehen.

Das Außenbüro organisiert außerdem Veranstaltungen, die verschiedene gesundheitliche Themen betreffen, um das Bewusstsein aller Menschen diesbezüglich zu schärfen. Die Leiterin des Außenbüros ist eine professionell ausgebildete Krankenschwester, die über langjährige Erfahrung in diesem Bereich verfügt. Heute arbeitet sie nicht mehr im Krankenhaus, sondern ist Vortragende des Faches Berufsethos an einer Fakultät für Ge-

sundheitsberufe. Mit ihr wurden die oben aufgezählten Maßnahmen besprochen und analysiert. Der Schwerpunkt lag hauptsächlich auf den Sprachbarrieren, den möglichen Lösungsansätzen und den vom Krankenhaus ins Leben gerufenen Initiativen.

a) Beschilderung auf Englisch: Dieser Punkt wurde während des Interviews nicht besprochen, aber im Laufe der Beobachtungsperiode im Krankenhaus konnte festgestellt werden, dass die Beschilderung lediglich in italienischer Sprache vorhanden ist.

b) Englischkurse: Das Krankenhaus hat keine Englischkurse für das Personal angeboten, sondern Kurse über Multikulturalismus, die unter den MitarbeiterInnen großen Anklang gefunden haben. An diesen Kursen hat nicht nur das medizinische, sondern auch das nicht medizinische Personal teilgenommen. Zu Letzterem zählte vor allem das Empfangspersonal, das täglich mit MigrantInnen in Kontakt steht. Die Kurse wurden drei Jahre in Folge nach Inkrafttreten des Dekretes organisiert. Die Kursdauer betrug dreieinhalb Tage und zu diesem Anlass wurde ein Team von ExpertInnen zusammengestellt: Eine Sozialarbeiterin des Krankenhauses, eine Sozialarbeiterin und Expertin für das Migrantengesetz, eine Vertreterin der Region Lombardei, eine Anthropologin, eine Expertin für transkulturelle Medizin und ein Soziologe behandelten eine breite Palette an Themen:

- Das Migrationsphänomen in Italien und in der Region mit Schwerpunkt auf der Gesundheit der MigrantInnen in der Lombardei, vor allem in Bezug auf die Frauen und die Entbindung;
- Vor- und Nachteile der aktuellen Gesetzeslage in Italien;
- Das interkulturelle Krankenhaus und das Projekt HPH;
- Migrationsmedizin und medizinische Anthropologie im Hinblick auf Kultur, Gesundheit und Krankheiten;
- Die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, die verschiedenen Kulturen angehören;
- Identität und Zugehörigkeitsgefühl der MigrantInnen: ein Vergleich zwischen globaler und lokaler Ebene;
- Subjektive Wahrnehmung von Krankheiten und Schmerzen, die von der Kultur und von der Gesellschaft abhängt.

c) DolmetscherInnen und/oder KulturmittlerInnen: Diesbezüglich soll ein Aspekt erwähnt werden, der im Gespräch mit der Leiterin des Außenbüros sehr stark hervorgetreten ist: Das Krankenhaus und dessen Personal betrachten die DolmetscherInnen nicht als KulturmittlerInnen. Letztere werden nämlich mit Menschen identifiziert, die aus dem gleichen Land wie die PatientInnen kommen: Es handelt sich um keine DolmetscherInnen, sondern um Landsleute, die eine kulturelle Unterstützung liefern. Dieses Muster hat im Krankenhaus schon Fuß gefasst.

Für die Beiziehung einer DolmetscherIn stützt sich das Krankenhaus auf das zertifizierte Verfahren ISO 9008, das von allen Stationen eingehalten werden muss. Dies zielt auf die PatientInnenzufriedenheit ab, indem auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird (ISO 9008). Die Nachfrage nach DolmetscherInnen ist jedoch im gegenständlichen Krankenhaus nicht besonders stark. In der Zeitspanne zwischen März 2010 und März 2011 wurde insgesamt nur zehnmal ein/eine DolmetscherIn beigezogen, was durchschnittlich nicht einmal ein gedolmetschtes medizinisches Gespräch pro Monat ausmacht. Die niedrige Nachfrage nach DolmetscherInnen liegt daran, dass DolmetscherInnen eher dann herangezogen werden, wenn:

- PatientInnen keine Begleitung haben, die auch als sprachliche Unterstützung fungieren kann;
- es sich um seltene Sprachen wie Farsi handelt (diesbezüglich ist die Verfügbarkeit von professionellen DolmetscherInnen sehr gering. Aus diesem Grund werden eher KulturmittlerInnen herangezogen, die über keine Dolmetschausbildung verfügen);
- es um dringende Notfälle geht und ÄrztInnen nach erfolgter Aufklärung die Einwilligung benötigen, um operieren zu dürfen.

Die Sprachen, für die einige DolmetscherInnen in der oben genannten Zeitspanne beigezogen wurden, waren Spanisch, Arabisch, Chinesisch, Farsi, Portugiesisch, Togolesisch, Englisch und Deutsch.

Wenn es sich als absolut notwendig erweist, eine/n DolmetscherIn zu beauftragen, greift das Krankenhaus auf eine Liste zurück, die im Außenbüro aufliegt. Auf dieser Liste findet man die Kontaktdaten professioneller DolmetscherInnen, die für Dol-

metsch- und Übersetzungsbüros tätig sind, obwohl das Krankenhaus auch mit freiberuflichen DolmetscherInnen zusammenarbeitet. In diesem Fall wird der/die DolmetscherIn darum gebeten, seinen/ihren Lebenslauf einzureichen, um sicherzustellen, dass es sich um eine/n professionelle/n SprachdienstleisterIn handelt. Das Krankenhaus achtet auch darauf, dass die Dienstleistung qualitativ hochwertig ist und oft wird bei Bedarf der/dieselbe DolmetscherIn erneut kontaktiert, wenn das medizinische Personal bereits einmal ein positives Feedback geliefert hat. Es wird nach Möglichkeit auch versucht, denselben/dieselbe DolmetscherIn zu beauftragen, wenn der/dieselbe PatientIn das Krankenhaus zum zweiten Mal aufsucht, z. B. im Rahmen von Nachuntersuchungen. In diesem Fall besteht das Ziel darin, den PatientInnen eine Kontinuität zu garantieren, da der/die DolmetscherIn die Krankengeschichte der PatientIn bereits kennt und sich so besser vorbereiten kann.

d) übersetztes Informationsmaterial: Ein Übersetzungsbüro wurde beauftragt, alle Informationsblätter und Broschüren ins Englische, Französische, Spanische, Chinesische und Arabische zu übersetzen. Sollten ÄrztInnen eine ausführliche Erklärung für die Anderssprachigen verlangen, können außerdem Befunde übersetzt werden. Dies erfolgt nur ausnahmsweise, wenn z. B. die PatientIn ins Heimatland zurückkehrt und dem dortigen behandelnden Arzt bzw. der dortigen behandelnden Ärztin die Befunde vorlegen muss, um beispielsweise eine Therapie anordnen zu können.

e) der mehrsprachige Anamnesefragebogen: Es wurden der mehrsprachige Anamnesefragebogen sowie einige Glossarsammlungen eingeführt, um die Lücken in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und fremdsprachigen PatientInnen zu schließen. Die Sammlung verschiedener Glossare wurde zum ersten Mal im Jahr 1991 auf Initiative eines Arztes, der einer humanitären Organisation gegen Folter angehört, veröffentlicht. Im Vorwort zum Glossar wird sehr stark auf den Gedanken, den MigrantInnen nicht nur auf rein sprachlicher, sondern auch auf kultureller Ebene zu helfen, Bezug genommen. Während für viele Patientinnen beispielsweise eine gynäkologische Untersuchung oder die Verwendung von Elektroden für ein Elektrokardiogramm Routine sein mag, könnte all dies bei Opfern von Menschenrechtsverletzungen Traumata hervorrufen (Taviani 1991). Dieses kleine Buch steht allen Stationen zur Verfügung und ist vom

Personal dann zu verwenden, wenn fremdsprachige PatientInnen mehrere Tage im Krankenhaus bleiben und daher nicht die Möglichkeit besteht, eine/n DolmetscherIn für den gesamten Zeitraum zur Verfügung zu haben. Der Anamnesefragebogen ist dagegen nur für Notfälle gedacht und kommt folglich vor allem in der Notaufnahme zum Einsatz. Er wurde von einem der lombardischen Clubs der nicht staatlichen Organisation Soroptimist International in Zusammenarbeit mit ASL, einer lokalen medizinischen Einrichtung, entwickelt. Soroptimist International ist eine sehr wichtige NGO, die den allgemeinen Konsultativstatus bei ECOSOC, dem Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, genießt und die unter anderem auch bei der WHO vertreten ist.

6.2. Inoffizielle Maßnahmen

Die oben genannten Maßnahmen stellen die offiziellen Lösungen für die Probleme bezüglich der Sprachbarriere dar, obwohl sich das Krankenhaus auf andere inoffizielle stützt, die im Dekret nicht erwähnt werden. Alle inoffiziellen Maßnahmen sehen den Einsatz von Dritten vor, die als DolmetscherInnen fungieren, ohne dabei jedoch über eine entsprechende Ausbildung zu verfügen (vgl. Abschn. 2.2.).

Für manche Sprachen besteht keine Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen, dafür aber mit zweisprachigen ÄrztInnen. Dies ist der Fall bei einem chinesischen Arzt, der nicht im gegenständlichen Krankenhaus angestellt ist, bei Bedarf aber hinzugezogen wird. Für das Krankenhaus sei die Zusammenarbeit mit diesem Arzt von großer Bedeutung, da er laut der Leiterin des Außenbüros einen medizinischen Abschluss habe und, obwohl er kein Dolmetscher sei, medizinische Begriffe besser erklären könne. Auch das weitere Personal spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, da einige Krankenschwestern und -pfleger russische, ukrainische oder albanische StaatsbürgerInnen sind. Kann nicht auf diese Personen zurückgegriffen werden, steht noch eine weitere inoffizielle Option zur Verfügung, die aber nicht vom Krankenhaus, sondern von den PatientInnen selbst noch vor ihrem Gang ins Krankenhaus gewählt wird. Diese werden von FreundInnen, Verwandten, LebensgefährtInnen, Bekannten oder Familienmitgliedern (insbesondere Kindern) begleitet, die bereits seit längerer Zeit in Italien leben und die Landessprache besser beherrschen.

Offizielle und inoffizielle Lösungsansätze entfalten sich in mehreren Konstellationen, die ihrerseits untereinander Unterschiede auf verschiedenen Ebenen aufweisen.

Diese Unterschiede hängen von Faktoren ab, die für die Analyse der Kommunikationsprozesse unabdingbar sind, da sie die gesamte Kommunikation beeinflussen und prägen. Diese Variablen wurden bereits in Kapitel 1 näher veranschaulicht und stellen die Weichen für die Auswertung der aufgezeichneten PatientInnengespräche. Um ihre Analyse zu vervollständigen, werden im nächsten Kapitel sowohl der Ablauf, als auch die Dynamik eines medizinischen Gesprächs erläutert, um das Verhalten der PatientInnen bzw. der ÄrztInnen und die Beziehung zwischen ihnen besser einschätzen zu können.

7. Das medizinische Gespräch

7.1. Ablauf und Dynamik

Der Ablauf eines medizinischen Gesprächs ist von unterschiedlichen Gesprächsabschnitten geprägt, welche in sechs Phasen unterteilt werden können (Merlini 2009:92-93). Die Interaktion beginnt mit der Begrüßung (1), in der ÄrztInnen und PatientInnen eine Beziehung miteinander aufbauen. Nach diesem ersten Abschnitt schildern die PatientInnen ihre Symptome (2), welche als Ausgangspunkt für die Anamnese und die Untersuchung seitens der ÄrztInnen (3) dienen. Die in dieser Phase gewonnenen Informationen erlauben den ÄrztInnen, eine Diagnose (4) und die dementsprechende Behandlung (5) zu übermitteln. In der Endphase (6) werden etwaige Fragen der PatientInnen beantwortet, bevor sie entlassen werden.

In der ersten bzw. zweiten Phase eines medizinischen Gesprächs können sich zwei verschiedene Konstellationen ergeben: Wenn der/die PatientIn vom Hausarzt bzw. von der Hausärztin untersucht wird, besteht sie nur aus der Begrüßung, da sich beide GesprächsteilnehmerInnen bereits kennen und durch eine mehr oder weniger langfristige Beziehung verbunden sind (Angelelli 2004b:16). Der Hausarzt bzw. die Hausärztin kennt die PatientInnengeschichte und hat im Laufe der Zeit eine bestimmte Beziehung mit ihren bzw. seinen PatientInnen aufgebaut. Dies setzt voraus, dass behandelnde ÄrztInnen für ihre PatientInnen sorgen und sie umsorgen, sie schätzen und mit ihnen mitfühlen (Angelelli 2004b:15). Im Falle der medizinischen Gespräche in der Notaufnahme begegnen sich PatientInnen und ÄrztInnen zum ersten Mal, was eine langfristige Beziehung ausschließt (Merlini 2009:94). Das Arztgespräch stellt somit ein einmaliges Ereignis dar (Angelelli 2004b:16), während dem ÄrztInnen und PatientInnen kurzfristig eine Beziehung aufbauen.

Auf dieser Voraussetzung basieren alle folgenden Phasen des Arztgesprächs, insbesondere die Anamnese, wodurch der Arzt bzw. die Ärztin versucht, die Ursache des Unwohlseins zu verstehen, um gezielt Abhilfe zu schaffen. Die Kenntnis der PatientInnengeschichte ist von Vorteil, da sie die Anamnese abkürzen soll, obwohl das Problem teilweise mit der Einsicht in die PatientInnengeschichte durch die Technologie gelöst wird (vgl. Kap. 8, Abb.15).

Die oben erwähnten Gesprächsabschnitte können unterschiedliche Formalitätsgrade aufweisen, je nachdem, welche Themen behandelt werden bzw. welches Sprach-

register verwendet wird. Auf inhaltlicher Ebene können drei Gesprächstypologien erkannt werden (vgl. „episodes“ ten Have 1991:148; Merlini 2009:93):

1. Typ 1, „Small Talk“: eher informelle Abschnitte, in denen keine medizinischen Themen behandelt werden
2. Typ 2, „Small Talk + Medical Agenda“: weniger informelle Abschnitte, in denen teilweise auch medizinische Themen neben dem Small Talk behandelt werden
3. Typ 3, „Medical Agenda“: formelle Abschnitte, in denen ausschließlich medizinische Themen behandelt werden

Dem ersten Typ können die Begrüßung und teilweise die Untersuchung zugeordnet werden, obwohl im Laufe letzterer nicht immer ein echtes Gespräch zustande kommt, sondern eher ein Monolog seitens der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, welche/r die Patientin bzw. den Patienten bittet, ihre/seine Anweisungen auszuführen. Zum zweiten Typ gehören hingegen Abschnitt 5 und 6, während welchem PatientInnen die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen bzw. Zweifel auszuräumen. Dem dritten Typ unterliegen sowohl die Anamnese als auch die Übermittlung der Diagnose, welche ausschließlich medizinische Themen betreffen.

7.2. Arzt- oder Patientenzentriert?

Die bestehende bzw. fehlende Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beeinflusst auch ihre Interaktion. Es können deshalb zwei verschiedene Verhaltensweisen zustande kommen, welche einerseits den Arzt bzw. die Ärztin (arztzentriert), andererseits den Patienten bzw. die Patientin (patientenzentriert) in den Mittelpunkt stellen.

Der arztzentrierte Ansatz sieht die Dominanz des Arztes bzw. der Ärztin vor, welche/r die Zügel des Gesprächs hält. Er/Sie beschließt, welche Themen behandelt werden, stellt Fragen und bestimmt somit den SprecherInnenwechsel. Merlini (2009) schreibt den Untersuchungen in der Notaufnahme diesen Charakter zu, da sie in kürzester Zeit stattfinden müssen. Der Arzt bzw. die Ärztin muss wichtige Informationen im Laufe der Anamnese gewinnen, den Patienten bzw. die Patientin untersuchen und hat daher kaum Zeit, auf die anderen Bedürfnisse der PatientInnen (gehört bzw. getröstet zu werden) einzugehen. Small Talk wird drastisch reduziert (Merlini 2009:94). Dieser Ansatz ordnet den GesprächsteilnehmerInnen unterschiedliche Rollen zu, welche als „more

and less dominant speakers“ und „powerful and non-powerful participants“ bezeichnet werden können (Angelelli 2004b:10; Merlini 2009:95).

Der patientenzentrierte Ansatz betrachtet dagegen den Patienten bzw. die Patientin als PartnerIn im medizinischen Gespräch und nicht als reine Informationsquelle für die Erstellung einer Diagnose. ÄrztInnen zeigen ihr Einfühlungsvermögen und ermöglichen es den PatientInnen, ihre Sorgen, Zweifel, Erwartungen und Vorlieben bezüglich der Behandlung zu äußern (Angelelli 2004b:16-17).

7.3. Asymmetrische Züge

Medizinische Gespräche zeichnen sich durch asymmetrische Züge aus, welche auf mehreren Ebenen auftreten. ÄrztInnen unterscheiden sich von PatientInnen durch ein Wissens- bzw. Statusgefälle (vgl. Kap. 1), weil sie die PatientInnen untersuchen und nicht umgekehrt (ten Have 1991:140; Merlini 2009:95). Außerdem erfüllen ÄrztInnen und PatientInnen zwei verschiedene Aufgaben im Laufe der gesamten Untersuchung. ÄrztInnen hören PatientInnen zu, stellen Fragen, erstellen eine Diagnose und entscheiden, welche Behandlung die geeignetste ist. PatientInnen schildern ihre Symptome, beantworten Fragen und befolgen die Anordnung der ÄrztInnen (ten Have 1991:140).

Im Vergleich zum arztzentrierten Ansatz zeigt sich der patientenzentrierte Ansatz symmetrischer, weil ÄrztInnen bereit sind, den PatientInnen mehr Sprechraum zu geben, um ihre Sorgen zu äußern.

7.4. Interkulturalität

Neben den in den vorigen Abschnitten erläuterten Charakteristiken, weisen interkulturelle Arztgespräche weitere Merkmale auf, die sich auf das Gespräch auswirken. Da die kulturellen Unterschiede bereits in Kapitel 1 erläutert wurden, geht es in diesem Abschnitt hauptsächlich um die sprachliche Ebene. Valero-Garcés (2002) liefert eine detaillierte Auflistung der häufigsten Strategien und Hindernisse, welche im Laufe eines interkulturellen Arztgesprächs vorkommen können.

Um die Kommunikation zu vereinfachen, stützen sich ÄrztInnen auf sprachlicher Ebene auf die Vereinfachung der Sprache (Eng.: Accomodation). Diese sieht den Einsatz einiger Strategien vor, welche auf die Vermeidung von Schwierigkeiten bei der Fortsetzung des Gesprächs, wie etwa Missverständnisse, abzielen (Valero-Garcés

2002:481). Da sich die Ausdrucksweise der PatientInnen häufig durch Sätze voller Grammatikfehler, falscher Begriffsbenutzung, häufiger Wiederholungen und monosyllabischer Wörter auszeichnet (Valero-Garcés 2002:484), greifen ÄrztInnen des Öfteren auf Notbehelfe wie kurze Sätze, vereinfachte Sprache (keine Artikel, keine Präpositionen, keine Hilfsverben, Infinitiv statt konjugierter Verbformen), alltägliche einfache Begriffe statt Fachbegriffe, genauere Aussprache, häufige Reformulierungen und direkte/geschlossene Fragen (ja/nein) bzw. alternative Fragen (oder... oder) zurück.

Auf inhaltlicher Ebene bereiten PatientInnen Probleme, wenn sie das Thema wechseln und damit die Frage der ÄrztInnen nicht beantworten oder wenn sie zu viele Informationen übermitteln, die für die Anamnese nicht von Bedeutung sind. In diesen Fällen ergreifen ÄrztInnen in der Regel die Initiative, um wieder auf das Thema zurückzukommen.

Die Wortwahl bzw. die Ausdrucksweise der GesprächsteilnehmerInnen spielt eine wichtige Rolle, da sie ihre Beherrschung der Sprache, ihre Beziehung miteinander und mit der Institution, in der das Gespräch stattfindet, widerspiegelt. Die Wortwahl der ÄrztInnen weist des Öfteren auf die Institution „Krankenhaus“ hin (Valero-Garcés 2002:487):

- Benutzung von Begriffen, die für den institutionellen Kontext typisch sind
- Verwendung von „wir“ seitens der ÄrztInnen, um sich auf die Institution zu beziehen
- Anwendung institutioneller Euphemismen (verschiedene Begriffe für „Schmerzen“)
- Wechsel zwischen alltäglichen und fachlichen Ausdrücken
- Begriffserklärung
- Vorzug für deskriptive Begriffe
- Anwendung von Bestätigungselementen wie Kopfbewegungen (nicken) bzw. Körperbewegungen

Alle oben genannten Kriterien stellen die Weichen für die Analyse der aufgenommenen bzw. beobachteten Arztgespräche.

8. Die Feldstudie

Während der Feldzeit im Krankenhaus wurde nicht nur Wert auf die medizinischen Gespräche gelegt, sondern auch auf das gesamte Prozedere, das die PatientInnen noch vor der eigentlichen Untersuchung durchlaufen müssen. Die Sprachbarrieren treten nicht nur beim PatientInnengespräch auf, sondern auch beim Kontakt mit dem medizinischen Personal, das am Schalter arbeitet. Wenn PatientInnen in die Notaufnahme kommen, werden sie von zwei Krankenschwestern bzw. -pflegern empfangen, welche die Triage durchführen. Sie sind dafür zuständig, die wichtigsten Informationen zu sammeln und sie in das elektronische System einzugeben. Darunter befinden sich die Personenangaben und der Grund, warum die PatientInnen in die Notaufnahme gekommen sind. Nachdem die oben genannten Daten aufgenommen wurden, wird der Zustand der PatientInnen eingestuft und der entsprechende Triagecode vergeben. Die Triagecodes setzen sich aus vier Farben zusammen (TRIAGE 2011):

- Rot bezeichnet sehr schwere Verletzungen, die das Leben des Patienten bzw. der Patientin gefährden. Alle Vorgänge in der Notaufnahme werden sofort gestoppt und das ganze Personal konzentriert sich auf diesen besonderen Fall.
- Gelb ist auch für schwere Verletzungen gedacht. Eine der lebenswichtigen Funktionen (Atemapparat, Herz-Kreislauf-System bzw. Nervensystem) könnte beeinträchtigt sein.
- Grün wird allen PatientInnen zugeschrieben, bei welchen keine Lebensgefahr besteht. Es handelt sich um aufschiebbare Untersuchungen.
- Weiß ist für alle anderen Fälle gedacht, die keine Gefahr für das Leben der PatientInnen darstellen. Es handelt sich hierbei normalerweise um gesundheitliche Probleme, die vom Hausarzt bzw. von der Hausärztin behandelt werden können. Diese PatientInnen werden als Letzte untersucht und müssen die Behandlungskosten selber tragen.

Die Triage und die elektronische Verarbeitung der PatientInnendaten beschleunigen die Informationsübertragung und ermöglichen einen reibungslosen Ablauf der internen Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal. Dieses System bietet besondere Vorteile für die ÄrztInnen, weil die Personenangaben, das Alter, das

Geschlecht, der Triagecode, die Symptome und etwaige Verletzungen der PatientInnen angezeigt werden. Deshalb wissen ÄrztInnen bereits, welcher Krankheits- bzw. Verletzungsfall ihnen bevorsteht, noch bevor der Patient bzw. die Patientin das Untersuchungszimmer betritt. Zusätzlich können die Krankenschwestern und -pfleger auch Informationen darüber hinzufügen, ob sie Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den PatientInnen hatten. Wenn dies der Fall ist, wird der Begriff „barriera linguistica“ (De.: Sprachbarriere) ins Feld „problema“ eingegeben. Die Bildschirmmaske, die den ÄrztInnen angezeigt wird, sieht wie folgt aus:

FRONTO SOCCORSO			MEDICA (es. ortopedica, chirurgica, tutte)							
PRATICA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	ETA	DATA E ORA ARRIVO	SALA	MEDICO	CODICE TRIAGE	RX	VISITE
00.000000			19/04/1977		28/04/2011 17.15			30- Rosso		
00.000001								10- Verde		
00.000002								10- Verde		
00.000003								00- Bianco		

Abb. 15: Bildschirmmaske des elektronischen Systems des Krankenhauses

- LISTA D’ATTESA [Warteliste]: Hier werden die Namen aller PatientInnen angezeigt, die im Wartezimmer sitzen und von den ÄrztInnen untersucht werden müssen.
- PRONTO SOCCORSO [Notaufnahme]
- MEDICA, ORTOPEDICA, CHIRURGICA, TUTTE [Untersuchungsraum, Untersuchungsraum für Orthopädie, chirurgischer Behandlungsraum, alle

Untersuchungsräume]: In diesem Feld werden alle Räume der Notaufnahme angezeigt. Die ÄrztInnen können die verschiedenen Räume anklicken, um die entsprechende Liste der PatientInnen zu sehen.

- PRATICA [Akte]: Unter dieser Nummer werden alle in der Notaufnahme gesammelten Daten gespeichert.
- COGNOME [Nachname], NOME [Name], DATA DI NASCITA [Geburtsdatum], ETÁ [Alter]: Personenangaben der PatientInnen
- DATA E ORA DI ARRIVO [Datum und Zeit der Ankunft]: Dieses Feld ist sehr wichtig, v. a. in Bezug auf dringende Fälle. Die ÄrztInnen können sehen, wie lange der Patient bzw. die Patientin bereits auf die Behandlung wartet, und können die Lage so einschätzen.
- SALA [Untersuchungsraum]: Es wird der Untersuchungsraum angezeigt, welchem die PatientInnen zugeteilt wurden.
- MEDICO [Arzt/Ärztin]: Es wird der Arzt bzw. die Ärztin angezeigt, der bzw. die den Patienten bzw. die Patientin behandelt.
- CODICE TRIAGE [Triagecode]: Es wird der Code angezeigt, der den PatientInnen zugewiesen wurde, als sie in die Notaufnahme gekommen sind.
- RX [Röntgen]: Hier werden die Röntgenuntersuchungen (wenn verordnet) angezeigt. In der Spalte erscheint ein grüner Haken, wenn die Untersuchung schon durchgeführt wurde und die Röntgenplatte fertig ist.
- VISITE [Untersuchungen]: Es werden andere von den ÄrztInnen der Notaufnahme verordnete Untersuchungen angezeigt (Blutabnahme, CT, magnetische Resonanz, fachärztliche Untersuchung usw.)

Wenn einer der auf der Liste aufgezählten Namen angeklickt wird, öffnet sich das PatientInnenblatt, das alle Informationen von der Anamnese bis zur Diagnose der bisher bekannten Probleme enthält. Dies wird mithilfe der CRS (Ital.: Carta Regionale dei Servizi), dem italienischen Äquivalent der E-Card, ermöglicht. Auf der Karte werden bei jeder Untersuchung alle Daten über die Krankengeschichte gespeichert, sodass sich die ÄrztInnen in der Notaufnahme ein klares Bild von der Gesundheit der von ihnen an dem Tag betreuten PatientInnen machen können.

Im Laufe des einwöchigen Aufenthaltes im Krankenhaus haben verschiedene ausländische PatientInnen die Notaufnahme aufgesucht. Aus den in Kapitel 5 erläuterten Gründen konnten bzw. durften insgesamt drei PatientInnengespräche (in der Folge erstes, zweites und drittes genannt) aufgezeichnet und mehrere beobachtet werden.

Für die Analyse der Aufnahmen werden verschiedene Kriterien angewandt, die sowohl die kulturellen als auch die sprachlichen Aspekte berücksichtigen. Dabei wird auch Wert auf die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, insbesondere auf den ärztlichen Ansatz (doctor-centred vs. patient-centred), und auf den Gesprächsverlauf gelegt.

8.1. Die Arzt-Patient-Interaktion und ihre Variablen

8.1.1. Institution und Kontext

Alle PatientInnengespräche fanden in der Woche zwischen dem 26. Juni und dem 1. Juli 2011 (vgl. Kap. 5) im gegenständlichen Krankenhaus und daher in derselben Institution statt. Dieses Krankenhaus ist eine staatliche Einrichtung, die allen kranken bzw. verletzten Menschen zugänglich ist und deren Rolle darin besteht, die PatientInnen zu behandeln bzw. zu heilen. Diese Institution unterliegt bestimmten impliziten und expliziten Regeln (vgl. Kap. 1), welche in ihren Räumlichkeiten und von ihrem Personal zu beachten sind. Damit wird vorausgesetzt, dass alle PatientInnen sowohl die schriftlichen als auch die unausgesprochenen Richtlinien dieser Institution kennen und sich daran halten. In der Praxis müssen die PatientInnen der Notaufnahme den Triagecode beachten (schriftliche Vorschrift) bzw. sich situationsgerecht verhalten (unausgesprochene Regel).

8.1.2. Wahrnehmungsraum

Der Wahrnehmungsraum in der Notaufnahme eines großen Krankenhauses ist ziemlich hektisch. Im lombardischen Krankenhaus hatten jeden Tag vier ÄrztInnen Dienst, die sich im Durchschnitt um insgesamt 20 bis 50 PatientInnen kümmern mussten. In jedem Untersuchungszimmer waren ein Arzt bzw. eine Ärztin und eine Krankenschwester anwesend, was einen ruhigeren Wahrnehmungsraum gewährleistete. Der einzige Nachteil dabei bestand in den automatischen elektronischen Schiebetüren der Untersuchungszimmer, welche diese vom Flur trennten. Oft öffneten sie sich beim Vorbeigehen

des Krankenhauspersonals bzw. anderer PatientInnen und ließen das leichte Stimmengewirr im Flur hören. Weitere Störfaktoren waren die Krankenschwestern anderer Stationen, welche die verschiedenen Untersuchungszimmer betreten, um die fertigen Befunde abzugeben sowie das Telefon. ÄrztInnen mussten des Öfteren andere KollegInnen, insbesondere FachärztInnen anrufen, um sie zu konsultieren, und mit den Stationschwestern telefonieren, um Auskünfte über die Verfügbarkeit von Betten in den verschiedenen Abteilungen einzuholen. Aus diesen Gründen sorgte der Wahrnehmungsraum, insbesondere beim zweiten medizinischen Gespräch, für zusätzliche Schwierigkeiten im Interaktionsprozess. Die Patientin, die der italienischen Sprache nicht ganz mächtig war, hatte Schwierigkeiten, die Ärztin zu verstehen und auf ihre Fragen zu antworten. Deshalb musste die Ärztin aufstehen und sich der Patientin nähern bzw. sich über sie bücken, um mit ihr kommunizieren zu können.

8.1.3. TeilnehmerInnen

Aufgrund ihrer Kultur, ihrer Sprachkenntnisse und ihrer Erfahrungen stellen GesprächsteilnehmerInnen eine der wichtigsten Variablen dar, die jedes medizinische Gespräch in einen Einzelfall verwandeln. Im Laufe der Feldstudie wurden PatientInnen unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Herkunftsländer untersucht. Die meisten PatientInnen waren Volljährige zwischen 30 und 40 Jahren, obwohl auch Kinder bzw. Jugendliche zwischen drei und 16 Jahren die Notaufnahme in Begleitung ihrer Eltern aufsuchten. Insgesamt wurden elf PatientInnengespräche beobachtet und drei davon aufgenommen. Von den elf PatientInnen kamen zwei aus Rumänien, drei aus Albanien, eine aus Peru, vier aus Afrika und eine aus Pakistan. Die Notaufnahme wurde aus unterschiedlichen Gründen aufgesucht: Schleimhautentzündung nach einer Mandeloperation, Arbeitsunfälle (2), Nierensteine, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Depression, akute Blasenentzündung, Schwangerschaftsprobleme, akute Mandelentzündung, Mopedunfall und Enzephalopathie. All diese PatientInnen wurden von drei unterschiedlichen Ärztinnen untersucht. Die PatientInnen, deren Arztgespräche aufgenommen wurden, waren eine 31-jährige Frau aus Peru, ein 23-jähriges Mädchen aus Zaire und ein 40-jähriger Mann aus Albanien.

Die Standardgesprächskonstellation im lombardischen Krankenhaus sah neben dem Patienten bzw. der Patientin die Anwesenheit eines Arztes bzw. einer Ärztin und

einer Krankenschwester vor, deren Aufgabe darin bestand, die Anweisungen der ÄrztInnen (bezüglich Blutabnahme, Medikamentenverabreichung, Vorbereitung intravenöser Infusionen und Verbandwechsel) auszuführen. Eine Abweichung von dieser Konstellation ergab sich dann, wenn eine Begleitperson der PatientInnen anwesend war (vgl. Absch. 8.6.).

8.2. Gesprächsdauer und Ablauf

Alle Gespräche begannen mit einer kurzen Begrüßung und mit Fragen seitens der ÄrztInnen. In der ersten Phase wurde die Anamnese durchgeführt, um die Ursache der Beschwerden zu verstehen. Dieser Abschnitt dauerte ungefähr drei bis fünf Minuten. Nachdem die ÄrztInnen die nötigen Informationen gesammelt hatten, untersuchten sie den Patienten bzw. die Patientin und verordneten in einigen Fällen Untersuchungen, die in anderen Stationen durchgeführt wurden (Röntgen bzw. CT). Die Untersuchungen stellten eine Pause im medizinischen Gespräch dar, da der Patient bzw. die Patientin später wieder ins Untersuchungszimmer gerufen wurde, nachdem die ÄrztInnen den Befund bekommen hatten. Aus diesem Grund dauerte das reine medizinische Gespräch zwischen sieben und 20 Minuten, obwohl PatientInnen viel länger in der Notaufnahme warten mussten. Nach Befunderhalt bzw. nach ärztlicher Untersuchung (falls keine zusätzlichen Untersuchungen nötig waren) wurde dem Patienten bzw. der Patientin die Diagnose und die dementsprechende Behandlung mitgeteilt. Die Arztgespräche wiesen somit den gleichen von ten Have beschriebenen Ablauf auf (vgl. Abschn. 7.1.). Nur eines von elf Arztgesprächen wich von dieser Struktur ab, da die Patientin nicht in der Notaufnahme, sondern von einer Fachärztin der Geburtshilfe untersucht wurde.

8.3. Gesprächsmerkmale

In den folgenden Abschnitten werden die von Valero-Garcés (2002) aufgezählten Strategien (vgl. Absch. 7.4.) als Maßstäbe für die Analyse der Arztgespräche herangezogen. Das Ziel besteht dabei darin, sowohl die Sprachkenntnisse der PatientInnen einzuschätzen, als auch die von beiden GesprächsteilnehmerInnen angewandten Strategien festzustellen, welche meistens auf die Vereinfachung der Kommunikation abzielten.

8.3.1. Kurze Sätze

Im Laufe des ersten Gesprächs stützte sich die Ärztin auf kurze Sätze, deren Länge zwischen einem Wort und sieben Wörtern betrug. Die längeren Abschnitte bestanden ausschließlich aus den Anweisungen während der Untersuchung (58, 60), die aber nur deshalb länger waren, weil die Patientin keine Fragen beantworten musste. Die Anweisungen waren tatsächlich kurz und bündig und wurden in der Imperativform ausgedrückt.

58. D: Un bel respiro (ausculta la paziente) su seduta. Apri bene la bocca, fai AH apri e fai AH devo vedere proprio in fondo

D: Atme tief (die Ärztin auskultiert die Patientin). Setz dich. Öffne den Mund weit, sag AH, öffne und sag AH ich muss bis ganz nach hinten sehen.

59. P. AH

P: AH

60. D: Respira... ancora.... Respira. Allora vada un attimino in bagno a fare un po' di pipì che facciamo l'esame sulle urine e poi facciamo i prelievi di sangue

D: Atme... nochmal... atme. Also gehen Sie kurz aufs Klo und machen Sie Pipí, damit wir den Urintest machen können und dann machen wir die Blutabnahme

Das zweite Arztgespräch zeichnete sich durch teilweise längere, teilweise kürzere Sätze seitens der Ärztin aus, je nachdem ob die Patientin die Frage verstand. Wenn die Frage klar war, wurde sie nur einmal gestellt, kurz formuliert und die Patientin antwortete problemlos darauf:

15. D: Perché? Non mangi?

D: Warum? Isst du nicht?

16. P: Niente.

P: Nichts.

17. D: Riesci a bere?

D: Kannst du trinken?

18. P: Bevo solo un po' acqua, però acqua fresca.

P: Ich trinke nur ein bisschen Wasser, aber kaltes Wasser.

Wenn eine Frage nicht verstanden wurde bzw. die Ärztin mit den gewonnenen Informationen nicht zufrieden war, wurde sie mehrmals wiederholt. Daher wurden die Aussagen länger, jedoch inhaltsarm, da immer die gleiche Frage gestellt wurde (vgl. Abschn. 8.3.8.).

Im dritten Gespräch wechselten sich längere und kürzere Sätze ab, je nachdem, welches Thema besprochen wurde. Im Laufe der Anamnese (1,11-18) und der Untersuchung (42-57) waren die Sätze sehr kurz.

11. D: Lei è allergico a qualche medicina?

D: Sind Sie gegen Medikamente allergisch?

12. P: (fa cenno di no con la testa)

P: (schüttelt den Kopf)

13. D: No. Ha avuto la febbre?

D: Nein. Haben Sie Fieber gehabt?

14. P: No (fatto con la bocca alla siciliana)

P: schnalzt mit der Zunge und verneint die Frage

15. D: E non le è mai successo prima di avere questi fastidi?

D: Hatten Sie schon einmal Probleme dieser Art?

16. P: No. Ha cominciato da qua (e indica la pancia) da ieri.

P: Nein. Es hat hier begonnen (zeigt auf den Bauch) seit gestern.

17. D: Ha cominciato da davanti? Da davanti?

D: Hat es vorne begonnen?

18. P: Però di più ieri, oggi un po' meno.

P: Aber eher gestern, heute weniger.

In den Abschnitten, in denen über den Gesundheitszustand des Patienten bzw. dessen Vater gesprochen wurde (4-9), waren die Sätze dagegen länger und von einem Plauderton gekennzeichnet.

4. P: Sì, però come mio padre sei mesi fa - D:mhmmh - ... eh ho portato qua al pronto soccorso - D: mhmmh - eh.. è uscito il tumore.

P: Ja, aber wie mein Vater vor 6 Monaten - D: mhmmh - ... ach ich habe hier ins

Krankenhaus gebracht - D: mhmh - ach... und es ist Krebs herausgekommen

5. D: Ok, però non pensi subito a quello.

D: Ok, aber denken Sie nicht sofort daran

6. P: (sorridente) eh non pensi.

P: (lacht) Ach, denken Sie es nicht.

7. I: No, bisogna sempre pensar bene.

I: Nein, man muss immer positiv denken.

8. P: Eh ma il dolore è qua, non è che..

P: Ja, aber die Schmerzen sind da, vielleicht...

9. D: Eh va bè (insieme all'infermiera), però di solito il tumore non dà dolore è più facile che il dolore sia un problema di infezione, di infiammazione. Lei prende qualche medicina?

D: Na ja (zusammen mit der Krankenschwester), aber Krebs verursacht normalerweise keine Schmerzen. Es ist wahrscheinlicher, dass die Schmerzen durch eine Infektion, eine Entzündung entstanden sind. Nehmen Sie Medikamente?

8.3.2. Grammatik

Die aufgenommenen bzw. beobachteten medizinischen Gespräche bedurften keiner besonderen grammatikalischen Anpassungen seitens der ÄrztInnen, um mit den PatientInnen kommunizieren zu können. Es konnten keine Gesprächsabschnitte beobachtet werden, in denen ÄrztInnen Verben in der Nennform verwendeten, auf Artikel bzw. Präpositionen oder Hilfsverben verzichten mussten. Die einzige Anpassung, die manche ÄrztInnen vornahmen, war die Verlangsamung des Sprechtempos und die deutlichere Aussprache einiger Ausdrücke. In diesen Fällen waren die Sätze von einer bestimmten Mimik begleitet. Ein treffendes Beispiel dafür war das Gespräch mit einem afrikanischen Patienten, der einen Arbeitsunfall hatte. Ihm wurde von der Ärztin erklärt, er müsse sich einer Untersuchung des Kopfes unterziehen. Einige Fachbegriffe bedurften einer Erläuterung, um sein Verständnis zu erleichtern. Da der Patient während des Arbeitsunfalls mit dem Kopf an den Boden geprallt war, beschlossen die ÄrztInnen, eine Computertomographie (CT) durchzuführen, um Hirnblutungen bzw. schwere Verletzungen auszuschließen. Da der Patient einerseits nicht gut Italienisch konnte und andererseits nicht

ganz bei Bewusstsein war, wurde ihm zuerst erklärt, worin die Untersuchung, der er sich unterziehen musste, bestand, und erst dann der technische Ausdruck dafür erwähnt:

1. D: Dobbiamo fare l'esame per la testa, per vedere se c'è qualcosa che non va. Facciamo la TAC“.
1. D: *Wir müssen die Untersuchung für den Kopf machen, um zu sehen, ob etwas nicht in Ordnung ist. Wir machen ein CT.*

Der Satz wurde sehr langsam und klar ausgesprochen und die Ärztin hatte einen Kreis mit ihrer rechten Hand um ihren Kopf gemacht, um dem Patienten zu zeigen, welchen Körperteil die Untersuchung betreffen würde.

Was die Sprachkenntnisse der PatientInnen betrifft, lässt sich ihr Niveau hauptsächlich anhand der Grammatik erkennen. Fachbegriffe bzw. umgangssprachliche Wörter können nicht als Maßstab dafür in Betracht gezogen werden, da sich PatientInnen diese einfach im Laufe der Untersuchungen merken und als Hilfe für die darauffolgenden Untersuchungen verwenden können.

An der Transkription kann man sehen, dass die Italienischkenntnisse dieser drei PatientInnen unterschiedlichen Niveaus zugeordnet werden können. Die erste Patientin sprach gut Italienisch, obwohl die Fremdsprache von ihrer Muttersprache (Spanisch) beeinflusst wurde (z.B. la columna (8), influenza (17), la dode (8)). Es kamen außerdem einige grammatikalische Fehler vor, wie falsche Hilfszeitwörter („ho guarito“ statt „sono guarita“ (6), „ho andato“ statt „sono andata“) und Verben („aveva“ statt „avevo“(17)), falsche Übereinstimmungen (una piú grande l'altro piú leggero (10), la pipí mi é venuto un pó carico (35), due bustina (39)). Einige Ausdrücke waren nicht richtig bzw. würden von MuttersprachlerInnen nicht verwendet werden, waren jedoch verständlich („stavo facendo l'urologia – ich habe davor Urologie gemacht“ statt „ero in cura da un urologo – ich war bei einem Urologen in Behandlung“, (2)). Trotz dieser Anmerkungen verlief das Gespräch ohne gröbere Probleme. Die kleinen Fehler stellten kein Hindernis für das Arztgespräch dar.

Das zweite Gespräch bereitete hingegen Schwierigkeiten, weil sowohl der Wortschatz (vgl. Abschn. 8.3.3.) als auch die Grammatik sowie das Sprachverständnis (vgl. Abschn. 8.3.8.) der Patientin ungenügend waren. Einige Fragen wurden nur mit einem

Wort beantwortet (2) und ihre Aussagen wurden nicht sofort verstanden, da die Grammatik nicht gestimmt hatte bzw. die Formulierung grammatikalisch nicht korrekt war.

1. D: cosa ti succede? Cosa ti è successo?

D: was ist los? Was ist dir passiert?

2. P: aborto

P: Abtreibung

3. D: non ho capito, quindi quand'è che ce l'hai programmato?

D: ich habe nicht verstanden, wann ist sie geplant?

4. P: perché io sono andato qua e mi hanno detto che c'è posto qua a B., però non mi ha detto quando. Ho provato a chiamare a S. e hanno detto che c'è posto solo per 6

P: weil ich bin hier gegangen und sie haben mir gesagt, es gibt Platz da in B., aber sie hat mir nicht gesagt wann. Ich habe versucht S. anzurufen und sie haben mir gesagt es gibt nur Platz für 6

Auch in diesem Fall konnten falsche Übereinstimmungen („sono andato“ statt „sono andata“, (4)) sowie ungenaue Ausdrücke („mi ha detto“ statt „mi hanno detto“, (4)) festgestellt werden. Im Italienischen wird die dritte Person Mehrzahl verwendet, um „es wurde mir gesagt/mitgeteilt“ auszudrücken. Die Patientin stützte sich dagegen auf die dritte Person Einzahl. Ein anderes Problem, das zu Missverständnissen führte, war die Auslassung der bestimmten Artikel („c'è posto solo per sei“, (4)). Die Patientin meinte damit, dass am sechsten des folgenden Monats noch ein Termin für die Abtreibung frei war. Da sie aber den bestimmten Artikel ausließ, änderte sie unbewusst die Bedeutung des Satzes von „am sechsten ist noch ein Termin frei“ auf „ein Termin für sechs Personen ist frei“. Aus diesem Grund entstand ein Missverständnis, welches von einer Krankenschwester aufgeklärt wurde (vgl. Abschn. 8.3.8.).

Das dritte Gespräch wies ähnliche Merkmale wie die ersten zwei auf, obwohl im Laufe der Interaktion der Sinn der Aussagen nicht verzerrt wurde. Auf grammatikalischer Ebene fehlten Pronomen, Artikel und Präpositionen:

32. P: vedi cosa è successo con mio padre. Ho portato come qua per esempio una volta, hanno fatto esami e dicevano sano, ho portato da privato, ha fatto eco là ed è uscito tumore

P: siehst du, was mit meinem Vater passiert ist. Ich habe hier einmal gebracht, sie haben Untersuchungen gemacht und haben gesagt gesund, ich habe zum privaten Arzt gebracht, hat dort Ultraschall gemacht und es ist Krebs herausgekommen

Am Anfang der zweiten und der vierten Aussage fehlt das Pronomen „lo“ (ihn), vor „privato“ der unbestimmte Artikel „un“ sowie vor „eco“ der bestimmte Artikel „la“. Diese Auslassungen waren aber weder störend noch problematisch, da sie keine Missverständnisse auslösten.

Obwohl einige PatientInnen der italienischen Sprache nicht hundertprozentig mächtig waren, wurden auch Gespräche beobachtet, in denen ausländische PatientInnen ausgezeichnete Italienischkenntnisse aufwiesen. Im Laufe der Feldstudie konnte festgestellt werden, dass sich einige Kultur- und Altersgruppen problemlos mit dem medizinischen Personal zu verständigen wussten. Dazu zählten rumänische StaatsbürgerInnen und die zweite MigrantInnengeneration, insbesondere all jene Kinder, die in Italien geboren wurden bzw. aufgewachsen sind.

Während der Beobachtungswoche im Krankenhaus wurden zwei rumänische Patientinnen untersucht, obwohl die zweite eher als Sprachrohr für ihren Sohn fungierte, da er sich einer Mandeloperation unterzogen hatte. Die erste rumänische Patientin war eine Krankenschwester eines Mailänder Krankenhauses, die einen Arbeitsunfall erlitten hatte. Da sie auch im Krankenhaus tätig ist, kannte sie die Fachterminologie und drückte sich dementsprechend korrekt aus. Als die Ärztin sie untersuchte und fragte, wo es ihr weh tat, verwendete sie die genaue medizinische Fachsprache (addome - Unterleib, zona pelvica - Becken). Im Vergleich zu den Aussagen des dritten Gesprächs zeigte sie mit ihrem Finger den Körperteil an, der ihr weh tat, und brachte ihn mit dem richtigen Fachbegriff dafür in Verbindung.

Ein weiterer Patient, der keine Schwierigkeiten im Laufe der Kommunikation hatte, war ein marokkanischer Junge, welcher einen Unfall mit seinem Moped hatte. Da er in Italien aufgewachsen war und die Schule dort besucht hatte, konnte er ausgezeichnet

Italienisch sprechen und verwendete sogar Ausdrücke, die dem Jugendslang zuzuordnen waren.

8.3.3. Umgangssprache versus Fachausdrücke

In den aufgenommenen Gesprächen zeigten sich unterschiedliche Trends bezüglich der Anwendung von Fachausdrücken. Im ersten kamen eher umgangssprachliche Begriffe wie „pipí, influenza, giramenti“ (Pipí, Grippe, Schwindelgefühl) vor, auf die sich hauptsächlich die peruanische Patientin stützte. Aus den in der Vergangenheit durchgeführten Untersuchungen war sie aber auch mit Fachausdrücken wie „urologia“, „varicella“, „nausea“ und „mestruazione“ (Urologie, Windpocken, Übelkeit und Menstruation) vertraut.

Die Ärztin stützte sich dagegen auf einige Fachausdrücke, welche einerseits auch in der Umgangssprache benutzt werden (incontinenza, prelievo di sangue, flebo, antidolorifico, idratazione, radiografia – Inkontinenz, Blutabnahme, Tropf, Schmerzmittel, Hydratation, Röntgenaufnahme), andererseits typisch für die medizinische Fachsprache sind (vie urinarie, frattura, torace – Harnwege, Bruch, Brustkorb).

Die Sprachkenntnisse der zweiten Patientin bereiteten hingegen Probleme in der Kommunikation. Im Laufe des Gesprächs traten Missverständnisse auf, welche die Ärztin durch den Verzicht auf Fachausdrücke und die Anwendung von Begriffen des alltäglichen Lebens zu vermeiden versuchte. Zum Fachwortschatz gehörten nur „cisti“ (Zyste), „ovaio“ (Eierstock) und „utero“ (Gebärmutter). Da sich die Patientin teilweise nur schlecht verständigen konnte, benutzte sie keine Fachausdrücke. Der einzige, den sie nannte, war „siste“, obwohl das richtige Fachwort von diesem abweicht.

Im dritten Gespräch kamen sowohl seitens der Ärztin als auch seitens des Patienten nur wenige Fachausdrücke wie tumore (4, 9), ecografia bzw. eco (32), infezione, infiammazione (9), urologia und sabbia (36) (Tumor, Ultraschall, Infektion, Entzündung, Urologie) vor. Diese waren dem Patienten ebenso bekannt, da er die Vorgeschichte seines Vaters miterlebt hatte.

4. P: Sì, però come mio padre sei mesi fa - D: mhmh - ... eh ho portato qua al pronto soccorso - D: mhmh - eh.. è uscito il tumore.

P: Ja, aber wie mein Vater vor 6 Monaten - D: mhmh - ... ach ich habe hier ins Krankenhaus gebracht - D: mhmh - ach... und es ist Krebs herausgekommen

[...]

9. D: Eh va bè (insieme all'infermiera), però di solito il tumore non dà dolore è più facile che il dolore sia un problema di infezione, di infiammazione. Lei prende qualche medicina?

D: Na ja (zusammen mit der Krankenschwester), aber Krebs verursacht normalerweise keine Schmerzen. Es ist wahrscheinlicher, dass die Schmerzen durch eine Infektion, eine Entzündung entstanden sind. Nehmen Sie Medikamente?

[...]

32. P: Vedi cosa è successo con mio padre. Ho portato come qua per esempio una volta, hanno fatto esami e dicevano sano, ho portato da privato, ha fatto eco là ed è uscito tumore.

P: Siehst du, was mit meinem Vater passiert ist. Ich habe hier einmal gebracht, sie haben Untersuchungen gemacht und haben gesagt gesund, ich habe zum privaten Arzt gebracht, hat dort Ultraschall gemacht und es ist Krebs herausgekommen.

33. D: Han fatto l'eco?

D: Wurde ein Ultraschall gemacht?

34. P: Sì.

P: Ja.

35. D: Qua non l'han fatta?

D: Hier wurde er nicht gemacht?

36. P: Sì, di sopra, urologia, però diceva sabbia, era tumore.

P: Ja, oben, Urologie, aber er sagte Sand, es war Krebs.

Abgesehen von diesen Ausnahmen kann festgestellt werden, dass sowohl der Patient als auch die Ärztin lieber auf Fachbegriffe verzichteten. In einigen Abschnitten wurden Ausdrücke wie „hier, da, vorne“ bevorzugt, um Körperteile zu bezeichnen. In Zeile 16 wollte der Patient mitteilen, alles hätte mit Bauchschmerzen angefangen. Die Ärztin beschloss, sich diesbezüglich zu vergewissern, wobei sie weder den Begriff „Unterleib“ noch „Bauch“ verwendete, sondern einfach „vorne“.

16. P: No. Ha cominciato da qua (indica la pancia) da ieri.

P: Nein. Es hat hier begonnen (zeigt auf den Bauch) seit gestern.

17. D: Ha cominciato da davanti? Da davanti?

D: Hat es vorne begonnen? Vorne?

Diese Vereinfachung wurde vom Patienten auch in den folgenden Aussagen, insbesondere in Zeile 20, beibehalten. Statt zu sagen, dass sich die Schmerzen bis zu einer Niere ausbreiteten, beschloss er, auf den betroffenen Körperteil zu zeigen.

20. P: Però quando mi giro, lo sento qua (indica un rene) più o meno.

P: Aber wenn ich mich umdrehe, spüre ich es hier mehr oder weniger (zeigt auf eine Niere).

Im Laufe der Untersuchung wurden weiterhin Fachausdrücke vermieden. Die Ärztin auskultierte den Patienten und teilte ihm mit, sein Herz wäre ein bisschen zu schnell. In diesem Fall wurde nicht der entsprechende Fachausdruck „Tachycardie“ angewandt, sondern die Erklärung der von diesem Fachwort beschriebenen Symptome bevorzugt:

42. D: Fuma?

D: Rauchen Sie?

43. P: No.

P: Nein.

44. D: Il cuore è un po' veloce.

D: Das Herz ist ein bisschen schnell.

Ein anderes besonderes Merkmal dieses Gesprächs, das dem Wortschatz Einfachheit verlieh, war die Vorgehensweise der Ärztin, welche teilweise mit dem Patienten sprach, als ob er ein kleines Kind wäre. Es kamen öfters Ausdrücke und Betonungen vor, die normalerweise bei Kindern üblich sind.

29. D: (parla al telefono per via dei posti letto) Non è che le scappa ancora un pochino? Un gocchino piccolo piccolo di pipì?

D: (spricht am Telefon wegen der Verfügbarkeit der Bettplätze) Kann es sein, dass Sie noch ein bisschen Pipí müssen? Ein kleines kleines bisschen?

8.3.4. Registerwechsel: Siezen und Duzen

Da die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen nicht nur durch einen Wissensunterschied, sondern auch durch ein Statusgefälle gekennzeichnet ist (vgl. Kap 1), gilt das gegenseitige Siezen als unausgesprochenes Gesetz. Dies kam aber nicht immer vor bzw. änderte sich im Laufe des Gesprächs. Ein Beispiel dafür ist im ersten Gespräch zu finden. Während der Anamnese wird die Patientin ausschließlich gesiezt, und im Laufe der Untersuchung wechselt die Ärztin zwischen „Sie“- und „Du“-Form.

52. D: Giù le gambe, solleva la maglia.

D: Beine unten, bitte heb' das Leibchen hinauf.

53. P: Sì.

P: Ja.

54. D: Le fa male schiacciando?

D: Tut es Ihnen weh, wenn ich drücke?

55. P: No di questa parte. Il mio dottore diceva che la... che qua il fegato prima era infiammato, prima - la dott.ssa interrompe -

P: Nein, von dieser Seite. Mein Arzt hat gesagt, dass... dass hier die Leber früher entzündet war, früher - die Ärztin unterbricht die Patientin -

56. D: Quando?

D: Wann?

57. P: Il mio dottore è privato.

P: Mein Arzt ist privat.

58. D: Un bel respiro (ausculta la paziente)

Su seduta. Apri bene la bocca, fai AH apri e fai AH devo vedere proprio in fondo.

D: Atme tief (die Ärztin auskultiert die Patientin).

Setz dich. Öffne den Mund weit, sag AH, öffne und sag AH ich muss bis ganz nach hinten sehen.

59. P. AH

P: AH

60. D: Respira... ancora.... Respira.

Allora vada un attimino in bagno a fare un po' di pipì che facciamo l'esame sulle urine e poi facciamo i prelievi di sangue.

D: Atme... nochmal... atme.

Also gehen Sie kurz aufs Klo und machen Sie Pipí, damit wir den Urintest machen können, und dann machen wir die Blutabnahme

Die Höflichkeitsform kam während der Untersuchung insgesamt dreimal vor (54, 60, 62). Ein Befehl in der Du-Form dagegen achtmal, da er direkter und einfacher als in der Sie-Form zu verstehen ist, da Letztere in der italienischen Sprache mit dem Konjunktiv ausgedrückt wird.

Im Laufe des zweiten Gesprächs stützte sich die Ärztin ausschließlich auf die Du-Form, nicht nur weil sie einfacher zu verwenden bzw. zu verstehen ist, sondern auch, weil die Patientin jünger als die Ärztin war. Somit wurde das Bedürfnis, die Patientin zu siezen, nicht verspürt. In diesem Fall wurde sie von Anfang an geduzt.

1. D: Cosa ti succede? Cosa ti è successo?

D: Was ist los? Was ist dir passiert?

Die Patientin sprach die Ärztin nie direkt an, weil sie ihr keine Fragen stellte. Aus diesem Grund wurde die Ärztin wie im ersten Gespräch weder gesiezt noch geduzt. Im Laufe des dritten Gesprächs konnte eine ähnliche Entwicklung beobachtet werden, obwohl der Patient die Ärztin einmal direkt ansprach. In diesem Fall wurde sie geduzt (32), während der Patient dagegen weiter gesiezt wurde.

31. D: Eh ci servirebbe proprio. Va bè cominciamo a fare gli esami intanto. Però quando Le scappa la fa

D: Na ja, wir würden es dringend brauchen. Na ja, beginnen wir mit den Untersuchungen. Aber wenn Sie Pipí machen müssen, machen Sie es.

32. P: Vedi cosa è successo con mio padre. Ho portato come qua per esempio una volta, hanno fatto esami e dicevano sano, ho portato da privato, ha fatto eco là ed

è uscito tumore

P: Siehst du, was mit meinem Vater passiert ist. Ich habe hier einmal gebracht, sie haben Untersuchungen gemacht und haben gesagt gesund, ich habe zum privaten Arzt gebracht, hat dort Ultraschall gemacht und es ist Krebs herausgekommen.

Durch seine Ausdrucksweise hielt er sich nicht an die unausgesprochenen Regeln der Gesellschaft. Dieses Verhalten kam mehrmals während des ganzen Arztgesprächs vor, bis die Ärztin ihn zurechtwies. In der Tat beantwortete der Patient die Fragen nicht immer mit kompletten Sätzen, sondern auch nur mit der Körpersprache. Um eine negative Antwort zu geben, schüttelte er den Kopf (12) oder schnalzte mit der Zunge (14), was vor ÄrztInnen als unhöflich und unangemessen gilt. Die Ärztin ignorierte sein unpassendes Verhalten und machte den Patienten vorerst nicht darauf aufmerksam. Während der Untersuchung wiederholte sich dieses Verhalten, da der Patient infolge seiner Schmerzen vor der Ärztin schimpfte (51). Dieses Mal wurde er zurechtgewiesen (52), worauf er den Fehler nicht mehr beging.

11. D: Lei è allergico a qualche medicina?

D: Sind Sie gegen Medikamente allergisch?

12. P: (fa cenno di no con la testa)

P: (schüttelt den Kopf)

13. D: No. Ha avuto la febbre?

D: Nein. Haben Sie Fieber gehabt?

14. P: No (schiocca la lingua).

P: Nein (schnalzt mit der Zunge und verneint die Frage.)

[...]

46. D: Perché è preoccupato. Se schiaccio così fa male?

D: Weil Sie besorgt sind. Wenn ich drücke, tut es Ihnen dann weh?

47. P: Eh un pò.

P: Na ja, ein bisschen.

50. D: E qua?

D: Und hier?

51. P: No. C****

P: *nein. S******

52. D: Non dica parolacce però. Dietro qua così fa male?

D: *Sagen Sie keine Schimpfwörter. Tut es Ihnen hier hinten weh?*

8.3.5. Monosyllabische Antworten: geschlossene Fragen

Diese kamen hauptsächlich in der Anamnese bzw. während der Untersuchung vor, als ÄrztInnen die Ursache des Problems verstehen wollten. Ja/Nein-Fragen ermöglichen es ÄrztInnen, gezielt und ohne Umschweife Informationen zu gewinnen.

- Lei è allergico a qualche medicina? - *Sind Sie gegen Medikamente allergisch?*
- Ha avuto la febbre? - *Haben Sie Fieber gehabt?*
- Non le è mai successo prima di avere questi fastidi? - *Hatten Sie schon einmal Probleme dieser Art?*
- Soffri di qualche malattia? - *Leidest du an irgendeiner Krankheit?*
- Mai ricoverata? Mai operata? - *Nie eingeliefert? Nie operiert worden?*
- Le fa male schiacciando?- *Tut es Ihnen weh, wenn ich drücke?*

Diese Fragetechnik ist auch für ausländische PatientInnen vorteilhaft, da sie nicht gezwungen werden, zu lange und komplizierte Antworten zu liefern. Unter der Voraussetzung, dass die PatientInnen die Frage verstehen, ist die Wahrscheinlichkeit höher, eine präzise und treffende Antwort zu bekommen, je gezielter und geschlossener die Frage ist.

Obwohl diese Fragen einer kurzen Antwort bedurften, wurden einige von ihnen viel länger und mit Informationen beantwortet, worum die ÄrztInnen nicht gebeten hatten.

8.3.6. Überflüssige Informationen

Die gesammelten Daten zeigen, dass einer gezielteren Frage nicht immer eine kurze Antwort folgte. Dieser Trend konnte hauptsächlich im Laufe des ersten medizinischen Gesprächs beobachtet werden. Die Patientin überhäufte die Ärztin mit Informationen, wozu teilweise nicht gefragt wurde.

16. D: quindi da quando non sta bene?

D: also seit wann fühlen Sie sich unwohl?

17. P: eh da ieri sera, perché io sono una persona... è tutta la mia vita con questa... tre volte che mi viene la febbre, una da piccola e l'altra proprio quando aveva la varicella quando aveva già venti anni e adesso mi ha preso di nuovo la febbre io ho sempre la temperatura bassa, quando ho l'influenza di solito io non viene la febbre - D: mhmh - e adesso venedomi già 36/37, sento già bruciare

P: seit gestern Abend, weil ich ein Mensch bin... mein ganzes Leben habe ich diese... dreimal habe ich Fieber gehabt, einmal als ich klein war und das zweite Mal als ich die Windpocken hatte, als ich schon 20 war, und jetzt habe ich wieder Fieber, ich habe immer eine niedrige Körpertemperatur, wenn ich Grippe habe, habe ich kein Fieber normalerweise - D: mhmh - und jetzt habe ich 36/37 fühle ich schon ein Brennen.

18. D: sente subito - interrompe la paziente -

D: Sie spüren es sofort - unterbricht die Patientin

19. P: è per quello...

P: das ist der Grund...

20. D: - interrompe la paziente - quindi l'ha misurata proprio la febbre?

D: -unterbricht die Patientin - also Sie haben tatsächlich die Temperatur gemessen?

Die ursprüngliche Frage der Ärztin zielte darauf ab, den zeitlichen Anfang der Schmerzen zu bestimmen. Die Frage war sehr gezielt und bedurfte einer kurzen Antwort. Die Patientin lieferte die von der Ärztin gewünschte Antwort, fügte aber andere Informationen hinzu, die in der Frage nicht enthalten waren. Sie erklärte der Ärztin, sie hätte in ihrem Leben nur dreimal Fieber gehabt und zählte all ihre Fieberanfälle seit der Kindheit auf (17). Da diese Informationen unerwünscht bzw. nicht relevant waren, beschloss die Ärztin, die Patientin zu unterbrechen (18) und eine konkretere Frage zu stellen, die sich auf den zu untersuchenden Fall bezog (20).

Eine ähnlich ausholende Antwort wurde dann später geliefert, als die Ärztin fragte, welche Beschwerden neben dem Fieber aufgetreten waren. Die Antwort der Patientin

enthielt außer den von der Ärztin benötigten Informationen auch andere, die für die Diagnoseerstellung nicht bedeutend waren.

26. D: e che disturbi ha insieme alla febbre?

D: und welche Beschwerden haben Sie außer Fieber?

27. P: mal di testa tutta la notte, di solito - D: sì - nella mia vita ho dei giramenti - D:sì - faccio un po' di massaggio passa - D:mhmh -, ma non sono una che prende medicine questa no, quando in caso di urgenza. Mal di testa, poi tutto il corpo brividi - D: mhmh - e sembra una specie che te prende l'influenza il corpo fa male - D:sì - e poi quando mi brucia da questa parte mi fa un po' male, poi prima avevo un po' di giramenti, di nausea, verso mezzogiorno. Di corpo non sono andata

P: Kopfweg die ganze Nacht, normalerweise - D:ja - ist mir in meinem Leben schwindelig - D:ja -, ich massiere mich ein bisschen und es ist vorbei - D:mhmh -, aber ich bin keine, die Medikamente nimmt, nein, wenn, im Notfall. Kopfweg, dann der ganze Körper zittert - D: mhmh - und es scheint, als ob du Grippe hättest, der Körper tut weh - D:ja - und dann wenn es mich auf diese Seite brennt, tut es mir weh, dann früher war es mir schwindelig, übel gegen Mittag. Ich hatte keinen Stuhlgang.

In der ganzen Antwort wurden insgesamt vier Beschwerden (Kopfweg, Schüttelfrost, Schwindelgefühl und Übelkeit) und drei für die Ärztin nicht wichtige Erläuterungen aufgezählt. Die Patientin erzählte, das Schwindelgefühl würde dank Massagen besser werden und sie würde normalerweise keine Medikamente nehmen. Außerdem beschrieb sie, wie sie sich fühlte, als sie Schüttelfrost hatte. Diese Informationen wurden von der Ärztin nicht verlangt und stellten selbstständige Erweiterungen der Patientin dar.

8.3.7. Themenwechsel

Die Zügel eines medizinischen Gesprächs werden von den ÄrztInnen gehalten, da sie die Fragen stellen und beschließen, welche Themen behandelt werden sollen. Durch ihre Fragen versuchten die ÄrztInnen ihr Ziel zu erreichen, welches in einer guten Anamnese bestand, um die PatientInnen erfolgreich zu behandeln. Obwohl die ÄrztIn-

nen das Gespräch in jene Richtung lenken konnten, die für den Gesundheitszustand der PatientInnen relevant war, konnten sie die Antworten der PatientInnen nicht vorhersehen. Wenn diese den Erwartungen des medizinischen Personals nicht entsprach, wurden Strategien angewandt, um das Gespräch wieder auf die richtige Bahn zu lenken.

Ein treffendes Beispiel dafür lieferte das dritte medizinische Gespräch. Der Patient suchte die Notaufnahme wegen Bauchbeschwerden auf und die Ärztin versuchte, die Ursache des Problems zu diagnostizieren. Im Laufe der Anamnese brachte der Patient ein Thema zur Sprache (4), das nichts mit seiner Gesundheit bzw. seinen Symptomen zu tun hatte:

1. D: fa la pipì?

D: machen Sie Pipí?

2. P: e brucia, vado due o tre volte alla sera

P: und es brennt, ich gehe zwei oder dreimal am Abend

3. D: adesso lei riesce a farla?

D: und können Sie es machen?

4. P: sì, però come mio padre sei mesi fa - D:mhmh - ... eh ho portato qua al pronto soccorso - D:mhmh - eh.. è uscito il tumore

P: ja, aber wie mein Vater vor 6 Monaten - D:mhmh - ... ach ich habe hier ins Krankenhaus gebracht - D:mhmh - ach... und es ist Krebs herausgekommen

Der Patient verglich seine Symptome mit denen des Vaters, bei dem ein halbes Jahr davor Krebs diagnostiziert wurde. Der Themenwechsel war plötzlich, die Ärztin zeigte jedoch Nachsicht und tröstete zusammen mit der Krankenschwester den Patienten:

5. D: ok, però non pensi subito a quello

D: Ok, aber denken Sie nicht sofort daran

6. P: (sorridente) eh non pensi

P: (lacht) ach denken Sie es nicht

7. I: no, bisogna sempre pensar bene

I: nein, man muss immer positiv denken

8. P: eh ma il dolore è qua, non è che..

P: ja, aber die Schmerzen sind da, vielleicht...

9. D: eh va bè (insieme all'infermiera), però di solito il tumore non dà dolore è più facile che il dolore sia un problema di infezione, di infiammazione. Lei prende qualche medicina?

D: na ja (zusammen mit der Krankenschwester), aber Krebs verursacht normalerweise keine Schmerzen. Es ist wahrscheinlicher, dass die Schmerzen durch eine Infektion, eine Entzündung entstanden sind. Nehmen Sie Medikamente?

Die Ärztin und die Krankenschwester (5, 7, 9) versuchten den Patienten zu beruhigen und erklärten ihm, dass Krebs andere Symptome verursachen würde. Der Patient bestand weiterhin auf seine These (6, 8) und war aufgrund seiner Schmerzen davon überzeugt, an Krebs zu leiden (8). Nach seiner zweiten Aussage beschloss die Ärztin, die Initiative zu ergreifen, um die Anamnese weiter durchzuführen. Sie wechselte das Thema sehr plötzlich, um nützliche Informationen über die Einnahme anderer Medikamente zu gewinnen (9). Sie erklärte dem Patienten, Schmerzen würden eher von Entzündungen verursacht werden, und stellte sofort die nächste Frage, welche keinen Zusammenhang mit der vorigen Aussage hatte.

8.3.8. Reformulierungen und Wiederholungen

Reformulierungen und Wiederholungen kommen normalerweise vor, wenn eine/r der GesprächspartnerInnen die Aussage des anderen nicht versteht, weil z. B. der Wahrnehmungsraum zu laut, die Aussage nicht eindeutig ist oder schlecht formuliert wird. Im medizinischen Bereich kann eine Aussage bzw. eine Frage mehrmals wiederholt werden, wenn ÄrztInnen aus dieser nicht die Informationen bekommen, die sie benötigen (vgl. Abschn. 8.3.9.).

Im ersten Gespräch wiederholte die Ärztin die gleiche Frage zweimal (7, 9), welche nicht mit den gleichen Worten ausgedrückt, sondern umformuliert wurde.

7. D: Ma aveva rotto qualcosa?

D: Haben Sie sich damals etwas gebrochen?

8. P: Si, la columna, la L la dode..., dode...

P: Ja, das Rückgrat, den L zwö...,zwö...

9. D: D12 e la L1. Una frattura?

D: Den D12 und L1. Einen Knochenbruch?

10. P: Sì che erano due una più grande l'altro più leggero.

P: Ja, es waren zwei, eine größer, die andere leichter.

Zuerst wurde gefragt, ob sich die Patientin etwas gebrochen (7) und dann, ob sie einen Knochenbruch erlitten hatte. Der Inhalt der Aussage war derselbe, nur anders formuliert. In diesem Fall wurde die Frage wiederholt, weil sich die Ärztin nicht sicher war, ob die Wirbel gebrochen waren oder nicht.

Das zweite Gespräch beinhaltete mehr Wiederholungen, da die Italienischkenntnisse der Patientin zu wünschen übrig ließen. Die Ärztin wiederholte einige Aussagen zwei bis dreimal hintereinander (65, 67), um sicherzugehen, dass die Patientin die Frage genau verstanden hatte bzw. begriff, was ihr verabreicht wurde (68).

65. D: Adesso ti metto su una flebo. Hai dolori da qualche parte? Hai dolore da qualche parte o dolori no?

D: Ich gebe dir jetzt eine Infusion. Hast du Schmerzen irgendwo? Hast du Schmerzen irgendwo oder nicht?

66. P: No per adesso no.

P: Nein, im Moment nicht.

67. D: Tira fuori la lingua... va bene adesso ti metto su la flebo. Allora ti metto la flebo, aspetto gli esami, ti faccio vedere dal ginecologo ed eventualmente ti danno qualcosa, d'accordo?

68. D: Zeig die Zunge... ok, jetzt bekommst du eine Infusion. Also du bekommst eine Infusion, wir warten auf die Befunde, ich lass dich vom Frauenarzt untersuchen und sie geben die eventuell etwas, ok?

Im dritten Gespräch kam nur eine Wiederholung vor, welche mit der Unaufmerksamkeit des Patienten zu tun hatte. Die Ärztin musste in der Tat die Frage zweimal aussprechen (21, 23), da der Patient abgelenkt war und ihr nicht mehr zugehört hatte.

21. D: Che lavoro fa?

D: Was sind Sie von Beruf?

22. P: eh?

P: Was?

23. D: Che lavoro fa?

D: Was sind Sie von Beruf?

8.3.9. Missverständnisse

Der Transkription des zweiten Gesprächs kann entnommen werden, dass dieses inhaltlich kürzer, jedoch zeitlich länger (15 Minuten) als die zwei anderen aufgezeichneten war (jeweils sieben und 13 Minuten), weil der Kommunikationsablauf zwischen den zwei Teilnehmerinnen viel schwieriger war. Die schwachen Italienischkenntnisse der Patientin sorgten für Verständigungsprobleme. Trotz sprachlicher Schwierigkeiten wurde kein/e DolmetscherIn beigezogen, da den KrankenhausmitarbeiterInnen der Fall bekannt war.

In diesem Arztgespräch konnten insgesamt zwei Missverständnisse festgestellt werden.

1. D: Cosa ti succede? Cosa ti è successo?

D: Was ist los? Was ist dir passiert?

2. P: Aborto.

P: Abtreibung.

3. D: Non ho capito, quindi quand'è che ce l'hai programmato?

D: Ich habe nicht verstanden, wann ist sie geplant?

4. P: Perché io sono andato qua e mi hanno detto che c'è posto qua a B., però non mi ha detto quando. Ho provato a chiamare a S. e hanno detto che c'è posto solo per 6.

P: Weil ich bin hier gegangen und sie haben mir gesagt, es gibt Platz da in B., aber sie hat mir nicht gesagt wann. Ich habe versucht S. anzurufen und sie haben mir gesagt es gibt nur Platz für 6.

5. D: Per sei? Cosa vuol dire? Non ho capito, per sei?

D: Für 6? Was bedeutet das? Ich habe es nicht verstanden, für 6?

6. P: Per fare... siccome non voglio bambino.

P: Um zu... da ich Kind nicht will.

7. D: Eh sì, ma c'è posto

D: Na ja, aber es gibt Platz.

8. P: Per sei, per fare intervento si.

P: Für sechs ja, um Operation zu machen.

9. D: Eh ma cosa vuol dire? Tra sei giorni?

D: Ja, aber was bedeutet das? In sechs Tagen?

Das erste Missverständnis entstand nach der Frage der Ärztin, wann die Abtreibung stattfinden würde. Die Antwort der Patientin war nicht klar (2) und die Ärztin fragte noch zweimal nach der Bedeutung ihrer Antwort (5, 9). Die Patientin versuchte von selbst, der Ärztin ihre Aussage deutlicher zu erklären (10), bis die Krankenschwester das Missverständnis aufklärte (11).

10. P: No il sei, adesso siamo a giugno.

P: Nein, der Sechste, jetzt ist Juni.

11. I: Il 6 luglio forse. Il 6 luglio hai il posto su?

I: Am 6. Juli vielleicht. Hast du am 6. Juli einen Platz oben?

12. P: Sì.

P: Ja.

13. D: Eh va bè tra una settimana.

D: Na ja, in einer Woche.

Die Krankenschwester erklärte, dass „per sei“ (für sechs) eigentlich „il sei“ (am Sechsten) bedeutete. Der Sinn der Aussage änderte sich somit völlig und passte zum Kontext.

Das zweite Missverständnis trat später im Gespräch auf, als die Ärztin fragte, ob sie schon einmal operiert worden wäre.

38. D: Mai ricoverata? Mai operata?

D: Nie eingeliefert? Nie operiert worden?

39. P: Operata sì, però nel duemila, duemila, duemila e sette.

*P: Operiert worden schon, aber zweitausend... zweitausend...
zweitausendsieben.*

40. D: Per cosa?

D: Weswegen?

41. P: Siste, siste.

P: Syste, syste

42. D: Per una cisti? Dove?

D: wegen einer Zyste? Wo?

43. (La paziente indica il punto)

(Die Patientin zeigt an die Stelle)

Die Patientin sagte, ihr wäre eine Zyste entfernt worden, konnte aber nicht die genaue Stelle definieren. Aus diesem Grund zeigte sie auf ihren Bauch und erklärte, sie hätte Nähte bekommen. Da die Ärztin mit ihrer Antwort nicht zufrieden war, versuchte sie auf anderem Weg, die nötigen Informationen zu bekommen.

44. D: All'ovaio? Ma sulla pelle Fuori o dentro?

D: Beim Eierstock? Aber auf der Haut oder drinnen?

45. P: Dentro perchè ho avuto punti.

P: Drinnen, weil ich Nähte hatte.

46. D: Ma dov'era la cisti?

D: Aber wo war die Zyste?

47. P: La sisti sì.

P: Die Syste, ja.

48. D: Dove?

D: Wo?

49. P: Qua.

P: Hier.

50. D: Sull'utero? Ovaio? Dove ti hanno operato? In che reparto?

D: In der Gebärmutter? Auf dem Eierstock? Wo wurdest du operiert? Auf welcher Station?

51. P: A B., sì, sì.

P: In B., ja, ja.

52. D: Quale reparto?

D: Auf welcher Station?

53. P: All'ospedale di B.

P: Im Krankenhaus in B.

54. D: Ma quale reparto?

D: Aber welche Station?

55. (La paziente non risponde alla domanda.)

(Die Patientin antwortet nicht auf die Frage.)

56. D: Sei allergica a qualche medicina, farmaco?

D: Bist du gegen Medikamente, Arzneimittel allergisch?

Die Ärztin fragte sie, auf welcher Station sie operiert wurde (52). Auch in diesem Fall verstand die Patientin die Frage falsch und antwortete zweimal, dass sie im gegenständlichen Krankenhaus operiert wurde (53, 55), obwohl die Ärztin nach der genauen Station gefragt hatte.

Missverständnisse zeichnen sich durch Wiederholungen aus. Im obigen Abschnitt wiederholt die Ärztin viermal dieselbe Fragen (wo hattest du die Zyste - 42, 46, 48, 50), ohne zu einer befriedigenden Antwort zu kommen. Im Falle des ersten Missverständnisses wurde eine Frage ebenfalls wiederholt (5, 9), um zu wissen, wann die Abtreibung genau geplant wurde.

Im ersten Gespräch traten keine Missverständnisse auf. Diesbezüglich war die Initiative der Krankenschwester, der Patientin mehrmals dieselbe Frage auf eine verschiedene Art und Weise zu stellen, sehr interessant. Dabei versuchte sie, Missverständnisse zu vermeiden und richtige Informationen zu bekommen. Nach der Blutabnahme musste sich die peruanische Patientin einer Röntgenuntersuchung unterziehen, wofür eine Einwilligung nötig war. Deshalb wurde sie von der Krankenschwester gebeten, das Informationsblatt zu unterschreiben, wodurch sie erklärte, dass sie nicht schwanger war. Diese Angelegenheit galt als Ausgangspunkt für die Erklärung des Ausdrucks „incinta“ (schwanger). Dieser wurde auf Initiative der Krankenschwester neu formuliert, um Aufklärung zu verschaffen. Dieses Wort gehört zum alltäglichen Sprachgebrauch, um eine

schwängere Frau zu bezeichnen. Die Krankenschwester formulierte den Satz allerdings neu, um sicherzugehen, dass die Patientin es richtig verstanden hatte.

78. I: Lei è incinta signora?

I: Sind Sie schwanger?

79. P: No.

P: Nein.

80. I: Non aspetta un bambino?

I: Erwarten Sie kein Baby, oder?

81. P: No mi deve venire la mestruazione.

P: Nein, ich bekomme bald die Menstruation.

Der ersten Frage (78) folgte eine genauere Erläuterung (80). Da diese Information sehr wichtig für die Röntgenuntersuchung war, wurde die Frage zweimal gestellt. Mit ihrer Antwort ließ die Patientin erkennen, dass sie den Sinn der Frage verstanden hatte, und daher ihre Information zuverlässig war.

Im dritten Gespräch traten keine Missverständnisse auf, da sich die Ärztin kaum auf Fachausdrücke stützte, um das Gespräch auf eine verständliche und einfache Art und Weise zu führen.

8.3.10. Bestätigungselemente

Bestätigungselemente wie „mhmh, ok, aha, uhmh, sí“ dienen dazu, dem/der anderen GesprächsteilnehmerIn mitzuteilen, dass ihm/ihr genau zugehört wird. Diese Füllwörter wurden hauptsächlich von ÄrztInnen verwendet, um den Patienten bzw. die Patientin mit einem hörbaren Feedback bei seiner/ihrer Erzählung zu unterstützen bzw. anzusporren.

27. P: mal di testa tutta la notte, di solito - D: sì - nella mia vita ho dei giramenti -
D:sì - faccio un po' di massaggio passa - D:mhmh -, ma non sono una che
prende medicine questa no, quando in caso di urgenza. Mal di testa, poi tutto il
corpo brividi - D: mhmh - e sembra una specie che te prende l'influenza il
corpo fa male - D:sì - e poi quando mi brucia da questa parte mi fa un po' male,

poi prima avevo un po' di giramenti, di nausea, verso mezzogiorno. Di corpo non sono andata

P: Kopfweh die ganze Nacht, normalerweise - D:ja - ist mir in meinem Leben schwindelig - D:ja -, ich massiere mich ein bisschen und es ist vorbei - D:mhmh -, aber ich bin keine, die Medikamente nimmt, nein, wenn, im Notfall. Kopfweh, dann der ganze Körper zittert - D: mhmh - und es scheint, als ob du Grippe hättest, der Körper tut weh - D:ja - und dann wenn es mich auf diese Seite brennt, tut es mir weh, dann früher war es mir schwindelig, übel gegen Mittag. Ich hatte keinen Stuhlgang.

28. D: mhmh. Mal di gola?

D: mhmh. Halsweh?

In diesem Gesprächsauszug unterstützte die Ärztin die Erzählung der Patientin durch fünf Füllwörter, um so viele Informationen wie möglich zu bekommen. Die Patientin fühlte sich durch dieses Feedback angespornt, da sie viele Informationen über ihren Gesundheitszustand übermittelte (vgl. Abschn. 8.3.6.). Als die Patientin die obigen Informationen übermittelte, saß die Ärztin vor der Frau und tippte gleichzeitig das Gesagte am PC. Da sie aus diesem Grund nicht immer Augenkontakt mit der Patientin hatte, beschloss sie diesen durch ein verbales Feedback zu ersetzen.

Im Gegensatz zum ersten medizinischen Gespräch konnten im zweiten keine Bestätigungselemente beobachtet werden. In diesem Fall stand die Ärztin neben der Trage, auf der die Patientin lag, und bückte sich ein bisschen nach vorne, um ihr besser zuzuhören. Da die Kommunikation nicht reibungslos erfolgte (vgl. Abschn. 8.3.9.), schwieg die Ärztin, während die Patientin sprach, um den Informationsfluss nicht zu unterbrechen.

Auch in der dritten Untersuchung mangelte es an Bestätigungselementen. Es konnten nur zwei festgestellt werden, als der Patient über den Vorfall seines Vaters sprach. Da die Ärztin nicht wusste, worauf der Patient hinaus wollte, spornte sie ihn an, den Satz zu Ende zu bringen, um eine vollständige Information über seinen Vater zu bekommen.

8.3.11. Häufigkeit der Aussagen

Die Daten der Aufnahmen zeigen, dass im ersten Arztgespräch ein Gleichgewicht zwischen den Gesprächsteilnehmerinnen bestand, da die Ärztin insgesamt 37 Mal zu Wort kam und die Patientin insgesamt 36 Mal (32 Mal im Gespräch mit der Ärztin, 4 Mal während der Untersuchung mit der Krankenschwester). Die Krankenschwester sprach insgesamt siebenmal: Einmal teilte sie der Ärztin das Befundergebnis mit und 6 Mal erteilte sie der Patientin Anweisungen für die Blutabnahme bzw. stellte sie ihr Fragen über die Einwilligung für eine Röntgenaufnahme. Im zweiten Gespräch kam die Ärztin hingegen insgesamt 34 Mal zu Wort, die Patientin 28 Mal und die Krankenschwester nur einmal. In diesem Fall überwogen die Aussagen bzw. die Fragen der Ärztin im Gegensatz zu den Antworten der Patientin, obwohl sich der Unterschied lediglich auf sechs Gesprächseinheiten bezog. Die Interaktion im letzten Gespräch ähnelte der des zweiten, was die Häufigkeit der Gesprächseinheiten seitens der verschiedenen TeilnehmerInnen betrifft. Die Ärztin kam öfter zu Wort (31 Mal) im Vergleich zum Patienten (27-mal), aber der Unterschied hielt sich in Grenzen. Aus dieser Perspektive können die Interaktionen als symmetrisch betrachtet werden, da die Redebeiträge keines Gesprächsteilnehmers bzw. keiner Gesprächsteilnehmerin überwogen.

8.3.12. Unterbrechungen

Im Laufe des Gesprächs können ÄrztInnen den Informationsaustausch durch Unterbrechungen steuern bzw. kontrollieren. Dies kommt hauptsächlich vor, wenn PatientInnen ein Thema bzw. Informationen auf den Tisch bringen, die für ÄrztInnen nicht relevant sind. Das war beim ersten Gespräch der Fall, in dem die Patientin zur übermäßig genauen Erklärung ihrer Symptome bzw. ihrer vorigen Krankengeschichte neigte.

1. D: Lei soffre di qualche malattia?

D: Leiden Sie an einer bestimmten Krankheit?

2. P: No, solo che ho... vado spesso un po' in bagno, stavo facendo prima l'urologia, un po' di cura, dopo sono andata a una visita e basta, dopo ho smesso, avevo i giramenti, perché spesso quando andavo in bagno.

P: Nein, nur ich habe... ich gehe oft aufs Klo, ich habe davor Urologie gemacht, ein bisschen Behandlung, dann bin ich zu einer Untersuchung gegangen und

aus, dann habe ich aufgehört, es war mir schwindelig, weil ich oft, als ich aufs Klo gegangen bin...

3. D: Ma tipo infezioni? Delle vie urinarie?

D: Aber Infektionen? Der Harnwege?

4. P: Sa, quando bevo acqua già fra poco mi viene già voler far la pipì e poi o quando rido o faccio uno sforzo devo fare pipì.

P: Wissen Sie, wenn ich Wasser trinke, muss ich schon in Kürze Pipí machen und dann oder wenn ich lache oder mich anstrengte, muss ich Pipí machen.

5. D: - interrompe la paziente - ah incontinenza

D: - unterbricht die Patientin - ach, Inkontinenz

Da die Patientin auf die Frage der Ärztin (1) nicht gezielt antwortete (2) und das Thema ausweitete, wurde sie unterbrochen (3). Die Ärztin stellte dieses Mal eine spezifischere Frage (4), auf welche die Patientin wieder nicht gezielt antwortete (4). Die Patientin gab in beiden Fällen keine genauen Antworten, lieferte eher Erzählungen bestimmter Ereignisse, die ihre Harnwegsprobleme kennzeichneten. Frage 3 hätte z. B. mit „ja/nein“ beantwortet werden können, jedoch entschied sich die Patientin für eine längere Erklärung, die aber mit Infektionen nichts zu tun hatte. Die Ärztin unterbrach sie deshalb (5) und fasste die Aussage der Patientin mit dem korrekten medizinischen Ausdruck zusammen. Der gleiche Ablauf kann in den Zeilen 18, 20 und 44 beobachtet werden.

Ein anderer Grund, der zu Unterbrechungen führte, bestand in der Schwierigkeit seitens der Patientin, einige Wörter auszusprechen (9). Um Zeit zu gewinnen, unterbrach die Ärztin die Patientin und sagte die richtigen Wörter an ihrer Stelle (10), damit das Gespräch fortgesetzt werden konnte.

8. D: Ma aveva rotto qualcosa?

D: Haben Sie sich damals etwas gebrochen?

9. P: Si, la columna, la L la dode..., dode...

P: Ja, das Rückgrat, den L zwö...,zwö...

10. D: D12 e la L1. Una frattura?

D: Den D12 und L1. Einen Knochenbruch?

Im zweiten Gespräch können diese Merkmale nicht festgestellt werden, da sich die Interaktion wegen der mangelnden Sprachkenntnisse der Patientin als besonders schwierig und mühsam erwies (vgl. Abschn. 8.3.2.). Die Ärztin, welche dieselbe von der ersten Untersuchung war, beschloss deshalb, der Patientin aufmerksam zuzuhören, um so viele Informationen wie möglich über ihren Gesundheitszustand zu gewinnen.

Im dritten Gespräch, an dem eine andere Ärztin teilnahm, änderten sich die Rollen, da die Ärztin vom Patienten unterbrochen wurde und nicht umgekehrt.

32. P: Vedi cosa è successo con mio padre. Ho portato come qua per esempio una volta, hanno fatto esami e dicevano sano, ho portato da privato, ha fatto eco là ed è uscito tumore.

P: Siehst du, was mit meinem Vater passiert ist. Ich habe hier einmal gebracht, sie haben Untersuchungen gemacht und haben gesagt gesund, ich habe zum privaten Arzt gebracht, hat dort Ultraschall gemacht und es ist Krebs herausgekommen.

[...]

37. D: Però l'esame è l'eco in effetti. Se lo specialista non l'ha riconosciuto, non lo so.

D: Aber die Untersuchung ist der Ultraschall eigentlich. Wenn der Facharzt ihn nicht erkannt hat, weiß ich nicht.

38. P: - interrompe la dottoressa - no, dico per me voglio vedere bene com'è

P: - interrompe la Ärztin - nein, ich sage, ich möchte genau wissen, was es bei mir ist.

39. D: Eh ho capito, però quello che le dobbiamo fare è l'ecografia, sicuramente, però la devo mandare da Dr. X che la sa fare.

D: Ja, ich habe verstanden, aber was wir jetzt machen müssen ist ein Ultraschall, ganz sicher, aber ich muss Sie zu Dr. X überweisen, der ihn machen kann.

Ärztin und Patient besprachen die Art der Untersuchung, welcher sich der Patient unterziehen sollte, um die Ursache seiner Schmerzen zu verstehen. Da der Vater des Patienten die gleichen Symptome hatte und bei ihm Krebs diagnostiziert wurde (32), wollte

der Patient betonen, wie wichtig ihm eine verlässliche Untersuchung war (38). Deshalb unterbrach er die Ärztin, die ihm infolgedessen die Überweisung für einen Ultraschall versprach.

8.4. Körperhaltung

Die Körperhaltung ist ein wichtiger Faktor, um PatientInnen zu verstehen. Diese kann verraten, ob der Patient bzw. die Patientin sich wohlfühlt, Schwierigkeiten beim Verstehen hat, ob er/sie kooperieren möchte usw. Ein treffendes Beispiel dafür wurde am ersten Tag der Feldstudie beobachtet: Ein dreijähriges Mädchen aus Pakistan, das an Enzephalopathie, einer genetischen Krankheit, litt, wurde mit ihrer Mutter in die Notaufnahme gebracht. Die Mutter konnte kein Italienisch sprechen bzw. es kaum verstehen. Unter anderen Bedingungen - wenn PatientInnen und ÄrztInnen dieselbe Muttersprache sprechen - würde die Mutter als Sprachrohr für ihre Kinder fungieren, was jedoch in diesem Fall nicht möglich war. Die Frau verstand nur wenig davon, was die ÄrztInnen ihr mitteilten. Sie bat jedes Mal darum, den Satz zu wiederholen, und an ihrer Körperhaltung konnte festgestellt werden, dass sie sich anstrengen musste, um das medizinische Personal zu verstehen. Sie saß und beugte sich nach vorne, als ob sie der Ärztin näher sein wollte. Sie riss ihre Augen auf, um die Lippen zu lesen. Sie antwortete nur mit „ja, nein, wenig, genug“. Als die ÄrztInnen ihre Fragen bzw. Aussagen wiederholten, begannen sie immer mit dem wichtigsten Wort im Satz. Die Frau stellte keine Fragen und war sehr schüchtern. Aus diesem Grund mussten sich die ÄrztInnen auf die Befunde stützen, welche die Mutter mitgebracht hatte, um Informationen über den Gesundheitszustand des Mädchens zu gewinnen. Obwohl keine der beiden Italienisch konnte, wurde kein/e DolmetscherIn beigezogen, sondern es wurde auf den Vater des Kindes gewartet. Da er Italienisch konnte, wurde ihm über den Gesundheitszustand seiner Tochter berichtet. Er war derjenige, der dann als Dolmetscher fungierte. Er fasste seiner Frau die Worte des medizinischen Personals zusammen und verließ die Notaufnahme, um mit den ÄrztInnen der Kinderstation zu sprechen. Seine Frau blieb bei der Tochter und wurde von einer Ärztin angesprochen. Aus ihrer Körpersprache konnte man ersehen, dass sie keine Interaktion mit dem medizinischen Personal haben wollte, da sie nur die Tochter ansah und versuchte, den Blick der ÄrztInnen zu vermeiden. Als ihr Fragen gestellt wurden, versuchten die ÄrztInnen jedes einzelne Wort so langsam

und laut wie möglich auszusprechen. Außerdem versuchten die ÄrztInnen, sie in Bezug auf den Gesundheitszustand ihrer Tochter zu beruhigen, obwohl sie nicht wirklich mitbekam, was ihr gesagt wurde. Um sich besser zu verständigen, wurden auch Handbewegungen verwendet.

8.5. (A)symmetrische Züge

Aufgrund der oben genannten Daten kann festgestellt werden, dass der Gesprächsablauf in Bezug auf die Anzahl der Fragen und Antworten beinahe symmetrisch ist, da ÄrztInnen und PatientInnen fast gleich oft zu Wort kamen (vgl. Abschn. 8.3.11.).

Die Asymmetrie trat eher in anderen Bereichen, wie etwa im Wissensgefälle auf, da PatientInnen weder das medizinische Fachwissen noch die gleichen Sprachkenntnisse der ÄrztInnen besaßen.

Andere Unterschiede konnten auf die verschiedenen Ansätze zurückgeführt werden, was das Verhalten gegenüber den PatientInnen betrifft. Alle drei medizinischen Gespräche wiesen eher einen arztzentrierten Ansatz auf. Obwohl PatientInnen teilweise ihre Sorgen äußerten, wurden sie von den ÄrztInnen nicht direkt danach gefragt. Als diese jedoch zur Sprache gebracht wurden, ließen die ÄrztInnen ihre PatientInnen ausreden, versuchten jedoch, das Gespräch wieder in die richtige Bahn zu lenken. Da die Notaufnahme zur Erstversorgung dient, steht dem medizinischen Personal nicht genügend Zeit zur Verfügung, näher auf alle Bedürfnisse der PatientInnen einzugehen. Die ÄrztInnen hielten die Zügel der Kommunikation und mussten ihre Fragen so gezielt wie möglich stellen, um im schnellstmöglichen Tempo eine Diagnose zu stellen und die PatientInnen erfolgreich zu behandeln. Aus diesem Grund konnten in der Kommunikation keine Typ-1- und Typ-2-Interaktionen beobachtet werden. In der Notaufnahme ist kein Raum für Small Talk, da ÄrztInnen das Problem direkt ansprechen müssen, um es zu lösen. Die medizinischen Themen genießen höchste Priorität und stellen somit den Kern des medizinischen Gesprächs dar.

Small Talk kam eher bei italienischen Kindern vor, deren Wunden genäht werden mussten. Um sie abzulenken, wurden ihnen von den ÄrztInnen Fragen über ihre Hobbies und ihre Lieblingsvideospiele gestellt. In allen anderen Fällen, als PatientInnen Erwachsene waren, wurden sie normal untersucht ohne nicht medizinische Themen zu behandeln.

8.6. Interaktionsprobleme

Einige Arztgespräche bereiteten ÄrztInnen der Notaufnahme Probleme, da teilweise die Sprachkenntnisse der PatientInnen sowohl für das Verständnis, als auch für Äußerungen unzureichend waren und keine Strategien angewandt werden konnten. Dies war der Fall bei einem französischsprachigen afrikanischen Mann, welcher sich nur auf Französisch verständigen konnte und keine italienischsprachige Begleitperson hatte. Die Kommunikation auf gebrochenem bzw. vereinfachtem Italienisch stellte in diesem besonderen Fall keine Option dar. Aus diesem Grund beschloss die Ärztin, welche auf der Bildschirmmaske des elektronischen Systems bereits gelesen hatte, dass eine Sprachbarriere bestand, mit ihm auf Französisch zu sprechen. Der Patient suchte die Notaufnahme auf, weil er am selben Tag zu Hause von einer Notärztin untersucht wurde und nicht verstanden hatte, an wen er sich wenden sollte, um die verschriebenen Untersuchungen zu machen. Er kam ins Untersuchungszimmer und zeigte der Ärztin den Zettel der Notärztin. Sie wollte ihm mitteilen, dass er an einem anderen Tag zurückkommen sollte, da das Labor für den Rachenabstrich nur am Vormittag offen habe. Die Information wurde erfolgreich übermittelt, obwohl die Ärztin einige Schwierigkeiten hatte, sich mit ihm zu verständigen. Ihre Französischkenntnisse waren für einen reibungslosen Ablauf nicht ausreichend. Die Kommunikation geriet ein paar Mal ins Stocken. Der Ärztin waren einige Ausdrücke wie „anonymer Test“ und „privates Krankenhaus“ nicht eingefallen, und daher bat sie die Krankenschwestern im Untersuchungszimmer um Hilfe für die Verdolmetschung. Trotz dieser Schwierigkeiten konnte die Interaktion als erfolgreich bezeichnet werden, da der Patient verstehen konnte, wo und wann er die verschriebene Blutabnahme machen sollte und die Befunde abholen konnte.

8.7. Dolmetschversuche mit LaiendolmetscherInnen

Im Laufe der Feldstudie konnten einige „verdolmetsche“ Gespräche beobachtet werden. Der erste Fall betraf eine Patientin albanischer Herkunft, welche die Notaufnahme wegen Magenbeschwerden aufsuchte. Sie wurde von ihrem Sohn begleitet, da sie der italienischen Sprache nicht ganz mächtig war. Die Ärztin schrieb am Computer, dass eine Sprachbarriere bestehe, da diese Information für die ÄrztInnen der chirurgischen Station, zu der sie am Ende der Untersuchung überwiesen wurde, nützlich war. Der Sohn durfte nicht den ganzen Tag im Krankenhaus mit ihr verbringen und die Patientin muss-

te im Laufe ihres Aufenthaltes im Krankenhaus sowohl das medizinische Personal verstehen, als auch von ihm verstanden werden. Während der Anamnese und der Befundbesprechung fungierte der Sohn als Dolmetscher. Während der Untersuchung verstand die Frau die Anweisungen der Krankenschwester und daher bat sie ihren Sohn nicht, das Gesagte zu dolmetschen.

Im Gespräch mit der Ärztin drehte sich die Patientin jedoch zu ihrem Sohn, um ihm ihr Bedürfnis nach Verdolmetschung mitzuteilen. Dieses gedolmetschte Arztgespräch sorgte für Verlegenheit, da die Ärztin auch Fragen über Menstruationen und Menopause stellte, bei denen der Sohn in Befangenheit geriet. Dies war nicht nur dadurch bedingt, dass ihm dieses Thema fremd war, sondern auch, dass er Zeit gebraucht hatte, um es in seiner Muttersprache wiederzugeben. Ein interessantes Merkmal dieses Gesprächs war die Gesprächskonstellation selbst: Die Ärztin hatte anhand der im System vorhandenen Informationen Fragen gestellt. Obwohl diese für die Anamnese der Patientin gedacht waren, wurden sie direkt von ihrem Sohn beantwortet, wenn er die Antwort bereits kannte (z.B. „seit wann haben Sie Magenschmerzen?“, „Um wie viel Uhr haben Sie gestern Abend gegessen?“, „Welche Medikamente haben Sie gegen Sodbrennen genommen?“). Erst, als die Antwort nicht selbstverständlich war („sind Sie in Menopause?“, „Wann haben Sie die letzte Menstruation gehabt?“, „Sind Sie schwanger?“) und auf Anfrage der Ärztin, hatte der Sohn seiner Mutter die Fragen gedolmetscht, jedoch nur die wichtigsten. Das Gespräch entwickelte sich dementsprechend unnatürlich, da die Ärztin sich teilweise nur an den Sohn gewandt hatte, während die eigentliche Patientin selbst in den Hintergrund rückte. Die Ärztin bemühte sich darum, langsam zu sprechen, damit die Patientin den allgemeinen Sinn des Gesprächs verstehen konnte. Nachdem die Ärztin alle für sie wichtigen Informationen gesammelt hatte, bat sie den Sohn um eine vollständige Zusammenfassung des Gesprächs zur Beruhigung der Patientin.

Ein ähnlicher Fall folgte ein paar Tage später. Eine albanische Frau, die zu Besuch bei einer Freundin war, erlitt einen Nervenzusammenbruch und ließ sich in der Notaufnahme behandeln. Auch während dieses Arztgesprächs fungierte die Freundin als Dolmetscherin, welche direkt von der Ärztin angesprochen wurde, obwohl sie nicht die Patientin war. Da die echte Patientin über keine E-Card verfügte, bat die Ärztin um ihre medizinischen Unterlagen bezüglich ihres Gesundheitszustandes. Diese hatte die Patien-

tin nicht mit, da sie auf Griechisch geschrieben waren. Die Ärztin entschied sich für leichte Beruhigungsmittel und Bettruhe, da die Patientin in ein paar Tagen nach Hause zurückgefliegen wäre.

8.8. Fazit

ÄrztInnen der Notaufnahme steht eine ziemlich breite Palette an Optionen zur Verfügung, wenn es sich um die Verständigung mit ausländischen PatientInnen handelt. Für die Auswahl bzw. die Umsetzung der obengenannten Optionen bestehen jedoch keine Richtlinien, an denen sich das medizinische Personal halten muss. Deshalb wird meistens ÄrztInnen die Entscheidung überlassen, wie sie mit ausländischen PatientInnen kommunizieren möchten. PatientInnen können auch die Initiative ergreifen, da manche in die Notaufnahme mit einer Begleitung kommen, die der Landessprache mächtiger ist. Aus diesem Grund hat sich im Laufe der Jahre ein inoffizielles Prozedere entwickelt, woran sich ÄrztInnen halten. Wenn PatientInnen schon von jemandem begleitet werden, oder wenn die Interaktion auf gebrochenem bzw. vereinfachtem Italienisch möglich ist, wird kein/e professionelle/r DolmetscherIn beigezogen. Erst wenn die Verständigung überhaupt nicht möglich ist, wird das Außenbüro gebeten, eine/n professionelle/n DolmetscherIn beizuziehen.

Während der Arztgespräche mit Nichtitalienischsprachigen konnte festgestellt werden, dass sich ÄrztInnen auf besondere Sprachstrategien stützten, um das Sprachniveau und die Kommunikation zu vereinfachen. Es wurde auf Fachausdrücke verzichtet bzw. wurden nur jene verwendet, die auch die PatientInnen kannten. Als sich PatientInnen mit neuen Fachausdrücken auseinandersetzen mussten, wurden diese vom medizinischen Personal mit Wörtern der alltäglichen Sprache erläutert. Um genauere Informationen zu bekommen, griffen ÄrztInnen auf gezielte geschlossene Fragen zurück, die einer kurzen Antwort bedurften und meistens mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden konnten. Diese Strategie vermied zum Teil die Übermittlung überflüssigerer Informationen, welche das Gespräch verlängerten bzw. erschwerten und für die ÄrztInnen nicht relevant waren.

Trotz der obengenannten Strategien traten Verständigungsprobleme auf, deren Ursache hauptsächlich den schwachen Sprachkenntnissen einiger PatientInnen zuzuschreiben waren. Diese führten zu Missverständnissen, welche wiederum Wiederholun-

gen und Reformulierungen sowohl seitens der ÄrztInnen, als auch seitens der PatientInnen bedurften. Die Präsenz dieser Probleme wirkte sich sowohl auf die Dauer des Gesprächs, als auch auf die Interaktion zwischen den TeilnehmerInnen aus. Um diese Hindernisse zu überwinden, erwies sich die Unterstützung der Krankenschwestern als sehr hilfreich. Da diese in der Tat den meisten Kontakt mit den PatientInnen haben, lernten sie im Laufe der Jahre, wie man mit der Sprachbarriere zurechtkommen kann.

Was die in Anspruch genommenen Kommunikationsmöglichkeiten betrifft, konnte im Laufe der Feldstudie festgestellt werden, dass einige, wie etwa der Einsatz eines professionellen Dolmetschers bzw. einer professionellen Dolmetscherin oder schriftlicher Hilfsmittel, nicht in Betracht gezogen wurden. Im gegenständlichen Krankenhaus werden professionelle DolmetscherInnen erst herangezogen, wenn PatientInnen der Sprache wenig oder überhaupt nicht mächtig sind und sie sich einer Operation unterziehen müssen. In diesem Fall ist das vollständige Verständnis seitens der PatientInnen eine unabdingbare Voraussetzung, auf die nicht verzichtet werden kann. In allen anderen Fällen wird auf LaiendolmetscherInnen bzw. KulturmittlerInnen oder auf keine besondere Lösung zurückgegriffen.

Der Anamnesefragebogen für Notfälle kam hingegen nie zum Einsatz, weil ÄrztInnen bevorzugten, einen einfacheren Weg zu gehen, um sich die Mühe zu ersparen, mittels schriftlicher Fragen eine Anamnese durchzuführen. Die Anwendung des Fragebogens würde mehr Zeit und Aufwand in Anspruch nehmen, was den Bedürfnissen der Notaufnahme nicht entsprechen würde.

Arztgespräche ohne die Unterstützung eines professionellen Dolmetschers bzw. einer professionellen Dolmetscherin können sich zum Teil als problematisch erweisen (vgl. Abschn. 8.3.8). Die oben analysierten Gespräche zeigen, wie mühsam es sein kann, sich mit jemandem zu verständigen, dessen/deren Sprachkenntnisse nicht gut genug sind, um den eigenen Gesundheitszustand bzw. die eigene Krankengeschichte zu beschreiben.

9. Diskussion und Schlussfolgerungen

Im Laufe der letzten dreißig bis vierzig Jahre wurde Italien vom Migrationsphänomen stark beeinflusst. Infolge der steigenden Migrationsströme kam ein neues Ungleichgewicht zustande, welches Anpassungen sowohl auf politischer, als auch auf sozialer Ebene bedurfte.

Dieses neue Szenario führte die Politik zum Beschluss neuer Maßnahmen, die auf die Rechte und Pflichten der neuen Bevölkerungsgruppen Rücksicht nahmen. Auf politischer Ebene bestanden die Hauptziele darin, die Lage der Illegalen zu legalisieren und die Rechte der selbigen zu bestimmen. In diesem Zusammenhang wurden u.a. neue Gesetze verabschiedet, die den Zugang zum Gesundheitswesen regelten.

Laut italienischem Gesetz haben alle Bevölkerungsschichten gleichen Zugang zu ärztlicher Betreuung, unter der Voraussetzung, dass sie eine CRS (E-Card) besitzen. Diese ermöglicht es ihnen, alle Dienstleistungen der Krankenkasse in Anspruch zu nehmen. Nur ein beschränkter Zugang ist für jene ausländischen BürgerInnen vorgesehen, die sich illegal auf italienischem Staatsgebiet aufhalten. Sie sind von der Anmeldung bei HausärztInnen ausgeschlossen, dürfen jedoch in der Notaufnahme aller Krankenhäuser und in jenen Ambulanzen behandelt werden, in welchen freiwillige ÄrztInnen und Krankenschwestern und -pfleger tätig sind (vgl. Abschn. 4.1.). Die Daten von ISTAT zeigen, dass ausländische PatientInnen hauptsächlich die von der Krankenkasse bezahlten Dienstleistungen, wie etwa HausärztInnen, Untersuchungen in öffentlichen Krankenhäusern und Ambulanzen in Anspruch nehmen und nur wenige von ihnen mit der Absicht kommen, in Italien behandelt zu werden (vgl. Abschn. 3.3.).

Da sich die Politik auf den Kommunikationsbedarf mit Nichtitalienischsprachigen nur oberflächlich konzentrierte, ergriffen die einzelnen Regionen Initiativen, um die Lücken in der nationalen Gesetzgebung zu schließen. Es wurden hauptsächlich Kommunikationsmaßnahmen getroffen, die auf eine bessere und befriedigende Interaktion mit Nichtitalienischsprachigen im Krankenhaus abzielten. Obwohl in den letzten Jahrzehnten das Gesundheitswesen große Fortschritte im Bereich der Kommunikation und des Umgangs mit ausländischen PatientInnen erreichte und neue Maßnahmen und insbesondere europäische bzw. regionale Initiativen ergriffen wurden, werden nur wenige dieser Initiativen in die Praxis umgesetzt. Da im gegenständlichen Krankenhaus keine Umsetzungsrichtlinien bzw. -empfehlungen für die Umsetzung der obengenannten Lö-

sungsansätze gegen die Kommunikationsprobleme bestehen, fassen ÄrztInnen in der Regel den Entschluss, ob ein/e DolmetscherIn nötig ist. Obwohl PatientInnen keine Entscheidungsbefugnis bezüglich der einzusetzenden Kommunikationsmaßnahmen besitzen, treffen sie selbst Entscheidungen über die Modalitäten für die Überwindung der Sprachbarrieren in der Arzt-Patient-Kommunikation, wenn sie mit einer des Italiens mächtigen Begleitperson ins Krankenhaus kommen. Letztere stellte sich im Laufe der Feldstudie als die beliebteste Lösung für ÄrztInnen heraus, um andere Kommunikationsmöglichkeiten, wie etwa schriftliche Hilfsmittel, zu vermeiden.

Da auch professionelle DolmetscherInnen nur selten herangezogen werden, verläuft die Kommunikation in den meisten Fällen ohne Sprach- und KulturmittlerInnen. Daraus entstehen aber des Öfteren Probleme, die sich sowohl auf die Kommunikation, als auch und insbesondere auf den Gesprächsablauf und die PatientInnenbetreuung auswirken.

An den aufgenommenen und beobachteten PatientInnengesprächen konnte festgestellt werden, dass ÄrztInnen, wenn nötig, die Befunde und die Therapie mündlich genauer erklärten. In der Tat ist für ausländische PatientInnen die Übersetzung sämtlicher Befunde nicht vorgesehen und diese werden sowohl ausländischen als auch italienischen PatientInnen in der medizinischen Fachsprache übergeben. Die einzige Ausnahme stellen TouristInnen bzw. all jene ausländischen PatientInnen dar, die sich nur kurzfristig in Italien aufhalten. In diesen Fällen kann die Übersetzung der Befunde beantragt werden.

Aus den im Laufe dieses Projektes gewonnenen Informationen bzw. Daten kann geschlussfolgert werden, dass sich das italienische Gesundheitswesen, insbesondere in der Region Lombardei, der aus dem Migrationsphänomen entstandenen Herausforderungen bewusst ist, obwohl nicht auf alle Maßnahmen sofort zurückgegriffen wird.

Bibliografie

- Angelelli, Claudia (2004a) *Revisiting the Interpreter's Role*. Amsterdam: Benjamins Translation Library.
- Angelelli, Claudia (2004b) *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, Claudia (2008) The role of the interpreter in the healthcare setting: a plea for a dialogue between research and practice. In: Valero-Garcès, Carmen (Ed) *Crossing borders in community interpreting: definitions and dilemmas*. Amsterdam: Benjamins Translation Library (76).
- Baldi, Stefano und Cagiano de Azevedo, Raimondo (2005) *La popolazione italiana. Storia demografica dal dopoguerra ad oggi*. Bologna: Il Mulino Universale Paperbackbacks.
- B.U.R.L. (2005) „Bollettino Ufficiale Regione Lombardia. Atti Dirigenziali: Decreto direttore generale 2 marzo 2005 - N. 3184”
Online: <http://www.aslbrescia.it/media/documenti/normativa/2005/B.U.R.L./Aprile/DecretoDirGen%202%20marzo%20n.%203184.pdf> [zuletzt besucht am 28.05.2011]
- Chin, Jean Lau (2000) Culturally Competent Health Care. *Public Health Reports* January/February 2000 (115), 25-33.
Online:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308553/pdf/pubhealthrep00023-0027.pdf> [zuletzt besucht am 26.04.2012]
- Comuni (2011) „Regione Lombardia” Online: <http://www.comuni-italiani.it/03/> [zuletzt besucht am 12.07.2011]
- Corsellis, Ann (2008) *Public Service Interpreting: the first steps*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Demo ISTAT (2009) „Bilancio demografico cittadini stranieri” Online: <http://demo.istat.it/str2009/index.html> [zuletzt besucht am 10.07.2011]
- Demo ISTAT (2010) „Bilancio demografico 2010” Online: <http://demo.istat.it/bil2010/index.html> [zuletzt besucht am 11.07.2011]
- Dgls 30/2007 (2007) Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel

territorio degli Stati membri. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 27 marzo 2007(72). Roma: Biblioteca Nazionale.

Online: www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/testi/07030dl.htm [zuletzt besucht am 20.07.2011]

EU (2009) „Der Schengen-Raum und die entsprechende Zusammenarbeit.“ Online: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/133020_de.htm [zuletzt besucht am 23.07.2011]

Geo Demo ISTAT (2009) “Tavola 9.3: Cittadini non comunitari regolarmente presenti per motivo della presenza, area geografica e principali Paesi di cittadinanza, per sesso, al 1 Gennaio 2009 – Maschi e femmine.”

Online: http://demo.istat.it/altridati/noncomunitari/2009/tab.3_2009.xls [zuletzt besucht am 28.06.2011]

Have, Paul ten (1991) Talk and institution: a reconsideration of the 'asymmetry' of doctor-patient interaction. In: Deirdre Boden & Don H. Zimmerman, (Eds). *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press, 138-163.

Online: <http://www.paultenhaven.nl/Talk-2005-tot.pdf> [zuletzt besucht am 18.04.2012]

ISO 9008 Online: http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_standards/quality_management/iso_9001_2008/concept_and_use_of_the_process_approach_for_management_systems.htm [zuletzt besucht am 23.07.2011]

ISP (2011) „Istituto San Pellegrino“ Online: http://www.istitutosanpellegrino.com/ssml/uni_pagina.asp?id_contenuto=29&titolo=Interpreti%20per%20le%20Istituzioni [zuletzt besucht am 27.04.2012]

ISTAT DaWinci (2001) „Tavola 1: popolazione residente dell’Italia ai confini dell’epoca e ai confini attuali ai censimenti dal 1861 al 2001.”

Online: <http://dawinci.istat.it/dawinci/jsp/dawinci.jsp?q=pl01000100112000> [zuletzt besucht am 09.07.2011]

ISTAT (2010) „La popolazione straniera residente in Italia.” Online: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20101012_00/ [zuletzt besucht am 28.06.2011]

- JCI (Hg.) (⁴2010) *Accreditation standards for hospitals. Standards lists version*. USA: Joint Commission Resources publications. Online: http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/IAS400_Standards_Lists_Only.pdf [zuletzt besucht am 21.07.2011]
- Kaufert, Joseph M. und Koolage, William W. (1984) Role conflict among culture brokers: the experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science and Medicine* 1984(18(3)), 283-286.
- Knapp, Karlfried und Knapp-Potthoff, Annelie (1987) Instead of an introduction: conceptual issues in analyzing intercultural communication. In: Knapp, Karlfried, Enninger, Werner und Knapp-Potthoff, Annelie (Eds.) *Analyzing Intercultural Communication*. Berlin, New York, Amsterdam: Mouton de Gruyter, 1-13.
- Legge 943/86 (1987) Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 12 gennaio 1987(8). Roma: Biblioteca Nazionale.
- Legge 39/90 (1990) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416, recante norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato. Disposizioni in materia di asilo. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 28 febbraio 1990(49). Roma: Biblioteca Nazionale.
- Legge 104/92 (1992) Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 17 febbraio 1992(39), Supplemento Ordinario. Roma: Biblioteca Nazionale.
- Legge 40/98 (1998) Disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 12 marzo 1998(59), Supplemento Ordinario. Roma: Biblioteca Nazionale.
- Online: <http://www.camera.it/parlam/leggi/98040l.htm> [zuletzt besucht am 11.06.2011]
- Legge 189/2002 (2002) Modifica alla normativa in materia di migrazione e di asilo. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 26 agosto 2002 (199), Supplemento

- to Ordinario. Roma: Biblioteca Nazionale. Online: <http://www.camera.it/parlam/leggi/021891.htm> [zuletzt besucht am 11.06.2011]
- Merlini, Raffaella (2009) Interpreters in Emergency Wards: an empirical study of doctor-interpreter-patient interaction. In: Pedro Ricoy, Raquel de, *Interpreting and Translating in Public Service Settings. Policy, practice, pedagogy*. Manchester: St. Jerome Publishing.
- MFH (2004) „The Migrant Friendly Hospitals Project in a nutshell“
Online: <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm> [zuletzt besucht am 18.06.2011]
- Moriyama, Masaki, Harnish, Delwyn L. und Shinichi, Matsubara (1994) The Development of Graphic Symbols for Medical Symptoms to Facilitate Communication between Health Care Providers and Receivers. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 1994 (174), 387-398.
- Murray, Alan und Sohndi, Ranjit (1987) Socio-political influences on cross-cultural encounters: Notes towards a framework for the analysis of context. In Knapp, Karlfried, Enninger, Werner und Knapp-Potthoff, Annelie (Eds.) *Analyzing Intercultural Communication*. Berlin, New York, Amsterdam: Mouton de Gruyter, 15-17.
- Pöchhacker, Franz (2000) *Dolmetschen. Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag.
- Pöchhacker, Franz (2003) Situative Zusammenhänge. In: Snell-Hornby, Mary; Hönig, Hans G.; Kußmaul, Paul (Eds.) *Handbuch Translation (E2/95)*. Tübingen: Stauffenburg-Verlag, 327-329.
- Pöllabauer, Sonja (2002) Community Interpreting als Arbeitsfeld – Vom Missionarsgeist und von moralischen Dilemmata. In: Best, Johanna und Kalina, Sylvia (Eds.) *Übersetzen und Dolmetschen: eine Orientierungshilfe*. Tübingen: Francke, 286-298.
- Salvini, Silvana und De Rose, Alessandra (Ed.) (2011) *Rapporto sulla popolazione italiana. L'Italia a 150 anni dall'unità*. Bologna: Il Mulino Universale Paperbacks.
- Stevens, Kathryn A. and Fletcher, R.F. (1989) Communicating with Asian Patients. *British Medical Journal* 1989 October, 7, (299), 905-906.

- Online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1837773/pdf/bmj00253-0043.pdf> [zuletzt besucht am 20.04.2012]
- Taviani, Andrea (Ed.) (1991) *Comunicare con il paziente extracomunitario*. Roma. Il Pensiero Scientifico Editore.
- TRIAGE (2011) Online: http://www.ospedaledigallarate.it/pronto_soccorso/images/pronto_tri3a.jpg [zuletzt besucht am 29.10.2011]
- Tuffnell, D.J., Nuttal, K., Raistrick, J, Jackson, TL (1994) Use of Translated Written Material to Communicate with Non-English Speaking patients. *British Medical Journal* 1994 October, 15, (309), 992.
- Online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541268/pdf/bmj00461-0030.pdf>
- Valero-Garcés, Carmen (2002) Interaction and conversational constrictions in the relationship between suppliers of services and immigrant users. *Pragmatics* 12 (4), 469-496.
- Valero-Garcés, Carmen (2007) Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges. In: Pöchhacker, Franz und Schlesinger, Miriam (Eds.) *Healthcare Interpreting. Discourse and interaction* (9). Amsterdam: Benjamins current topics, 35-51
- Whitehead, Dean (2004) The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International* Juni 2004(19/2), 259-267. Oxford University Press.
- Online:
<http://www.phru.net/phn/healthpromotinghospitals/Shared%20Documents/hph%20m.pdf> [zuletzt besucht am 26.07.2011]
- WHO (1946) „Constitution of the World Health Organisation“
- Online: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [zuletzt besucht am 12.06.2011]
- WHO (2004) „Standards for health promotion in hospitals“
- Online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf [zuletzt besucht am 29.07.2011]
- WHO (2011) „Types of healthy settings – Health Promoting Hospitals“
- Online: http://www.who.int/healthy_settings/types/hospitals/en/ [zuletzt besucht

am 04.06.2011]

Anhang I

DAS INTERVIEW MIT DER LEITERIN DES AUßENBÜROS DES KRANKENHAUSES (Ital. URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico)

Der untere Text stellt die Transkription des im April 2011 durchgeführten Interviews mit der Leiterin des Außenbüros des Krankenhauses dar, in welchem Beobachtungen zur Kommunikation zwischen italienischen ÄrztInnen und ausländischen PatientInnen gemacht wurden. In der linken Spalte befindet sich der transkribierte Text in Originalsprache, in der rechten die deutsche Übersetzung. Für diese habe ich mich entschieden, dem Original treu zu bleiben, indem nur die männliche Form einiger Begriffe wie Dolmetscher, Patient und Arzt übersetzt wurde. Um eine Gruppe zu bezeichnen, die sowohl Frauen als auch Männer umfasst, wird im Italienischen nämlich nur die männliche Form der Einzahl und Mehrzahl verwendet.

In questa intervista userò il termine “paziente straniero”; esso indica una persona che non ha alcuna conoscenza o una conoscenza scarsa e lacunosa della lingua italiana, un aspetto che potrebbe influenzare la comunicazione.	Im Laufe dieses Interviews werde ich den Begriff „ausländischer Patient“ verwenden; dieser bezieht sich auf Menschen, die der italienischen Sprache nicht oder nur mangelhaft mächtig sind, was vermutlich die Kommunikation erschwert.
Il “paziente straniero” proviene da un'altra nazione e per questo motivo appartiene ad una cultura diversa.	Der „ausländische Patient“ stammt aus einem anderen Land und gehört aus diesem Grund einer anderen Kultur an.
REPARTI OSPEDALIERI	KRANKENHAUSSTATIONEN
Quanti sono in media gli stranieri che si rivolgono a questa Azienda Ospedaliera (AO) e che beneficiano delle sue prestazioni?	Wie viele Ausländer kommen durchschnittlich in dieses Krankenhaus (KH) und ziehen aus Ihren Leistungen Nutzen?
In che genere delle mie prestazioni?	Meinen Sie damit meine Leistungen?
No, delle prestazioni di questa azienda ospedaliera	Nein, die Leistungen dieses Krankenhauses im Allgemeinen
Ah, delle sue... eh no, no è un dato che non possiamo... perchè allora dobbiamo distinguere fra pazienti ricoverati, pazienti che accedono al Pronto Soccorso, pazienti che accedono all'attività ambulatoriale che è un'altra cosa, quindi è un dato numerico	Ah, im Allgemeinen.. eh nein, das sind Daten, die wir nicht... weil wir dann zwischen eingelieferten Patienten, Patienten der Notaufnahme und Ambulanzpatienten unterscheiden müssen. Das sind Daten, die ich in diesem Moment

che io in questo momento...	nicht...
Non sa. Ok. Non sa quali sono i reparti a più alta densità di stranieri?	Die Sie nicht wissen. Wissen Sie welche Stationen die höchste Anzahl von ausländischen Patienten verzeichnen?
<p>Allora bè, questo sì: il Pronto Soccorso e il settore materno infantile, intendendo per settore materno-infantile l'ostetricia, la ginecologia e la pediatria. Sono stati settori che nell'arco... negli anni precedenti ovvero quando il fenomeno migratorio era più nuovo diciamo così, erano più frequentati.</p> <p>Adesso siamo di fatto in una società multiculturale quindi gli stranieri che... i migranti che sono da noi da più tempo e quindi è chiaro che iniziamo a vedere una distribuzione in altri reparti che fino a 10-15 anni fa non vedevamo, però ecco 10-15 anni fa era sicuramente il materno-infantile e il Pronto Soccorso e lo è ancora, maggiormente rispetto ad altri.</p>	<p>Also, ja, das weiß ich: die Notaufnahme und die Mütter-Kind-Station. Damit sind die Geburtshilfe, die Frauen- und Kinderheilkunde gemeint. Es handelt sich um jene Stationen, die im Laufe... in den letzten Jahren, als das Migrationsphänomen noch sozusagen neu war, am meisten aufgesucht wurden.</p> <p>Jetzt leben wir tatsächlich in einer multikulturellen Gesellschaft, und die Ausländer, die... die Migranten, die bei uns seit längerer Zeit leben und es ist klar, dass wir eine Verteilung in anderen Stationen sehen können, die wir bis vor 10-15 Jahren nicht gesehen haben, aber ja, vor 10-15 Jahren waren sicherlich die Geburtshilfe, die Frauen- und Kinderheilkunde und die Notaufnahme, und vor allem die Notaufnahme bleibt es noch bis heute.</p>
Quando è stata introdotta una politica interna a favore dei pazienti stranieri? Un protocollo diciamo.	Wann wurden Maßnahmen angesichts des zunehmenden Aufkommens ausländischer Patienten getroffen? Ein Protokoll sozusagen.
<p>Allora, noi abbiamo in essere un progetto che si intitola "multietnia l'ospedale si confronta" nato nel '99 circa, 2000. Si intorno al '99-2000 e da lì è partito appunto questo progetto ed è partito con una ricerca, ricerca riferita al numero di pazienti presenti e non solo numericamente e siamo andati anche a considerare le diverse etnie, quindi quanti di quali etnie in quali reparti maggiormente e abbiamo poi fatto un'intervista strutturata anche a tutti i capisala e responsabili.. io parlo dei tre ospedali¹, quindi B., S. e T.... a tutti i capisala e ai responsabili di servizio della</p>	<p>Also wir haben ein Projekt ins Leben gerufen, das „Vielvölkerstaat: das Krankenhaus schreitet ein“ heißt. Es wurde ungefähr in den Jahren 1999-2000 gestartet, ja, zirka 1999-2000, und damals wurde eine Studie zu den Patientenzahlen durchgeführt. Wir haben aber nicht nur die Anzahl, sondern auch die Ethnien der Patienten in Betracht gezogen, d.h. wie viele welcher Ethnien in welchen Stationen am meisten waren, und dann haben wir ein strukturiertes Interview unter allen Stationschwestern und Verantwortlichen durchgeführt... ich beziehe mich auf alle drei Krankenhäuser¹</p>

<p>degenza o degli ambulatori, dei servizi per verificare che... se avevano dei problemi determinati dalla presenza di migranti e quali.</p>	<p>und zwar B., S. und T... unter allen Stationsschwestern und Verantwortlichen für den Krankenhausaufenthalt und für die Ambulanzen und die Dienstleistungen, um zu überprüfen, dass... ob sie Probleme hatten, die auf die Migranten zurückzuführen waren, und welche.</p>
<p>(1) La direttrice si riferisce ai tre ospedali che costituiscono il circolo ospedaliero in questione. Sono sempre più numerosi gli ospedali italiani che si uniscono in circoli ospedalieri.</p>	<p>(1) Die Dame bezieht sich auf den Krankenhausverbund, welchem das gegenständige Krankenhaus angehört. In Italien schließen sich immer mehrere Krankenhäuser zu einem Verbund.</p>
<p>Quindi questa doppia raccolta di dati, da un lato il numero e la tipologia rispetto all'etnia, dall'altro un'intervista strutturata a tutti i capisala per capire quali bisogni loro e anche quali bisogni letti nei pazienti secondo il loro punto di vista e quindi abbiamo raccolto dei dati. Allora cosa è risultato da quella ricerca?</p>	<p>Also diese doppelte Datensammlung zur Patientenanzahl und Ethnie einerseits, andererseits ein strukturiertes Interview mit allen Stationsschwestern, um herauszufinden, welche Bedürfnisse sich ihrerseits, und welche Bedürfnisse sich, in den Augen des betreuenden Pflegepersonals, für die Patienten ergeben hatten. Also was hat sich bei dieser Studie herausgestellt?</p>
<p>Va bè che il bisogno maggiore era quello di una... di avere del materiale... insomma il problema maggiore era la lingua, appunto quindi la non conoscenza linguistica da parte dello straniero quindi l'esigenza di avere la presenza di materiale tradotto eventualmente oppure ecco il bisogno che emergeva maggiormente era la necessità di avere un ufficio di riferimento al quale rivolgersi in caso di necessità. Poi va bè è emerso il bisogno di diete speciali per alcune culture ecco maggiormente quelli. Problemi? Sì qualche problema riferito soprattutto al rispetto di orari di visita piuttosto che di prestazioni e qua siamo più nella fascia latino-americana dove il rispetto del tempo è un po' fantasioso ecco oppure la richiesta del medico donna per gli accessi a ginecologia e non solo a ginecologia per la donna musulmana e però ecco in modo più forte però è emerso il problema linguistico.</p>	<p>Na ja, dass das größte Bedürfnis war eine... Material zur Verfügung zu haben, also das größte Problem war die Sprache, und zwar die mangelnden Sprachkenntnisse seitens des Ausländers und daher das Bedürfnis, übersetztes Material zur Verfügung zu haben. Oder ein starkes Bedürfnis nach einem zuständigen Büro, an das man sich im Notfall wenden kann. Und dann ist auch das Bedürfnis spezieller Ernährungsweisen für bestimmte Kulturen aufgetreten, also vor allem diese. Probleme? Ja, einige Probleme bezüglich der Einhaltung der Besuchs- und Untersuchungszeiten, und hier beziehe ich mich auf die lateinamerikanische Kultur, in der an die Einhaltung der vorgegebenen Zeiten sehr großzügig herangegangen wird, oder bei Musliminnen das Verlangen nach einer Ärztin für gynäkologische und allgemeine Untersuchungen, aber das größte Problem blieb die Sprache.</p>
<p>Allora cosa abbiamo fatto? A seguito di quella ricerca abbiamo poi posto in essere delle azioni. Innanzitutto sono stati</p>	<p>Also was haben wir dann gemacht? Nach der Studie haben wir praktische Schritte eingeleitet. Zuallererst wurden drei Büros</p>

<p>individuati negli Uffici Relazioni con il Pubblico i tre uffici di riferimento per tutti e tre gli ospedali per la tematica della multiculturalità quindi quando c'è anche necessità eccetera si rivolgono a noi. Abbiamo fatto tradurre del materiale e abbiamo individuato delle agenzie di riferimento per avere nell'arco di poco tempo dei traduttori, mediatore linguistico soprattutto. È sentito meno il bisogno del mediatore culturale forse perché poi le etnie presenti sono così tante che quale etnia di questo... poi va bè io sono convinta che la relazione per interposta persona insomma gli infermieri e comunque il personale devono apprendere qual è la modalità di relazione in una società che ormai è connotata come multi-etnica. Quindi in Italia abbiamo 196 etnie presenti circa quindi quale etnia... e allora abbiamo fatto dei corsi, dei corsi sulla multiculturalità per tre anni di seguito, corsi di circa 40 ore, quindi non solo la giornata dove abbiamo chiamato esperti di comunicazione transculturale.</p>	<p>gegründet, die für alle drei Krankenhäuser als zuständige Büros für Multikulturalismus fungieren. Wenn sie uns brauchen, wenden sie sich an uns. Wir haben Material übersetzen lassen und haben Sprachdienstleistungsagenturen ausgesucht, mit denen wir regelmäßig zusammenarbeiten. Somit können wir innerhalb kurzer Zeit auf Übersetzer, aber vor allem Sprachmittler zurückgreifen. Das Bedürfnis nach Kulturmittlern ist nicht so groß, weil vielleicht die aktuell vertretenen Ethnien so zahlreich sind, dass welche Ethnie... na ja, ich bin davon überzeugt, dass eine Beziehung, die durch einen dritten Menschen vermittelt wird, na ja, die Krankenschwestern und das Personal müssen lernen, wie sie sich mit den anderen in einer offenbar multiethnischen Gesellschaft auseinandersetzen müssen. In Italien leben 196 Ethnien also welche Ethnie... und dann haben wir drei Jahre infolge Kurse organisiert, Kurse über den Multikulturalismus, Kurse, die ungefähr 40 Stunden gedauert haben, also nicht nur einen Tag, an dem wir Experten aus dem Bereich der transkulturellen Kommunikation herangezogen haben.</p>
<p>E questi corsi erano rivolti solo ai medici o anche al personale?</p>	<p>Waren diese Kurse nur an Ärzte oder auch an das weitere Personal gerichtet?</p>
<p>No, medici, infermieri e personale di assistenza.</p>	<p>Nein, Ärzte, Krankenschwestern- und pfleger.</p>
<p>Tutto il personale medico</p>	<p>Das gesamte medizinische Personal</p>
<p>Medici, infermieri e personale di assistenza OSS² e OTA³ e personale di supporto insomma e anche una piccola quota per gli amministrativi perchè comunque l'impatto con lo straniero avviene anche per loro.</p> <p>(2)OSS= Operatore socio-sanitario (3)OTA= Operatore Tecnico addetto all'Assistenza</p>	<p>Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger OSS² und OTA³ und auch eine kleine Anzahl von den Verwaltungsangestellten, weil sie sich auch auf jeden Fall mit den Ausländern auseinandersetzen müssen.</p> <p>(2)OSS= sozio-sanitäre MitarbeiterInnen (3)OTA= technische MitarbeiterInnen für die medizinische Betreuung</p>
<p>Certo agli sportelli</p>	<p>Natürlich, am Schalter</p>

<p>Esattamente agli sportelli. Poi abbiamo emanato una procedura, siccome noi siamo certificati come URP, una procedura riferita all'attivazione di un interprete, quindi procedura alla quale tutti i reparti devono attenersi. Ecco devo dire che le richieste d'interpretariato ne abbiamo non tantissime, però ci capita soprattutto per i casi più urgenti o... oppure per le persone che veramente hanno difficoltà, non hanno un parente che le accompagni ecc., oppure ecco per lingue meno conosciute, mai per l'inglese o lo spagnolo o il francese, ma abbiamo avuto richieste di interprete in lingua farsi piuttosto che e quindi con ricerche anche abbastanza complesse. Devo dire che la maggior parte delle volte il paziente si rivolge con qualcuno che conosce la lingua.</p>	<p>Genau, am Schalter. Dann haben wir ein Protokoll erstellt, da wir als URP zertifiziert sind, ein Protokoll, das sich auf die Beziehung eines Dolmetschers bezieht, also ein Protokoll, das alle Stationen einhalten müssen. Also ich muss gestehen, dass wir nicht viele Anfragen für Dolmetschaufträge bekommen, aber es passiert vor allem bei dringenden Notfällen oder... oder für Leute, die wirklich Schwierigkeiten haben, die keine Verwandten haben, die sie begleiten usw. oder für weniger bekannte Sprachen, nie für Englisch oder Spanisch oder Französisch, aber wir hatten Anfragen für Farsi, und die Suche nach einem passenden Dolmetscher gestaltete sich als schwierig. Ich muss gestehen, dass in den meisten Fällen der Patient mit jemandem ins Krankenhaus kommt, der die Sprache spricht.</p>
<p>Viene già accompagnato</p>	<p>Er kommt schon mit einer Begleitung</p>
<p>Sì, si rivolge a noi con già qualcuno quindi nella rete parentale o amicale. Comunque c'è sempre qualcuno che è qua da più tempo e che conosce la lingua e che fa un po' da interprete.</p>	<p>Ja, er kommt mit jemandem aus dem Familien- bzw. Freundeskreis zu uns. Auf jeden Fall gibt es immer jemanden, der seit längerer Zeit hier lebt und die Sprache kann und als Dolmetscher fungiert.</p>
<p>É mai capitato che dei genitori venissero con i bambini</p>	<p>Ist es schon vorgekommen, dass die Eltern mit ihren Kindern gekommen sind?</p>
<p>Sì, piccoli.</p>	<p>Ja, kleine.</p>
<p>E i bambini facevano da interpreti?</p>	<p>Haben die Kinder als Dolmetscher fungiert?</p>
<p>E i bambini facevano da interpreti, sì succede. Succede e questo è un caso... ne abbiamo parlato anche al corso quindi uno stravolgimento di quelli che sono i codici affettivi, nuovi ruoli ecc. però succede.</p>	<p>Genau das, die Kinder haben als Dolmetscher fungiert, ja es ist vorgekommen. Es kommt vor und das ist ein Fall... wir haben während des Kurses darüber gesprochen, also das führt zur Verzerrung der emotionalen Bindungen, zu neuen Rollen usw. aber es kommt vor.</p>
<p>Questi interpreti sono professionisti oppure sono interpreti che hanno imparato il lavoro ormai facendolo?</p>	<p>Sind diese Dolmetscher, von denen Sie gesprochen haben, Profis oder Laiendolmetscher im Sinne, dass sie ihre Arbeit erlernt haben, indem sie sie lange praktiziert haben?</p>

No, noi ci rivolgiamo a delle agenzie. Se ci rivolgiamo a dei singoli può capitare a volte che chiediamo il curriculum. È chiaro che per alcune lingue come il farsi è difficile. E allora però è chiaro che devono conoscere il rispetto della privacy piuttosto che...	Nein, wir wenden uns an Agenturen. Wenn wir uns an Freiberufler wenden, kann es sein, dass wir um den Lebenslauf bitten. Es ist klar, dass es für einige Sprachen wie Farsi schwierig ist. Aber es ist klar, dass sie vor allem die Grundsätze des Datenschutzes kennen müssen oder...
I libricini quelli che mi diceva al telefono che sono stati tradotti in 29 lingue...	Die kleinen Bücher, von denen Sie mir am Telefon erzählt haben, die in 29 Sprachen übersetzt wurden...
Ah, sì è anche sul sito della regione. È un questionario multilingue. Aspetti lo vuole vedere?	Ach ja, das ist auch auf der offiziellen Webseite der Region Lombardei. Es handelt sich um einen mehrsprachigen Anamnesefragebogen. Warten Sie, möchten Sie ihn sehen?
Sì, se ce l'ha volentieri. Questionario anamnestico. Ecco questo qua è il risultato del famoso studio che avete fatto nel '99.	Ja, wenn Sie ihn da haben, gerne. Anamnesefragebogen. Also, das ist das Ergebnis der berühmten Studie, die Sie im Jahr 1999 durchgeführt haben.
No, no, questo è stato predisposto da Soroptimist International che appunto si occupava che si è occupato anche di problemi di aspetti insomma di multiculturalità e quindi l'hanno tradotto.. ah ecco qua il decreto.. hanno tradotto il questionario anamnestico.. vede.. allora le lingue sono 29 mi pare, sì ed è usato in questo modo: c'è la versione per esempio italiano albanese, piuttosto che... vede...	Nein, nein, das wurde von Soroptimist International ausgearbeitet, einer weiteren Organisation, die sich mit Problemen und Multikulturalismus auseinandergesetzt hat und er wurde übersetzt... ach das ist der Beschluss... sie haben den Anamnesefragebogen übersetzt... sehen Sie... also es gibt 29 Sprachen, wenn ich mich nicht irre und es wird so verwendet: es gibt die italienische-albanische Version, oder... sehen Sie...
Ah ok, va piegato così e quindi poi c'è la corrispondenza.	Ach, ok, es muss so gefaltet werden, dass sich eine Übereinstimmung ergibt.
Esatto c'è la corrispondenza.	Genau, es ergibt sich eine Übereinstimmung.
Ah poi ci sono le altre dall'altra parte	Ach, es gibt Fragen auf der anderen Seite
Esatto.	Genau.
E su che base sono state scelte queste domande?	Auf welcher Basis wurde der Fragenkatalog erstellt?
Allora ha lavorato, lavorava un medico all'interno di questo gruppo e quindi su base di domande che vengono poste in pronto soccorso. È una raccolta	Also, ein Arzt hat in dieser Gruppe mitgearbeitet und somit auf Basis jener Fragen, die in der Notaufnahme gestellt werden. Das ist eine anamnestische

anamnestica si chiama anamnesi... ecco bengalese, cinese...	Sammlung, es wird Anamnese genannt... Bengalisch, Chinesisch...
Qui per esempio: "potrebbe scrivere il suo nome in italiano" inteso in caratteri occidentali?	Hier z.B.: „könnten Sie Ihren Namen auf Italienisch aufschreiben“. Ist damit in westlichen Zeichen gemeint?
Sì, e poi c'è anche una tavola grafica per cui non so l'espettorato che colore ha? Cioè non so.	Ja, und dann gibt es auch eine Abbildung, wie z.B. welche Farbe hat der Auswurf? Weiß ich nicht.
E questi numerini si riferiscono a che cosa? Alle domande? Poi il paziente indica il colore.	Und worauf beziehen sich diese Zahlen? Auf die Fragen? Dann zeigt der Patient die Farbe.
Esattamente.	Genau.
E questi tre omini invece? Qua sembrano le ossa e qua il sistema cardio-circolatorio.	Und diese drei kleinen Männchen? Hier sieht man die Knochen und hier das Kreislaufsystem.
Questi non mi ricordo sinceramente. Ha difficoltà a vedere, sentire, deglutire, camminare? Oppure ha dolore di giorno, di notte, indichi quale ora. Comunque ecco è possibile anche utilizzare...	Um ehrlich zu sein, erinnere ich mich nicht daran. Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen, Hören, Schlucken, Gehen? Oder spüren Sie Schmerzen tagsüber, in der Nacht, zeigen Sie, um wie viel Uhr. Aber es ist auch möglich zu verwenden...
E questi libricini quando sono stati introdotti?	Wann wurden diese Bücher eingeführt?
Dunque, credo siamo nel 2002-2003 più o meno.	Also, ich glaube mehr oder weniger in den Jahren 2002-2003.
Ok, quindi quasi una decina di anni che vengono utilizzati. E volevo chiederle, quindi un medico ha lavorato all'organizzazione di questo questionario.	Ok, also sie werden seit ungefähr 10 Jahren verwendet. Und ich wollte Sie fragen, also ein Arzt hat an diesem Fragebogen gearbeitet.
Sì, il dott.ssa U.	Ja, Frau Dr. U.
E poi da chi è stato tradotto? È stato tradotto da un'agenzia?	Von wem wurde er übersetzt? Von einer Agentur?
Penso di sì, perché non ce ne siamo occupati noi come azienda, è stato Soroptimist.	Ja, ich glaube schon, aber ich weiß es nicht genau, weil wir uns nicht damit beschäftigt haben, es war Soroptimist.
Ma quindi vi siete rivolti voi a Soroptimist?	Haben Sie sich an Soroptimist gewendet?
No, ce li ha fatti avere.	Nein, sie wurden von Soroptimist eigenständig ausgearbeitet und zur Verfügung gestellt.

Che lei sappia sono solo B., S. e T. a utilizzare questi questionari anamnestici?	Werden Ihres Wissens diese Anamnesefragebögen nur in B., S. und T. verwendet?
No, no, li avevano anche diffusi e poi sono stati messi a punto a fronte di questo lavoro è un decreto di Regione Lombardia del 2005. Un gruppo di lavoro al quale io ho partecipato infatti va bè sono elencate le aziende ospedaliere che hanno partecipato ha definito delle linee guida e poi è stato vede anche indicato.. qui si dice: esiste del materiale, andate ad utilizzarlo se ne avete bisogno.	Nein, nein, sie wurden auch an andere Krankenhäuser verteilt und danach wurden sie von der Region Lombardei in einen Beschluss vom Jahr 2005 einbezogen. Eine Arbeitsgruppe, an der ich teilgenommen habe. Es werden die Krankenhäuser aufgezählt, die daran teilgenommen haben und die die Richtlinien beschlossen haben. Es wird auch hier betont... hier wird gesagt: es gibt Material, das verwendet werden soll, wenn es gebraucht wird.
È disponibile anche online il questionario anamnestico?	Ist der Anamnesefragenbogen auch online verfügbar?
Sì, sul sito di Regione Lombardia.	Ja, auf der Webseite der Region Lombardei.
Ok, in tutte le lingue che sono presenti qua sopra.	Ok, in allen Sprachen, die hier geschrieben sind.
Sì sì. È possibile scaricarlo, stamparlo. Questo è stato divulgato a tutta la Regione Lombardia, quindi potenzialmente potrebbe essere utilizzato da tutte le strutture.	Ja, er kann heruntergeladen und ausgedruckt werden. Er wurde in der ganzen Region Lombardei verteilt und könnte theoretisch von allen Krankenhäusern verwendet werden.
Quindi praticamente è un'iniziativa regionale e non statale questa dei questionari anamnestici.	Es handelt sich praktisch um eine regionale und keine staatliche Initiative.
Sì sì, e poi questo è un decreto di Regione Lombardia.	Ja, ja, es handelt sich um einen Beschluss der Region Lombardei.
Ecco nel caso in cui un paziente si presenta al Pronto Soccorso, ha un malore, sa un po' d'italiano, gli si presenta questo questionario anamnestico e non sa leggere e scrivere, il paziente è analfabeta. Cosa fate in questo caso?	Falls ein Patient in die Notaufnahme kommt, dem es schlecht geht, und er nur wenig Italienisch kann, gibt man ihm diesen Fragebogen. Was aber, wenn er weder lesen noch schreiben kann, er also Analphabet ist. Was machen Sie in diesem Fall?
E non sa neanche parlare?	Und er spricht auch kein Italienisch?
No, parlare qualcosina di italiano ok e magari in questo caso il dottore dice ok prendo il questionario anamnestico e cerco di capire?	Ein wenig vielleicht..., versucht der Arzt dann unter Zuhilfenahme des Anamnesefragebogens den Patienten zu verstehen?

No, se è analfabeta non può usarlo chiaramente.	Nein, wenn er Analphabet ist, kann er ihn natürlich nicht verwenden.
Ma vi rivolgete a un interprete? Chiamate qualcun'altro?	Wenden Sie sich dann an einen Dolmetscher? Ziehen Sie jemand anderen heran?
Se hanno bisogno sì, si rivolgono a noi e noi cerchiamo un interprete se esistono grossi problemi. Però non so, come le ripeto non sono tantissimi i casi di chiamate succede, ma non è così frequente.	Wenn sie jemanden brauchen, dann schon: sie wenden sich an uns und wir suchen einen Dolmetscher, wenn große Probleme bestehen. Aber ich weiß es nicht genau, es gibt nicht so viele solche Fälle, es kommt vor, aber nicht so oft.
Comunque gli stranieri riescono a comunicare eventualmente con i questionari.	Aber Ausländer können eventuell mithilfe der Fragebögen kommunizieren.
Riescono a comunicare con il questionario, con l'aiuto di qualcuno che li accompagna.	Ja, mit dem Fragebogen oder durch jemanden, der sie begleitet.
Comunque riescono a farsi intendere insomma...	Sie können sich verständigen...
Sì,	Ja
Ok. È mai capitato invece che qualcuno del personale medico facesse da interprete? Non so un'infermiera piuttosto che un medico.	Ok. Ist schon einmal vorgekommen, dass jemand vom medizinischen Personal als Dolmetscher fungiert hat?
Sì sì è capitato	Ja, ja, das ist schon vorgekommen
Bilingue o non bilingue	Sind diese Personen zweisprachig oder nicht
Anzi quando noi abbiamo bisogno se, non so, sappiamo di avere delle etnie fra gli infermieri.. per esempio abbiamo degli infermieri che vengono dalla Russia, dall'Ucraina piuttosto che dall'Albania, allora ci è capitato di chiamarli come interpreti.	Also, wenn wir jemanden brauchen und wissen, dass eine der Krankenschwestern dieser Ethnie angehört... wir haben z.B. Krankenschwestern, die aus Russland, der Ukraine und Albanien kommen. Dann ist passiert, dass wir sie als Dolmetscherinnen eingesetzt haben.
E hanno svolto loro il lavoro	Und diese haben dann die Rolle des Dolmetschers übernommen
Sì sì	Ja, ja
Senza problemi	Ohne Probleme
Sì sì	Ja ja
Voi avete mai fatto... avete mai collaborato con i rappresentanti delle	Haben Sie schon gemacht... haben Sie schon einmal mit den Vertretern der

comunità di queste etnie che sono qui presenti?	verschiedenen Gemeinschaften/Ethnien, die hier leben, zusammengearbeitet?
Allora avevamo organizzato una tavola rotonda parlo però forse del 2001-2002 eh sì per presentare i dati di quella ricerca di cui le ho parlato ed era intervenuto anche un rappresentante degli stranieri, però no, non abbiamo grossi...	Also, wir hatten einen Rundtisch organisiert, aber das war noch 2001-2002, ja, um die Daten der Studie zu präsentieren, von der ich Ihnen erzählt habe. Zu diesem Anlass hatte ein Vertreter der ausländischen Gemeinschaften einen Beitrag geleistet, aber wir haben keine intensive...
Grosse collaborazioni	Intensive Zusammenarbeit
No no. Abbiamo dei rapporti con delle associazioni che sul territorio si occupano di stranieri ad esempio "l'orizzonte" allora sì ci confrontiamo in caso di necessità reciproche.	Nein, nein. Wir sind mit einigen Verbänden in Verbindung, die sich auf lokaler Ebene mit Thematiken rund um die Ausländergemeinschaften auseinandersetzen und wir beraten uns gegenseitig im Notfall.
Quindi Lei mi stava dicendo che queste iniziative che sono state poi prese anche dall'ospedale anche della ricerca e dei vari questionari sono state fatte dal punto di vista dell'ospedale cioè da un'esigenza vostra.	Sie haben mir erzählt, dass diese Initiativen, die dann auch vom Krankenhaus übernommen wurden, auf Grundlage der eigenen Bedürfnisse, d.h. der Bedürfnisse des Personals, entstanden sind.
Sì, sì.	Ja, ja.
Più che magari che da un'esigenza dei pazienti.. Ecco Lei mi ha detto che vengono usati poco gli interpreti o comunque raramente.	Und nicht wirklich auf Grundlage der Bedürfnisse der PatientInnen. Sie haben mir gesagt, dass Dolmetscher selten oder kaum herangezogen werden.
Vengono utilizzati in caso di necessità. Ecco non è così frequente.	Sie werden im Notfall herangezogen, es ist nicht so häufig.
Quest'anno più o meno quante volte avete chiamato un interprete?	Wie oft haben Sie dieses Jahr Dolmetscher beauftragt?
Solo a B. mi sta chiedendo?	Nur in B.?
Sì o anche nei tre ospedali come preferisce.	Ja, oder auch in den drei Krankenhäusern, wie Sie möchten.
Ma se parliamo dei tre ospedali... aspetti un attimo che chiedo alla mia collega... 6-7 volte... vieni (<i>arriva la collega</i>) siccome sono le mie collaboratrici che si occupano di chiamarle, sono più aggiornate di me. Per quali lingue li abbiamo chiamati?	Aber wenn wir über die drei Krankenhäuser sprechen... warten Sie kurz, ich frag meine Kollegin... 6-7mal... (<i>ihre Kollegin betritt den Raum</i>) da meine Mitarbeiterinnen sich darum kümmern, die Dolmetscher zu kontaktieren, sind sie immer auf dem Laufenden. Für welche Sprachen haben wir Dolmetscher

<p><i>Spagnolo, arabo (ah anche spagnolo?)... sì ci siamo riferiti anche a personale interno, però è un'attivazione che abbiamo fatto. Posso controllare...</i></p> <p>Cinese? <i>Cinese, il pakistano</i></p>	<p>kontaktiert? <i>Spanisch, Arabisch (ach, auch Spanisch?)... ja, wir haben uns auch auf das Krankenhauspersonal gestützt, aber das ist ein Auftrag, den wir erteilt haben. Ich kann nachschauen...</i></p> <p>Chinesisch? <i>Chinesisch, Pakistanisch</i></p>
<p>Comunque più lingue orientali non francese, tedesco... più lingue dell'est</p>	<p>Aber eher östliche Sprachen, nicht Französisch, Deutsch... eher die östlichen.</p>
<p>No, tedesco, nemmeno francese, tedesco no mai. Spagnolo è la prima volta (spagnolo non capita spesso però).</p> <p><i>L'anno scorso avevamo fatto una ricerca per un traduttore farsi, confine tra Afghanistan e Pakistan, e lì abbiamo avuto qualche difficoltà perchè poi è caduto nel periodo delle festività per cui anche lì ci sono i vari... era Pasqua forse... comunque il farsi anche quella è una lingua che viene chiesta e non ce ne sono tantissime di disponibilità. Però in linea di massima sono queste.</i></p>	<p>Nein, Deutsch nicht, auch Französisch nicht. Deutsch eigentlich nie. Spanisch war jetzt das erste Mal (Spanisch kommt allerdings nicht so oft vor).</p> <p><i>Letztes Jahr mussten wir jemanden für Farsi suchen, und zwar für jene Variante, die im Grenzgebiet zwischen Afghanistan und Pakistan gesprochen wird. Damals hatten wir noch zusätzliche Schwierigkeiten, weil wir den Auftrag während der Feiertage erhalten haben. Es war zu Ostern vielleicht... auf jeden Fall ist Farsi eine sehr gefragte Sprache, doch leider gibt es nicht viele, die diese Sprache beherrschen. Aber im Großen und Ganzen sind diese die Sprachen.</i></p>
<p>Per quanto riguarda invece poi i referti, i referti sono scritti in italiano, ai pazienti vengono dati i referti in italiano o c'è un servizio di traduzione per questi referti?</p>	<p>Die Befunde werden auf Italienisch verfasst. Werden sie dann den Patienten auf Italienisch gegeben oder übersetzt?</p>
<p>Allora no. vengono dati in italiano però ci è capitato di farli tradurre per casi particolari magari pazienti che dovevano ritornare nel loro Paese allora sì.</p>	<p>Nein, also sie bleiben auf Italienisch, aber es ist schon mal passiert, dass wir sie übersetzen lassen haben, weil die Patienten in ihr Land zurückkehren mussten.</p>
<p>E anche in questo caso vi rivolgete poi ad agenzie di traduzione e d'interpretariato?</p>	<p>Wenden Sie sich auch in diesem Fall an Dolmetsch- und Übersetzungsbüros?</p>
<p>Sì, certo.</p>	<p>Ja, natürlich.</p>
<p>Quindi non c'è un servizio fisso di traduzione di referti per gli stranieri, ma in caso di necessità viene...</p>	<p>Es besteht kein bestimmtes Übersetzungsbüro, das die Befunde für ausländische Patienten übersetzt, aber im Notfall wird...</p>
<p>Sì, il referto di Pronto Soccorso contiene</p>	<p>Ja, der Befund der Notaufnahme enthält</p>

anche questo foglio, ma va bè sono note riferite alla privacy.	auch dieses Blatt, aber es handelt sich hierbei um Vorgaben über den Datenschutz.
Ok, quindi è in quattro lingue: in italiano, in inglese, in francese, in spagnolo e in arabo, perché la popolazione araba è abbastanza presente qua.	Ok, also das Blatt über den Datenschutz gibt es in fünf Sprachen: Italienisch, Englisch, Französisch, Spanisch und Arabisch, da die arabische Bevölkerung zahlreich ist.
Eh, abbastanza sì.	Ja, ziemlich.
All'interno di questo ospedale o dei tre ospedali di cui fa parte appunto questa azienda ospedaliera esiste un ufficio per assicurare la qualità? Della prestazione ospedaliera in sé?	In diesem Krankenhaus oder in einem der drei Krankenhäuser, die diesem Verbund angehören, gibt es ein Büro für die Qualitätssicherung?
Sì, esiste l'ufficio qualità e infatti cura le certificazioni ISO e JOINT COMMISSION.	Ja, es gibt das Büro für die Qualitätssicherung, welches sich um Zertifikate wie die ISO und die JOINT COMMISSION kümmert.
Ecco e Lei diceva che questo ospedale è certificato, ma anche per questo servizio?	Also Sie haben gesagt, dass dieses Krankenhaus auch für diese Dienstleistung zertifiziert ist?
No, non l'ospedale. Ci sono alcuni settori certificati dell'ospedale e l'ufficio relazioni con il pubblico ha le certificazioni ISO.	Nein, nicht das Krankenhaus. Nur einige Stationen/Abteilungen sind zertifiziert und das Außenbüro wurde mit den ISO-Zertifikaten ausgezeichnet.
ISO che numero?	ISO... welche Nummer ist es genau?
9002 mi pare. <i>(Ritorna la collega) Portoghese brasiliano, togolese, c'è stato anche qualche intervento in inglese e in tedesco... pochi in emodinamica per esempio dove hanno voluto dare delle indicazioni proprio precise al paziente allora lì si è stato richiesto l'interprete.</i>	Ich glaube 9002. <i>(Ihre Kollegin kommt zurück) Brasilianisches Portugiesisch, Togolesisch, einige Aufträge für Englisch und Deutsch... wenige in Hämodynamik, z.B. als die Ärzte dem Patienten genauere Erklärungen geben wollten und aus diesem Grund wurde ein Dolmetscher herangezogen.</i>
Certificazione ISO 9002? 9008	Zertifikat ISO 9002? 9008
E cosa prevede questa certificazione?	Was sieht dieses Zertifikat vor?
Attesta che il servizio rispetta delle procedure. Dà quelli che sono degli indirizzi per quanto riguarda la stesura di procedure che devono essere poste in essere all'interno delle varie aziende con le	Es bestätigt, dass unsere Dienstleistung einem bestimmten Protokoll unterzogen ist. Hier werden Richtlinien für die Entwicklung von Verfahren über die Modalitäten bezüglich der

<p>modalità con le quali devono essere presentate per la gestione della qualità del servizio che viene esteso all'intera azienda. Riguardo al discorso della comunicazione va bè si fa riferimento alle modalità comunicative, però per quanto riguarda la multiculturalità questo fa parte più di progetti che non di direttive ISO.</p>	<p>Qualitätssicherung bestimmt, die in den verschiedenen Krankenhäusern in die Praxis umgesetzt werden müssen. Was die Kommunikation betrifft, bezieht man sich auf die Kommunikationsmöglichkeiten. Was den Multikulturalismus angeht, handelt es sich eher um Projekte und nicht um ISO-Richtlinien.</p>
<p>Però anche questo è certificato quello che fate con gli stranieri.</p>	<p>Aber das, was Sie mit den Ausländern machen ist auch zertifiziert.</p>
<p>La procedura di attivazione dell'interprete è certificata.</p>	<p>Das Verfahren für die Beiziehung eines Dolmetschers ist zertifiziert.</p>
<p>Perfetto. Lei poi parlava di questi corsi sulla multiculturalità. Come sono stati poi recepiti dal personale? Cioè il personale medico, gli infermieri e le altre persone delle segreterie sono rimasti soddisfatti?</p>	<p>Perfekt. Sie haben auch die Kurse über den Multikulturalismus erwähnt. Wie wurden Sie vom Personal angenommen? Und zwar vom medizinischen Personal, den Krankenschwestern und den anderen Angestellten vom Schalter? Waren sie damit zufrieden?</p>
<p>Allora sono rimasti soddisfatti del corso sicuramente perché il ritorno valutativo è stato molto buono. Poi cos'abbiano messo in atto quello poi è difficile no.</p>	<p>Also, sie waren mit dem Kurs sehr zufrieden, weil die Bewertung sehr positiv war. Was sie dann tatsächlich umgesetzt haben, ist schwierig zu erfahren.</p>
<p>Però comunque l'hanno accolto bene, sono stati soddisfatti?</p>	<p>Aber der Kurs wurde gut angenommen und sie waren damit zufrieden?</p>
<p>Sì, sì, sì. Anzi volevano fosse riproposto per raggiungere maggiormente tutti.</p>	<p>Ja, ja, ja. Sie wollten den Kurs wiederholen, sodass alle daran teilnehmen könnten.</p>
<p>E questo corso come si articolava? Mi ha detto 40 ore.</p>	<p>Wie war dieser Kurs zeitlich eingeteilt? Sie haben 40 Stunden gesagt.</p>
<p>Sì, circa 36... dunque erano tre giornate e mezzo... intorno alle 30 ore (7 ore al giorno). Sì, tre giorni e mezzo abbiamo fatto l'ultimo quando è venuto XY. Vuole sapere cosa è stato trattato?</p>	<p>Ja, ungefähr 36 Stunden... es waren etwa dreieinhalb Tage... ungefähr 30 Stunden (also 7 pro Tag). Ja, dreieinhalb Tage und der letzte wurde erst angeboten als XY gekommen ist. Möchten Sie wissen, welche Themen wir behandelt haben?</p>
<p>Se ne avete la possibilità sì. Senta e per quanto riguarda Lei? Lei è docente di?</p>	<p>Wenn Sie die Möglichkeit haben, gerne. Eine Frage nun an Sie: Sie sind Professorin für?</p>
<p>Io sono docente di etica professionale. Io nasco come infermiera, sono infermiera di</p>	<p>Ich bin Professorin für Ethik. Ich habe als Krankenschwester angefangen, habe die</p>

<p>formazione, poi ho fatto il corso di abilitazione per le... quindi sono caposala per così dire e ho lavorato molti anni nella clinica e poi ho lavorato nella formazione infermieristica, sono stata vicedirettrice della scuola d'infermieri, ma è stata una passione grande la formazione e finché poi nel '99 il direttore generale di allora mi ha chiesto con insistenza di occuparmi di relazioni generali con il pubblico. Allora non esisteva, c'era tutto da inventare. La normativa lo prevedeva, però non esisteva qua a B. Allora va bè inizialmente sono stata un po' anche perché la formazione mi piaceva, quindi non avrei voluto lasciarla.</p> <p>Poi lui mi ha molto coinvolto in progetti aziendali ecc. però quando mi ha messo con le spalle al muro ho detto va bè tutto sommato lo sto già facendo. Poi mi piace anche mettermi in gioco, fare cose nuove e ho detto va bè accettiamo questa sfida e così ho costituito un ufficio relazioni con il pubblico che non volevo fosse l'ufficio reclami... è vero che accogliamo reclami, però volevo un ufficio relazioni con il pubblico che si occupasse di altro, di progetti... Infatti vede anche progetti di cooperazione internazionale piuttosto che l'organizzazione di eventi, concerti, inaugurazioni o progetti di promozione alla salute e quant'altro.</p>	<p>entsprechende Ausbildung und dann auch den Kurs für die Stationsschwester besucht. Ich habe viele Jahre in der Klinik gearbeitet und dann in meiner Ausbildung war ich Vizedirektorin der Schule für Krankenschwestern. Aber die Ausbildung war meine große Leidenschaft, bis zu dem Zeitpunkt, als der Generaldirektor 1999 mich beharrlich gebeten hatte, mich mit der Öffentlichkeit zu befassen. Damals gab es noch nicht eine derartige Arbeitsstelle. Daher mussten wir uns alles neu ausdenken. Das Gesetz sah es vor, aber in B. existierte es noch nicht. Also am Anfang war ich in diesem Bereich ein wenig tätig, auch weil mir die Ausbildung gefallen hat und ich daher nicht damit aufhören wollte.</p> <p>Dann hat er mich sehr viel in die Projekte des Krankenhauses miteinbezogen usw. aber als er mich an die Wand getrieben hat, habe ich mir gedacht, ok, diese Arbeit leiste ich schon. Es gefällt mir, mich einzusetzen, neue Sachen zu unternehmen und ich habe mir gedacht, ok nehmen wir diese Herausforderung an und ich habe das Außenbüro gegründet. Allerdings wollte ich nicht, dass es zu einem Reklamationsbüro wird... Es stimmt, dass wir Reklamationen annehmen, aber ich wollte ein Außenbüro, das sich mit etwas Anderem beschäftigt, wie mit Projekten, internationalen Kooperationsprojekten, Veranstaltungen, Konzerten, Eröffnungen oder mit Projekten für die Gesundheitsförderung usw.</p>
<p>Organizzate questi corsi di promozione alla salute anche per gli stranieri?</p>	<p>Organisieren Sie diese Kurse für die Gesundheitsförderung auch für Ausländer?</p>
<p>No, organizziamo rispetto alla promozione alla salute serate rivolte ai cittadini, alla cittadinanza: “informa salute, i giovedì della salute”.</p>	<p>Nicht nur, wir bieten sie für alle Bürger an: “Gesundheitsinformationen: die Gesundheitsdonnerstage”.</p>
<p>Volevo chiederle: ho visto che Lei ha partecipato come docente e gli altri sono Suoi collaboratori?</p>	<p>Ich wollte Sie fragen: Ich habe gesehen, dass Sie als Professorin daran teilgenommen haben. Sind die anderen</p>

	Ihre Mitarbeiter?
No, allora C.M. è l'assistente sociale dell'ospedale che ha parlato appunto dei flussi migratori; S. B. anche lei è assistente sociale dell'istituto tumori è particolarmente esperta in legislazione rispetto ai migranti quindi l'abbiamo chiamata; L.S. è una rappresentante di regione Lombardia che lavora nei progetti di multiculturalità e promozione della salute; D.C. è un'antropologa dell'ISMU di Milano e M. M. è una persona particolarmente esperta in medicina transculturale, ha scritto anche dei libri; M.D. invece è un sociologo formatore e ha condotto a Chiasso un nostro progetto sulla multiculturalità.	Nein, also C.M. ist die Sozialarbeiterin des Krankenhauses und hat eben über die Migrationsströme gesprochen; S.B. ist auch Sozialarbeiterin des Institutes für Krebshilfe und Expertin für Migrantengesetz und wir haben sie herangezogen; L.S. ist eine Vertreterin der Region Lombardei und arbeitet an Projekten über Multikulturalismus und Gesundheitsförderung; D.C. ist Anthropologin von ISMU in Mailand und M.M. ist Experte in transkultureller Medizin. Er hat auch Bücher veröffentlicht; M.D. ist ein Soziologieprofessor und war Projektleiter in Chiasso (CH).
Una volta che lo straniero viene dimesso o arriva al Pronto Soccorso non so magari ha un polso slogato e il medico gli dice: “deve tornare fra 2 settimane per vedere come va” Voi come fate ad assicurarvi che il paziente poi torni?	Nachdem ein Ausländer entlassen wird oder in die Notaufnahme kommt und der Arzt ihm sagt: „Sie müssen in zwei Wochen für eine Kontrolluntersuchung zurückkommen“ Wie können Sie sich sicher sein, dass diese PatientInnen zurückkommen?
Eh non siamo sicuri.	Wir sind uns nicht sicher.
Quindi non avete un metodo per capire se il paziente segue l'aderenza alla terapia oppure no oppure se ritorna.	Sie haben dann keine Methode, um zu verstehen, ob der Patient die Therapieadhärenz einhält oder ob er zurückkommt.
No, gli viene consigliato poi se va altrove.. sta poi nella libera scelta di ogni cittadino e quindi anche lo straniero... poi ecco per gli stranieri che non sono in regola né con il permesso di soggiorno né il sistema sanitario hanno diritto all'assistenza ovviamente e viene rilasciato un tesserino che si chiama codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) e questo dà diritto alla prestazione sanitaria. Ci sono poi sul territorio anche delle associazioni di volontariato che si occupano di erogare assistenza di primo livello per i pazienti che non hanno la possibilità di avere un medico di base perchè non ne hanno il diritto e possono rivolgersi a loro. Infatti ad alcuni noi diamo l'indicazione,	Nein, es wird ihm empfohlen, aber er kann auch in ein anderes Krankenhaus gehen... es geht hier um den freien Willen aller Bürger... also auch um den der Ausländer. Auch wenn sie illegal sind und weder eine Aufenthaltsgenehmigung besitzen noch Recht auf medizinische Fürsorge haben, wird ihnen die STP-Karte ausgestellt (De: Ausländer vorläufig anwesend) und diese gewährleistet ihnen das Recht auf medizinische Fürsorge. Es gibt dann in ganz Italien Freiwilligenverbände, die die medizinische Grundfürsorge für alljene Patienten gewährleisten, die keine Möglichkeit haben, einen Hausarzt zu haben, weil sie keinen Anspruch darauf haben. Daher empfehlen wir einigen, sich

<p>suggeriamo di rivolgersi... perchè non hanno diritto all'assistenza di base oppure vengono in Pronto Soccorso anche per un mal di gola e questo è un problema per noi eh, perchè intasano il Pronto Soccorso: Il PS è per le emergenze urgenti.</p>	<p>an sie zu wenden, da sie keinen Anspruch auf die Grundfürsorge haben oder sie kommen in die Notaufnahme nur wegen Halsschmerzen und das ist ein Problem für uns, da sie die Notaufnahme zum Stocken bringen: die Notaufnahme ist nur für dringende Notfälle gedacht.</p>
<p>Quindi loro se ho capito bene utilizzano il PS come se fosse il medico di base.</p>	<p>Wenn ich das richtig verstanden habe, verwenden sie die Notaufnahme so, als ob es sich um den Hausarzt handeln würde.</p>
<p>Ecco, sì purtroppo sì. Dico purtroppo perchè poverini mi rendo conto che non avendo altri... quindi ci mancherebbe hanno diritto all'assistenza, però il PS è un settore di emergenza urgente quindi a fronte di un accesso, di un utilizzo non idoneo del PS si creano code e rischia poi di aspettare anche il caso veramente urgente.</p> <p>Il PS è una struttura che andrebbe usata solo per casi di emergenza urgente. Di fatto viene usato, ma anche dagli italiani, perché "mi fa male la gamba da 15 giorni" vengo in PS, NO! Vai dal tuo medico di base, quindi non sono solo gli stranieri a maggior ragione perché non hanno il diritto del medico di base se sono qua in modo non regolare e quindi... però ecco anche il PS ha il nominativo di questa associazione ambulatoriale che si trova a L.. Al caposala diciamo quando vengono... poi l'accesso di PS è sempre seguito da una visita che non si nega ovviamente a nessuno, però dategli le indicazioni di rivolgersi a queste associazioni di volontariato che hanno dei volontari medici e infermieri.</p>	<p>Ja, leider schon. Ich sage leider, weil die armen... ich bin mir dessen bewusst, dass sie keine anderen... daher haben sie Recht auf medizinische Fürsorge, aber die Notaufnahme ist eine Station für die Notfälle, wenn PatientInnen somit in die Notaufnahme gehen, ohne dass es nötig ist, verursachen sie nur Schlangen und die echten Notfälle laufen Gefahr, länger warten zu müssen.</p> <p>Die Notaufnahme sollte nur in dringenden Notfällen aufgesucht werden. Tatsache ist, dass auch Italiener in die Notaufnahme kommen, weil „mir tut das Bein seit 15 Tagen weh“ und sie kommen in die Notaufnahme, NEIN! Gehen Sie zum Hausarzt. Es sind nicht nur die Ausländer, die aber einen guten Grund haben, weil sie kein Recht auf einen Hausarzt haben, wenn sie sich in Italien illegal aufhalten und daher... aber die Notaufnahme steht in Kontakt mit diesem Verband, der in L. liegt. Der Stationsschwester sagen wir, wann sie kommen... Der Untersuchung in der Notaufnahme folgt eine weitere, die niemandem versagt wird, aber ihnen müssen die Informationen gegeben werden, damit sie sich an diese Verbände wenden können, die freiwillige Ärzte und Krankenschwestern zur Verfügung haben.</p>
<p>Per quanto riguarda sempre il problema linguistico, delle barriere linguistiche, quando voi sapete che arriva un paziente come nel caso del farsi e che questo paziente è residente in</p>	<p>Was die Sprachbarrieren betrifft, wenn Sie wissen, dass ein Patient, wie im Falle der Sprache Farsi, kommt, und dass er in Italien lebt und höchstwahrscheinlich noch einmal ins Krankenhaus kommen</p>

Italia e molto probabilmente si presenterà un'altra volta, all'interno del tesserino sanitario nazionale, voi potete salvare le informazioni scrivendo “il paziente non sa l'italiano” per cui per qualsiasi visita prevista c'è bisogno per lui di un interprete?	wird, können Sie auf der E-Card die Information „der Patient kann kein Italienisch“ speichern, sodass ihm bei jeder Untersuchung eine DolmetscherIn zur Verfügung steht?
No, non credo. All'interno della cartella clinica Lei dice?	Nein, ich glaube nicht. Auf dem Krankenblatt meinen Sie?
No, anche all'interno del tesserino.	Nein, auf der Karte.
Ah non lo so. La CRS?	Ach, das weiß ich nicht. Die E-Card?
Sì, il tesserino quello sanitario	Ja, die E-Card
Sì, la CRS. Non Le so rispondere a questa domanda.	Ja, die E-Card. Ich kann diese Frage nicht beantworten.
E nel caso in cui si presenta lo stesso paziente (vedi farsi) voi richiamate lo stesso interprete?	Und im Falle desselben Patienten wird derselbe Dolmetscher kontaktiert?
Tendenzialmente sì. Se ci siamo trovati bene sì. Per avere anche una continuità. Per esempio per il cinese c'è un medico, un cinese laureato in medicina che chiamiamo avendo anche delle conoscenze mediche alcuni termini riesce anche a tradurli meglio.	Normalerweise schon. Wenn wir mit ihm zufrieden waren, dann schon. Auch um eine Kontinuität zu haben. Zum Beispiel für die chinesische Sprache kommt ein Arzt zum Einsatz, ein Chinese, der Medizin studiert hat, den wir kontaktieren, da er medizinische Kenntnisse hat und die Fachbegriffe besser übersetzen kann.
Per voi non è anche un lato positivo che l'interprete già sa quello che è successo la volta precedente, cioè la storia del paziente?	Ist es für Sie nicht auch vorteilhaft, dass der Dolmetscher schon weiß, was bei der vorigen Untersuchung passiert ist, er also die Geschichte des Patienten kennt?
Sì, sì certo anche questo è un aspetto positivo.	Ja, ja klar, das ist auch vorteilhaft.
Vi facilita magari un po'?	Erleichtert es Ihnen die Arbeit?
Sì, sì. Se poi il medico ci dice “ci siamo trovati molto bene, rimandateci lo stesso” a maggior ragione. Poi devono essere comunque persone discrete, che stanno a margine eh insomma devono avere delle caratteristiche... non invadenti.. devono essere percepite bene dal paziente altrimenti c'è una chiusura, non un'apertura e rischieremmo che il paziente non ci riferisca dei dati importanti.	Ja, ja und wenn der Arzt sagt “wir waren mit ihm sehr zufrieden, kontaktieren Sie bitte den gleichen” besteht ein guter Grund dafür. Außerdem müssen sie diskrete Menschen sein und sich im Hintergrund halten, sie müssen besondere Eigenschaften haben... nicht aufdringlich sein... sie müssen vom Patienten positiv wahrgenommen werden, ansonsten zieht sich der Patient zurück und wir laufen

	Gefahr, dass er uns wichtige Informationen vorenthält.
Prima dell'introduzione del questionario anamnestico a chi facevate riferimento per riuscire a comunicare con gli stranieri?	An wen haben Sie sich vor der Einführung des Anamnesefragebogens gewendet, um mit ausländischen Patienten kommunizieren zu können?
Eh mi sta chiedendo però della storia che non conosco a questo punto... prima del '99 forse non era sentito in modo così importante la cosa	Sie fragen mich nach etwas ich nicht weiß... vielleicht war dieses Problem vor 1999 nicht so stark ausgeprägt.
Voi non avete somministrato dei questionari ai pazienti per capire.	Haben Sie unter den Patienten Fragebögen verteilt?
Ai pazienti no, però è stato fatto questo sondaggio fra personale medico, infermieri eccetera per capire quali fossero i problemi alla base.	Unter den Patienten nicht, aber es wurde eine Umfrage unter dem medizinischen Personal, Krankenschwestern usw. durchgeführt, um herauszufinden, welche die grundlegenden Probleme waren.
Senta nel momento in cui il dottore decide di usare il questionario anamnestico e ad un certo punto non riesce ad arrivare da nessuna parte perchè la comunicazione subisce una battuta d'arresto, vi chiama e voi chiamate un interprete?	Wenn der Arzt den Anamnesefragebogen verwenden möchte, die Kommunikation aber dann ins Stocken gerät, wird das Büro angerufen und Sie ziehen einen Dolmetscher heran?
Sì.	Ja.
Quindi in ogni caso	Also auf jeden Fall
Chiediamo il grado di urgenza. Abbiamo provato ad essere chiamati con il paziente sul tavolo operatorio o comunque in preparazione che poteva attendere ancora un paio d'ore ecc., perchè se è un'emergenza non si chiede il consenso. I medici operano secondo un principio di beneficenza. Se invece è indispensabile acquisire il consenso con urgenza, ma è un'urgenza che può attendere due o tre ore ecc. allora abbiamo provato ad essere chiamate. Una donna cinese mi ricordo che doveva subire un intervento e il medico aveva bisogno di chiedere un consenso. Aveva bisogno proprio che la donna capisse cosa le stavano facendo e quindi abbiamo trovato l'interprete nell'arco di poco tempo.	Wir fragen nach, wie dringend der Fall ist. Wir wurden kontaktiert, während der Patient schon auf dem Operationstisch lag oder der für die Operation vorbereitet werden musste, der aber noch ein paar Stunden warten konnte usw., weil wenn es sich um einen Notfall handelt, fragt man nicht nach der Einwilligung. Ärzte arbeiten nach dem Wohlfahrtsprinzip. Wenn die Einwilligung aber unabdingbar ist und es sich um einen Notfall handelt, bei dem man aber noch zwei oder drei Stunden warten kann, wurden wir kontaktiert. Ich kann mich erinnern, dass sich eine Chinesin einer Operation unterziehen musste und der Arzt ihre Einwilligung brauchte. Er wollte, dass die Dame alles versteht, was die Ärzte machen

	und in kürzester Zeit haben wir einen Dolmetscher gefunden.
Quindi per le urgenze è previsto un interprete in genere.	Für die Notfälle wird normalerweise ein Dolmetscher beauftragt.
In questo caso la donna era cinese, da sola, era da sola in ospedale e non parlava una parola in italiano, quindi era indispensabile.	Ja, in diesem Fall handelte es sich um eine Chinesin, die kein Wort Italienisch konnte und es war unabdingbar.
Quindi questo è l'ufficio di mediazione culturale e linguistica per gli stranieri. Ecco lei prima mi diceva “ si parla di mediazione linguistica e non di mediazione culturale” in che senso?	Das ist also das Büro für Sprach- und Kulturmittlung für Ausländer. Sie haben vorher gesagt „es wird von Sprach- und nicht von Kulturmittlung“ gesprochen. Was meinen Sie damit?
Nel senso che il mediatore culturale è un'altra figura non è il mediatore linguistico: il mediatore linguistico è colui che traduce le lingue, il mediatore culturale è colui che fa da ponte tra due culture cercando di far capire quali sono le peculiarità di quella cultura. Quindi l'esigenza di avere un mediatore culturale... non sono state così prepotenti.	Der Kulturmittler ist ein anderer Beruf, er ist nicht der Sprachmittler: der Sprachmittler übersetzt Sprachen, der Kulturmittler ist die Brücke zwischen zwei Kulturen und versucht, die Merkmale beider Kulturen zu erklären. Das Bedürfnis, einen Kulturmittler zu haben, war nicht so stark.
Non è mai capitato che l'interprete svolgesse il ruolo di mediatore culturale e non solo di mediatore linguistico?	Ist es nie passiert, dass der Dolmetscher nicht nur die Rolle des Sprachmittlers, sondern auch die Rolle des Kulturmittlers gespielt hat?
Non lo so. Non le so rispondere perchè io non sono presente ai colloqui, quindi non credo, però non vorrei darle una risposta sulla base solo di una percezione.	Ich weiß es nicht. Das kann ich nicht beantworten, weil ich während der medizinischen Gespräche nicht anwesend bin und ich möchte Ihnen keine Antwort geben, die rein auf meiner Wahrnehmung basiert.
Vi eravate posti degli obiettivi precisi per questi corsi?	Haben Sie sich während der Kurse Ziele gesetzt?
Stavo finendo di raccontare la mia storia professionale quindi sì ho accettato questa sfida ho fatto un corso organizzato da regione Lombardia proprio per i responsabili degli uffici relazioni con il pubblico e sono qua dal '99. Mi occupo di questo dal '99. Anche questi manifesti con il codice TRIAGE tradotto questo è stato prodotto dal gruppo nel quale ho lavorato in Regione Lombardia: descrive il codice	Ich wollte noch meine berufliche Geschichte erzählen, also ja, dann habe ich diese Herausforderung angenommen, ich habe einen Kurs besucht, der von der Region Lombardei für die Verantwortlichen der Außenbüros organisiert wurde und ich bin seit 1999 da. Ich beschäftige mich damit seit 1999. Auch diese Plakate mit der Übersetzung des Triage-Codes ist das Ergebnis der

<p>di triage, sono stati diffusi. Questo librettino in sei lingue - italiano, arabo, somalo, francese, inglese e portoghese - era stato diffuso in alcuni settori soprattutto di emergenza e urgenza. È un glossario.</p>	<p>Arbeit der Gruppe der Region Lombardei, in der ich gearbeitet habe: es beschreibt den Triage-Code und es wurden verteilt... dieses kleine Buch in sechs Sprachen - Italienisch, Arabisch, Somalisch, Französisch, Englisch und Portugiesisch - wurde in verschiedenen Stationen vor allem in der Notaufnahme verteilt. Es ist ein Glossar.</p>
<p>Veniva usato durante le visite?</p>	<p>Wurde er während der Untersuchungen verwendet?</p>
<p>No, ce l'hanno i reparti in caso di necessità, poi abbiamo tradotto le carte. Tenga presente che ora dovremmo procedere con un aggiornamento delle cartelline, questo è materiale vecchio, però tenga presente che questo è per l'ospedale di S..</p> <p>Noi abbiamo delle cartelline di accoglienza in italiano che poi abbiamo tradotto in francese, spagnolo e inglese. In realtà poi ci siamo resi conto che oddio non so se il personale non le consegna o se... ecco all'interno di queste cartelline c'è anche il questionario per la rilevazione della customer satisfaction: ecco non ci è mai tornato un questionario in lingua diversa dall'italiano. Ecco però i reparti ce le hanno le cartelline. Abbiamo iniziato con la traduzione di queste cartelline poi ci siamo resi conto che il paziente straniero ha bisogno di altro.</p> <p>Quindi ci siamo concentrati di più sull'indicazione di esami di laboratorio. Come fare l'urinocultura per dire. Perché spiegare ad es. raccogliere il mito intermedio vuol dire iniziare a fare la pipì, poi fermarsi e raccogliere nel contenitore il resto delle urine, diventa difficile se... e quindi ci siamo concentrati più su indicazioni per effettuare esami di laboratorio.</p>	<p>Nein, die Stationen haben es für die Notfälle, dann haben wir diese Dokumente übersetzt. Beachten Sie aber, dass wir jetzt diese Mappen aktualisieren müssen, das ist altes Material. Aber beachten Sie, dass dieses Material für das Krankenhaus S. bestimmt ist.</p> <p>Wir haben Willkommensmäppchen auf Italienisch, die dann ins Französische, Spanische und Englische übersetzt wurden. Dann ist uns aufgefallen, ich weiß nicht, ob das Personal sie nicht aushändigt oder ob... in dieser Mappe findet sich auch der Fragebogen über die Kundenzufriedenheit: es wurde uns nie ein ausgefüllter Fragebogen übermittelt, der nicht auf Italienisch war. Aber die Stationen haben diese Mappen. Wir haben mit der Übersetzung dieser Mappen angefangen und dann ist uns aufgefallen, dass der ausländische Patient etwas Anderes braucht.</p> <p>Deshalb haben wir uns auf die Anweisungen für die Labortests konzentriert. Wie sie eine Urinkultur anlegen können z.B. Weil den Mittelstrahlurin zu gewinnen bedeutet, zuerst Urin abzugeben, dann den Strahl unterbrechen und den Rest des Harns in einem Behälter zu sammeln, es wird schwierig wenn... daher haben wir uns mehr auf die Anweisungen für die Labortests konzentriert.</p>

Anhang II

Transkription der aufgenommenen Arztgespräche

In der Transkription werden die TeilnehmerInnen mit folgenden Abkürzungen angegeben:

- ÄrztIn = D (dottore/dottoressa)
- PatientIn = P (paziente)
- Krankenschwester bzw. -pfleger = I (inferniera/infermiere)

Der Wahrnehmungsraum wird in Klammern angegeben und die Unterbrechungen werden durch zwei Minuszeichen (-Aussage-) gekennzeichnet.

Erstes Gespräch

1. D: Lei soffre di qualche malattia?

D: Leiden Sie an einer bestimmten Krankheit?

2. P: No, solo che ho... vado spesso un po' in bagno, stavo facendo prima l'urologia, un po' di cura, dopo sono andata a una visita e basta, dopo ho smesso, avevo i giramenti, perché spesso quando andavo in bagno.

P: Nein, nur ich habe... ich gehe oft aufs Klo, ich habe davor Urologie gemacht, ein bisschen Behandlung, dann bin ich zu einer Untersuchung gegangen und aus, dann habe ich aufgehört, es war mir schwindelig, weil ich oft, als ich aufs Klo gegangen bin.

3. D: Ma tipo infezioni? Delle vie urinarie?

D: Aber Infektionen? Der Harnwege?

4. P: sa, quando bevo acqua già fra poco mi viene già voler far la pipì e poi o quando rido o faccio uno sforzo devo fare pipì.

P: Wissen Sie, wenn ich Wasser trinke, muss ich schon in Kürze Pipí machen und dann oder wenn ich lache oder mich anstrenge, muss ich Pipí machen.

5. D: - interrompe la paziente - ah incontinenza

D: - unterbricht die Patientin - ach, Inkontinenz

6. P: sì un po' qualche volta migliora, poi torna di nuovo in queste situazioni. Poi niente, poi 3 anni fa 4 anni fa ho avuto un incidente alla schiena, da quello ho guarito

- P: Ja, manchmal wird es besser, dann kommt es wieder in diesen Fällen. Dann nichts, dann vor 3 oder 4 Jahren habe ich einen Unfall am Rücken gehabt, von dem habe ich geheilt*
7. D: ma aveva rotto qualcosa?
D: Haben Sie sich damals etwas gebrochen?
8. P: Sì, la columna, la L la dode..., dode...
P: Ja, das Rückgrat, den L zwö...,zwö...
9. D: (la paziente ha difficoltà a dirlo, dott.ssa la interrompe e completa la frase al suo posto) D12 e la L1. Una frattura?
D: (die Patientin kann es nur schlecht aussprechen, daher wird sie von der Ärztin unterbrochen, die den Satz für sie zu Ende bringt) den D12 und L1. Einen Knochenbruch?
10. P: sì che erano due una più grande l'altro più leggero
P: ja, es waren zwei, eine größer, die andere leichter
11. D: altre malattie? Operazioni?
D: andere Krankheiten? Operationen?
12. P: no
P: nein
13. D: cose importanti di salute niente?
D: wichtige gesundheitliche Sachen, nichts?
14. P: no delle visite così, però...
P: nein, einige Untersuchungen, aber...
15. D: (digita al pc quello che finora è stato detto)
D: (tippt am Pc alles, was bis hierhin gesagt wurde)
16. D: quindi da quando non sta bene?
D: also seit wann fühlen Sie sich unwohl?
17. P: eh da ieri sera, perché io sono una persona... è tutta la mia vita con questa...
tre volte che mi viene la febbre, una da piccola e l'altra proprio quando aveva la varicella quando aveva già venti anni e adesso mi ha preso di nuovo la febbre io ho sempre la temperatura bassa, quando ho l'influenza di solito io non viene la febbre - D: mhmh - e adesso venedomi già 36/37, sento già bruciare
P: seit gestern Abend, weil ich ein Mensch bin... mein ganzes Leben habe ich

diese... dreimal habe ich Fieber gehabt, einmal als ich klein war und das zweite Mal als ich die Windpocken hatte, als ich schon 20 war, und jetzt habe ich wieder Fieber, ich habe immer eine niedrige Körpertemperatur, wenn ich Grippe habe, habe ich kein Fieber normalerweise - D: mhmh - und jetzt habe ich 36/37 fühle ich schon ein Brennen.

18. D: sente subito - interrompe la paziente -

D: Sie spüren es sofort - unterbricht die Patientin -

19. P: è per quello...

P: das ist der Grund...

20. D: - interrompe la paziente - quindi l'ha misurata proprio la febbre?

D: - unterbricht die Patientin - also Sie haben tatsächlich die Temperatur gemessen?

21. P: sì adesso quando sono arrivata anche io

P: ja, als ich angekommen bin, habe ich auch

22. D: è 38,5

D: sie ist 38,5

23. P: sì

P: ja

24. D: A casa?

D: Zu Hause?

25. P: a casa era 37,8 più o meno era lì così a casa

P: Zu Hause hatte ich 37,8 mehr oder weniger so zu Hause

26. D: e che disturbi ha insieme alla febbre?

D: und welche Beschwerden haben Sie außer Fieber?

27. P: mal di testa tutta la notte, di solito - D: sì - nella mia vita ho dei giramenti -

D:sì - faccio un po' di massaggio passa - D:mhmh -, ma non sono una che prende medicine questa no, quando in caso di urgenza. Mal di testa, poi tutto il corpo brividi - D: mhmh - e sembra una specie che te prende l'influenza il corpo fa male - D:sì - e poi quando mi brucia da questa parte mi fa un po' male, poi prima avevo un po' di giramenti, di nausea, verso mezzogiorno. Di corpo non sono andata

P: Kopfweg die ganze Nacht, normalerweise - D:ja - ist mir in meinem Leben

schwindelig - D:ja -, ich massiere mich ein bisschen und es ist vorbei - D:mhmmh -, aber ich bin keine, die Medikamente nimmt, nein, wenn, im Notfall. Kopfweh, dann der ganze Körper zittert - D: mhmmh - und es scheint, als ob du Grippe hättest, der Körper tut weh - D:ja - und dann wenn es mich auf diese Seite brennt, tut es mir weh, dann früher war es mir schwindelig, übel gegen Mittag. Ich hatte keinen Stuhlgang.

28. D: mhmmh. Mal di gola?

D: mhmmh. Halsweh?

29. P: no

P: Nein

30. D: tosse?

D: Husten?

31. P: no

P: Nein

32. D: catarro?

D: Katarrh?

33. P: no solo la febbre e il mal di testa

P: nein nur Fieber und Kopfschmerzen

34. D: e far la pipì diceva...?

D: und während Sie Pipí machen haben Sie gesagt...?

35. P: la pipì... la mattina mi è venuto un po' carico si è spesso, no, no il colore normale (dottoressa digita info al pc) dopo leggermente è migliorato quando ho andato di nuovo

P: Pipí... in der Früh war es ein bisschen kräftig, ja intensiv, nein, nein aber die Farbe war normal (die Ärztin tippt die Informationen am PC) dann ist es ein bisschen besser geworden als ich noch einmal gegangen habe

36. D: mhmmh. Ha preso qualcosa per la febbre?

D: mhmmh. Haben Sie etwas gegen Fieber genommen?

37. P: ho preso la tachipirina

P: ich habe Paracetamol genommen

38. D: quante?

D: wie viel?

39. P: due bustina stamattina, una verso le 11 e l'altra verso le 2 credo e li giramenti sono poi tornato
P: zwei Säckchen heute Morgen, eines gegen 11 Uhr und das andere gegen 2 Uhr glaube ich und der Schwindel war dann wieder da
40. D: altre... altri disturbi, niente?
D: andere... andere Beschwerden, nichts?
41. P: (fa cenno di no)
P: (schüttelt den Kopf)
42. D: adesso il mal di testa c'è ancora?
D: haben Sie noch Kopfschmerzen?
43. P: sì il mal di testa, poi la febbre
P: ja, Kopfschmerzen, dann Fieber
44. D: - interrompe la paziente - altre cose?
D: - unterbricht die Patientin - andere Sachen?
45. P: e la pancia che di questa parte che mi brucia
P: der Bauch brennt auf diese Seite
46. D: senta, vomito?
D: hören Sie, Brechreiz?
47. P: no prima avevo leggermente un po' di nausea. Da mangiare non mi viene
P: nein, ich hatte ein bisschen Übelkeit. Ich habe keinen Hunger.
48. D: lì sul lettino che la visito
D: legen Sie sich auf die Liege, damit ich Sie untersuchen kann.
49. P: boh mi dica qualcuno se è normale però a me non è successo mai
P: Tja, jemand muss mir sagen, ob es normal ist, aber mir ist es nie passiert
50. D: no cioè ha la febbre
D: nein, ich meine, Sie haben Fieber
51. P. da mangiare non mi viene
P: ich habe keine Lust zu essen
52. D: giù le gambe, solleva la maglia
D: Beine unten, bitte heb' das Leibchen hinauf
53. P: sì
P: ja

54. D: le fa male schiacciando?

D: tut es Ihnen weh, wenn ich drücke?

55. P: no di questa parte. Il mio dottore diceva che la... che qua il fegato prima era infiammato, prima - la dott.ssa interrompe -

P: nein, von dieser Seite. Mein Arzt hat gesagt, dass... dass hier die Leber früher entzündet war, früher - die Ärztin unterbricht die Patientin -

56. D: quando?

D: wann?

57. P: il mio dottore è privato

P: mein Arzt ist privat

58. D: un bel respiro (ausculta la paziente) su seduta. Apri bene la bocca, fai AH apri e fai AH devo vedere proprio in fondo

D: atme tief (die Ärztin auskultiert die Patientin). Setz dich. Öffne den Mund weit, sag AH, öffne und sag AH ich muss bis ganz nach hinten sehen.

59. P. AH

P: AH

60. D: respira... ancora.... Respira. Allora vada un attimino in bagno a fare un po' di pipì che facciamo l'esame sulle urine e poi facciamo i prelievi di sangue

D: atme... nochmal... atme. Also gehen Sie kurz aufs Klo und machen Sie Pipí, damit wir den Urintest machen können und dann machen wir die Blutabnahme

61. P: basta?

P: das war´s?

62. D: ma va tante volte al bagno?

D: gehen Sie oft aufs Klo?

63. P: quando bevo

P: wenn ich trinke

64. D: no oggi?

D: nein, heute

65. P: no normale quello che bevo, vado

P: nein, ganz normal, was ich trinke, gehe ich aufs Klo

66. D: va bene

D: Passt

67. I: negativo l'esame delle urine
68. I: *der Urinbefund ist negativ*
69. D: negativo, ok (scrive al pc). Ascolti adesso la febbre la sente ancora?
70. D: *negativ, ok (tippt am PC). Hören Sie, spüren Sie das Fieber noch?*
71. P: sì e la testa che mi fa male
72. P: *ja und der Kopf tut mir weh*
73. D: (digita mentre ascolta le info) Ok allora le facciamo i prelievi del sangue, le metto su una flebo con un antidolorifico e un po' di idratazione, fa la radiografia del torace e aspettiamo gli esiti
- D: *(sie tippt, während sie die Informationen hört) Ok also wir machen jetzt die Blutabnahme, ich gebe Ihnen eine Infusion mit Schmerzmitteln und Hydratation, Sie machen eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs und wir warten auf die Befunde*
74. I: faccia il pugno
- I: *bilden Sie eine Faust*
75. I: si può rialzare
- I: *Sie können wieder aufstehen*
76. I: (rivolta alla dott.ssa) bisogna fargli firmare il foglio no?
- I: *(spricht mit der Ärztin) sie muss das Blatt unterschreiben, oder?*
77. D: sì, il consenso
- D: *ja, die Einwilligung*
78. I: Lei è incinta signora?
- I: *sind Sie schwanger?*
79. P: no
- P: *nein*
80. I: non aspetta un bambino?
- I: *erwarten Sie kein Baby, oder?*
81. P: no mi deve venire la mestruazione
- P: *nein, ich bekomme bald die Menstruation.*
82. I: quanti anni ha compiuti?
- I: *wie alt sind Sie dieses Jahr geworden?*
83. P: 31

P: 31

84. I: 31. Deve farmi una firma qua così il tecnico può procedere a farle la lastra dei polmoni

I: 31. Sie müssen hier unterschreiben, damit der Techniker bei Ihnen die Röntgenaufnahme der Lungen machen kann.

85. D: Bene, tutto negativo. Si tratta di una banale cistite. Le do l'antibiotico per fermare l'infiammazione. Mi raccomando beva molta acqua.

D: Gut, alle Befunde sind negativ. Es handelt sich um eine einfache Blasenentzündung. Ich verschreibe Ihnen ein Antibiotikum, um die Entzündung zu stoppen. Trinken Sie bitte viel Wasser.

Zweites Gespräch

1. D: cosa ti succede? Cosa ti è successo?
D: was ist los? Was ist dir passiert?
2. P: aborto
P: Abtreibung
3. D: non ho capito, quindi quand'è che ce l'hai programmato?
D: ich habe nicht verstanden, wann ist sie geplant?
4. P: perché io sono andato qua e mi hanno detto che c'è posto qua a B., però non mi ha detto quando. Ho provato a chiamare a S. e hanno detto che c'è posto solo per 6
P: weil ich bin hier gegangen und sie haben mir gesagt, es gibt Platz da in B., aber sie hat mir nicht gesagt wann. Ich habe versucht S. anzurufen und sie haben mir gesagt es gibt nur Platz für 6
5. D: per sei? Cosa vuol dire? Non ho capito, per sei?
D: Für 6? Was bedeutet das? Ich habe es nicht verstanden, für 6?
6. P: per fare.. siccome non voglio bambino
P: um zu... da ich Kind nicht will
7. D: eh sì, ma c'è posto
D: naja, aber es gibt Platz
8. P: per sei, per fare intervento si
P: für sechs ja, um Operation zu machen
9. D: eh ma cosa vuol dire? Tra sei giorni?
D: ja, aber was bedeutet das? In sechs Tagen?
10. P: no il sei, adesso siamo a giugno
P: nein, der Sechste, jetzt ist Juni
11. I: Il 6 luglio forse. Il 6 luglio hai il posto su?
I: am 6. Juli vielleicht. Hast du am 6. Juli einen Platz oben?
12. P: sì
P: ja
13. D: eh va bè tra una settimana
D: naja, in einer Woche

14. P: no una settimana è tanto. Non riesco a fare niente
P: nein eine Woche ist viel. Ich kann nichts machen
15. D: perché? non mangi?
D: warum? Isst du nicht?
16. P: niente
P: nichts
17. D: riesci a bere?
D: Kannst du trinken?
18. P: bevo solo un po' acqua, però acqua fresca.
P: ich trinke nur ein bisschen Wasser, aber kaltes Wasser
19. D: acqua fresca. E sta giù l'acqua?
D: kaltes Wasser. Und bleibt das Wasser unten?
20. P: sì quando bevo
P: ja, wenn ich trinke
21. D: senti ma ho visto che sei andata su dai ginecologi. Ti hanno dato qualcosa per questo vomito?
D: hör zu, ich habe gesehen dass du bei den FrauenärztInnen warst. Haben sie dir etwas gegen das Erbrechen gegeben?
22. P: (fa no con la testa)
P: (schüttelt den Kopf)
23. D: non hai qualche bustina?
D: hast du kein Säckchen?
24. P: (sopra al dottore) mi hanno detto quando bevi siccome non mangio niente, non posso bere quando bevo due giorni sto male come non mangio
25. *P: (unterbricht die Ärztin) sie haben mir gesagt, dass wenn du trinkst, da ich nichts esse, kann ich nicht trinken. Wenn ich zwei Tage trinke, ist mir schlecht ich esse nichts*
26. D: ma adesso il Malox lo stai prendendo?
D: aber nimmst du jetzt Malox⁶?
27. P: è scritto potassio
P: es ist Kalium geschrieben

⁶ Malox ist ein Arzneimittel gegen Magenschmerzen und Sodbrennen

28. D: no ma qui c'è scritto Malox
D: nein, hier steht Malox
29. P: ah allora è quello lì
P: ach so, na dann ist das Malox
30. D: ma tu se mangi vomiti proprio?
D: aber wenn du isst, erbrichst du dann?
31. P: sì sì non mangio
P: ja, ja ich esse nichts
32. D: prendi farmaci, medicine per qualche motivo? Niente?
D: nimmst du Medikamente, Arzneimittel aus irgendeinem Grund? Nichts?
33. P: no no
P: nein, nein
34. D: soffri di qualche malattia?
D: leidest du an irgendeiner Krankheit?
35. P: no no niente
P: nein, nein, nichts
36. D: sei sempre stata bene?
D: ist es dir immer gut gegangen?
37. P: sì sì
P: ja, ja
38. D: mai ricoverata? Mai operata?
D: nie eingeliefert? Nie operiert worden?
39. P: operata sì, però nel duemila, duemila, duemila e sette
P: operiert worden schon, aber zweitausend... zweitausend... zweitausendsieben
40. D: per cosa?
D: weswegen?
41. P: siste, siste
P: Systeme, Systeme
42. D: per una cisti? Dove?
D: wegen einer Zyste? Wo?
43. (La paziente indica il punto)
(Die Patientin zeigt an die Stelle)

44. D: all'ovaio? Ma sulla pelle Fuori o dentro?
D: beim Eierstock? Aber auf der Haut oder drinnen?
45. P: dentro perchè ho avuto punti
P: drinnen, weil ich Nähte hatte
46. D: ma dov'era la cisti?
D: aber wo war die Zyste?
47. P: la sisti sì
P: die Systeme ja
48. D: dove?
D: wo?
49. P: qua
P: hier
50. D: sull'utero? Ovaio? Dove ti hanno operato? In che reparto?
D: in der Gebärmutter? Auf dem Eierstock? Wo wurdest du operiert? Auf welcher Station?
51. P: a B. sì sì
P: in B. ja ja
52. D: quale reparto?
D: auf welcher Station?
53. P: all'ospedale di B.
P: im Krankenhaus in B.
54. D: ma quale reparto?
D: aber welche Station?
55. (La paziente non risponde alla domanda)
(die Patientin antwortet nicht auf die Frage)
56. D: sei allergica a qualche medicina, farmaco?
D: Bist du gegen Medikamente, Arzneimittel allergisch?
57. (La dottoressa parla con l'infermiera)
(Die Ärztin spricht mit der Krankenschwester)
58. D: a che settimana sei? Alla settima? (ripete due volte la domanda perché paziente non stava ascoltando)
D: in welcher Woche bist du? Siebte?

59. P: sì

P: ja

60. D: adesso sei arrivata con l'ambulanza?

D: bist du jetzt mit dem Krankenwagen gekommen?

61. P: no, vengo con la macchina come quando vado all'aeroporto mio padre mette in macchina sono caduta subito, poi hanno chiamato

P: nein, ich komme mit dem Auto wie wenn ich zum Flughafen mein Vater stellt mich ins Auto ich bin sofort gefallen und dann haben angerufen

62. D: (digita al PC tutte le informazioni raccolte durante il colloquio medico)

D: (tippt am PC alle Informationen, die sie im Laufe des Arztgespräches gesammelt hat)

63. D: Ma anche alla prima gravidanza hai avuto sempre così vomito? Nausea?

D: Aber hattest du auch während der ersten Schwangerschaft immer Erbrechen? Übelkeit?

64. P: vomito, però questo è troppo

P: Erbrechen, aber das ist zu viel

65. D: adesso ti metto su una flebo. Hai dolori da qualche parte? Hai dolore da qualche parte o dolori no?

D: ich gebe dir jetzt eine Infusion. Hast du Schmerzen irgendwo? Hast du Schmerzen irgendwo oder nicht?

66. P: no per adesso no

P: nein, im Moment nicht

67. D: tira fuori la lingua... va bene adesso ti metto su la flebo (dottoressa va al pc e scrive) Allora ti metto la flebo, aspetto gli esami, ti faccio vedere dal ginecologo ed eventualmente ti danno qualcosa, d'accordo?

68. D: zeig die Zunge... ok, jetzt bekommst du eine Infusion (Ärztin geht zum PC und tippt). Also du bekommst eine Infusion, wir warten auf die Befunde, ich lass dich vom Frauenarzt untersuchen und sie geben die eventuell etwas, ok?

69. D: (agli infermieri) possiamo portarla fuori lei?

D: (den Krankenschwestern) können wir sie hinaus bringen?

Drittes Gespräch

1. D: fa la pipì?
D: machen Sie Pipí?
2. P: e brucia, vado due o tre volte alla sera
P: und es brennt, ich gehe zwei oder dreimal am Abend
3. D: adesso lei riesce a farla?
D: und können Sie es machen?
4. P: sì, però come mio padre sei mesi fa - D:mhmmh - ... eh ho portato qua al pronto soccorso - D:mhmmh - eh.. è uscito il tumore
P: ja, aber wie mein Vater vor 6 Monaten - D:mhmmh - ... ach ich habe hier ins Krankenhaus gebracht - D:mhmmh - ach... und es ist Krebs herausgekommen
5. D: ok, però non pensi subito a quello
D: Ok, aber denken Sie nicht sofort daran
6. P: (sorridendo) eh non pensi
P: (lacht) ach denken Sie es nicht
7. I: no, bisogna sempre pensar bene
I: nein, man muss immer positiv denken
8. P: eh ma il dolore è qua, non è che..
P: ja, aber die Schmerzen sind da, vielleicht...
9. D: eh va bè (insieme all'infermiera), però di solito il tumore non dà dolore è più facile che il dolore sia un problema di infezione, di infiammazione. Lei prende qualche medicina?
D: na ja (zusammen mit der Krankenschwester), aber Krebs verursacht normalerweise keine Schmerzen. Es ist wahrscheinlicher, dass die Schmerzen durch eine Infektion, eine Entzündung entstanden sind. Nehmen Sie Medikamente?
10. P: no
P: nein
11. D: lei è allergico a qualche medicina?
D: sind Sie gegen Medikamente allergisch?
12. P: (fa cenno di no con la testa)

- P: (schüttelt den Kopf)*
13. D: no. Ha avuto la febbre?
D: nein. Haben Sie Fieber gehabt?
14. P: no (fatto con la bocca alla siciliana)
P: schnalzt mit der Zunge und verneint die Frage
15. D: e non le è mai successo prima di avere questi fastidi?
D:hatten Sie schon einmal Probleme dieser Art?
16. P: no. Ha cominciato da qua (e indica la pancia) da ieri
P: nein. Es hat hier begonnen (zeigt auf den Bauch) seit gestern
17. D: ha cominciato da davanti? Da davanti?
D: hat es vorne begonnen?
18. P: però di più ieri, oggi un po' meno
P: aber eher gestern, heute weniger
19. D: allora adesso vediamo (scrive al pc)
D: also sehen wir (tippt am PC)
20. P: però quando mi giro, lo sento qua più o meno
P: aber wenn ich mich umdrehe, spüre ich es hier mehr oder weniger
21. D: che lavoro fa?
D: was sind Sie von Beruf?
22. P: eh?
P: was?
23. D: che lavoro fa?
D: was sind Sie von Beruf?
24. P: camionista. Qua all'ospedale. Ci sono carrelli pesanti
P: Lkw-Fahrer. Hier im Krankenhaus. Es gibt schwere Wägen
25. D: allora vediamo un attimo se è arrivato l'esame
D: sehen wir, ob der Befund da ist
26. P: però il dolore che ha avuto mio padre è così - parla sopra la dott.ssa -
P: aber die Schmerzen, die mein Vater hatte, waren so - unterbricht die Ärztin -
27. D: va bè adesso facciamo tutto prima di pensare subito male
D: naja jetzt machen wir alles bevor wir negativ denken
28. P: però prima ho portato qua

- P: aber davor habe ich hier gebracht*
29. D: (parla al telefono per via dei posti letto) Non è che le scappa ancora un pochino? Un gocchino piccolo piccolo di pipì?
- D: (spricht am Telefon wegen der Verfügbarkeit der Bettplätze) Kann es sein, dass Sie noch ein bisschen Pipí müssen? Ein kleines kleines bisschen?*
30. P: (fa no con la testa)
- P: (Schüttelt den Kopf)*
31. D: eh ci servirebbe proprio. Va bè cominciamo a fare gli esami intanto. Però quando le scappa la fa
- D: naja, wir würden es dringend brauchen. Naja beginnen wir mit den Untersuchungen. Aber wenn Sie Pipí machen müssen, machen Sie es*
32. P: vedi cosa è successo con mio padre. Ho portato come qua per esempio una volta, hanno fatto esami e dicevano sano, ho portato da privato, ha fatto eco là ed è uscito tumore
- P: siehst du, was mit meinem Vater passiert ist. Ich habe hier einmal gebracht, sie haben Untersuchungen gemacht und haben gesagt gesund, ich habe zum privaten Arzt gebracht, hat dort Ultraschall gemacht und es ist Krebs herausgekommen*
33. D: Han fatto l'eco?
- D: wurde ein Ultraschall gemacht?*
34. P: sì
- P: ja*
35. D: qua non l'han fatta?
- D: hier wurde er nicht gemacht?*
36. P: sì, di sopra, urologia, però diceva sabbia, era tumore.
- P: ja oben, Urologie, aber er sagte Sand, es war Krebs*
37. D: però l'esame è l'eco in effetti. Se lo specialista non l'ha riconosciuto, non lo so.
- D: aber die Untersuchung ist der Ultraschall eigentlich. Wenn der Facharzt ihn nicht erkannt hat, weiß ich nicht.*
38. P: - interrompe la dottoressa - no, dico per me voglio vedere bene com'è
- P: - unterbricht die Ärztin - nein, ich sage, ich möchte genau wissen, was es bei*

mir ist.

39. D: eh ho capito, però quello che le dobbiamo fare è l'ecografia, sicuramente, però la devo mandare da Dr. X che la sa fare

D: ja, ich habe verstanden, aber was wir jetzt machen müssen ist ein Ultraschall, ganz sicher, aber ich muss Sie zu Dr. X überweisen, der ihn machen kann

40. P: sì sì dico per togliere il dubbio

P: ja, ich meine, um Zweifel zu vermeiden

41. D: eh certo, no no, la facciamo, però mi serve anche se lei a questo punto riesce a fare la pipì, mi servono tutte e due le cose. (Scrive al pc) Allora intanto prima si mette un attimino lì che devo visitarla e facciamo gli esami e dopo...

D: naja selbstverständlich, nein nein, wir machen ihn, aber ich brauche auch, dass Sie jetzt Pipí machen, ich brauche beide Sachen. (Tippt am pc) Also zuerst setzen Sie sich einmal einen Augenblick da hin, da ich Sie untersuchen muss und wir machen die Untersuchungen und dann...

42. D: fuma?

D: rauchen Sie?

43. P: no

P: nein

44. D: il cuore è un po' veloce

D: das Herz ist ein bisschen schnell

45. P: eh?

P: was?

46. D: perché è preoccupato. Se schiaccio così fa male?

D: weil Sie besorgt sind. Wenn ich drücke, tut es Ihnen dann weh?

47. P: eh un pò

P: naja, ein bisschen

48. D: qui sì?

D: hier schon?

49. P: sì

P: ja

50. D: e qua?

- D: und hier?*
51. P: no. C****
- P: nein. S******
52. D: non dica parolacce però. Dietro qua così fa male?
- D: sagen Sie keine Schimpfwörter. Tut es Ihnen hier hinten weh?*
53. D: quando schiaccio dietro, sente male?
- D: wenn ich hier hinten drücke, tut es Ihnen weh?*
54. P: un po' più
- P: ein bisschen mehr*
55. D: così no?
- D: so nicht?*
56. D: su seduto un attimo. Fa male così?
- D: setzen Sie sich kurz. Tut es hier weh?*
57. P: (annuisce)
- P: (nickt)*
58. D: va bene si accomodi un attimo che dobbiamo fare gli esami. Quant' è il dolore da uno a dieci?
- D: ok, nehmen Sie kurz Platz, damit wir die Untersuchungen machen können. Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?*
59. P: adesso otto, ieri era dieci
- P: jetzt acht, gestern zehn*
60. D: ok
- D: ok*

Anhang III - Abstracts

Deutsch

Ziel dieser Masterarbeit war es, die Kommunikation zwischen ausländischen PatientInnen und italienischen ÄrztInnen unter Berücksichtigung der Sprach- und Kulturbarrieren zu erforschen. Die Analyse dieser Interaktion erfolgte auf drei verschiedenen Ebenen: der gesetzlichen, der sprachlichen und der kulturellen.

Zuallererst wurden die Migrationsströme und die infolgedessen getroffenen Maßnahmen in Betracht gezogen, um die Zusammensetzung der Bevölkerung in Italien insbesondere in der Lombardei zu bestimmen und die Anpassungen der italienischen Regierung festzustellen. Diese wurden später im Interview mit der Leiterin des Außenbüros des Krankenhauses besprochen, welches als Ausgangspunkt für weitere Recherchen diente. Im Gespräch mit der Leiterin wurde nicht nur auf die nationale Gesetzeslage, sondern auch auf die regionalen bzw. europäischen Initiativen wie das Projekt „Health Promoting Hospitals (HPH)“ eingegangen, in deren Mittelpunkt der Multikulturalismus und die Mehrsprachigkeit liegen.

Um den kulturellen bzw. sprachlichen Herausforderungen gerecht zu werden, stellt das Krankenhaus seinem Personal verschiedene Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung. Diese umfassen die Beiziehung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers, die Unterstützung einer Kulturmittlerin bzw. eines Kulturmittlers und der Einsatz schriftlicher Hilfsmittel wie des Anamnesefragebogens. Um die Vorgehensweise der ÄrztInnen mit ausländischen PatientInnen zu beobachten, wurde eine einwöchige Feldstudie in der Notaufnahme dieses lombardischen Krankenhauses geplant. Die gewonnenen Daten zeigten, dass professionelle DolmetscherInnen nur selten beigezogen werden und erst, wenn sich der Patient bzw. die Patientin überhaupt nicht verständigen kann. LaiendolmetscherInnen werden in allen anderen Fällen bevorzugt, auch wenn die von ihnen vermittelte Kommunikation nicht immer reibungslos verläuft. Schriftliche Hilfsmittel werden viel seltener als professionelle DolmetscherInnen eingesetzt, da sie zeitaufwendig sind.

Anhand der aufgenommenen bzw. beobachteten Arztgespräche konnte man feststellen, dass die Kommunikation hauptsächlich in vereinfachtem Italienisch mithilfe von einigen Gesprächsstrategien wie kurzen Sätzen, Verzicht auf Fachausdrücke, Reformulierungen, Wiederholungen und Bestätigungselementen erfolgte. Dies verhinderte

jedoch nicht das Auftreten von Schwierigkeiten und Missverständnissen, die Übermittlung überflüssiger Informationen und Unterbrechungen seitens der ÄrztInnen infolge des Themawechsels der PatientInnen, um das medizinische Gespräch wieder auf die richtige Bahn zu lenken.

Der Analyse der gewonnenen Daten kann man entnehmen, dass die Kommunikation teilweise auch in vereinfachtem Italienisch bzw. mithilfe von LaiendolmetscherInnen möglich ist, obwohl der Verzicht auf professionelle Unterstützung des Öfteren einen erhöhten Zeitaufwand verursacht, den man seitens des Krankenhauses allerdings zu vermeiden sucht.

Englisch

This Master's thesis aims to analyse the communication process between Italian doctors and foreign patients with special consideration for linguistic and cultural barriers. The research has been carried out at several levels such as the legal, the linguistic and the cultural ones.

First of all, migration flows are analysed in order to find out the composition of the Italian population especially in the Lombardy region, and migration laws are reviewed to determine in which areas the Italian government has taken action. These subjects were discussed later in an interview with the director of external office of a hospital in the Lombardy region. The information collected during the interview served as the starting-point for further research. Moreover regional and European initiatives which take multiculturalism and multilingualism into account, like the Health Promoting Hospitals Project (HPH), are discussed.

In order to meet the cultural and linguistic challenges the Lombardian hospital promoted some of the above mentioned regional and European initiatives which enable doctors to engage professional interpreters, to be helped by cultural mediators and to use written communication aids such as medical history questionnaires. A field study was organised in the Lombardian hospital's emergency room so as to observe the medical staff's approach to communicating with foreign patients. The data gathered revealed that professional interpreters are primarily engaged when the patients' language skills are so poor that they cannot communicate at all. Ad-hoc interpreters are preferred to

professional ones even though the interaction did not always develop smoothly. Written communication aids are normally avoided because they are highly time-consuming.

The conversations recorded and observed show that the communication developed above all in simple Italian with the help of some discourse strategies such as short sentences, avoidance of medical terms, reformulations, repetitions and the use of consent formulas. These expedients could not prevent some difficulties and misunderstandings, superfluous information and patients' interruptions due to their sudden change of topic. The analysis of the data collected reveals that sometimes communication in simple Italian or with ad-hoc interpreters is possible although the absence of a professional interpreter often has an impact on the time requirements which doctors aim to reduce.

Anhang IV – Lebenslauf

Persönliche Daten:

Vor- und Nachname: Debora Mantecca

Geburtsdatum: 15.03.1986 in Legnano (Mailand)

Staatsbürgerschaft: Italien

Schulbildung und Studium:

1992-1997	Volksschule „Giovanni Pincioli“/Villa Cortese
1997-2000	Hauptschule „Papa Giovanni XXIII“/Villa Cortese
2000-2005	Sprachwissenschaftliches Gymnasium „C. Cavalleri“/Canegrate
2005-2008	Bachelorstudium „mediazione linguistica e culturale“ (Sprach- und Kulturmittlung) mit Schwerpunkt Italienisch-Deutsch-Englisch an der SSML „Carlo Bo“ in Mailand – Abschluss: 07.07.2008
Seit März 2009	Masterstudium Konferenzdolmetschen (Sprachkombination Italienisch-Deutsch-Englisch) an der Universität Wien

Berufserfahrung:

6.2004 - 7.2004	Praktikum als Sekretärin bei der Firma “Marazzini Ernesto S.p.A” in Parabiago (Mailand)
01.2007 – 02.2009	Deutsch- und Englischnachhilfe für Kinder und Jugendliche in Italien
19.1.2007 - 21.1.2007	Dolmetscherin bei der Messe MACEF in Rho (Mailand)
18.1.2008 - 20.1.2008	Dolmetscherin bei der Messe MACEF in Rho (Mailand)
15.5.2008 - 17.5.2008	Dolmetscherin bei der europäischen Kanumeisterschaft in Mailand

10.10.2008 -17.02.2009	Sekretärin bei der Übersetzungsagentur „SIMULTANEA“ in Mailand
08. 2009 bis 02.2011	Italienisch Nachhilfe in Wien und Niederösterreich bei folgenden Instituten: Team Plus (1040 Wien) Fun Bildung (1110 Wien) Mobile Nachhilfe (1190 Wien) Der Pauker (2345 Brunn am Gebirge, NÖ)
Oktober 2009	Transkription und Übersetzung eines Videos aus dem Italienischen ins Englische (ca. 100 Minuten)
10.5.2010 – 12.5.2010	Stumme Kabine bei der UNO (Wien) im Rahmen der Lehrveranstaltung „Simultandolmetschen Italienisch“
Seit Februar 2011	Bürokraft bei der Firma d’Ambrosio GmbH in 1010 Wien