



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

Bachelorarbeit

Im Studiengang Gesundheitswissenschaften (B.Sc.)

Der Einsatz von Community-Interpreters bei der medizinischen Behandlung von Personen ohne Krankenversicherungsschutz – eine qualitative Analyse

Vorgelegt von:

Demet Aba [REDACTED]

Hamburg den 6. Dezember 2023

Zitiert nach: APA 7th. Edition (German)

Erstprüfer: Prof. Dr. Dr. Michael Haufs (HAW Hamburg)

Zweitprüferin: Prof. Dr. Johanna Buchcik (HAW Hamburg)

Zusammenfassung

Hintergrund: Trotz der in Deutschland geltenden Versicherungspflicht waren 61.000 Personen im Jahr 2019 von einer Krankenversicherungsschutzlosigkeit betroffen. Angesichts der erschwerten Datenerfassung in dieser Gruppe ist von einer viel höheren Dunkelziffer auszugehen. Da Betroffene oftmals einen Migrationshintergrund aufweisen und der deutschen Sprache nicht mächtig sind, sind dolmetschende Personen für die medizinischen Behandlungen erforderlich. Ziel dieser Forschungsarbeit ist die Schließung der Forschungslücke zum Einsatz von Community-Interpreters im Gesundheitswesen mit Fokus auf die Gruppe der Personen ohne Krankenversicherungsschutz. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den Auswirkungen des Einsatzes von Community-Interpreters auf die Diagnosestellung, Behandlung und kulturelle Sensibilität während medizinischer Behandlungen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden acht leitfadengestützte Expert/inneninterviews durchgeführt. Die Expert/innen bilden eine Gruppe von Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen aus einer Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Zur Analyse und Auswertung der Interviews wurde die Software MAXQDA verwendet und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt.

Ergebnisse: Aus den Ergebnissen der Interviews geht hervor, dass der Einsatz von Community-Interpreters zu einer verbesserten Aufklärung und einem besseren Verständnis während medizinischer Behandlungen führt. Die barrierefreie Kommunikationsmöglichkeit führt bei Betroffenen zu einer Wahrnehmung der medizinischen Behandlungen. Dies lässt sich damit begründen, dass die geschaffene Teilhabemöglichkeit das Vertrauen und die Sicherheit im Raum fördert. Beispielsweise kann durch die barrierefreie Kommunikation eine korrekte Medikamenteneinnahme gewährleistet werden. Auch die interkulturelle Behandlung kann durch die kulturelle Vermittlung durch Community-Interpreters an Ärzt/innen ermöglicht werden. Negative Aspekte wie die Schaffung eines Trialogs anstelle eines Dialoges können Ungeduld, Zeitdruck, Chaos und eine gesteigerte Komplexität aus Seiten der Ärzt/innen hervorrufen.

Fazit: Der Einsatz von Community-Interpreters birgt einen höheren Nutzen als Schaden. Wichtige Gesundheitsinformationen können ausgetauscht und eine qualitative und patient/innenorientiert Behandlung gewährleistet werden. Die ermöglichte Aufklärung und das gesteigerte Verständnis kann die Compliance der Patient/innen steigern, wodurch ein höherer Behandlungserfolg erreicht werden kann. Jede Verbesserung der Sprache ist somit als positiv für den Behandlungserfolg zu werten.

Schlüsselwörter: Krankenversicherungsschutzlosigkeit, Gesundheitskommunikation, Community-Interpreters, Dolmetschen, Solidarische Gesundheitsversorgung

Abstract

Background: Despite the compulsory insurance in Germany, 61,000 people were affected by a lack of health insurance cover in 2019. Given the difficulty of collecting data in this group, it can be assumed that the number of unreported cases is much higher. As those affected often have a migrant background and do not speak German, interpreters are required for medical treatment. The aim of this research project is to close the research gap on the use of community interpreters in the healthcare sector with a focus on the group of people without health insurance cover. Particular attention is paid to the effects of the use of community interpreters on diagnosis, treatment and cultural sensitivity during medical treatment.

Method: Eight guided expert interviews were conducted to answer the research question. The experts are a group of doctors and language mediators from a practice for people without health insurance cover. MAXQDA software was used to analyze and evaluate the interviews and qualitative content analysis according to Mayring was applied.

Results: The results of the interviews show that the use of community interpreters leads to improved information and better understanding during medical treatment. The barrier-free communication option leads to a better perception of medical treatments among those affected. This can be explained by the fact that the opportunity to participate promotes trust and safety in the room. For example, barrier-free communication can ensure that medication is taken correctly. Intercultural treatment can also be facilitated through cultural mediation by community interpreters to doctors. Negative aspects such as the creation of a triologue instead of a dialog can lead to impatience, time pressure, chaos and increased complexity on the part of doctors.

Conclusion: The use of community interpreters is more beneficial than harmful. Important health information can be exchanged and high-quality, patient-oriented treatment can be guaranteed. The information provided and the increased understanding can increase patient compliance, which can lead to greater treatment success. Any improvement in language can therefore be seen as positive for the success of treatment.

Keywords: health insurance coverage, health communication, community interpreters, interpreting, solidarity-based healthcare

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 <i>Definition Migrationshintergrund</i>	3
2.2 <i>Abgrenzung der Sprachmittlungsarten.....</i>	4
2.2.1 Ad-hoc Dolmetschende	4
2.2.2 Community-Interpreters.....	5
2.2.3 Medizindolmetschende.....	5
2.3 <i>Ursachen von Krankenversicherungslosigkeit.....</i>	6
2.4 <i>Status Quo der Betroffenen</i>	9
2.5 <i>Gesundheit von krankenversicherungslosen Personen.....</i>	10
2.6 <i>Notwendigkeit des medizinischen Zugangs.....</i>	12
2.7 <i>Sprache im Gesundheitswesen</i>	13
2.7.1 Sprachmodell	14
2.7.2 Interkulturelle Kommunikation	16
2.7.3 Sprachbarriere als Gesundheitsrisiko	18
3 Literaturrecherche/-stand und Fragestellung.....	19
4 Methodik	23
4.1 <i>Datenerhebung</i>	23
4.1.1 Stichprobenauswahl	23
4.1.2 Entwicklung des Leitfadens.....	25
4.1.3 Durchführung der Interviews	26
4.2 <i>Datenauswertung.....</i>	28
4.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	28
4.2.2 Darstellung des Kategoriensystems.....	30
5 Darstellung der Ergebnisse.....	32
5.1 <i>Erfahrungen der interviewten Personengruppen</i>	33
5.2 <i>Sprachmittlung</i>	35
5.2.1 Mittel zur Kommunikationsbewältigung	38
5.2.2 Zusammenarbeit Arzt/Ärztin-Sprachmittlung.....	39
5.2.3 Wirkung auf Behandlung	42
5.2.4 Wirkung auf Diagnosestellung.....	47
5.3 <i>Sprachliche Faktoren</i>	48
5.4 <i>Kulturelle Faktoren.....</i>	50

6 Diskussion	54
6.1 <i>Ergebnisdiskussion</i>	54
6.2 <i>Methodendiskussion</i>	57
7 Handlungsempfehlungen	59
8 Fazit und Ausblick	60
9 Literaturverzeichnis	63
10 Eidesstattliche Erklärung zur Arbeit.....	67
11 Anhang.....	V

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Patient*innen	11
Abbildung 2: Beispiel des Vier-Ohren-Modells (medizinischer Kontext)	15
Abbildung 3: Kopfbewegung als Zeichen sicher und richtig deuten	17
Abbildung 4: Qualität der Dolmetscherarten.....	21
Abbildung 5: Materialreduzierung (Zusammenfassung).....	29
Abbildung 6: Induktive Kategorienbildung	30
Abbildung 7: Sprachbrücke	36
Abbildung 8: Effektive Zusammenarbeit von Community-Interpreters & Ärzt/innen.	42
Abbildung 9: Wirkung von Community-Interpreters auf Behandlung.....	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien für das Interview.....	24
Tabelle 2: Gebildete Kategorien	32
Tabelle 3: Erfahrungen der Sprachmittlerinnen	35
Tabelle 4: Erfahrungen der Ärzt/innen	35

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
EHIC	Europäische Krankenversicherungskarte

1 Einleitung

Rund 83 Millionen Bürger/innen sollen durch das deutsche Gesundheitssystem medizinisch versorgt werden (BMG, 2022, S. 10). Zur Realisierung dessen unterliegen alle Bürger/innen mit Wohnsitz in Deutschland einer Versicherungspflicht, da schwierige Erkrankungen in keinem Lebensalter ausgeschlossen werden können. Zum einen wird somit die Entstehung von hohen selbstzutragenden Behandlungskosten umgangen, welche die Mittel einzelner Individuen sprengen, und zum anderen wird jeder Person ausreichend Schutz im Krankheitsfall geboten (BMG, 2023). Trotz der Versicherungspflicht gibt es eine Gruppe von Menschen in Deutschland, welche dennoch keinen Krankenversicherungsschutz (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 28f.) oder einen geringen Leistungsanspruch beispielsweise aufgrund von Beitragsschulden haben (Bader et al., 2022, S. 4). Die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz machte im Jahr 2019 mit 61.000 Betroffenen nicht einmal 0,1 % der deutschen Gesamtbevölkerung aus (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 31). Dennoch ist von einer viel höheren Dunkelziffer auszugehen (Ärzte der Welt e. V., 2020). Trotz des fehlenden Versicherungsschutzes haben die Betroffenen das Recht, sich als Privatpatienten von einem Arzt/einer Ärztin behandeln zu lassen (europa.eu, 2023). Da die nicht krankenversicherten Personen eine äußerst heterogene Gruppe darstellen, können unterschiedliche Problematiken bestehen, welche diesen Arztbesuch behindern können (Bader et al., 2022, S. 4). Darunter zählt beispielsweise das fehlende Wissen zum deutschen Gesundheitssystem und der Patient/innenrechte. Des Weiteren empfinden Betroffene Ängste vor zu hohen Behandlungskosten, weshalb lieber auf medizinische Behandlungen verzichtet wird. Dies ist damit zu begründen, dass Personen ohne einen Krankenversicherungsschutz in den meisten Fällen unter einer starken Beeinträchtigung im sozialen Bereich leiden, weshalb sie größtenteils ein sehr niedriges Einkommen nachweisen (Bader et al., 2022, S. 8ff.). Ein weiterer Aspekt, welcher die Betroffenen von Arztbesuchen hindert, ist der Sprachfaktor. Da mehr als die Hälfte der Nichtversicherten einen Migrationshintergrund aufweist (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 35f.), liegt oftmals eine Sprachbarriere vor (Bader et al., 2022, S. 10). Entscheidet sich eine betroffene Person trotz dieser Bürden eine reguläre Arztpraxis aufzusuchen, kann dies eine wesentliche Problematik für den Arzt/die Ärztin auslösen. Ärzt/innen unterliegen während medizinischer Behandlungen nach § 630e Abs. 1 BGB einer Aufklärungspflicht. Diese Pflicht beinhaltet eine ausreichende Aufklärung zu folgenden Aspekten: „*Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme, sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und*

Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie“ (§ 630e Abs. 1 BGB). Zudem muss das Gesagte verständlich für den Patienten/die Patientin sein (§ 630e Abs. 2 Nr. 3 BGB). Bei einer vorliegenden Sprachbarriere ist die Ärzt/innen-Patient/innen-Kommunikation jedoch weitestgehend gestört, weshalb das ärztliche Personal dieser Aufklärungspflicht nicht nachgehen kann.

Da demnach der allgemeine Arztbesuch im öffentlichen Gesundheitssystem für diese Personengruppen stark behindert ist, besteht eine hohe Public Health Relevanz. Public Health sieht das Verhindern von Krankheiten, die Verlängerung des Lebens und Unterstützung der Gesundheit vor. Dazu müssen unterschiedliche Akteur/innen in der Gesellschaft gesunde Lebensverhältnisse schaffen (RKI, 2016). Dieses Ziel wurde erreicht, da einige Institutionen die Problematik der Nichtversorgung von nicht krankenversicherten Personen gesichtet haben. Dies hat dazu beigetragen, dass Behandlungseinrichtungen für Betroffene gegründet worden sind. Diese sogenannten Einrichtungen der „*solidarischen Gesundheitsversorgung*“ bieten allein eine medizinische Grundversorgung abseits des Krankenversicherungssystems an (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2020, S. 1f.). Aufgrund bekannter Problematiken nicht krankenversicherter Personen wie z. B. Armut erfolgen die medizinischen Behandlungen in diesen Einrichtungen vertraulich und kostenfrei. Zudem werden oftmals ehrenamtliche Dolmetschende zur Bewältigung der Sprachbarriere in diesen Praxen eingesetzt (Malteser Hilfsdienst e. V., o. J.) (Ärzte der Welt e. V., 2017). Folgende Einrichtungen gehören der solidarischen Gesundheitsversorgung an:

- Ärzte der Welt (open.med),
- Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung,
- Medinetze und Medibüros,
- etc.

(Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2020, S. 1f.).

Da eine korrekte Sprachmittlung ein wichtiger Bestandteil für eine sichere Behandlung darstellt (Khaschei & Grönemeyer, 2019, S. 3f.), fokussiert diese Arbeit den Einsatz von ehrenamtlichen Sprachmittler/innen in Praxen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Zur ausführlichen Untersuchung der Thematik folgt somit im Verlauf dieser Arbeit der theoretische Hintergrund. Dieser beinhaltet wesentliche Begriffsdefinitionen und -abgrenzungen, Ursachen für die

Krankenversicherungslosigkeit, den Status Quo von Menschen ohne (vollkommenen) Krankenversicherungsschutz und die Rolle der Sprache im Gesundheitswesen. Darauf folgend wird der Vorgang der Literaturrecherche, der aktuelle Literaturstand und die daraus ergebene Fragestellung vorgestellt. Nach der anschließenden Erläuterung der angewandten Methodik werden die gewonnenen Ergebnisse veranschaulicht. Diese Ergebnisse und die ausgewählte Methode werden im darauffolgenden Teil diskutiert, woraufhin Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Abschließend wird ein Fazit gezogen und ein Ausblick zur Thematik gegeben.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt der Arbeit wird der theoretische Hintergrund behandelt. Da diese Arbeit den Fokus auf den Einsatz von Sprachmittler/innen bei medizinischen Behandlungen von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz legt, wird im Folgenden der Begriff „*Migrationshintergrund*“ definiert und die unterschiedlichen Arten der Sprachmittlungen voneinander abgegrenzt. Aufbauend darauf werden Themen rund um die Krankenversicherungslosigkeit aufgegriffen und gesundheitliche Zusammenhänge aufgezeigt. Nach einer ausführlichen Bezugnahme zur betroffenen Gruppe wird auf die Thematik der Sprache im Gesundheitswesen eingegangen.

2.1 Definition Migrationshintergrund

Den Ergebnissen des Mikrozensus 2021 zufolge weisen 22.645 Personen von 82.347 befragten Privathaushalten einen Migrationshintergrund auf (Statistisches Bundesamt, 2023, S. 38). Per Definition hat eine Person einen Migrationshintergrund, wenn „*sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt*“ (Statistisches Bundesamt, 2023, S. 5). Dazu zählen folgende Personengruppen:

- Ausländer/innen (zugewandert oder nicht zugewandert),
- Eingebürgerte (zugewandert oder nicht zugewandert),
- Aussiedler/innen/Spätaussiedler/innen,
- Erhalt der deutschen Staatsangehörigkeit mittels Adoption (deutsches Elternteil),
- Kinder, die mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren werden und dessen Eltern zu den vier zuvor genannten Gruppen gehören.

Nach dem Bundesvertriebenengesetz haben Vertriebene aus dem Zweiten Weltkrieg einen gesonderten Status, wodurch diese Personengruppen nicht in die Kategorie „*Migrationshintergrund*“ fallen (Statistisches Bundesamt, 2023, S. 5).

2.2 Abgrenzung der Sprachmittlungsarten

Sprachmittler/innen ermöglichen Menschen mit unterschiedlichen Muttersprachen eine Kommunikation miteinander zu führen. In der Definition werden Sprachmittler/innen je nach Position der Sprachmittlung abgegrenzt. Beispielsweise können neben professionellen Dolmetscher/innen auch Verwandte, Freunde oder bilinguales Personal die dolmetschende Rolle übernehmen (Wächter & Vanheiden, 2015, S. 13). Im Folgenden werden verschiedene Arten der Sprachmittlung voneinander abgegrenzt, welche zum Verständnis dieser Arbeit relevant sind.

2.2.1 Ad-hoc Dolmetschende

„*Ad-hoc Dolmetschende*“, anders genannt auch „*Laien*“ oder „*Gelegenheitsdolmetschende*“ sind mehrsprachige Personen, die im Alltag dazu beitragen, die Sprachbarriere zwischen zwei Personen zu überwinden (Wächter & Vanheiden, 2015, S. 13). Oftmals stammen die Ad-hoc Dolmetscher/innen aus dem privaten Umfeld der Patient/innen (z. B. Angehörige oder Bekannte). Aber auch das bilinguale Sicherheits- oder Reinigungspersonal einer Einrichtung kann die Rolle eines Ad-hoc Dolmetschenden einnehmen, wenn diese bei Bedarf zur Übersetzung hinzugezogen werden (Führer & Brzoska, 2022, S. 474). Somit weist diese Gruppe der Dolmetschenden keine entsprechende Qualifikation zur Sprachmittlung nach. Es wurde weder eine Schulung noch eine Ausbildung zum Erlernen der professionellen Sprachmittlung unter Berücksichtigung der berufsethischen Grundsätze durchlaufen (Wächter & Vanheiden, 2015, S. 13). Auf Basis dessen wird sehr viel Kritik zur Sprachmittlungsqualität von Ad-hoc Dolmetschenden geäußert. In der Übersetzung entstehen bis zu 50 % klinisch relevante Fehler. Dies entspricht einer 48 % höheren Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu qualifizierten Dolmetschenden (2 % Fehlerquote) (Führer & Brzoska, 2022, S. 474).

2.2.2 Community-Interpreters

Neben Ad-hoc Dolmetscher/innen werden Community-Interpreters ebenso häufig im Praxisalltag eingesetzt. Diese Gruppe der Dolmetschenden repräsentiert Laien, welche die zu vermittelnde Sprache beherrschen (oftmals ihre Muttersprache) und darauf aufbauend eine Weiterqualifizierung zur Sprachmittlung absolviert haben. Der Umfang der Weiterbildung kann von wenigen Stunden bis hin zu mehreren Monaten variieren (Führer & Brzoska, 2022, S. 476). Der Einsatz von Community-Interpreters findet größtenteils in öffentlichen Einrichtungen wie z. B. in Krankenhäusern, Schulen, Kindergärten etc. statt (Wächter & Vanheiden, 2015, S. 16). Aufgrund der sehr heterogenen Bandbreite von Community-Interpreters können keine Aussagen zu den Auswirkungen ihres Einsatzes im Gesundheitswesen gefällt werden (Führer & Brzoska, 2022, S. 476).

2.2.3 Medizindolmetschende

Qualifizierte Dolmetscher/innen haben eine Hochschulausbildung oder staatlich anerkannte Prüfung vollendet. Neben sprachlichen Kenntnissen (C2-Niveau) verfügen diese auch über ausreichend kulturelles Wissen. Der Titel als Medizindolmetscher/in wird vergeben, wenn aufbauend auf den erfolgreich absolvierten Lehrgang eine Zusatzqualifikation mit Spezialisierung auf das Einsatzfeld des Gesundheitsbereiches erworben wurde. Dadurch können Medizindolmetschende ihr erlerntes Wissen mit hoher Professionalität anwenden und eine sachliche, neutrale und zielgruppenorientierte Sprachmittlung gewährleisten (Wächter & Vanheiden, 2015, S. 35f.). Für die Zusatzqualifikation im Medizinbereich wird vorausgesetzt, dass neben medizinischem Fachwissen auch Wissen zu den Abläufen eines Arztgesprächs und zum Gesundheitssystem vorliegen (Wächter & Vanheiden, 2015, S. 37). Medizindolmetschende können in Präsenz oder aber auch per Telefon oder Video dazu geholt werden. Bei letzteren wird dann von Telefon- oder Videodolmetscher/innen gesprochen (Führer & Brzoska, 2022, S. 476). Im Vergleich zu den bereits vorgestellten Dolmetscherdiensten verfügen die Medizindolmetschenden über die höchste Qualifizierung aufgrund der umfangreichen Ausbildung (Wächter & Vanheiden, 2015, S. 35f.).

2.3 Ursachen von Krankenversicherungslosigkeit

Da es trotz der in Deutschland herrschenden Versicherungspflicht Personen ohne einen (vollkommenen) Krankenversicherungsschutz gibt, werden die Ursachen für die Krankenversicherungslosigkeit in diesem Unterkapitel näher beleuchtet.

Sind Krankenkassenmitglieder über einen längeren Zeitraum nicht erreichbar, zahlen keine Versicherungsbeiträge und nehmen keine Leistungen in Anspruch, kann das Versicherungsverhältnis durch das Versichertenentlastungsgesetz seit 2019 von den Krankenkassen beendet werden. Dies kann äußerst problematisch sein, da Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Wohnungslose zu den betroffenen Personengruppen zählen können, dessen Versicherungsverhältnis beendet wird. Es wird demnach nicht berücksichtigt, dass diese Personen aufgrund ihrer psychischen oder sozialen Lage nicht auf die Meldungen der Krankenkassen reagieren können. Nichtkrankenversicherte Erwachsene als auch Kinder haben bei medizinischen Dienstleistungen somit keinen Anspruch auf eine Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung (Offe, 2021, S. 5f.). Eine Ausnahme gilt im äußersten Notfall oder bei belegter Mittellosigkeit durch eine Kostenübernahme über das Sozialamt (Bader et al., 2022, S. 4). Personen, welche Beitragsschulden bei ihrer Krankenversicherung aufgebaut haben, haben einen Anspruch auf einen sehr geringen Leistungsumfang bis zum Zeitpunkt der Beitragsbegleichung (Bader et al., 2022, S. 4). Da eine primär-ambulante und präventive Versorgung aufgrund des eingeschränkten Leistungsumfangs für diese Personengruppe ausgeschlossen ist, werden diese mit in dieser Arbeit berücksichtigt (Offe, 2021, S. 6).

Migrant/innen aus EU-Mitgliedsstaaten können ebenso in die Gruppe der krankenversicherungsschutzlosen Personen kategorisiert werden. Wenn diese Personen in ihrem Heimatland krankenversichert sind, besteht ein Anspruch auf die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) (Bader et al., 2022, S. 4). Die EHIC ist in den 27-EU-Ländern als auch in Island, Norwegen, der Schweiz, Lichtenstein und im Vereinigten Königreich gültig. Diese ermöglicht somit einen Zugang zum Gesundheitswesen im Ausland mit einer Kostenübernahme durch die Krankenversicherung. Zu beachten ist dennoch, dass die EHIC allein die Kosten bei einem vorübergehenden Aufenthalt für medizinisch notwendige Leistungen übernimmt (Europäische Kommission, o. J.). In die Kategorie des vorübergehenden Aufenthaltes gehören beispielsweise Personengruppen wie Tourist/innen, entsandte Mitarbeiter/innen oder in Deutschland beschäftigte Saisonarbeiter/innen aus dem Ausland. Ergänzend zu erwähnen ist, dass eine medizinische Notwendigkeit dann besteht, wenn mit der

medizinischen Behandlung nicht auf die Rückkehr ins Heimatland gewartet werden kann wie z. B. bei gebrochenen Knochen oder akut auftretenden starken Schmerzen. Auch bei Schwangerschaft, Entbindung und chronischer Erkrankung wie Diabetes mellitus kann eine Kostenübernahme über die EHIC geltend gemacht werden. Die EHIC ist alleinig in Einrichtungen des Gesundheitswesens gültig, welche am System der gesetzlichen Krankenversicherung angebunden sind (EU-Gleichbehandlungsstelle, o. J.). Neben dem Fakt, dass viele EU-Mitgliedsstaat Migrant/innen keine EHIC besitzen und somit beim Aufenthalt in Deutschland nicht versichert sind, kommt es oftmals vor, dass Praxen die EHIC ablehnen. Diese Ablehnung erfolgt aufgrund von Unsicherheitsaspekten und dem hohen Aufwand der Abrechnung für Leistungserbringer/innen (Bader et al., 2022, S. 4).

Sind erwerbslose und nicht krankenversicherte Bürger/innen aus EU-Mitgliedstaaten nicht nur vorübergehend in Deutschland, sondern für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten und weniger als fünf Jahren, haben diese nach dem Leistungsaus-schlussgesetz kaum soziale Unterstützungsmöglichkeiten (Bader et al., 2022, S. 4). Beispielsweise besteht bei einer Erwerbslosigkeit dieser Personengruppen kein Anspruch auf Sozialleistungen (Offe, 2021, S. 5) oder auf die „*Hilfen zur Gesundheit*“ nach dem 5. Kapitel des SGB XII. Ergänzend können nach dem SGB V § 5 Abs. 11 Satz 2 Personen aus EU-Mitgliedsstaaten oftmals keiner Krankenversicherung in Deutschland beitreten. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Personen bereits in ihrem EU-Heimatsland Mitglied einer Krankenversicherung sind (SGB V § 5 Abs. 11 Satz 2). Einer der einzigen Unterstützungsmöglichkeiten basiert auf den sogenannten „*Überbrückungsleistungen*“, welche den Betroffenen einmal in einem Zeitraum von zwei Jahren zustehen. Diese Überbrückungsleistungen beinhalten die Kostenübernahme von wenigen Gesundheitsleistungen wie z. B. die medizinische Behandlung bei akut auftretenden Erkrankungen und Schmerzen. Bei Ablauf der einmonatigen Frist werden keine Kosten für Behandlungen mehr erstattet. Selbst die Kosten bei medizinischen Notfällen sind ausgeschlossen (Offe, 2021, S. 5).

Personen im Asylverfahren oder mit Duldung lebende in Deutschland haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG § 4 und §6) in den ersten 18 Monaten das Recht auf die Übernahme der Kosten für eingeschränkte medizinische Dienstleistungen (Bader et al., 2022, S. 4). Das AsylbLG § 4 umfasst die Leistungen bei „*Krankheit, Schwangerschaft der Geburt*“. Absatz 1 des Paragraphs beinhaltet die Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen bei akut auftretenden Erkrankungen und Schmerzen sowie der notwendigen Medikamente und Verbandsmaterialien. Impfungen zur Vorbeugung von Krankheiten werden ebenso übernommen

(AsylbLG § 4 Abs. 1). Absatz 2 sagt aus, dass die Versorgung von Schwangeren inklusive des Einsatzes von Hebammen und pflegerischer Hilfe in die Kostenübernahme eingeschlossen ist (AsylbLG § 4 Abs. 2). Der letzte Absatz beschließt, dass die zuständigen Behörden für die Sicherstellung der Umsetzung von Absatz 1 und 2 verantwortlich sind (AsylbLG § 4 Abs. 3). Nach AsylbLG § 6 stehen den Asylbewerber/innen sonstige Leistungen zu. Der erste Absatz aus AsylbLG § 6 beschreibt, dass bei speziellen Bedürfnissen zur Sicherung der eigenen Gesundheit und des Lebens Sachleistungen oder sogar Geldleistungen bei besonderen Fällen zur Verfügung gestellt werden. Minderjährige Flüchtlinge ohne Begleitperson oder Personen, welche Gewalt- und Misshandlungserfahrungen haben, werden die Kosten für medizinische oder andere benötigten Hilfen übernommen (AsylbLG § 6 Abs. 2). Über die beschriebenen Paragraphen hinausgehende Leistungen wie z. B. die medizinische Behandlung von chronischen oder mentalen Erkrankungen muss ein Verfahren beantragt werden. Diese Verfahren laufen oftmals über einen längerfristigen Zeitraum (Bader et al., 2022, S. 4).

Zuletzt zählt die Gruppe der Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus zu den Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz besteht zwar ein geregelter Anspruch auf medizinisch eingeschränkte Leistungen, jedoch nicht ohne potenzielle Risiken für diese Personengruppe (Bader et al., 2022, S. 4). Damit Personen ohne einen geregelten Aufenthaltsstatus und Krankenversicherungsschutz medizinisch behandelt werden können, muss ein Krankenschein zur Übernahme der Kosten bei der Sozialbehörde beantragt werden. Da die Sozialbehörde eine öffentliche Einrichtung ist, stellt die Beantragung des Krankenscheins aufgrund der nachfolgend vorgestellten Regelung ein Problem dar. Nach dem Aufenthaltsgesetz unterliegen öffentliche Einrichtungen der Pflicht, den Aufenthalt einer ausländischen Person ohne vorhandenen Aufenthaltstitel und laufendem Abschiebungsverfahren bei der Ausländerbehörde zu melden (AufenthG § 87 Abs. 2). Diese Übermittlungspflicht löst die Gefahr einer potenziellen Abschiebung der medizinisch hilfesuchenden Person aus. Zum Schutz der Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus besteht somit auf Basis des „*Nothelferparagraphen*“ des AsylbLG § 6a alleinig eine Schweigepflicht bei Notfallbehandlungen. Trotz des Vorhandenseins des Nothelferparagraphen besteht dennoch die Problematik, dass Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus eine hohe Unsicherheit über die Weitergabe ihrer persönlichen Daten empfinden. Zusätzlich wird die umfangreiche Behandlung oftmals aufgrund einer fehlenden Kostenübernahme von den Gesundheitsdienstleister/innen verwehrt (Offe et al., 2019, S. 3f.).

In den nachfolgenden Kapiteln werden die soziale und gesundheitliche Lage der Betroffenen Personen näher erläutert.

2.4 Status Quo der Betroffenen

Angaben und Zahlen zu der betroffenen Gruppe, welche mit einem hohen wissenschaftlichen Standard gesammelt worden sind, können allein in den Ergebnissen des Mikrozensus 2021 gefunden werden. Die Daten zum Krankenversicherungsschutz werden alle vier Jahre erhoben (letztmalig 2019). Von insgesamt 79.079.000 befragten Personen im Jahr 2019 haben 61.000 Personen verneint, krankenversichert zu sein. Die Zahl der Betroffenen macht nicht einmal 0,1 % der deutschen Gesamtbevölkerung aus. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Berichtsjahres 2015 ist die Betroffenenanzahl im Jahr 2019 um 18.000 Betroffene gesunken (2015: 79.000 ohne Krankenversicherungsschutz). Dies entspricht einer Rückgangsquote von 23 % (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 28ff.). Aus den Ergebnissen des Mikrozensus 2019 lassen sich ebenso gruppenspezifische Unterschiede erschließen. Männer sind mit einer Betroffenenanzahl von 39.000 häufiger betroffen als Frauen mit einer Anzahl von 22.000 (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 31). Hinsichtlich des Migrationshintergrundes weisen 26.000 keinen Migrationshintergrund und 35.000 einen Migrationshintergrund auf (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 35f.). Die Altersspanne der nicht Krankenversicherten liegt zwischen 20-60 Jahren. Andere Altersklassen sind in den Ergebnissen nicht präsent. Auch Unterschiede im monatlichen Nettoeinkommen wurden in den Ergebnissen veranschaulicht. 5.000 der nichtkrankenversicherten haben ein monatliches Nettoeinkommen von 900-1.300 €. 7.000 der Betroffenen steht monatlich zwischen 500-900 € und 10.000 Personen bis zu maximal 500 € zur Verfügung. Die restlichen 21.000 Betroffenen haben entweder ein Einkommen durch eine selbstständige Haupttätigkeit in der Landwirtschaft, kein Einkommen oder keine Angabe dazu gemacht (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 31). Haushalte mit einem „*Nettoäquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens*“ sind per Definition als armutsgefährdet einzustufen (Statistisches Bundesamt, 2021). 2019 galt eine in Deutschland alleinlebende Person als Armutsgefährdet, wenn das monatliche Einkommen unter 1.176 € lag. Bei zwei Erwachsenen mit zwei Kindern unter 14 Jahren lag die Armutsgefährdungsgrenze bei 2.469 € im Monat (Statistisches Bundesamt, 2021). Demzufolge ist der Großteil der nichtkrankenversicherten, die eine Einkommensangabe gemacht haben, Armutsgefährdet. Hinsichtlich der zuvor genannten Zahlen ist trotz des hohen wissenschaftlichen Standards dennoch eine Problematik zu berücksichtigen. Basierend darauf, dass der Mikrozensus alleinig Daten

von Personen mit einer Meldeadresse in ihren Erhebungen verwendet, ist laut Organisationen wie z. B. Ärzte der Welt e. V. von einer viel höheren Dunkelziffer von nicht Krankenversicherten auszugehen. Daten von wohnungslosen Menschen oder Personen ohne Aufenthaltstitel können nicht erhoben und nicht in den Statistiken aufgelistet werden (Ärzte der Welt e. V., 2020). Diese These bestätigt Ärzte der Welt mit den Daten aus einem ihrer Inlandsprojekte in Deutschland. Das Projekt bietet kostenlose medizinische und psychologisch/psychiatrische Behandlungen in medizinischen Einrichtungen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in München, Hamburg und Berlin an (Bader et al., 2022, S. 2ff.). In den Daten des Mikrozensus können allein ca. zehn Prozent der Patient/innen von Ärzte der Welt widergespiegelt werden. Folgend werden ganze 90 % aus den Ergebnissen des Mikrozensus ausgeschlossen (Offe, 2021, S. 4). Die Ergebnisse des Inlandsprojektes von Ärzte der Welt werden somit im Anschlusskapitel aufgezeigt.

2.5 Gesundheit von krankenversicherungslosen Personen

Da kaum wissenschaftliche Daten zu der gesundheitlichen Situation von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz vorliegen, werden in diesem Unterkapitel die Ergebnisse des Gesundheitsreports von Ärzte der Welt vorgestellt. Die Ergebnisse des Gesundheitsreports repräsentieren Patient/innendaten aus dem Jahr 2021 (Bader et al., 2022, S. 2ff.). Von 2.532 Patient/innen haben 1.071 Patient/innen ihre Daten für den Bericht bereitgestellt. Anders als im Mikrozensus sind 24,1 % der Daten auf Kinder zurückzuführen (257 Kinder) (Bader et al., 2022, S. 5f.). Auch die allgemeine Altersverteilung ist breiter aufgestellt als im Mikrozensus. Während die Altersspanne im Mikrozensus bei 20-60 Jahren lag (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 31), lag diese in den Ergebnissen des Gesundheitsreports zwischen null bis 85 Jahren (siehe Abbildung 1) (Bader et al., 2022, S. 8f.).

Grafik 1: Altersverteilung der Patient*innen

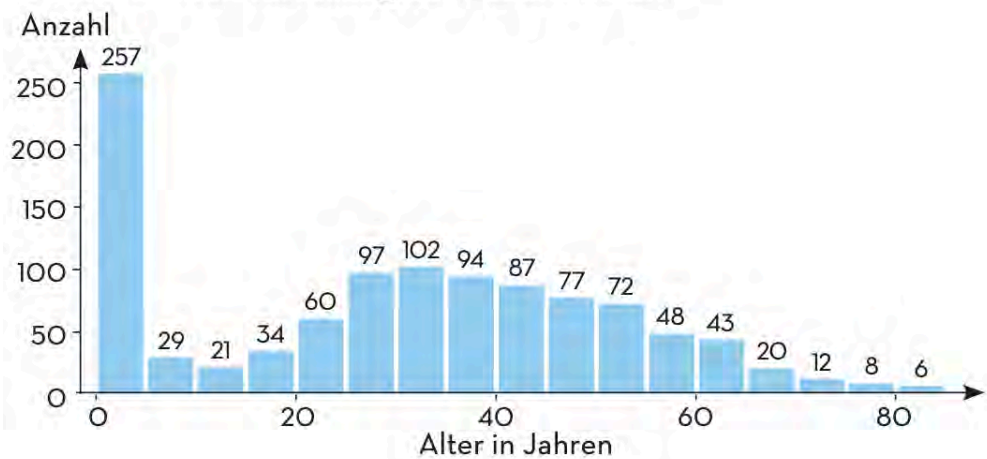


Abbildung 1: Altersverteilung der Patient*innen (Bader et al., 2022, S.8).

Somit wird der Gesundheitszustand der null- bis 19-Jährigen und 61–85-Jährigen ergänzend eingeschlossen. Fast ein Drittel der Patient/innen waren Kinder und unter 20-jährige heranwachsende Personen (32 %). Im Vergleich dazu waren allein 4,7 % der Patient/innen 65 Jahre alt oder älter. Bei vielen Kindern mit deutscher Staatsbürgerschaft und ohne Krankenversicherungsschutz sind oftmals das Fehlen von notwendigen Papieren als auch organisatorische Probleme Schuld. Beispielsweise wird für die Anmeldung zur Krankenversicherung eine Geburtsurkunde benötigt. Kommt es bei der Beantragung der Geburtsurkunde aufgrund von fehlenden Dokumenten zu Verzögerungen der Ausstellung, kann die Anmeldung bei der Krankenversicherung ebenso verzögert stattfinden. Geschlechtsspezifisch sind ähnlich wie beim Mikrozensus auch beim Gesundheitsreport die Männer mit 57,1 % (611 von 1.071) häufiger betroffen als Frauen mit 42,8 % (458 von 1.071). Allein 20% der Patient/innen weisen eine deutsche Staatsangehörigkeit nach. Alle anderen stammen aus anderen Herkunftsländern (40 % EU und EWR, Schweiz (ohne Deutschland), 40 % Drittstaatsangehörige) (Bader et al., 2022, S. 8f.). Da eine große Anzahl von Studien nachweist, dass ein niedriger sozialer Status (geringes Einkommen/Bildung/Berufsniveau und -status) die Gesundheit von Menschen beeinflusst, wird in diesem Teil auch die soziale Situation von den Patient/innen aufgezeigt (Lampert & Mielck, 2008, S. 7). Die Armutsquote, welche bereits im Mikrozensus genannt wurde, hat sich in den Ergebnissen des Gesundheitsreports erneut bestätigt. Fast alle Patient/innen von Ärzte der Welt (98,0 %) haben 2021 unter der Armutsgrenze gelebt (Bader et al., 2022, S. 8ff.). Auch über die Wohnverhältnisse und Netzwerke, über die im Mikrozensus nicht berichtet wurde, können im Gesundheitsreport Informationen gewonnen werden. 81,8 % der Patient/innen hatten eine prekäre Wohnsituation aufgewiesen. Beispielsweise waren 20,0 % obdachlos, 30,7 % lebten in Wohnheimen, Frauenhäusern oder

Übergangsunterkünften für Wohnungslose/Asylbewerber/innen, 1,7 % schliefen in Zelten oder in verlassenen Gebäuden und weitere 29,4 % waren bei Freund/innen, Familienangehörigen oder am Arbeitsplatz untergebracht. Bloß 18,2% der nicht krankenversicherten verfügten über einen eigenen Wohnort zum Leben. Diese Situationen kommen zustande, weil das soziale Netzwerk der Betroffenen oft sehr gering oder gar nicht vorhanden ist. Beispielsweise gaben 38,7 % der obdachlosen Personen an, dass sie über keinen Ansprechpartner verfügen (Bader et al., 2022, S. 8f.).

Nach Vorstellung der gesundheitlichen und sozialen Lage wird im nächsten Kapitel vermittelt, weshalb eine hohe Notwendigkeit für einen medizinischen Zugang besteht.

2.6 Notwendigkeit des medizinischen Zugangs

An erster Stelle spielt der gesundheitliche Faktor eine Rolle, weshalb ein medizinischer Zugang von hoher Relevanz ist. 21,1 % der Ärzte der Welt Patient/innen empfinden ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „*schlecht*“ und 3,3 % sogar als „*sehr schlecht*“. Diese Einschätzung der Betroffenen ist den genannten prekären Lebenssituationen aus Kapitel 2.5 zuzuschreiben. Obdachlose und Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus haben beispielsweise eher eine schlechte Einschätzungen zu ihrem Gesundheitszustand gegeben. Des Weiteren kann die fehlende Krankenversicherung dazu beitragen, dass Erkrankungen zu spät erkannt und behandelt werden. Dies wirkt sich negativ auf die wirtschaftlichen Faktoren des Gesundheitswesens aus. Viele der Patient/innen von Ärzte der Welt werden beispielsweise mit chronischen Erkrankungen diagnostiziert. Bei einer Nichtbehandlung dieser Erkrankungen würde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der Folge einer Notfallbehandlung möglich sein. Somit erfolgt eine finanzielle Mehrbelastung des Gesundheitswesens aufgrund der notwendigen Notfallbehandlung (Bader et al., 2022, S. 11f.). Neben der Erkenntnis von Ärzte der Welt gibt es auch Studien, welche die Mehrkosten im Gesundheitssystem durch die Nichtversorgung von nicht krankenversicherten Personen belegen. Beispielsweise hat die Studie aus dem Jahr 2015 von Bozorgmehr und Razum durch die Analyse der Gesundheitsausgaben von 1994-2013 bereits nachweisen können, dass der eingeschränkte Zugriff in die Gesundheitsversorgung für Asylbewerber/innen und Flüchtlinge eine zeitlich verzögerte Versorgung und demzufolge höhere Pflegekosten verursacht. Die Kosten würden deutlich geringer ausfallen, wenn von Beginn an ein nicht beschränkter Zugang gewährleistet wird (Bozorgmehr & Razum, 2015). Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte hat das Ergebnis der Studie von Bozorgmehr und Razum mit der

Aussage, dass ein rechtzeitiger Zugang zur Gesundheitsversorgung kostengünstiger ist als ein alleiniger Zugang im Notfall, ebenso bestätigt (European Union Agency for Fundamental Rights., 2015, S. 6).

Da diese Arbeit den Fokus auf die Rolle der Sprachmittlung bei einer medizinischen Behandlung legt, wird in den nächsten Kapiteln näher auf die Thematik der Sprache im Gesundheitswesen eingegangen.

2.7 Sprache im Gesundheitswesen

Eine solidarische Gesundheitsversorgung ist nur notwendig, weil viele Barrieren den Zutritt in die allgemeine Gesundheitsversorgung erschweren. Eine wesentliche Behinderung stellt die Sprache dar. 40,5 % der Ärzte der Welt Patient/innen gaben die Sprache als eine Barriere für die gesundheitliche Versorgung an. Darauf aufbauend wurde bei 75,7 % der Patient/innen während der medizinischen Behandlungen eine Sprachmittlung dazu geholt (Bader et al., 2022, S. 10).

Die Sprache kann als eine Art Werkzeug betrachtet werden, welche ermöglicht, dass Menschen miteinander kommunizieren können. Während der Kommunikation können Informationen ausgetauscht, Erlebtes und Erfahrenes geteilt und Anliegen verständlich gemacht werden (Eicher, 2015, S. 3). Gerade im Gesundheitswesen ist der gelungene Informationsaustausch zwischen dem Arzt/der Ärztin und Patient/in von hoher Bedeutung. Denn relevante medizinische Informationen wie die Anamnese, das Schmerzempfinden als auch seelische und körperliche Beeinträchtigungen können alleinig durch die Sprache vermittelt werden. Bloß die Vermittlung aller notwendigen Informationen kann eine genaue Diagnosestellung und passende Behandlung begünstigen. Dies heißt, je besser die Ärzt/innen-Patient/innen-Kommunikation verläuft, desto besser ist die medizinische Versorgung (Khaschei & Grönemeyer, 2019, S. 3f.). Ein gutes Gespräch kann zudem das Vertrauen in den Arzt/die Ärztin, die Sicherheit und Zufriedenheit der medizinischen Behandlung fördern und somit auch die Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung stärken (Khaschei & Grönemeyer, 2019, S. 10). Zu einem guten Gespräch gehört eine positive Wortwahl, auch bei schlechten Nachrichten (Hollenrieder, 2022, S. 17). Positive Worte wie z. B. „*ein gut behandelbarer Tumor*“ vermitteln Patient/innen hinsichtlich der Genesung ein Gefühl von Sicherheit und Zuversicht. Die beruhigende Wirkung von Worten kann körpereigene Selbstheilungskräfte aktivieren und somit die Gesundung beschleunigen (Eicher, 2015, S. 248). Gegenteilig wird bei der Äußerung negativ belastender Wörter wie z. B. „*schrecklich*“, „*katastrophal*“ oder „*bedenklich*“ allein die Stressbelastung von Patient/innen erhöht

(Hollenrieder, 2022, S. 17). Das durch den Stress bedingt ausgeschüttete Hormon Cortisol führt aufgrund der Belastung des Immunsystems zu einer Schwächung der körpereigenen Selbstheilungskräfte (Eicher, 2015, S. 248). Ergänzend kann der ausgelöste Stress eine Verschlechterung der Vitalwerte (z. B. Blutdruck und Blutzucker) bekräftigen und sogar die Wundheilung negativ beeinflussen (Hollenrieder, 2022, S. 17). Somit sollten Ärzte und Ärztinnen beispielsweise bei der Vermittlung einer Krebsdiagnose von einem „*gut behandelbaren Krebstumor*“ statt „*bösartigen Tumor*“ sprechen (Eicher, 2015, S. 248).

Zusammenfassend ist aus den genannten Beispielen zu erschließen, dass kleine Wortveränderungen großes in einer Nachricht bewirken können. Aufgrund dessen wird im nächsten Abschnitt anhand eines Sprachmodells näher erläutert, wie Sprache im eigentlichen funktioniert.

2.7.1 Sprachmodell

In der Ärzt/innen-Patient/innen-Kommunikation können sehr schnell durch einfache und kurze Sätze Missverständnisse entstehen. Die Ursache dessen wird anhand des Vier-Ohren-Modells von Schulz von Thun näher erläutert (Schmidhuber, 2022, S. 25f.). Bei der Kommunikation zwischen zwei Personen gibt es die sendende und empfangende Person. Der Sender/Die Senderin teilt eine Nachricht mit, während der Empfänger/die Empfängerin diese annimmt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Wissensstand, die Werte und vertretende Weltanschauungen von Sender/in und Empfänger/in unabhängig voneinander sind und sich somit unterscheiden. Auf Basis dessen können Nachrichten falsch angenommen und verstanden werden. Zur besseren Verständlichkeit des Modells ist die Differenzierung der Begrifflichkeiten „*Nachricht*“, „*Botschaft*“ und „*Information*“ von Relevanz. Eine Nachricht beschreibt den Oberbegriff für die Weitergabe informativer Inhalte von Sender/in an Empfänger/in. Der zu vermittelnde Inhalt hat neben verbalen und nonverbalen Anteilen auch viele gleichzeitig gesendete Botschaften. Botschaften sind als ein Teilaspekt einer Nachricht zu verstehen. In einer einzigen Nachricht können beispielsweise bewusst oder unbewusst viele verschiedene Botschaften versendet werden. Alle versendeten Informationen werden vom Empfänger analysiert und bewertet. Somit kann neben dem bereits vorhanden Wissen neues und bedeutungsvolles Wissen aussortiert werden. Wenn beispielsweise eine Logopädin ihrer Arbeitskollegin mit einem ernsten Gesichtsausdruck folgenden Satz äußert: "*Der Aachener Aphasie-Test war wieder nicht dort, wo er sonst immer ist!*", geht als nonverbale Botschaft hervor, dass die Logopädin sauer ist (Büttner & Quindel, 2013, S. 10). Wenn allein auf den Sachinhalt

zurückgegriffen wird, würde die Arbeitskollegin allein die Information erhalten, dass der Aphasie-Test nicht an der sonst vorzufindenden Stelle vorhanden ist. Dadurch, dass die Arbeitskollegin nicht für das Zurücklegen des Aphasie-Tests zuständig war, enthält die Aussage auf der Sachebene keine neue Information für sie, weshalb die nonverbalen Signale der Logopädin als bedeutender gewertet werden (Logopädin ist sauer!) (Büttner & Quindel, 2013, S. 10). Neben der Differenzierung dieser Begrifflichkeiten ist ebenso zu verstehen, dass nach dem Vier-Ohren-Modell jede Nachricht, welche kommuniziert wird, vier Seiten hat. Es wird unterschieden zwischen der „Sachebene“, „Beziehungsebene“, „Selbstkundgebung“ und dem „Appell“ (Schmidhuber, 2022, S. 25f.). Auf der Sachebene wird der Empfänger/die Empfängerin über eine bestimmte Thematik informiert, während bei der Selbstkundgebung Gefühle oder Empfindungen ausgedrückt werden. Die Beziehungsebene hingegen sagt aus, in welcher Beziehung die Sprechenden zueinanderstehen. Zuletzt wird auf der Appellebene ausgedrückt, was der Gegenüber in Folge der Nachricht tun soll (Reinhardt, 2020, S. 62). Zur Verdeutlichung dessen wird das Modell in Abbildung 2 im medizinischen Kontext dargestellt.

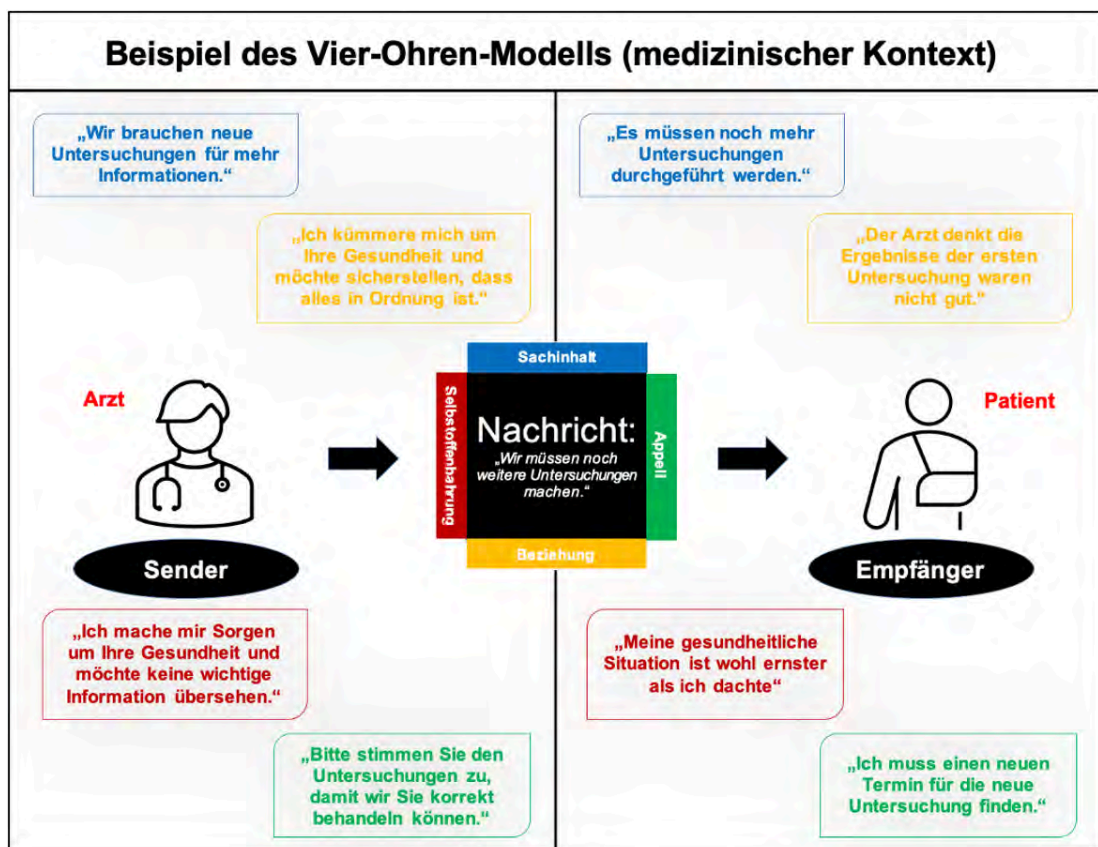


Abbildung 2: Beispiel des Vier-Ohren-Modells (medizinischer Kontext) (eigene Darstellung, 2023, nach Schmidhuber, 2022, S.26).

Die Abbildung verdeutlicht, dass die sendende Person mit nur einer Nachricht vier Botschaften versenden kann, die von der empfangenden Person empfangen werden (Büttner & Quindel, 2013, S. 15). Zudem wird sichtbar, dass der Patient/die Patientin sich auf Basis der Vermutung, die Ergebnisse des ersten Tests seien nicht gut Sorgen um die eigene Gesundheit macht. Aus Seiten des Arztes/der Ärztin ist dennoch nichts am Gesundheitszustand des Gegenübers auszusetzen. Um mögliche Missverständnisse im Ärzt/innen-Patient/innen-Gespräch zu meiden, sollten Ärzt/innen sich klar und deutlich bei der Patient/innenaufklärung ausdrücken. Beispielsweise könnte der Arzt aus Abbildung 2 eine Begründung an die ausgesprochene Nachricht anhängen: „*Wir müssen noch weitere Untersuchungen machen, ich kann zu wenig auf der Bildgebung erkennen, da muss es einen technischen Fehler gegeben haben*“ (Schmidhuber, 2022, S. 26). Eine klare Ausdrucksweise mit reichlich Informationen kann Patient/innen dabei verhelfen, die Behandlungssituation besser einzuschätzen und die Wahrnehmung nicht durch Ängste und Sorgen beeinflussen zu lassen. Schlussendlich können dadurch Deutungsmöglichkeiten aus Seiten der Patient/innen reduziert und Missverständnisse umgangen werden (Schmidhuber, 2022, S. 26). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird auf einen weiteren Aspekt, welcher Missverständnisse in der Kommunikation auslösen kann, eingegangen.

2.7.2 Interkulturelle Kommunikation

Eine korrekte Verständigung zwischen dem ärztlichen Fachpersonal und Patient/innen ist von hoher Wichtigkeit, da die Sprache das wichtigste „*Instrument*“ einer medizinischen Behandlung darstellt. Durch einen ungestörten Informationsaustausch kann zum einen die Anamnese erfolgen und zum anderen patient/innenbezogene Aspekte wie z. B. die Erfragung von Bedürfnissen, Mitteilung von Maßnahmen, Aufklärung etc. in die Behandlung miteinbezogen werden. Somit wirkt sich eine Sprachbarriere also erschwerend auf die Anamnese, Diagnostik und Therapie aus (Pluntke, 2017, S. 30). Abseits sprachlicher Barrieren führen ebenso kulturelle Aspekte zu Konflikten und Verwirrungen während medizinischer Behandlungen (Shad, 2018, S. 195). Wegen der hohen Anzahl von Menschen mit einem Migrationshintergrund in Deutschland und die daraus resultierende ethnische Vielfalt von Patient/innen stellt die interkulturelle Kommunikation eine Schlüsselkompetenz für den medizinischen Bereich dar und ist von hoher Relevanz (Gillesen et al., 2020, S. 6). Der Begriff der „*Kultur*“ beschreibt ein Orientierungssystem für eine Nation, Gesellschaft, Organisation oder Gruppe. Unterschiedliche Aspekte wie z.B. die Sprache, Gestik und Mimik, der Kleidungsstil oder Rituale etc. werden nach diesem System befolgt und an nachfolgende

Generationen weitergegeben. Die Wahrnehmung, das Denken, Werten und Agieren einer Person wird durch die Kultur einer Gesellschaft gelenkt (Otero Moreno, 2023, S. 22). Die Kommunikation zwischen dem Arzt/der Ärztin und dem Patient/der Patientin kann bereits auf der nonverbalen Ebene durch kulturelle Aspekte wie beispielsweise unterschiedlichen Anwendungen von Gestiken gestört werden. Wenn auf die Frage „Haben Sie Schmerzen?“ ein Nicken oder Schütteln des Kopfes folgt, können diesen Gestiken in unterschiedlichen Kulturen differenzierte Bedeutungen zugesprochen werden (siehe Abbildung 3) (Gillissen et al., 2020, S. 6).

Kopfbewegungen als Zeichen sicher und richtig deuten

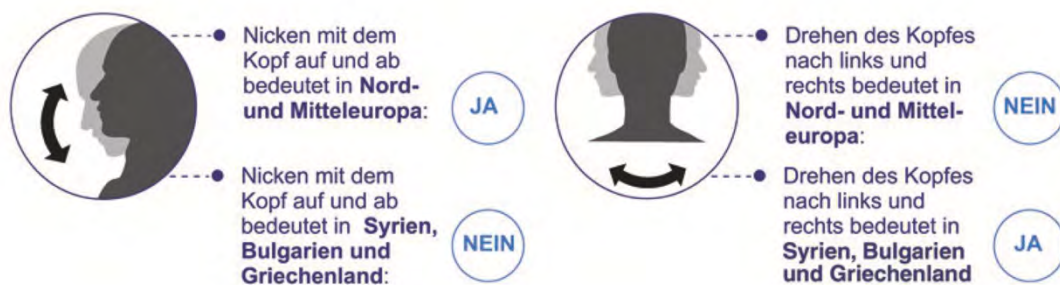


Abbildung 3: Kopfbewegung als Zeichen sicher und richtig deuten (Gillissen et al., 2020, S. 63).

Auf der verbalen Kommunikationsebene können ebenso kulturelle Missverständnisse entstehen, auch wenn der Arzt/die Ärztin und der Patient/die Patientin dieselbe Sprache sprechen (Schmidhuber, 2022, S. 46). Patient/innen können Äußerungen von sich geben, welche von Ärzt/innen ohne kulturelles Hintergrundwissen nicht direkt verstanden werden können wie z. B. „*meine inneren Organe brennen*“ (Schouler-Ocak, 2020, S. 110). Aus dieser Aussage ist zu entnehmen, dass es dem Patienten/der Patientin schlecht geht (Schouler-Ocak, 2020, S. 110). Auch unterschiedliche Handlungsweisen von Patient/innen sind auf kulturelle Hintergründe zurückzuführen. Wird beispielsweise bei schlechten Nachrichten im Behandlungsraum zum Trost der Arm von spanischstämmigen Patient/innen berührt, wird dies ermunternd aufgenommen. Bei Patient/innen aus skandinavischen Ländern hingegen kann dieser Akt das Unwohlsein steigern (Schmidhuber, 2022, S. 47). Ein weiteres Beispiel wäre das Besprechen der Sexualanamnese einer arabischstämmigen Patientin, ausgeführt von einem Arzt. Da die Thematik rund um die Sexualität in bestimmten Kulturkreisen stark tabuisiert ist, führt dies oftmals dazu, dass die arabische Patientin dem Arzt wenige bzw. keine Informationen preisgibt (Schrimpf & Bahnemann, 2012, S. 117).

Verfügt ein Arzt/eine Ärztin im privaten Umfeld und Arbeitsalltag über wenig interkulturelle Begegnungen, kann dies aufgrund der zuvor dargestellten Situationen verschiedenste Herausforderungen mit sich bringen (Otero Moreno, 2023, S. 12). Auf Basis dessen können zur erfolgreichen Kommunikationsbewältigung während medizinischer Behandlungen Dolmetscher/innen einbezogen werden (Gillesen et al., 2020, S. 65). Denn Dolmetscher/innen verfügen wie in den vorherigen Unterkapiteln bereits genannt, neben der sprachlichen Kompetenz ebenso über kulturelles Wissen (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2020, S. 35f.). Das kulturelle Wissen der dolmetschenden Person trägt dazu bei, dass Missverständnisse bei ärztlichen Gesprächen herausgefiltert werden können (Döbig, 2023, S. 25). Schlussfolgernd kann die Einbeziehung der interkulturellen Kompetenz in medizinischen Behandlungen somit eine „*therapeutische Chancengleichheit*“ für Patient/innen mit Migrationshintergrund fördern (Gillesen et al., 2020, S. 6). Im folgenden Kapitel werden Gesundheitsrisiken, welche durch die Sprachbarriere hervorgerufen werden, erläutert.

2.7.3 Sprachbarriere als Gesundheitsrisiko

Sprachbarrieren bringen viele Nachteile im Gesundheitswesen mit sich, weshalb Personen ohne ausreichende oder keine Deutschkenntnisse als vulnerable Gruppe zu betrachten sind (David, 2023, S. 510).

Fehlende Sprachkenntnisse können sich bereits beim Organisieren von Hilfeleistungen bei medizinischer Notwendigkeit erschwerend auswirken. Auch während der Behandlung können bereits Probleme durch die Sprachbarriere zwischen dem Arzt/der Ärztin und dem Patient/der Patientin entstehen. Beispielsweise können wiedergegebene Informationen des Arztes/der Ärztin nicht von dem Patienten/ von der Patientin verstanden werden (David, 2023, S. 510). Dadurch kann das Vertrauen in die Behandlungsqualität des Arztes/der Ärztin sinken, wodurch gleichzeitig die Compliance des Patienten/der Patientin abfällt (Babitsch et al., 2008, S. 8). Unterschiedliche Studien bekräftigen ebenso, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund aufgrund ihrer Sprachbarriere oftmals eine schlechtere Versorgung als einheimische Patient/innen erfahren. Dies führt schlussendlich zu einer geringeren Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung bei migrantischen Patient/innen (Nesterko & Glaesmer, 2015, S. 510). Zudem wird begünstigt, dass aufgrund der Sprachbarriere in der Ärzt/innen-Patient/innen-Kommunikation häufiger Ärzt/innenwechsel vorgenommen (Razum et al., 2008, S. 111) oder sogar Gesundheitsleistungen seltener in Anspruch

genommen werden (Bermejo et al., 2012, S. 947f.). Vor allem Präventionsmaßnahmen, welche in diesen Gruppen von besonderem Bedarf sind, werden aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten seltener genutzt (Razum et al., 2008, S. 121). Wird trotz der vorgestellten Problematik dennoch eine medizinische Behandlung in Erwägung gezogen, fallen die Partizipationsmöglichkeit in der Behandlungssituation seitens der Patient/innen sehr gering aus (Razum et al., 2008, S. 109). Schwierigkeiten im gegenseitigen Verständnis begünstigen Missverständnisse und daraus folgende Fehldiagnosen und Fehl-, Unter- oder Überversorgungen (Babitsch et al., 2008, S. 8f.). Somit kann es beispielsweise zu unnötigen Medikamenteneinnahmen von Patient/innen kommen, welche gesundheitliche Folgen mit sich bringen können (Schouler-Ocak, 2020, S. 109). Auch das Erkennen der Dringlichkeit einer notwendigen Notfallbehandlung durch den Arzt/die Ärztin kann durch die Sprachbarriere gestört werden (Babitsch et al., 2008, S. 1). Kommt eine Notfallbehandlung zustande, fällt der Behandlungserfolg geringer aus als auch die Behandlungsdauer länger aus (Lampert & Mielck, 2008, S. 161). Auch alltägliche Pflegeaufgaben wie die korrekte Verabreichung der Medikation, Behandlung von Schmerzen oder das Managen des Flüssigkeitshaushalts sind durch die mangelnde Kommunikationsmöglichkeit gestört und bringen somit Risiken mit sich (Van Rosse et al., 2016, S. 45).

Alles in allem sorgt der Einsatz von professionellen Dolmetscher/innen somit für eine Senkung der vorgestellten Risiken und steigert die Patient/innenzufriedenheit (Führer & Brzoska, 2022, S. 476).

Nach ausführlicher Vorstellung des theoretischen Hintergrundes folgt im nächsten Kapitel die Beschreibung der Literaturrecherche und des Literaturstandes, worauf aufbauend die Fragestellung vorgestellt wird.

3 Literaturrecherche/-stand und Fragestellung

Zur Ermittlung der wissenschaftlichen Ausgangslage der ausgewählten Thematik wurden unterschiedliche Quellen untersucht. Neben der Nutzung von Büchern und Zeitschriften aus Fachbibliotheken erfolgte zusätzlich eine Internet- und Datenbankrecherche. Zu Beginn wurde zur Informationsgewinnung und Wissenserweiterung „Google“ genutzt. Nachdem ein Basisverständnis zur Thematik geschaffen war, war der nächste Schritt Zugang zu wissenschaftlicher Literatur zu verschaffen. Aufgrund der Spezialisierung auf gesundheitliche Artikel und Studien ist zuallererst auf die Datenbank „PubMed“ zurückgegriffen worden. Um einen aktuellen Forschungsstand

darstellen zu können, war die Suche alleinig auf deutsch- und englischsprachiger Literatur der letzten zehn Jahre gefiltert. Zu Beginn startete die Recherche mit dem Suchbegriff „*Interpreters AND medicine*“, wobei 645 Ergebnisse entsprangen. Unter diesen Ergebnissen befand sich beispielsweise eine Vielzahl von Literatur zu Sprachbarrieren in der Behandlung von geflüchteten Menschen oder Literatur zum Dolmetschen im Gesundheitswesen aus der Sicht von unterschiedlichem Fachpersonal (Krankenpfleger/innen, Ärzt/innen, Sprachmittler/innen). Zudem sind in der angezeigten Literatur unterschiedlichste Dolmetscherarten behandelt worden, wodurch diese inhaltstechnisch stark voneinander abwichen. Um die Recherche stärker einzugrenzen und nach einer Forschungslücke Ausschau zu halten, wurden die einzelnen Dolmetscherarten als Suchbegriff eingegeben. Bei der Verwendung der Suchbegriffe „*Ad-hoc AND medicine*“ kamen 3.058 Ergebnisse, „*Professional interpreters AND medicine*“ 74 Ergebnisse, „*Medical interpreters AND medicine*“ 99 Ergebnisse und bei „*Community interpreters AND medicine*“ drei Ergebnisse raus. Da ein starker Unterschied in der Ergebnismenge der einzelnen Dolmetscherarten ersichtlich war, ist aufgrund der geringsten Datenlage der Fokus auf die Community-Interpreters gelegt worden. Anschließend folgte mit weiteren Suchbegriffen wie „*Community interpreters AND hospital*“, „*Community interpreters AND health*“, „*Community interpreters AND medical treatment*“ die Suche nach weiteren Ergebnissen. Die angezeigten Ergebnisse behandelten Themen wie Kommunikationsmethoden von Ärzt/innen mit Community-Interpreters, Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem und der Verbesserung der interkulturellen Kommunikation durch Leitlinien und Schulungen. Da diese Ergebnisse nicht ausreichend genug waren, um den Forschungsstand zu bestimmen, wurden weitere Recherchen über „*Google Scholar*“ und unterschiedliche Verlagsseiten wie „*Springer*“ oder „*Thieme*“ durchgeführt. Dabei war schnell bewusst geworden, dass neben der geringen Literaturmenge vor allem keine wirkliche Studie über die Auswirkungen vom Einsatz von Community-Interpreters im Gesundheitswesen vorliegt. Weiterführend erfolgte aufgrund der geringen Anzahl von nutzbaren Quellen die Anwendung der Methode des Schneeballsystems bei der Literaturrecherche. Durch die angehängten Quellenvermerke der bereits ausgewählten Literatur fand sich weitere Literatur (Döring & Bortz, 2016, S. 160).

Die Übersichtsarbeit von Führer & Brzoska (2022) stellt die aktuellste Quelle hinsichtlich dieser Thematik dar. In dieser Ausarbeitung wurden die Ergebnisse unterschiedlichster Studien zusammengeführt und analysiert. Laut der Übersichtsarbeit ist die Sprache während der medizinischen Behandlung als ein zentrales Instrument für eine sichere und qualitative Behandlung zu verstehen. Die Sicherheit und Qualität der

Behandlung steht dennoch im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Dolmetscherarten (siehe Abbildung 4) (Führer & Brzoska, 2022, S. 475f.).



Abbildung 4: Qualität der Dolmetscherarten (eigene Darstellung, 2023, nach Führer & Brzoska, 2022, S. 475f.).

Ad-hoc Dolmetschende werden wegen ihrer unkomplizierten Erreichbarkeit und Kostenfreiheit in Bezug auf das Gesundheitssystem am häufigsten im medizinischen Alltag begegnet, obwohl dieser Gruppe die meiste Kritik zugesprochen wird. Die Kritik begründet sich mit der hohen Fehlerquote beim Übersetzen (50 %), hervorgerufen durch das Laienverständnis der Dolmetschenden. Zu übersetzende Inhalte werden verändert, zensiert oder verharmlost wiedergegeben. Daraus folgend ergibt sich eine Benachteiligung bei nicht deutschsprachigen Patient/innen in unterschiedlichen Bereichen. Beispielsweise folgen eine geringere Aufklärung, Behandlungszufriedenheit und Bereitschaft zur Inanspruchnahme von präventiven Vorsorgeuntersuchungen, höhere Durchführung von nicht relevanten Tests und ein gesteigertes Risiko für die Aufnahme in stationärer Behandlung. Die Gruppe der Community-Interpreters hingegen ist durch die Absolvierung einer Schulung qualifizierter als Laien zu betrachten (Führer & Brzoska, 2022, S. 475f.). Führer & Brzoska (2022, S. 476) bestätigen in ihrer Veröffentlichung die zuvor gefällte Annahme, dass keine Studie über die Auswirkungen vom Einsatz von Community-Interpreters im Gesundheitswesen vorliegt. Dieses wird mit dem Aspekt begründet, dass Community-Interpreters eine sehr heterogene Gruppe darstellen, weshalb Aussagen zu ihnen somit schwer zu fällen sind. Letzteres wird in der Übersichtsarbeit über die Gruppe der professionellen Dolmetscher/innen berichtet. Bei dieser Gruppe der Dolmetschenden tauchen laut Studien lediglich zwei Prozent Fehler bei der Übersetzung auf. Dies ist im Vergleich zu den

Ad-hoc Dolmetschenden als äußerst gering zu betrachten. Folglich ergeben sich positive Auswirkungen auf die medizinische Behandlung wie z. B. die Senkung der Aufnahme in stationärer Behandlung, Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen, die Gleichbehandlung von nicht deutschsprachigen und der Behandlungssprache sprechenden Personen etc. (Führer & Brzoska, 2022, S. 475f.).

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, die vorgestellte Forschungslücke zu der Auswirkung des Einsatzes von Community-Interpreters im Gesundheitswesen zu schließen. Um die Thematik weiter einzugrenzen, wurde der Fokus auf die Personengruppe der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz gelegt. Diese Gruppe ist besonders auf den Einsatz von Community-Interpreters bei der medizinischen Behandlung angewiesen, da sie einen hohen Migrationsanteil nachweisen und demzufolge oftmals die Sprache nicht beherrschen (Bader et al., 2022, S. 8f.). Um auf diese Forschungslücke eingehen zu können, behandelt diese Arbeit die Thematik, inwiefern Community-Interpreters zur Verbesserung der Diagnosestellung, Behandlung und kulturellen Sensibilität bei der medizinischen Behandlung nicht krankenversicherter Personen beitragen. Basierend auf die vorgestellte Forschungslücke wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

1. Die Präsenz von Community-Interpreters fördert die kulturelle Sensibilität und patient/innenzentrierte Versorgung von nicht krankenversicherten Personen bei der medizinischen Behandlung im Vergleich zur Abwesenheit von Community-Interpreters.
2. Der Einsatz von Community-Interpreters in der medizinischen Behandlung von nicht krankenversicherten Personen führt durch die überwundene Sprachbarriere zu einer Verbesserung der Behandlung im Vergleich dazu, wenn keine Community-Interpreters anwesend sind.
3. Community-Interpreters tragen zu einer umfassenderen Ermittlung der Patient/innengeschichte bei und verbessern dadurch die Diagnosestellung bei nicht krankenversicherten Personen, im Vergleich zur Abwesenheit von Community-Interpreters.

Im nächsten Schritt werden auf die ausgewählte Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage und Schließung der Forschungslücke eingegangen.

4 Methodik

In diesem Kapitelabschnitt wird die angewandte Methodik zur möglichen Beantwortung der Forschungsfrage beschrieben. Dazu werden zunächst die Datenerhebungsmethode und die Stichprobenauswahl vorgestellt. Anschließend wird ein Einblick in den Entstehungsprozess des Forschungsleitfadens mit der darauffolgenden Beschreibung des umgesetzten Ansatzes zur Informationsgewinnung gegeben. Zuletzt wird auf den Analysevorgang der gewonnenen Daten nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mittels einer induktiven Kategorienbildung eingegangen (Mayring, 2022, S. 84f.).

4.1 Datenerhebung

Da wenige Daten zu der in dieser Arbeit behandelten Thematik vorliegen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz (Interview) zur Ergebnisgewinnung gewählt. Die qualitative Forschung ermöglicht die Erhebung von bislang unbekanntem Informationen durch ihre Offenheit für spontane Antworten und vielfältige Gesprächsentwicklungen. Dies ist zu begründen mit der Tatsache, dass das Interview stärker von den Interviewten gesteuert wird als von der interviewenden Person. Zudem bietet die Möglichkeit, vertiefend auf das Gesagte von Interviewten einzugehen, eine tiefgreifende Analyse der untersuchten Thematik. Zur korrekten Durchführung der qualitativen Datenerhebung wurde der zehnschrittige Ablauf einer qualitativen Befragungsstudie nach Döring und Bortz (2016) eingehalten. Demzufolge wurde zu Beginn die inhaltliche Vorbereitung auf das zu untersuchende Thema durchgeführt. Dabei wurden das Untersuchungsthema, die Forschungsfrage und die Stichprobe bestimmt und das entsprechende Interviewinstrument zur Datenerhebung angefertigt (Döring & Bortz, 2016, S. 365). Nach der Vorbereitung wurden im Zeitraum vom 07.06.2023 – 27.06.2023 halbstrukturierte Expert/inneninterviews durchgeführt. Die in den Interviews gesagten Inhalte wurden per Smartphone aufgezeichnet und im Anschluss durch eine Transkriptionssoftware transkribiert (Anhang 1). Die gesammelten Daten wurden durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2022, S. 49). All diese Aspekte werden in den Folgekapiteln näher beleuchtet.

4.1.1 Stichprobenauswahl

Da nicht viele Arztpraxen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz vorhanden sind, wurde alleinig eine gezielte Praxis aus Hamburg zur Rekrutierung von Interviewteilnehmer/innen ausgewählt. Demzufolge ist von einer gezielten

Stichprobenauswahl zusprechen (nicht-probabilistische Stichprobenmethode) (Döring & Bortz, 2016, S. 631). Im Monat Mai 2023 wurden die potenziellen Teilnehmer/innen persönlich in der Praxis oder telefonisch im Rahmen eines Praktikums für das geplante Interview beworben. Dabei wurden sie mündlich über das Forschungsthema und den Zweck der Arbeit informiert und zur freiwilligen Teilnahme eingeladen. Auf Basis der Forschungsfrage wurden vorab Einschlusskriterien für das Interview entwickelt. Als Einschlusskriterium galt, dass mindestens zwei von drei Kriterien aus Tabelle 1 erfüllt worden sind (siehe Tabelle 1).

Pseudonym	Sprachmittler*in mit absolvierter Weiterbildung	Arzt/Ärztin	Arbeitserfahrung mit Menschen ohne Krankenversicherungsschutz
1WS	✓	X	✓
2WS	✓	X	✓
3WS	✓	X	✓
1WA	X	✓	✓
2MA	X	✓	✓
3MA	X	✓	✓
4MA	X	✓	✓
5WA	X	✓	✓

Tabelle 1: Einschlusskriterien für das Interview (eigene Darstellung, 2023).

Da die Arbeit einen Fokus auf die Sprachmittlung durch Community-Interpreters setzt, wurden alleinig Sprachmittler/innen mit einer freiwillig durchlaufenen Weiterbildung eingeschlossen. Acht Personen aus der Praxis, welche die Kriterien zur Durchführung eines Expert/inneninterviews erfüllt haben, haben zur Teilnahme des Interviews zugesagt. Neben den acht eingeschlossenen Personen gab es weiteres ehrenamtliches Personal, welche die Kriterien zur Teilnahme an den Interviews erfüllen würden. Aus zeittechnischen Gründen und um den Umfang dieser Arbeit nicht zu sprengen, wurden diese Personen von der Teilnahme ausgeschlossen. Zur Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Personen wurden, wie in Tabelle 1 zu erkennen ist, Pseudonyme vergeben. Der Buchstabe „S“ am Ende der Pseudonymisierung steht für „Sprachmittlerin“ und das „A“ für „Arzt“ oder „Ärztin“. Das in der Mitte stehende „M“ oder „W“ beschreibt das Geschlecht und die am Anfang stehende Zahl die Reihenfolge der interviewten Person innerhalb der Gruppierung. Somit steht beispielsweise das 1WS für die erste befragte weibliche Person der Gruppe der Sprachmittlerinnen und das 1WA für die erste befragte weibliche Person der Gruppe der Ärzt/innen.

Aus Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass die eingeschlossenen Teilnehmenden eine Gruppe von fünf Frauen und drei Männern repräsentierten. Drei der Frauen sind Sprachmittlerinnen und die anderen zwei Ärztinnen des Fachbereichs der

Gynäkologie (1WS, S.1) (2WS, S.1) (3WS, S.1) (1WA, S.1) (5WA, S.1). Alle männlichen Teilnehmer sind Ärzte, wobei alle den Fachbereich der Allgemeinmedizin in der Praxis abdecken (2MA, S.1) (3MA, S.1) (4MA, S.1).

4.1.2 Entwicklung des Leitfadens

Zur Analyse der Fragestellung wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Bei dieser Interviewform findet eine Orientierung an einem Interview-Leitfaden statt. Der Leitfaden bietet der interviewenden Person während des Interviews mittels ihrer einzelnen Themenblöcke und dazugehörigen offenen Fragestellungen eine Orientierungsstütze (Döring & Bortz, 2016, S. 358). Da offene Fragestellungen freie Antwortmöglichkeiten für Interviewte begünstigen (Mayer, 2013, S. 37), sind bei dieser Interviewform auf Basis dessen Abweichungen vom Leitfaden durch die Einbindung anderweitiger Themen, das Vorziehen oder Auslassen von Fragestellungen, Vertiefungen etc. erlaubt (Döring & Bortz, 2016, S. 358).

Da diese Arbeit explizit die Erfahrungen und Wahrnehmungen von den in Kapitel 4.1.1 genannten Expert/innen analysiert, wird von Expert/inneninterviews gesprochen. Es handelt sich dabei um keine eigene Interviewform, da sie zu den Leitfadengesteuerten Interviews gehören (Mayer, 2013, S. 37f.). Die Expert/innen repräsentieren in diesem Fall die Verhaltensmuster, Sichtweisen und Wissensstrukturen von einer Expert/innengruppe. Beispielsweise werden in dieser Arbeit die Expert/innengruppen der Ärzt/innen und der Community-Interpreters dargestellt. Da Expert/inneninterviews eher als Fachgespräche denn als herkömmliche Interviews angenommen werden, nimmt der Leitfaden eine noch stärker steuernde und strukturierende Eigenschaft an. Basierend darauf kommt es beispielsweise zustande, dass sehr spezifische und direkte Fragen zur Wissensgenerierung gestellt werden. Eine gezielte Vorbereitung auf die Thematik für die Leitfadententwicklung und Durchführung der Interviews ist bei Expert/inneninterviews somit nicht wegzudenken (Kruse, 2015, S. 166).

Demzufolge war die Entwicklung des Leitfadens auf eine im vorab getätigte Internet- und Literaturrecherche gestützt (siehe Kapitel 3). Nach der Kenntniserlangung des aktuellen Daten- und Wissensstands konnten Wissenslücken erkannt, unterschiedlich relevante Themenfelder aussortiert und fachspezifische Fragestellungen entwickelt werden. Dabei wurden zwei differenzierte, aber dennoch sehr naheliegende Leitfäden für die Gespräche mit der Gruppe von Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen erstellt (siehe Anhang 2). Der Leitfaden für die Ärzt/innen beschränkte sich auf 14 offene Fragestellungen, während der Leitfaden für die Sprachmittlerinnen auf zehn

offene Fragestellungen reduziert worden ist. Die unterschiedliche Anzahl der Fragestellungen kommt zustande, weil beide Expert/innengruppen abhängig von ihrem Berufsfeld mehr oder weniger Wissen zu bestimmten Themen geben können. Beispielsweise können Sprachmittler/innen darüber berichten, wie kulturelle Faktoren in der Sprachmittlung berücksichtigt werden. Ärzt/innen hingegen sind von dieser Frage ausgeschlossen, da diese nicht für die Sprachmittlung zuständig sind. Allgemein betrachtet bauen trotz der unterschiedlichen Anzahl von Fragestellungen beide Leitfäden auf derselben Struktur und denselben Themenkomplexen auf:

1. Hintergrundinfos der interviewten Person
2. Allgemeine Informationen zur Diagnosestellung und Behandlung
3. Kulturelle Faktoren
4. Sprachliche Faktoren

Im ersten Block des Interviewleitfadens wurden Informationen zu beruflichen Hintergründen und Erfahrungen wie z. B. der Sprachkenntnisse oder der aktuellen und vergangenen Arbeitserfahrungen gesammelt. Im zweiten Block wurden Informationen zu dem Einfluss der Sprachmittlung auf die Diagnosestellung und Behandlung bei Menschen ohne Krankenversicherungsschutz thematisiert. Dabei wurden hauptsächlich die durch die Sprachmittlung entstehenden Herausforderungen, Vor- und Nachteile und die Auswirkung auf die Gesundheit der Patient/innen berücksichtigt. Im dritten und vierten Block wurden kulturelle und sprachliche Faktoren identifiziert und dessen Umgang in der Praxis ermittelt. Abschließend wurden interviewende Personen eingeladen, einen Input zu weiteren, ihnen fehlenden und wichtig erscheinenden Themen beizutragen.

Insgesamt betrachtet ermöglicht die Anwendung der gleichstrukturierten Leitfäden bei den Interviews beider Expert/innengruppen eine höhere Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten (Mayer, 2013, S. 37). Wie diese Interviews durchgeführt worden sind, wird im Unterkapitel 4.1.3 erklärt.

4.1.3 Durchführung der Interviews

Nachdem alle organisatorischen Aspekte wie die inhaltliche Vorbereitung, Stichprobenauswahl, Leitfadententwicklung etc. erledigt worden sind, folgte die Durchführung der Interviews. Alle Gespräche, abgesehen von einem, wurden vor Ort in der medizinischen Praxis durchgeführt. Eines der Interviews erfolgte per Telefon, da ein persönliches Treffen zum vorgegebenen Zeitraum nicht möglich war. Es wurde darauf geachtet, dass die Gespräche in einem ruhigen Raum stattfinden, sodass keine

Möglichkeiten für Ablenkungen bestehen. Zur Schaffung einer angenehmen Nähe-Distanz-Regulation saßen beide Gesprächsteilnehmer/innen mit einer Distanz von ca. einem Meter an einem Tisch gegenüber voneinander. Bei der Durchführung der Interviews wurde nach dem dritten Schritt der zehn Schritte einer qualitativen Befragungsstudie etwas Smalltalk geführt. Diese Ansatzweise umgeht einen direkten Einstieg in die eigentliche Thematik und begünstigt die Entwicklung einer lockeren Atmosphäre im Raum (Döring & Bortz, 2016, S. 366). Da die Sammlung von Tonmaterial während des Interviews von Notwendigkeit ist, wurden die Interviewten in diesem Vorgespräch über die Ethikrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) aufgeklärt. Dazu wurde den Teilnehmer/innen ein Informationsblatt mit den notwendigen Informationen zur Studie, aufgebaut nach den Richtlinien der DGPs, ausgehändigt (siehe Anhang 3). Zusätzlich wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen die Unterschrift der Teilnehmenden zur Einwilligung der Aufzeichnung und pseudonymisierten Verwendung der Daten in der Arbeit eingeholt (siehe Anhang 3). Für das Telefoninterview wurde die Unterschrift des Arztes bereits bei der Rekrutierung eingesammelt (Döring & Bortz, 2016, S. 124). Als letzter Schritt vor Beginn des Interviews wurde die Tonaufzeichnungsfunktion und die Akkulaufzeit des Smartphones überprüft (Döring & Bortz, 2016, S. 366). Nachdem all diese Aspekte geklärt worden sind, folgte der Einstieg in das Gespräch. Dabei wurden Empfehlungen der aktuellen Literatur zur Interviewführung eingehalten. Beispielsweise wurde darauf geachtet, dass die Unterhaltungen unter gleichen Bedingungen stattfinden (Leitfaden, selbe Räumlichkeit, Dauer), damit sie vergleichbar sind (Mayer, 2013, S. 102). Dem Gespräch wurde die volle Aufmerksamkeit geschenkt, da neben verbalen auch nonverbale Reaktionen von hoher Bedeutung sind, um die Unterhaltung geeignet fortzusetzen. Bestimmte Erwähnungen konnten bei empfundener Wichtigkeit vertieft und somit näher beleuchtet werden. Bei Abschweifungen zu irrelevanten Themen musste das Gespräch wieder zu relevanten Inhalten gelenkt werden. Somit entsprach die Hauptaufgabe im Interview, das Gespräch mithilfe des Leitfadens in die richtige Richtung zu steuern (Döring & Bortz, 2016, S. 366). Bei der Steuerung der Unterhaltung ist sehr wichtig, keine eigene Stellung zu beziehen. Stellungnahmen sind aufgrund dessen tabu, da sie die Folgeäußerungen von Interviewpartner/innen beeinflussen und somit verzerren können (Mayer, 2013, S. 102). Auch wenn es vorkommt, dass Interviewpartner/innen schweigend auf eine Frage reagieren und Zeit zum Nachdenken brauchen, wurde das Schweigen nicht unterbrochen. In solchen Situationen wurde dem Gegenüber die nötige Zeit zum Antworten gegeben. Hielt das Schweigen jedoch viel zu lange an, wurde zum einen abgesichert, dass die Frage verstanden wurde und zum anderen eine Anregung zum Weitererzählen gegeben. Um zu

signalisieren, dass dem Gespräch aufmerksam gefolgt wird, wurde Blickkontakt eingehalten und Reaktionen wie ein Nicken, Mitlachen, Mittrauern etc. angepasst (Küstners, 2009, S. 55ff.). Durch die im Interview gemachten Notizen konnten Rückfragen an den Gesprächsteilnehmer/die Gesprächsteilnehmerin gestellt werden. Wenn keine Rückfragen vorhanden waren, wurde mittels des Leitfadens ein Übergang zur nächsten Fragestellung oder Thematik geschaffen (Küstners, 2009, S. 61). Ist das Ende des Leitfadens erreicht und alle benötigten Informationen geliefert worden, konnte das Gespräch nach ca. 30 bis 45 Minuten beendet werden. Beim Gesprächsende wurde den Interviewer/innen die Chance geboten, ihnen wichtig erscheinende und ausgelassene Thematiken zu erwähnen. Daraufhin folgten die Verabschiedung und somit das Ende des Interviews.

Auf die Auswertung der Daten wird in den nächsten Kapiteln eingegangen.

4.2 Datenauswertung

In diesem Kapitel wird die Herangehensweise der Datenauswertung beschrieben. Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zur Ergebniserhebung befolgt wurde (Mayring, 2022, S. 84f.). Da das Kategoriensystem nach Mayring ein zentrales Auswertungsinstrument darstellt, werden im Anschlusskapitel die induktiv gebildeten Hauptkategorien vorgestellt (Mayring, 2022, S. 50). Zur einfachen Transkription nach Dresing und Pehl und Analyse der Interviewdaten wurde die Software MAXQDA verwendet. Die Transkriptionsregeln sind in Anhang 4 wiederzufinden (Dresing & Pehl, 2018, S. 21ff.).

4.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Das systematische Vorgehen bei einer qualitativen Inhaltsanalyse dient dem Zweck, Texte besser zu verstehen und zu deuten. Zur Analyse des Interviewmaterials kann zwischen drei Grundformen des Interpretierens gewählt werden. Die Analysetechnik der Zusammenfassung, Explikation oder Strukturierung. All diese Techniken sind unabhängig voneinander und werden demzufolge unterschiedlich angewandt. Die Eignung der Analysetechniken wird auf Basis der Forschungsfrage und dem verwendeten Material bestimmt. Für diese Arbeit stellt sich die Interpretationsform der Zusammenfassung als besonders geeignet dar, weshalb eine Anwendung dessen folgte. Denn die Methode der Zusammenfassung zielt darauf ab, durch Abstraktion die Interviewinhalte auf die zentralen Aspekte zu reduzieren, wobei die Darstellung des Grundmaterials dennoch erhalten bleibt (Mayring, 2022, S. 64ff.). Beispielsweise

bedeutet dies, dass die Inhalte von einem achtseitigen Interviewtranskript auf wenige Seiten gekürzt werden können (siehe Abbildung 5).

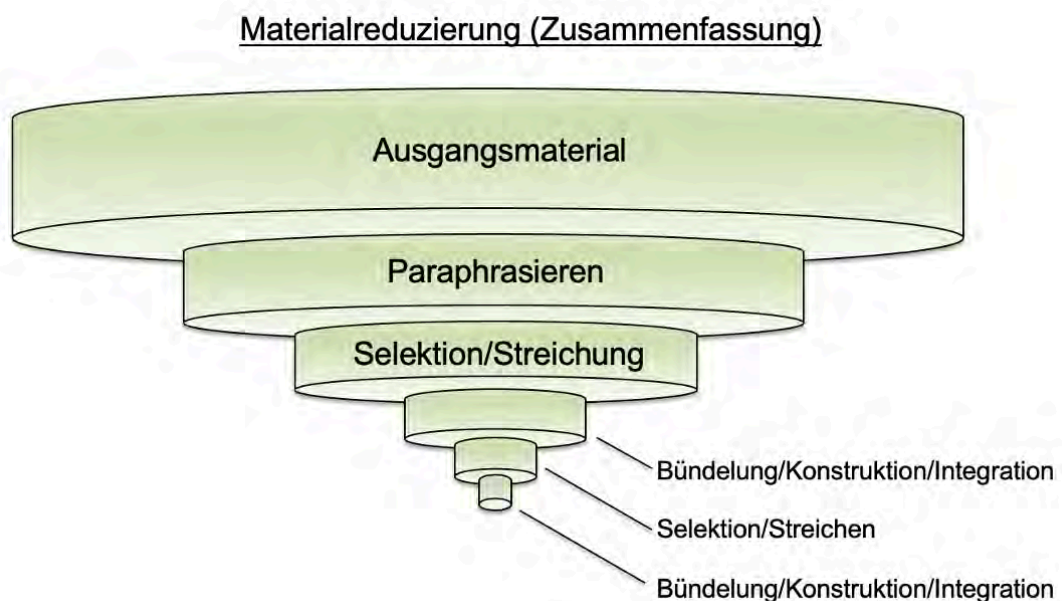


Abbildung 5: Materialreduzierung (Zusammenfassung) (eigene Darstellung, 2023, nach Mayring, 2022, S.84).

Bei der Zusammenfassung werden allein Textinhalte berücksichtigt, welche wesentlich für die Beantwortung der Forschungsfrage sind. Die Reduktion der Inhalte wird durch die Entwicklung eines Kategoriensystems bestimmt. Die Analysetechnik der Zusammenfassung geht immer mit der induktiven Kategorienbildung einher (Mayring, 2022, S. 67).

Bei der in dieser Arbeit angewandten zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurden die Kategorien demnach induktiv gebildet. Bei dieser Form werden die einzelnen Kategorien direkt aus den Materialinhalten abgeleitet und generalisiert. Da demzufolge keine Orientierung an zuvor verfasste Theoriekonzepte wie z. B. Vorannahmen von Forschenden stattfindet, kann diese Art der Kategorienbildung eine neutrale Darstellung des Materials bieten (Mayring, 2022, S. 84f.). In Abbildung 6 werden die angewandten systematischen Schritte zur induktiven Kategorienbildung dargestellt.

6 Schritte zur induktiven Kategorienbildung

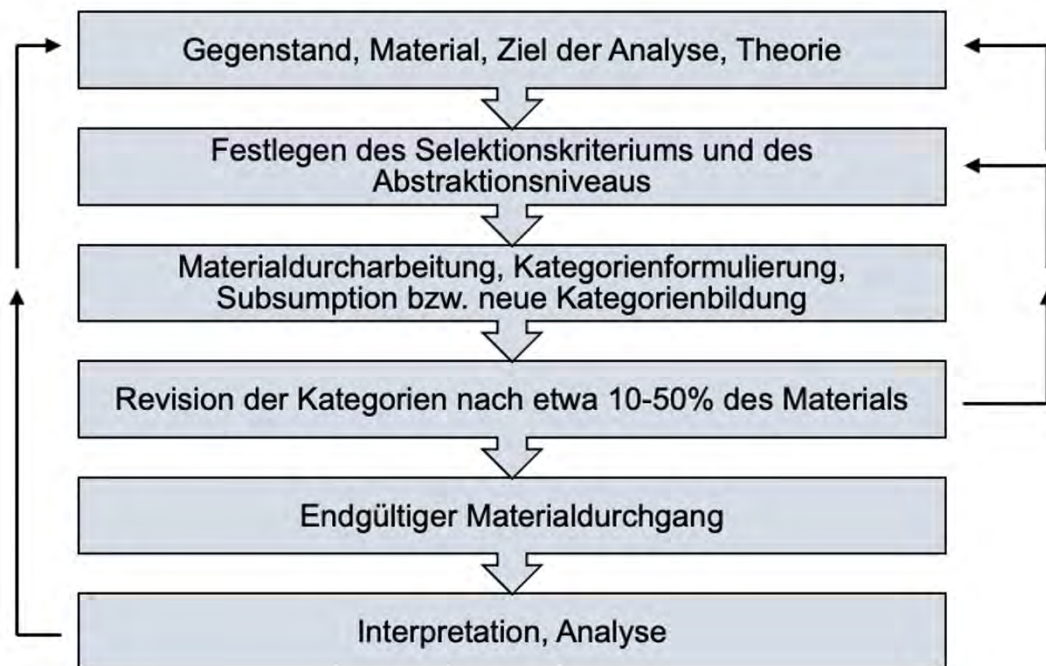


Abbildung 6: Induktive Kategorienbildung (eigene Darstellung, 2023, nach Mayring, 2022, S.85).

Der Forschungsgegenstand sowie das verwendete Material, Analyseziel und die Theorie ergeben sich aus den Interviews mit den Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen. Da das Analyseziel darin besteht, die Forschungsfrage mithilfe dieser Materialien zu beantworten, wurde das Selektionskriterium auf die Beantwortung der Forschungsfrage festgelegt. Im Folgeschritt wurde auch das Abstraktionsniveau abgestimmt. Bei der darauffolgenden Durcharbeitung des Materials wurden induktiv Kategorien mit weiterführenden Subsumierungen und Subsubsumierungen gebildet. Nach der Bearbeitung von 50 % der Interviewmaterialien folgte eine Überprüfung und Überarbeitung der bereits gebildeten Kategorien. Anschließend wurde das restliche Material ebenso abgearbeitet und kategorisiert. Zuletzt fand der Interpretations- und Analysevorgang zur Ergebnisergebnisgewinnung statt.

Im nächsten Kapitel wird die genaue Vorgehensweise zur Erstellung der Kategorien und das daraus entstehende Kategoriensystem vorgestellt.

4.2.2 Darstellung des Kategoriensystems

Im ersten Schritt zur systematischen Kategorienbildung wurde zunächst das Forschungsziel vor Augen geführt. Auf Grundlage dessen wurden relevante Interviewinhalte zur Beantwortung der Forschungsfrage aus den Transkriptionen selektiert. Bei der Bearbeitung des Materials konnten somit aus ähnlichen Aussagen

unterschiedlicher Interviewer/innen Hauptkategorien gebildet werden. Wenn bestimmte Textstellen nicht in die gebildeten Hauptkategorien zugeordnet werden konnten, folgte eine Subsumierung dieser. Im weiteren Schritt war ebenfalls eine Subsumierung der Subkategorien von Notwendigkeit. Somit lagen neben den Hauptkategorien auch Subkategorien und Subsubkategorien vor. Damit gleichwertige Aussagen aussortiert und diesen Kategorien zugeordnet werden können, wurde ein allgemeiner Kodierleitfaden gebildet (siehe Anhang 5). Nach der Materialbearbeitung von vier Interviewteilnehmer/innen (zwei Ärzt/innen, zwei Sprachmittlerinnen) wurde überprüft, ob die gebildeten Kategorien einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage leisten oder von der Thematik abweichen. Nach der positiven Feststellung, dass die Kategorien Ergebnisse zur Beantwortung liefern, wurden die restlichen Transkripte bearbeitet (Mayring, 2022, S. 85).

Die einzelnen Kodiereinheiten wurden nach einer abgekürzten Form des Inhaltes benannt (Mayring, 2022, S. 70). In Tabelle 2 sind die gebildeten Kategorien aufgelistet.

Hauptkategorie	Subkategorie	Subsubkategorie
Erfahrungen	Erfahrung Sprachmittlung	Arbeitserfahrung
		Sprachmittlungskurs
	Erfahrung Arzt/Ärztin	Private Erfahrungen
		Praxis ohne KV
Zusammenarbeit Arzt/Ärztin-Sprachmittlung	Bemühungen Arzt/Ärztin	Fachgruppe
		Sprachmittlungserfahrung von Praxis ohne KV
	Bemühungen Sprachmittlung	Geduld und Akzeptanz
		Direkte Kommunikation
Wirkung auf Arzt/Ärztin	Positive Wirkung	///
	Negative Wirkung	///
Wirkung auf Patient*in	Vorteile	Viel Zeit
	Nachteile	Vertrautheit und Sicherheit
		Zurückhaltung von vielen Anwesenden
		Keine direkte Arzt-Patienten-Kommunikation
Sprachmittlung	Abwesenheit Sprachmittlung	Unterbrechungen
		Schulduweisungen
	Lösungswege für Herausforderungen	Behandlungsfehler
		Hilfsmittel
	Rolle der Sprachmittlung	Sprachbarriere
		Wahrnehmung von Arzt/Ärztin
	Wirkung auf Behandlung	Verständnisprobleme
		Unbekannte medizinische Begriffe
		Sprachbrücke
		Bessere Lösungsfindung
Wahrnehmung von Arztbesuchen		
Interkulturelles Verständnis		
Sprachliche Faktoren	Umgang Arzt/Ärztin	Verbessertes Verständnis/Verbesserte Aufklärung
	Fachsprache	Befolgung von Arztanweisungen
	Dialekte und Sprachgebrauche	Medikamenteneinnahme
	Sprachniveau	Wirkung auf Diagnose
Kulturelle Faktoren	Rollenverständnis	Rückfragen
	Geringe Gesundheitsaufklärung	Anpassung des Sprachniveaus
	Religionen und Aberglauben	///
	Scham	///
	Hoher Arzneimittelkonsum	///
	Verbesserungsvorschläge Behandlung	///
	Tabus	///

Tabelle 2: Gebildete Kategorien (eigene Darstellung, 2023).

In Kapitel 5 werden die aus der qualitativen Inhaltsanalyse gewonnenen Ergebnisse vorgestellt.

5 Darstellung der Ergebnisse

Im ersten Ergebnisteil werden die Arbeitserfahrungen der interviewten Personengruppen vorgestellt. Dies wird als wichtig empfunden, weil somit ein klares Bild der Stichprobe und deren Rolle in dieser Erhebung verdeutlicht wird. Der zweite Teil wird als wichtigster Teil zur Beantwortung der Fragestellung bewertet, da dieser die Themen rund um die Sprachmittlung aufzeigt. Zu Beginn wird die Rolle der Sprachmittlung

aus Sicht der Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen beschrieben, wodurch ein allgemeines Verständnis für die Funktion der Sprachmittlung bei den Leser/innen geschaffen wird. Anschließend wird auf die entstehenden Problematiken bei der Abwesenheit einer dolmetschenden Person eingegangen und bestimmte Hilfsmittel zur Kommunikationsbewältigung aufgezeigt. Zudem werden im nächsten Kapitel die Methoden der Sprachmittlerinnen und Ärzt/innen für eine effektive Zusammenarbeit aufgelistet. Darauf folgend werden die Ergebnisse zur Auswirkung von Community-Interpreters auf die medizinische Behandlung und die Diagnosestellung vorgestellt. Abschließend folgt im dritten Teil die Darstellung von sprachlichen und kulturellen Faktoren, welche in der medizinischen Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz aufkommen.

In allen Kapiteln werden Zitationsbeispiele aus den Transkripten zur besseren Verständlichkeit angegeben. In der Stichprobenauswahl aus Kapitel 4.1.1 wurde bereits erklärt, wie die Pseudonymisierung der Studienteilnehmer/innen vorgenommen wurde. Diese Pseudonyme werden als Quellenangaben für die aufgelisteten Zitationen im Folgetext verwendet.

5.1 Erfahrungen der interviewten Personengruppen

Die teilnehmenden Personen bringen allesamt unterschiedliche Arbeitserfahrungen mit. Auf die Unterschiede der Erfahrungen wird in diesem Kapitelabschnitt eingegangen.

Unter den drei Sprachmittlerinnen hat 3WS mit neun Jahren die langjährigste Erfahrung in der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Abseits der Praxis übernimmt 3WS ab und zu ehrenamtlich die Sprachmittlung bei Behördengängen für Bekannte (3WS, S.1). Die anderen beiden Sprachmittlerinnen hingegen sind seit einem Jahr (1WS, S.2) oder weniger (2WS, S.1) in der Praxis aktiv. 1WS ist neben der Tätigkeit zusätzlich in zwei weiteren Einrichtungen als Community-Interpreter tätig und übernimmt ebenso die Sprachmittlung für Menschen aus ihrem privaten Umfeld (z. B. bei Arztbesuchen) (1WS, S.2). Zuletzt ist auch 2WS seit drei Jahren als Community-Interpreter in einer weiteren Institution aktiv, wobei Arztbegleitungen zu einer ihrer Aufgaben zählt (2WS, S.1). Zur Ausübung der Tätigkeit haben alle Sprachmittlerinnen einen Sprachmittlungskurs mit anschließendem Erhalt eines Zertifikates durchlaufen (1WS, S.2) (2WS, S.2) (3WS, S.1f.). Ob sie denselben Kurs absolviert haben, ist nicht bekannt. Allein 1WS machte Angaben zu der Dauer des durchlaufenen Kurses, welche sich auf einen Monat beschränkt (1WS, S.2). Die gelehnten Inhalte fanden laut 3WS im medizinischen Kontext statt (3WS, S.1f.). Auf folgende

Aussage von 3WS bezüglich des Kurses wird im Kapitel der Handlungsempfehlungen näher eingegangen:

„Das wäre übrigens gut, wenn wir das wieder machen würden (lacht).“ (3WS, S.1)

Die meisten Mediziner/innen verfügen über eine äußerst umfangreiche Erfahrung von sechs bis zehn Jahren in der Praxis, in der sie Menschen ohne Krankenversicherungsschutz behandeln. In Relation zu allen Mediziner/innen weist ein Arzt (2MA) eine eher kürzere Zeitspanne von anderthalb Jahren auf (1WA, S.1) (2MA, S.1) (3MA, S.1) (4MA, S.1) (5WA, S.2). Unter allen Ärzt/innen hatte allein einer in der Vergangenheit bei seiner Auslandstätigkeit als Arzt in Afrika bereits Erfahrungen mit einer fest angestellten Sprachmittlung gesammelt (3MA, S.2). Demzufolge berichteten vier von fünf Ärzt/innen von der Erfahrung, dass in ihrer früheren Praxis die Sprachmittlung bloß über Arzthelfer/innen, Bekannte, Freunde oder Familienangehörige, darunter auch Kinder, erfolgte (1WA, S.2) (2MA, S.2) (4MA, S.2) (5WA, S.2). Diese Information wird in den nachfolgenden Zitationen sichtbar gemacht:

„Also höchstens, wenn die selbst jemanden zum Übersetzen mitgebracht haben, das schon. Aber keine richtig angestellte Sprachmittlung.“ (1WA, S.2).

„Ich habe insofern in meiner Hausarztpraxis, in der wir viele türkische Patienten hatten, mir teilweise Übersetzungshilfe von einer hauptamtlichen und immer noch dort tätigen Arzthelferin aus einer türkischen Ursprungsfamilie geholt.“ (2MA, S.2)

*„Nur wenn Menschen kamen, die dann selbst ihre Sprachmittler mitgebracht haben, das waren dann oft die Kinder von Migrant*innen, die eben noch selbst nicht gut Deutsch konnten [...]“ (4MA, S.2)*

„Ja, oder ich habe sie aufgefordert, dass sie das nächste Mal jemanden mitbringen.“ (5WA, S.2)

In den nachfolgenden Tabellen werden die aufgelisteten Erfahrungen beider Gruppen zur besseren Übersicht dargestellt:

Sprachmittlungserfahrungen	1WS	2WS	3WS
Zeitspanne in Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz	1 Jahr	7 Monate	9 Jahre
Weitere Tätigkeiten als Sprachmittlerin	Agiert in zwei weiteren Einrichtungen als Sprachmittlerin Arztbesuche für Bekannte	Agiert seit drei Jahren in einer weiteren Einrichtung als Sprachmittlerin (Arztbegleitungen = Hauptaufgabe)	Behördengänge für Bekannte
Angaben zum durchlaufenen Sprachmittlungskurs	Kursdauer: 1 Monat	Keine Angabe zur Dauer	Keine Angabe zur Dauer Medizinischer Kontext

Tabelle 3: Erfahrungen der Sprachmittlerinnen (eigene Darstellung, 2023).

Erfahrungen	1WA	2MA	3MA	4MA	5WA
Zeitspanne in der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz	8 Jahre	1 ½ Jahre	7 Jahre	10 Jahre	6 Jahre
Zuvor mit fest angestellten Sprachmittler/innen zusammengearbeitet	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein

Tabelle 4: Erfahrungen der Ärzt/innen (eigene Darstellung, 2023).

Nachdem die Ausgangslagen hinsichtlich der Erfahrungen beider Fachgruppen aufgezeigt wurden, wird im weiteren Verlauf auf die Thematik rund um die Sprachmittlung eingegangen.

5.2 Sprachmittlung

Die Übersetzung durch die Community-Interpreters wird in der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz von allen Ärzt/innen als äußerst positiv wahrgenommen (1WA, S.2) (2MA, S.2) (3MA, S.2) (4MA, S.2) (5WA, S.2). Die Sprachmittlung wird von den teilnehmenden Personen als eine Brücke zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in beschrieben. Das Gesagte des Arztes/der Ärztin wird durch die dolmetschende Person an den Patienten/die Patientin weitergegeben. Dabei kann der Arzt/die Ärztin nicht beurteilen, ob das Gesagte korrekt übermittelt wurde, da es sich aus dem Kenntnisbereich des ärztlichen Fachpersonals entzieht. Genauso ist es über den Weg vom Patienten/von der Patientin an den Arzt/die Ärztin (2WS, S.2-6) (2MA, S.11) (3MA, S.10) (4MA, S.3). In Abbildung 8 wird diese Sprachbrücke verbildlicht dargestellt.

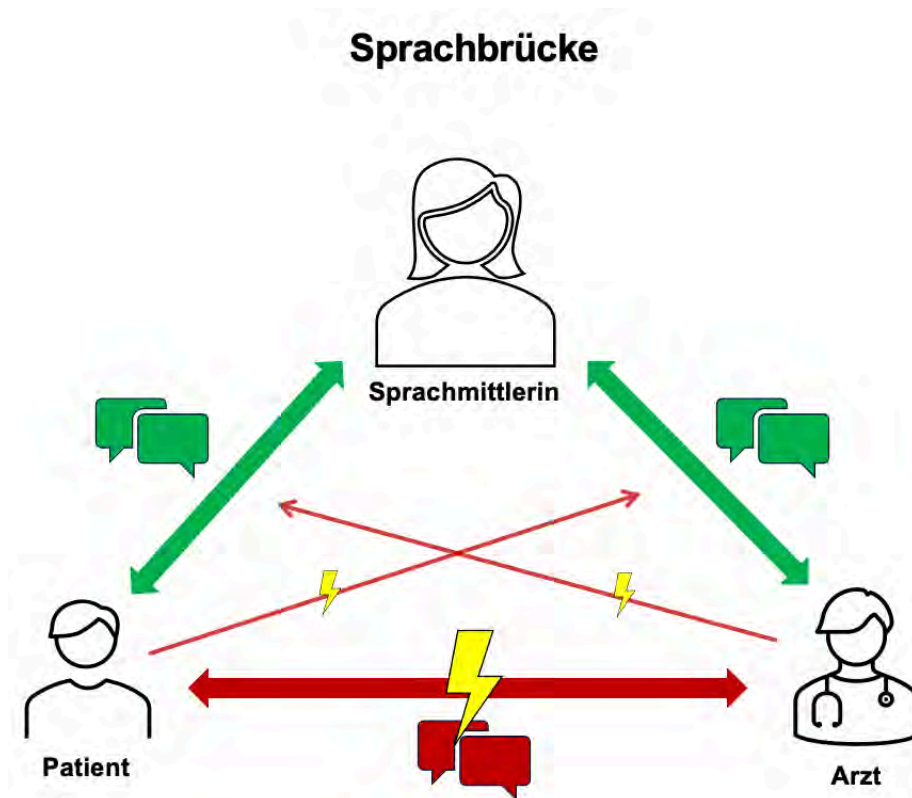


Abbildung 7: Sprachbrücke (eigene Darstellung, 2023).

Demzufolge ist die Kommunikation während der medizinischen Behandlung zwischen dem Arzt/der Ärztin und dem Patienten/der Patientin bei der Abwesenheit von Community-Interpreters gestört. Diese Sprachbarriere kann viele Behandlungsproblematiken hervorrufen, einschließlich Behandlungsfehler. Bezüglich der Behandlungsfehler vertritt einer der Ärzte die Meinung, dass bei Abwesenheit der Sprachmittlung Fehler vorkommen (4MA, S.6). Ein anderer Arzt hat wiederum geäußert, dass die Kontakte mit den Patient/innen ohne Krankenversicherungsschutz eher sporadisch und nicht regelmäßig sind, weshalb in der Vergangenheit keine Fehlentscheidungen an den Arzt zurückgemeldet worden sind (2MA, S.6). Alle anderen Ärzt/innen haben nicht die Sprachmittlung selbst als Ursache für die Behandlungsfehler angegeben. In den nachfolgenden Beispielzitate werden weitere aufkommende Problematiken durch die Abwesenheit der Community-Interpreters zur geringeren Aufklärung, Auslassen von Fragestellungen und entstehende Missverständnisse repräsentiert:

Geringere Aufklärung:

„I: Wie werden nichtdeutschsprachige Patienten über ihre Erkrankungen aufgeklärt, wenn keine Sprachmittlung anwesend ist?“

B: Naja, dann geht es ja teilweise nicht so.“ (5WA, S.6)

„Da kann man ja nur mit Händen und Füßen reden und da ist eine Kommunikation fast ausgeschlossen.“ (4MA, S.4)

„I: Wie werden sie beispielsweise über ihre Krankheiten aufgeklärt?“

B: Naja das geht ja überhaupt nicht. Wenn ich jemanden habe, der meine Sprache nicht versteht, dem kann ich gerade noch sagen, nimm die Tabletten und dann eine morgens, eine mittags eine abends, irgendwie so mit Händen und Füßen.“ (3MA, S.3f.)

„I: Ja. Das heißt, die Gesundheitsinformationen können gar nicht richtig übermittelt werden, wenn ich das richtig verstanden habe.“

B: Definitiv nicht. In beide Richtungen ja nicht.“ (3MA, S.4)

„Wenn alles in Ordnung ist, dann kann ich der Patientin nachher einen Daumen hoch zeigen und alles ist okay und okay versteht jeder.“ (1WA, S.4)

Auslassen von Fragestellungen:

„Ja, dann wird es schwierig. Ja, dann sagt man bei unwichtigen Sachen schon mal, das lasse ich jetzt weg.“ (5WA, S.3)

Missverständnisse:

„Es kann natürlich sein, dass ich manchmal was erkläre, denke die haben das verstanden und dann haben sie es gar nicht verstanden.“ (5WA, S.3)

„Oder sie nicken und dann haben sie es aber doch noch nicht verstanden.“ (5WA, S.4)

Besonders die letzten beiden Zitationsangaben sind als äußerst problematisch anzusehen. Ein real erlebtes Beispiel von 5WA passend zu den dargestellten Zitaten wird im Folgenden vorgestellt. Angenommen, eine Patientin geht aufgrund von Unterleibschmerzen zum Frauenarzt/zur Frauenärztin. Dabei stellt sich heraus, dass die Schmerzen durch eine Spirale zur Verhütung ausgelöst werden, weshalb diese entfernt werden muss. Bevor die Spirale durch die Fachärztin/den Facharzt entfernt wird,

wird das Vorgehen mündlich angekündigt. Täuscht die Patientin in diesem Fall vor zu verstehen, was das fachärztliche Personal wiedergegeben hat, so kann dies gravierende Folgen mit sich bringen. Aufgrund des Unwissens über die fehlende Verhütung kann zukünftig eine ungewollte Schwangerschaft ausgelöst werden (5WA, S.3).

Um solche Missverständnisse zu umgehen und die Sprachbrücke bei Abwesenheit der Community-Interpreters zu überwinden, haben die Ärzt/innen der Praxis bestimmte Hilfsmittel, die angewendet werden können. Dennoch ist klarzustellen, dass auch bei der Anwesenheit von Community-Interpreters solche Missverständnisse nicht auszuschließen sind. Demzufolge wenden auch die Sprachmittlerinnen selbst auf ähnliche Hilfsmittel zurück, um solche Unstimmigkeiten zu umgehen. Diese werden im anschließenden Unterkapitel näher vorgestellt.

5.2.1 Mittel zur Kommunikationsbewältigung

Bei Abwesenheit der Sprachmittlerinnen greifen die Ärzt/innen oftmals auf Veranschaulichungsmedien wie z. B. Zeichnungen oder Bilderwörterbücher zurück (3MA, S.10) (4MA, S.5) (5WA, S.12). Wichtig hervorzuheben ist dennoch, dass die Bilderwörterbücher nicht in allen Sprachen erhältlich sind, weshalb eine begrenzte Anwendungsmöglichkeit besteht (4MA, S.5). Zur Unterstützung der richtigen Medikamenteneinnahme wird von den Ärzt/innen ein Medikamentenplan an die Patient/innen ausgehändigt (3WS, S.5) (4MA, S.12f.). Zur besseren Verständlichkeit wird die passende Medikamentenschachtel auf den Tisch gelegt (3WS, S.11). Zusätzlich wird bei der Ausgabe der Medikamente die Einnahmeart von den Ärzt/innen auf die Medikamentenschachtel notiert (4MA, S.12f.). Abseits von Veranschaulichungsmedien wird durch nonverbales Verhalten wie z. B. mit der Anwendung von Gestik und Mimik kommuniziert, da eine verbale Kommunikation durch die Sprachbarriere (fast) komplett ausgeschlossen ist (2MA, S.5f.) (3MA, S.4) (4MA, S.4). Dazu zählt beispielsweise das Aufzeigen eines Daumens nach oben zur Veranschaulichung, dass alles gut sei oder beispielsweise auch mal das Vorturnen von empfohlenen Übungen (1WA, S.4) (2MA, S.11). Falls eine verbale Kommunikation äußerst notwendig ist, wird von einigen Ärzten ab und zu auf das Hilfsmittel Google Translate zurückgegriffen. Bei der Anwendung von diesem Übersetzungsdienst verspüren die Ärzte dennoch ein gewisses Misstrauen, da sie das Übermittelte nicht auf die Richtigkeit überprüfen können (3MA, S.2) (4MA, S.5). Aber auch bei der Anwesenheit von Community-Interpreters kann ein solches Misstrauen vorherrschen. Im Vergleich zu Google Translate, welches nicht durch Ärzt/innen kontrolliert werden kann, können die Sprachmittlerinnen dennoch durch bestimmte Methoden die korrekte Kommunikation absichern. Treten

beispielsweise Verständnisprobleme in der Kommunikation zwischen Community-Interpreter und Patient/in auf, können die Sprachmittlerinnen auf die Methodik den Sprachstil auf das Gegenüber anzupassen zurückgreifen. Dabei wird das Gesagte der Ärzt/innen ganz allgemein und vereinfacht wiedergegeben (2WS, S.8) (3WS, S.9f.). Diese Methode kann durch die Ärzt/innen unterstützt werden, indem diese das Gesagte sehr klar und verständlich ausdrücken (2MA, S.9f.). Wenn trotz dessen Verständnisprobleme aufkommen, werden die wiedergegebenen Inhalte nochmals umschrieben (1WS, S.9) (3WS, S.9f.). Falls die Patient/innen die verbal übermittelten Inhalte dennoch nicht verstehen, greifen Sprachmittlerinnen ebenso auf die Bilderlexika zurück (3WS, S.9). Ergänzend wird im Gespräch auf die thematisierten Körperteile gezeigt (2WS, S.7) (3WS, S.9). Die Kombination aus verbalem und visuellem Inhalt verhilft den Patient/innen für ein besseres Verständnis (3WS, S.9). Verstehen Patient/innen dennoch das Gesagte nicht, versuchen die Community-Interpreter durch Rückfragen die Problematik zu erkennen und zu lösen (2WS, S.5). Neben den Patient/innen können auch bei Community-Interpreters Verständnisprobleme aufkommen. Wenn ihnen bestimmte Begriffe völlig unbekannt sind, greifen sie zur Hilfe gerne zu einem Internetübersetzer oder Wörterbuch (1WS, S.2) (2WS, S.7f.) (4MA, S.4). Hierbei ist wichtig zu erwähnen, dass durch solche Verständnisprobleme Missverständnisse in der Behandlung auftreten können. Die Community-Interpreter übermitteln durch falsch verstandene Aspekte Fehlinformationen, welche von den Ärzt/innen aufgrund des fehlenden Sprachverständnisses nicht kontrolliert werden können. 1WA bezeichnet ein solches Vorkommen als „*Stille-Post-Effekt*“ (1WA, S.9). Nach der ausführlichen Vorstellung der Mittel zur Kommunikationsbewältigung wird im nächsten Kapitel zusätzlich vorgestellt, welche Methoden für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von den Ärzt/innen und Community-Interpreters angewandt werden.

5.2.2 Zusammenarbeit Arzt/Ärztin-Sprachmittlung

Um eine effektive Zusammenarbeit zwischen den Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen zu gewährleisten, erfordert es Bemühungen seitens beider Fachgruppen. Zunächst wird auf die Sicht der Ärzt/innen eingegangen. Aus dem nächsten Zitationsbeispiel ist zu entnehmen, dass die Wahrung von Ruhe und Geduld von Bedeutung ist, da die Zusammenarbeit mit Community-Interpreters ein Lernprozess darstellt, der einer Anpassung seitens der Ärzt/innen bedarf:

„Ich mache einfach weiter und versuche mich nicht aus dem Konzept bringen zu lassen. Also ich lerne eben, oder habe das gelernt im Laufe der Jahre, dass

ich dann ab und zu mal innehalte und der Übersetzerin eine Chance gebe, das rüberzubringen, der Patientin die Chance gebe zu antworten. Ja, da gewöhnt man sich dran.“ (1WA, S.3).

Wenn Übersetzer/innen dennoch Probleme bei der Informationsvermittlung haben, bemühen sich Ärzt/innen darum, gezielt Rückfragen an sie zu stellen, um Missverständnisse zu meiden (1WA, S.2).

Ein weiterer wichtiger Aspekt für eine erfolgreiche Zusammenarbeit besteht darin, dass Ärzt/innen keine übermäßig hohen Erwartungen an die Sprachmittlerinnen haben und bei aufkommenden Herausforderungen hilfsbereit agieren. Dieses Ergebnis konnte aus den nachfolgenden Aussagen von zwei Sprachmittlerinnen geschlussfolgert werden:

„Die Arbeit mit diesen Ärzten ist sehr leicht, weil sie erwarten von mir nicht perfekten deutsch zu sprechen. Sie erzählen alles in Ruhe (...), deutlich und wenn es ist nötig, auch mehrmals. Sie sind auch einverstanden, wenn ich kann nicht alles übersetzen (...), zum Beispiel spezielle Wörter in medizinischer Terminologie.“ (1WS, S.2)

„[...] die Ärzte, die haben mir immer sehr gut geholfen, wenn ich gefragt habe, könnten sie es mir vielleicht konkreter beschreiben, damit ich es auch in Türkisch besser übersetzen kann. Das hat auch richtig gut funktioniert [...].“ (2WS, S.2)

Aus dem zuletzt dargestellten Zitat von 2WS geht hervor, dass sich auch Sprachmittlerinnen um eine gute Zusammenarbeit bemühen. Zwei Sprachmittlerinnen und eine Ärztin haben Auskunft darüber gegeben, dass die Dolmetschenden bei Unwissenheit Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin halten und bestimmte Aspekte erfragen (1WA, S.5) (2WS, S.2-8) (3WS, S.2-4). Diese Rückfragen kommen jedoch nicht nur auf Basis von Unwissen zustande, sondern auch aufgrund der eingeschränkten Übersetzungsmöglichkeit bestimmter Wörter. Hierzu hat 3WS ein perfektes Beispiel gegeben, welches in dem nächsten Zitat dargestellt wird:

„wir haben auch mal in der Sozialanamnese gefragt, haben sie psychische Probleme. Das war auch so eine Sache, die ich nicht so eins zu eins übersetzen konnte, weil Menschen gar nicht wissen, was ich damit meine. Da habe

ich mir da in Absprache mit dem Arzt das Wort Stress eingesetzt, dann gings, also Belastung.“ (3WS, S.2)

Die Ärzt/innen empfinden die Stellung von Rückfragen durch Sprachmittlerinnen als äußerst positiv. Denn Rückfragen können die Erfassung von wichtigen Informationen während medizinischer Behandlungen begünstigen und das Übersehen von wichtigen Aspekten minimieren (1WA, S.5). Des Weiteren nehmen sowohl ein Arzt als auch eine Ärztin die Bemühungen der Sprachmittlerinnen zur interkulturellen Vermittlung als erfreulich wahr. Dies begründet sich damit, dass den Ärzt/innen das kulturelle Wissen der Community-Interpreters im Behandlungsgespräch vermittelt wird (5WA, S.4) (3MA, S.9). Letzteres bemühen sich die Sprachmittlerinnen um eine Anpassung an die Arbeitsstruktur der Ärzt/innen. Drei Ärzt/innen bestätigen diese Aussage damit, dass Community-Interpreters aufgrund der regelmäßigen Zusammenarbeit über die Arbeits- und Gesprächsabläufe Bescheid wissen. Fragestellungen durch Ärzt/innen können besser von den Dolmetschenden eingeordnet werden, oftmals mit dem Hintergrundwissen, wohin das Gespräch gelenkt wird (5WA, S.5) (3MA, S.2) (1WA, S.5). Auf Basis dessen müssen die Sprachmittlerinnen sich drum bemühen, nachfolgende Fragen der Ärzt/innen nicht vorwegzunehmen und die Rolle der Sprachmittlung zu wahren. Diese Herausforderung wird im nächsten Zitat einer Sprachmittlerin dargestellt:

„Da muss man dann auch immer wieder wach bleiben, finde ich, denn mich versteht ja keiner. Ich kann ja auch irgendwas sagen und mich korrigiert dann niemand. Also muss ich das selber machen und dann lieber auch noch mal Rücksprache halten. Also ich habe mich zum Beispiel erwischt zu sagen, das nimmt man immer morgens. Da dachte ich mir dann auch, ne Moment mal, das weiß ich ja gar nicht (lacht) und frage zurück an den Arzt, ist das so, dass man das Magenpräparat morgens nimmt. Und das stimmt dann auch meist, aber trotzdem ist es richtig, den Arzt dann noch mal zu fragen, wenn man sich da vorgewagt hat und das ist auch für die Patienten nicht schlimm, dass verstehen die dann auch.“ (3WS, S.4)

Alle Anstrengungen für die effektive Zusammenarbeit beider Fachgruppen werden zum Abschluss des Unterkapitels in Abbildung 7 kurz zusammengefasst.

Effektive Zusammenarbeit von Community-Interpreters & Ärzt/innen

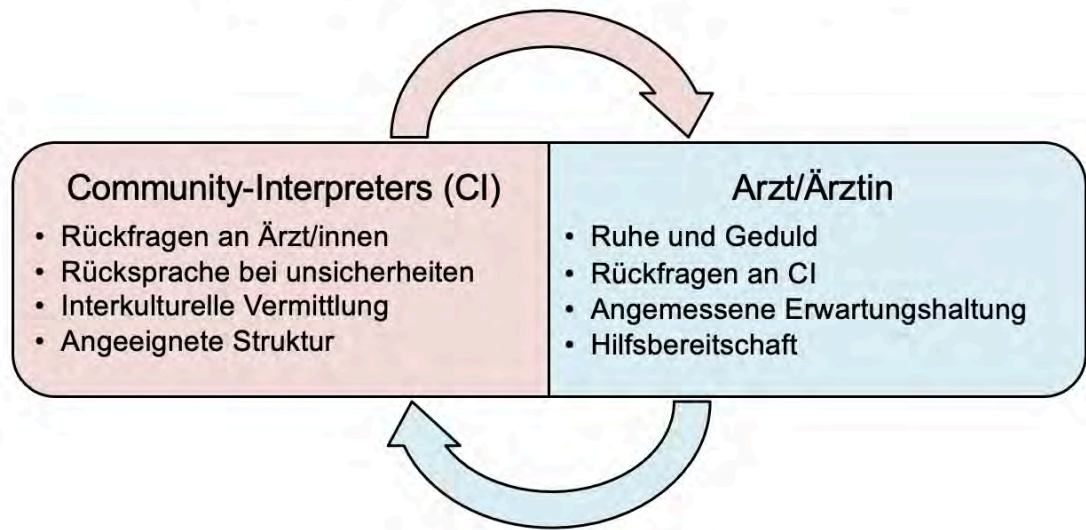


Abbildung 8: Effektive Zusammenarbeit von Community-Interpreters & Ärzt/innen (eigene Darstellung, Quelle: Anhang 1).

Nachdem die Methoden einer effektiven Zusammenarbeit vorgestellt wurden, wird in Kapitel 5.2.3 vorgestellt, wie der Einsatz von Community-Interpreters sich auf die Behandlung von nicht krankenversicherten Personen auswirkt.

5.2.3 Wirkung auf Behandlung

Die Anwesenheit von Community-Interpreters bei der medizinischen Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz kann sich vielfältig auswirken. An erster Stelle ist zu thematisieren, dass laut der Aussage von 3WS Betroffene Arztbesuche eher wahrnehmen, wenn ein Community-Interpreters anwesend ist, im Vergleich zu Situationen, in denen keine sprachliche Vermittlung verfügbar ist. Dies wird anhand des folgenden Erfahrungsbeispiels verdeutlicht:

„Also ganz sicher glaube ich, das viele sonst gar nicht zum Arzt gehen würden, weil sie sich nicht ausdrücken können. Ich habe auch mitbekommen, dass Leute sagen, also wir schicken die Menschen ja manchmal weiter zu einem Facharzt und fragen, dann kannst du jemanden organisieren, der Deutsch sprechen kann, manchen rutscht es dann raus, aber so viel Geld habe ich doch nicht. Also oft passiert es, dass andere Menschen aus ihrem Umfeld Geld dafür nehmen, also für eine Sprachmittlung, und zwar viel Geld. Das geht bei 50 Euro los, ich habe aber auch schon 300 Euro gehört. Die zocken sich

da so ein bisschen ab. Also nicht alle, aber es kommt vor und ich glaube, das ist auch eine Riesenhemmschwelle.“ (3WS, S.5).

Zudem tragen Community-Interpreters zu einer besseren Aufklärung und einem verbesserten Verständnis im Behandlungsraum bei. Patient/innen wird dabei geholfen, den Hintergrund der Behandlung, der Medikamenteneinnahme und der Untersuchungen zu verstehen. Diese Erkenntnisse wurden aus den nachfolgend dargestellten Aussagen gewonnen:

„Und für die Therapie, ja im Großen und Ganzen denke ich, verstehen die Patienten auch, was sie machen sollen.“ (4MA, S.11f.)

„Darum ist hier, wo eine Sprachmittlung da ist, bei dem Gespräch mit dem Arzt, bei der Behandlung oder auch bei der Diagnose ist nochmal eine Absicherung für die Patienten, Ich hab's verstanden. Also das, was der Arzt sagt, das habe ich verstanden.“ (3WS, S.5)

„Medikamente können nicht nur richtig eingenommen werden, sondern die Info, wozu das jetzt überhaupt eingenommen werden muss, kommt beim Patienten an. Das ist ja auch sehr wichtig. Es wird verstanden, warum der Arzt oder die Ärztin das Medikament verschreibt und wofür dieses Medikament ist.“ (2WS, S.4)

„Arzt und Patient können verstehen, worum geht's (...).“ (1WS, S.4)

Durch das gesteigerte Verständnis kann die Teilhabemöglichkeit am Behandlungsprozess von Patient/innen gestärkt werden (2WS, S.4). Zusätzlich werden durch die beidseitige Verständigungsmöglichkeit das Vertrauen und die Sicherheit im Raum aus Patient/innensicht gefördert (1WS, S.3f.) (2WS, S.3) (3WS, S.2ff.) (1WA, S.3) (2MA, S.11) (3MA, S.) (4MA, S.3) (5WA, S.5). 2WS ist zudem der Meinung, dass die verbesserte Aufklärung dazu beiträgt, dass die ärztlichen Anweisungen eher befolgt werden. Denn wenn Anweisungen der Ärzt/innen nicht verstanden werden können, können diese auch nicht durch Patient/innen umgesetzt werden (2WS, S.7). 3MA geht mit der folgenden Aussage wiederum davon aus, dass die Umsetzung der Arztempfehlungen nicht pauschal auf die Anwesenheit von Community-Interpreters zurückzuführen, sondern eher personen- und situationsabhängig ist:

„Es gibt manche Leute, die einfach nicht machen, was man ihnen sagt oder einfach aufhören, wenn sie sich besser fühlen, zu früh abbrechen die Behandlung oder länger weiterführen als angesagt, das gibt es auch. Oder eben die vorgegebenen Medikamente nur nach Bedarf nehmen, nach Einschätzung, ob man sich schlecht fühlt oder nicht.“ (3MA, S.9)

Zusätzlich geht aus den nächsten Zitationsbeispielen hervor, dass der Bildungsaspekt ebenso eine Rolle in der Umsetzung von Arztanweisungen spielt:

„[...] bei Schmerzen im Gelenkapparat oder Rücken, empfiehlt er ihnen, dass sie bestimmte Übungen machen sollen. Also meine Erfahrung ist, dass sie das praktisch ablehnen. Dass sie das gar nicht wissen wollen, dass sie das gar nicht hoch genug einschätzen.“ (3MA, S.9)

„Da wird es dann auch schwierig, weil nicht nur die Sprache, sondern auch die Bildung ein Faktor ist. Inwieweit ist der Mensch dann auch bereit, sich sowas anzuhören oder kann das dann auch für sich irgendwie gewinnbringend umsetzen.“ (3WS, S.10)

Hinsichtlich der Medikamenteneinnahmen werden die Arztanweisungen ebenso von einigen Patient/innen nicht eingehalten. Dies ist damit zu begründen, dass die Information zu der Einnahmeart der Medikation falsch von den Patient/innen verstanden wird, wodurch eine Fehleinnahme bzw. Fehlmedikation ausgelöst wird (1WS, S.8) (2MA, S.10) (3MA, S.4). 3MA geht jedoch nicht davon aus, dass die Fehleinnahme durch die Informationsvermittlung der Community-Interpreters zustande kommt, da diese die Einnahmeart mündlich oder sogar schriftlich vermitteln (3MA, S.4). 1WS bekräftigt die Vermutung von 3MA mit einem Beispiel:

„Es gab eine Frau, die musste nur einmal ein Medikament nehmen, aber sie hat jeden Tag das genommen und sie fühlt sich nicht gut und sie hat hier gesagt, nein ich hab von hier das gehört, dass ich muss jeden Tag das nehmen. Aber in Dokumentation steht einmal in Woche. Sie verstehen falsch.“ (1WS, S.8)

Aus dieser Aussage geht deutlich hervor, dass trotz der korrekten Vermittlung Informationen dennoch missverständlich von Patient/innen aufgenommen werden können. Solche Fehleinnahmen können alleinig durch die Ärzt/innen-Patient/innen-Kommunikation und einen Einblick in die Dokumentation festgestellt werden (4MA, S.12).

Im Hinblick auf das interkulturelle Verständnis wurden alleinig positive Rückmeldungen von drei Ärzt/innen und einer Sprachmittlerin geäußert. Dies erschließt sich aus der Perspektive, dass die Sprachmittlerinnen die kulturellen Aspekte besser deuten können als die Ärzt/innen. Demzufolge bemühen sich die Community-Interpreters darum, die kulturellen Inhalte in der Behandlung an die Ärzt/innen zu vermitteln. Somit kann eine interkulturelle medizinische Behandlung gewährleistet werden (1WS, S.4) (2MA, S.4) (3MA, S.9) (5WA, S.4).

Bei Betrachtung des zeitlichen Aspektes durch die Präsenz von Community-Interpreters sind alle Ärzt/innen und eine Sprachmittlerin der Meinung, dass die Behandlung langwieriger wird (1WA, S.4) (2MA, S.4) (3MA, S.2) (4MA, S.12) (5WA, S.3) (3WS, S.5). Dies wird begründet mit der Tatsache, dass anstelle eines Dialoges ein Trialog geführt wird. Das heißt, dass das Ärzt/innen-Patient/innen-Gespräch mit den Community-Interpreters geteilt werden muss (1WA, S.3) (2MA, S.4) (4MA, S.5) (5WA, S.2) (3WS, S.2). Der Trialog kann negative Auswirkungen für die Patient/innen und Ärzt/innen mit sich bringen. Community-Interpreters müssen die Patient/innen nach ca. jedem dritten Satz unterbrechen, um den Inhalt an die Ärzt/innen weitervermitteln zu können. Diese Methode stellt sicher, dass keine wichtigen Informationen ausgelassen werden. Bei persönlichen und sensiblen Themen kann dies aus Sicht der Patient/innen als negativ empfunden werden (3WS, S.3). Die negativen Auswirkungen der Ärzt/innen äußern sich darin, dass 1WA, 2MA und 5WA auf den höheren Zeitaufwand mit Ungeduld und Zeitdruck reagieren (1WA, S.4) (2MA, S.4) (5WA, S.3). Zudem empfinden 1WA und 3MA, dass ein höheres Maß an Chaos und Komplexität in der Behandlung hervorgerufen wird (1WA, S.3) (3MA, S.2). Dies ist laut 1WA darauf zurückzuführen, dass sie aus ihrem gewohnten Arbeitsschema gerissen wird und zum anderen darauf, dass sich Gespräche zu anderen Themenfeldern zwischen den Community-Interpreters und Patient/innen entwickeln. Die wechselnden Themen in der Behandlung können die Konzentration der Ärztin beeinträchtigen, was dazu führen kann, dass sie bestimmte Aspekte vergisst. Demzufolge ist 1WA der Meinung, dass sie sich weniger aus dem Konzept gebracht fühlt, wenn sie die Kommunikation selbst führt (1WA, S.2ff.). 2MA und 5MA teilen mit folgenden Aussagen ebenso die Ansicht von 1WA, dass sich die Gespräche zwischen den Community-Interpreters und den Patient/innen verselbstständigen:

„Es führt manchmal auch in Entwicklungen oder Veränderungen, die sich dann verselbstständigen aus meiner Perspektive.“ (2MA, S.4)

„Aber manchmal hat man das Gefühl, da entwickelt sich so ein Gespräch zwischen den beiden und ich bin außen vor.“ (5WA, S.3)

Diese selbstständig entwickelten Gespräche können aus dem Inhalt der nächsten Zitation aber auch als etwas positives gewertet werden:

„Es kann aber auch positiv sein, dass ich sage, oh wunderbar, die Ebene Sprachmittlung-Patient führt zu weiteren besseren Lösungen, als ich sie gefunden hätte.“ (2MA, S.4)

Somit empfindet 2MA die Sprachmittlung dennoch als eine „*sehr große Entlastung*“ in der Behandlung und ist der Meinung, dass jede Verbesserung von Sprachvermittlung schon ein Vorteil darstellt (2MA, S. 2-5). Auch 4MA, welcher keine negative Kritik äußerte, nimmt die Sprachmittlung als sehr gut, angenehm und hilfreich wahr (4MA, S.2f.).

Auch zum höheren Zeitaufwand wurde neben den bereits negativ genannten Aspekten positives gesagt. Ein Aspekt ist aus dem folgenden Beispielzitat zu entnehmen:

„[...] ich habe durch die Sprachmittlung, manchmal für mich persönlich ein bisschen mehr Zeit zum Nachdenken. Weil ja, während die Übersetzerin mit der Patientin spricht, bin ich ja raus und kann mir dann meine Gedanken machen, über was ich als nächsten fragen möchte oder was ich machen möchte, oder was ich der Patientin sagen möchte oder so.“ (1WA, S.3)

Daraus ist zu entnehmen, dass der höhere Zeitaufwand positive Auswirkungen für die Patient/innen mit sich bringt. Denn die langwierigere Behandlung kann bei den Patient/innen das Gefühl auslösen, gehört und gesehen zu werden (4MA, S.12). In der nachfolgenden Abbildung 9 sind zum Abschluss des Kapitels alle Auswirkungen zusammengefasst, die von Community-Interpreters auf die medizinische Behandlung vorgestellt wurden.

Wirkung von Community-Interpreters auf Behandlung

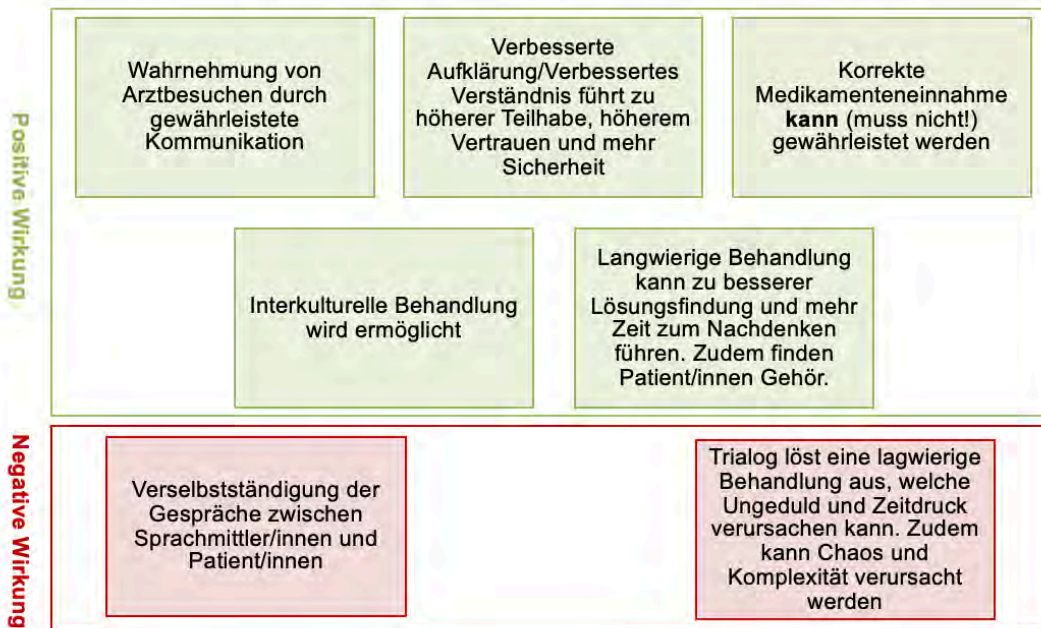


Abbildung 9: Wirkung von Community-Interpreters auf Behandlung (eigene Darstellung, 2023).

Im Anschlusskapitel werden die Ergebnisse zur Wirkung auf die Diagnosestellung vorgestellt.

5.2.4 Wirkung auf Diagnosestellung

Die Community-Interpreters haben ebenso einen direkten Einfluss auf die Diagnosestellung während der medizinischen Behandlung. 1WA äußerte, dass die Kommunikation zwischen der Sprachmittlerin und dem Patienten/der Patientin eine höhere Zeitspanne zum Nachdenken bietet. Dies kann sich positiv auf die Genauigkeit der Diagnose auswirken, da während dieser Zeit die Behandlungsaspekte nochmals sorgfältig durchdacht werden können (1WA, S.3). Darüber hinaus unterstützt die verbesserte Ärzt/innen-Patient/innen-Kommunikation laut zwei Ärzten und einer Sprachmittlerin die ausreichende Erfassung von relevanten Informationen zur korrekten und schnelleren Diagnosestellung (3MA, S.8) (4MA, S.11f.) (3WS, S.5f.) (2WS, S.4). Dies wird ergänzend durch die Beobachtung von 3WS bestätigt, in der sie darauf hinweist, dass Ärzt/innen anfangs gelegentlich eine andere Diagnose in Betracht gezogen haben. Diese Diagnose änderte sich jedoch plötzlich aufgrund der verbesserten Schilderungsmöglichkeit der Symptome (3WS, S.5f.). Im folgenden Zitationsbeispiel wird diese Äußerung verdeutlicht:

„Das kommt daher, wenn man in der Sprachmittlung sagen kann, die Schmerzen beginnen in der Schuler und strahlen nicht vom Kopf her. Also solche Sachen sind ganz wichtig. Wo fängt der Schmerz an? Wohin strahlt er aus? So was kann die Patientin auf Deutsch ja nicht sagen. So kann der Arzt also besser lokalisieren, wo ist hier denn eigentlich das Problem.“ (3WS, S.5f.)

Ohne eine Kommunikationsmöglichkeit würden demzufolge viele wichtige Informationen, welche relevant für die Diagnosestellung sein könnten, ausgelassen werden. Dies könnte vor allem ein Problem bei komplexen oder seltenen Erkrankungen darstellen (2WS, S.4). Das folgende Beispiel zeigt ebenfalls, wie entscheidend die Überwindung der Sprachbarriere für den Erhalt wichtiger Informationen zur Diagnosestellung ist:

„Ja, es kommt mal vor, dass wichtige Informationen aus Scham nicht direkt preisgegeben werden, obwohl diese wichtig für die Diagnosestellung sind. Zu Anfang der Sprechstunde sagen sie meistens gar nichts und erst im Nachhinein stellt sich dann durch die überwundene Sprachbarriere und direkte Rückfragen des Arztes heraus, dass auch noch andere wichtige Informationen vorliegen (lacht).“ (2WS, S.6)

Passend zum Beispiel äußerten sich beide Gynäkologinnen mit der Aussage, dass sie zur Erlangung der fehlenden Informationen bei den Patientinnen nachhaken, so dass sie die Diagnose korrekt stellen können (1WA, S.7-10) (5WA, S.2). Anlehnend auf diese Aussage behauptete 5WA, dass die Community-Interpreters die Diagnosestellung nicht beeinflussen, da sie durch das Nachhaken an die notwendigen Informationen rankommt (5WA, S.2).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird auf die sprachlichen und kulturellen Faktoren eingegangen. Dadurch wird verdeutlicht, dass die Beeinflussung der Behandlung und Diagnosestellung nicht allein von den Community-Interpreters ausgehen, sondern auch weitere Faktoren eine Rolle spielen.

5.3 Sprachliche Faktoren

Selbst bei der Anwesenheit von Community-Interpreters können bei der medizinischen Behandlung Schwierigkeiten in der Ärzt/innen-Patient/innen-Kommunikation entstehen. Kommunikationsschwierigkeiten können zum Beispiel durch das Verwenden von Fachsprache durch Ärzt/innen zustande kommen, da (ab und zu) weder

Sprachmittlerinnen noch Patient/innen was damit anfangen können (1WS, S.6f.) (2WS, S.7) (3WS, S.9f) (4MA, S.3). Aufgrund dessen versuchen alle Ärzt/innen Fachsprache in der Kommunikation mit Patient/innen zu meiden und stattdessen eine klare und deutliche Sprache zu verwenden (1WA, S.9) (2MA, S.9f.) (3MA, S.8f.) (4MA, S.11) (5WA, S.10). Hierzu äußerten einige Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen, dass sich das Herantragen von Informationen an Patient/innen als schwieriger erweist, wenn das Gesundheitswissen niedrig ist. Beispiele dazu sind aus den nächsten Zitationen zu entnehmen:

„[...] wenn man da Myome sagt, dann denken die immer gleich an Krebs. Das war es aber natürlich gar nicht.“ (5WA, S.12)

„Denn die Bildung ist natürlich unterschiedlich und das medizinische Fachwissen ist natürlich auch unterschiedlich. Also wenn ich sage, sie haben vermutlich eine koronare Herzkrankheit, dann weiß ich nicht genau, was der Patient sich darunter vorstellen kann. Man müsste da nachfragen, ob er sich ein genaues Bild davon machen kann, aber dazu fehlt oft die Zeit.“ (4MA, S.3)

„[...] und vor allem falls sie das richtig übersetzt hat, ob der Patient überhaupt was damit anfangen kann.“ (4MA, S.3)

„[...] wenn man ihnen hier und jetzt was sagt, dann sagen sie okay, haben sie alles verstanden. Ich frage dann, ob sie irgendwelche Fragen haben und sie sagen nein. Dann gehen die raus und ich bin sicher, dass in 30 bis 40 Prozent der Fälle die Menschen noch sagen, [...] das habe ich nicht verstanden.“ (1WA, S.10)

„Also sprachliche Barrieren sind fast immer auch Verständnis Barrieren. Woüber redet der Arzt? Er redet vom vegetativem Nervensystem. Und die Patienten sagen, hä? Selbst wenn ich das wortwörtlich übersetze, verstehen sie nicht unbedingt, was damit gemeint ist“ (3WS, S.9)

Gelegentlich kann die Nutzung von Fachsprache sich dennoch als positiv erweisen. Beispielsweise werden in der bulgarischen Sprache die lateinischen oder griechischen Fachbegriffe als gängiges Vokabular im medizinischen Bereich verwendet. Diese Patient/innen empfinden es somit als schwierig, die vereinfacht übersetzte Version nachzuvollziehen (1WS, S.6f.) (5WA, S.10).

Neben der Fachsprache können auch Dialekte und Sprachgebrauche Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Patient/innen und Sprachmittlerinnen auslösen. Viele Bulgar/innen sprechen neben Bulgarisch auch die türkische Sprache, jedoch mit einem regionalabhängigen Dialekt. Dies kann für die Sprachmittlerinnen schwieriger zu verstehen sein als der Dialekt, den sie gewohnt sind. Auch umgekehrt kann die Problematik entstehen, dass die Patient/innen die Sprachmittlerinnen aufgrund des unterschiedlichen Dialektes nicht verstehen (2WS, S.7). Dennoch sieht eine der Sprachmittlerinnen diese Komplikation als etwas positives an, da sie durch diese Problematik in der Praxis lernen und ihr Wissen erweitern kann (1WS, S.8). Hinsichtlich unterschiedlicher Sprachgebrauche werden ebenso gelegentlich Schwierigkeiten ausgelöst. Beispielsweise gibt es für die Schilddrüse einen völlig anderen Begriff den Bulgar/innen verwenden als der türkisch korrekte (2WS, S.7) (3WS, S.9f.).

Im nächsten Kapitel wird auf das letzte Unterkapitel des Ergebnisteiles, den kulturellen Faktoren, eingegangen.

5.4 Kulturelle Faktoren

Es wurden viele unterschiedliche kulturelle Faktoren von den Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen genannt, auf welche sie im medizinischen Alltag stoßen. Aus dem vorherigen Kapitel ist zu entnehmen, dass das Gesundheitswissen der Patient/innen oftmals geringer ausfällt bzw. Defizite vorhanden sind. Dies ist nach folgenden Aussagen der Gesundheitsaufklärung des Ursprungslandes zu verschulden:

„Also es ist auch ein Gefälle in der gesundheitlichen Aufklärung erst mal. Also in Deutschland weiß man, was zu viel Zucker, zu viel Fett, zu viel Kalorien, zu wenig Bewegung, zu viel Alkohol, Rauchen, Pipapo, das es alles schädlich ist, genau genommen.“ (3MA, S.6)

„Weil hier ist klar, die Patienten sind meistens schon weniger aufgeklärt und deshalb sagen wir das schon sehr ausführlich. Wie sie es nehmen sollen und wie viel und so.“ (5WA, S.6)

„Was ich ganz interessant finde, in der Gynäkologie wird ja bei einer Schwangerschaftsvorsorge ein AIDS-Test abgenommen, der ist ja verpflichtet in Deutschland und wir fragen die Patientinnen auch, dürfen wir einen AIDS-Test machen und die verstehen die Frage gar nicht. AIDS, was ist das denn?“ (3WS, S.7)

„Es war auch jemand hier, die hätte gerne Ernährungsberatung gemacht, aber das würde ein bisschen an der Zielgruppe wirklich vorbeigehen. Also heißt nicht, dass es nicht einzelne gäbe. Aber im Ganzen ist das nicht irgendwie auch nicht im Denken wichtig. Auch im Gesundheitssystem vor Ort in anderen Ländern nicht so präsent.“ (3WS, S.12)

Demzufolge können sich viele Patient/innen der Praxis ein schlechtes Bild von Erkrankungen, ihren Bedeutungen und Risiken machen (4MA, S.6f.) (3MA, S.6) (3WS, S.7). Dieser Mangel an Gesundheitswissen bedeutet, dass gesundheitliche Zusammenhänge nicht erkannt werden können, da das Ursachen-wirkungs-Denken gering ausgeprägt ist. Wichtig zu erwähnen ist dennoch, dass diese Aussagen nicht pauschal auf alle Patient/innen aus der Praxis zutreffen (3MA, S.6f.). Um dem Mangel der Aufklärung entgegenzuwirken, nehmen sich die Ärzt/innen mehr Zeit für die Patient/innenaufklärung als es aus einer herkömmlichen Praxis üblich ist (5WA, S.6). Ein weiterer kultureller Faktor, welcher die Behandlung als auch die Diagnosestellung beeinflussen kann, ist der Scham aus Seiten der Patient/innen. Scham tritt vor allem auf, wenn eine männliche Person die Sprachmittlung oder Untersuchung übernimmt (5WA, S.5) (3MA, S.4f.) (2WS, S.5) (1WS, S.5). Hierbei kann es schambedingt dazu kommen, dass wichtige Informationen ungesagt bleiben. Dennoch ist zu erwähnen, dass es auch bei weiblichem Personal dazu kommen kann, dass Patient/innen relevante Informationen aus Scham auslassen (2WS, S.5f.). Vor allem der Fachbereich der Gynäkologie steht in dem Kulturkreis der Patient/innen stark mit Scham im Zusammenhang. Es kann dazu kommen, dass Behandlungen abgelehnt werden (1WS, S.5) (5WA, S.7). 5WA berichtete beispielsweise über eine Schwangere, welche in der gynäkologischen Sprechstunde die Spekulumuntersuchung abgelehnt hat (5WA, S.7). Der Schamaspekt würde besonders dann verstärkt werden, wenn ein männlicher Gynäkologe präsent wäre (1WS, S.5) (2WS, S.5) (5WA, S.7). Neben Scham spielen auch religiöse Aspekte oft eine Rolle bei der Zurückhaltung gegenüber männlichen Ärzten. Aus religiösen Gründen kann es dazu kommen, dass eine Frau sich nicht vor einem männlichen Arzt entkleiden möchte (2WS, S.5) (3MA, S.4). Wenn dies vorkommt, kann die Behandlung und somit auch die Diagnosestellung beeinträchtigt werden. 3MA erwähnt jedoch, dass ein solcher Fall äußerst selten und nur in Extremfällen auftritt (3MA, S.4f.). 4MA und 2MA hingegen haben noch nie erlebt, dass Patient/innen sich nicht entkleiden möchten (2MA, S.7) (4MA, S.8). Weitere Aspekte hinsichtlich der Religionen und des Aberglaubens, welche die Behandlung und Diagnosestellung beeinflussen, können aus den nachfolgend aufgelisteten Zitaten entnommen werden:

Ich erlebe ganz oft dieses Kismet Denken, also dieses Schicksalsdenken. Das heißt, wenn es so ist, dann ist das jetzt so. Dann hat Gott mir das so beigebracht, dann muss ich das jetzt haben. Ich bin krank, weil Gott das so will und dann kann ich halt auch nicht viel machen. Prophylaxe hat dann auch nicht den Stellenwert, dann ist es ja ein Schicksal.“ (3WS, S.12)

„aber es hat eine kulturelle Komponente, in dem man es auch ein bisschen als Gottes Strafe versteht, wenn man so eine Krankheit hat. Dann straft Gott dich und da muss ja dann irgendwas gewesen sein, also Gott ist böse auf dich oder so.“ (3WS, S.7)

„Je weiter du auf das Land gehst, um so abergläubischer werden die Leute. Ist früher so gewesen jedenfalls. Ganz viel Angst vor dem Bösen Blick zum Beispiel, wenn man bestimmte Dinge ausspricht, dann werden sie wahr, dann spricht man sie lieber nicht aus, sowas.“ (3WS, S.8)

„[...] dass magische Vorstellungen in manchen Kulturkreisen eine große Rolle spielen als Auslöser für manche Krankheiten. Also extremes Beispiel ist der Böse Blick [...]“ (4MA, S.9f.)

„Es gibt aber auch Personen, die beispielsweise an ihr Glauben festhalten und sagen, ich bin jetzt krank, weil Gott es so will, oder sie glauben an das böse Auge.“ (2WS, S.6)

Es geht deutlich hervor, dass die Religionsangehörigkeit der Patient/innen das Gesundheits- und Krankheitsverständnis beeinflussen kann. Erkrankungen werden also als Gottes Strafe wahrgenommen, dem bösen Blick verschuldet oder nichthandelnd dem Kismet-Denken zugeschrieben.

Auch Tabuisierungen aus unterschiedlichen Kulturkreisen können die medizinische Behandlung beeinflussen. Beispielsweise werden psychische Erkrankungen oftmals tabuisiert und als etwas Negatives abgestempelt. Personen, welche psychisch krank sind, gelten somit als verrückt oder werden sogar mit dem Grad einer Behinderung gleichgestellt (1WS, S.7) (3WS, S.6) (2MA, S.8) (4MA, S.7f.). Des Weiteren werden Themen wie Sexualproblematiken und Geschlechtskrankheiten nicht von selbst von den Patient/innen angesprochen. Solche Themeninhalte müssen aktiv von den Ärzt/innen erfragt werden (1WA, S.6) (2MA, S.8) (3WS, S.7). Weitere Aspekte wie

Alkoholismus oder Drogenkonsum werden ebenso nicht von selbst erwähnt und sogar versucht zu vertuschen, wie aus folgendem Beispiel hervorgeht:

„Vielleicht dann auch Alkoholismus, das würde ich auch schon mitzählen. Wir hatten gerade gestern erst einen Patienten, der wurde nach seinem Alkoholkonsum gefragt. Da wird dann sehr gerne gesagt, nein nein ich trinke gar nicht mehr und nachher kommt raus aber so ein Bier gegen meinen Zucker ist schon richtig gut (lacht).“ (3WS, S.7)

Eine weitere Schwierigkeit, welche in den Behandlungen ausgelöst wird, ist den hohen und kulturell geprägten Arzneimittelkonsum der Patient/innen zu verschulden. In Bulgarien wird bei einer Erkältung beispielsweise bereits ein Antibiotikum verschrieben. Wenn die Patient/innen hier keine Medikamente bekommen oder die Medikamentendosis runtergestuft wird, wird dieser Akt somit als negativ wahrgenommen. Die negative Aufnahme ist davon geprägt, dass diese Patient/innen sehr Medikamentengläubig sind (1WS, S.4) (2WS, S.6) (3WS, S.6) (1WA, S.6f.) (2MA, S.8) (3MA, S.5-9) (4MA, S.7) (5WA, S.8f.). 4MA bestätigt dennoch, dass schön länger in Deutschland lebende Patient/innen ihr Verhalten etwas angepasst haben. Sie haben gelernt, dass bei einer einfachen Erkältung keine Antibiotika verschrieben werden können (4MA, S.7).

Zuletzt beeinflusst ebenso das Rollenverständnis der Patient/innen die Behandlung. Wenn Patient/innen beispielsweise mit ihrer Mutter, Schwiegermutter oder ihrem Ehemann in die Behandlung kommen, müssen sie ihr Rollenbild beibehalten. Somit lassen einige Patient/innen hemmend Informationen aus, weil diese kulturell nicht in Ordnung sind (1WA, S.6). Auch die Ärzt/innen werden von den Patient/innen einem gewissen Rollenbild zugeordnet. Kommt es beispielsweise dazu, dass der Arzt/die Ärztin Physiotherapieübungen vorturnt, sich dabei auf den Fußboden setzt und die Beine hoch macht, kann dies bei Patient/innen einen Schock auslösen. Diese Aktion wird negativ von den Patient/innen aufgenommen, wodurch sie den Arzt womöglich als weniger professionell werten (3WS, S.11).

Nachdem alle Ergebnisinhalte vorgestellt worden sind, folgt in Kapitel 6 der Diskussionsenteil dieser Arbeit.

6 Diskussion

In diesem Teil der Arbeit werden zum einen die vorgestellten Ergebnisse aus Kapitel 5 im Hinblick auf die Forschungsfrage und zum anderen die angewandten Methoden zur Ergebniserzielung diskutiert. In Folge dieser Ergebnisdiskussion werden in Kapitel 7 Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

6.1 Ergebnisdiskussion

Dieser Teil startet mit der Diskussion über die Auswirkung von Community-Interpreters auf die medizinische Behandlung. Daraufhin wird zusätzlich auf die Auswirkung auf die Diagnosestellung und kulturelle Sensibilität eingegangen.

Medizinische Behandlung:

Die Kommunikationsbewältigung mithilfe der Community-Interpreters wird im Allgemeinen von allen Ärzt/innen aus der Praxis als äußerst positiv empfunden. Dennoch ist ein Unterschied zu hoch qualifizierten Medizindolmetscher/innen zu erkennen. Zum einen ist dies daran auszumachen, dass die Community-Interpreters das notwendige Vokabular nicht vollkommen beherrschen. Somit wird während der Behandlungen zu Wörterbüchern und sonstig vorgestellten Hilfsmaterialien gegriffen, um diese Hürde zu umgehen. Diese Handlung kann eine zeitverzögernde Wirkung auf die Behandlung haben, Missverständnisse hervorrufen und Misstrauen bei Patient/innen wecken. Auch wenn die Community-Interpreters sich um eine gute Informationsvermittlung bemühen, können aufgrund des mangelnden oder unzureichenden medizinischen Wissens Informationen fehlerhaft vermittelt werden (Stille-Post-Effekt). Hierbei besteht die Problematik, dass die Ärzt/innen das Übermittelte nicht direkt auf die Richtigkeit überprüfen können, da sie die Sprache nicht sprechen. Diese Missverständnisse können nur dann von den Ärzt/innen aufgedeckt werden, wenn die zurückgegebenen Informationen nicht logisch erscheinen. Dennoch ist zu erwähnen, dass es in der Abwesenheit der Community-Interpreters aufgrund der Sprachbarriere viel häufiger zu Missverständnissen und anderen Problematiken wie einer mangelnden Aufklärung und dem Auslassen von Fragestellungen kommt. Diese Probleme sind als schwerwiegender zu werten als die zuvor genannten ausgelösten Missverständnisse durch die Community-Interpreters. Denn wenn Community-Interpreters eine Unstimmigkeit in der Behandlung verursachen, können diese im Laufe der Kommunikationsmöglichkeit aufgedeckt und geklärt werden. Bei Missverständnissen, die durch die Abwesenheit der Community-Interpreters ausgelöst werden, bleiben solche fehlverstandenen Informationen durch die Sprachbarriere unentdeckt und werden

somit nicht gelöst. Auch hinsichtlich der Behandlungsdauer findet eine Verlängerung durch den stattfindenden Dialog statt. Dieser Dialog kann die Behandlung erschweren, da die Sprachmittlerinnen die Patient/innen als auch die Ärzt/innen in einigen Fällen unterbrechen müssen. Diese Unterbrechungen sind zur Sicherstellung, dass keine wichtigen Informationen ausgelassen werden, notwendig. Dies ist besonders bei sensiblen Behandlungsthemen als äußerst ungünstig zu betrachten und kann von den Patient/innen als störend und unangenehm empfunden werden. Zusätzlich ziehen einige Ärzt/innen es vor, wenn die Kommunikation direkt mit den Patient/innen geführt werden könnte, da sie somit weniger aus ihrem Konzept gerissen werden. Dies liegt zum Teil daran, dass die Community-Interpreters dazu neigen, selbstständige Gespräche zu anderen Themenfeldern mit den Patient/innen zu führen. Dies kann die Konzentration der Ärzt/innen beeinträchtigen und dazu führen, dass wichtige Aspekte in der Behandlung vergessen werden.

Trotz dieser Schwierigkeiten sind ebenso positive Auswirkungen auf die medizinische Behandlung durch Community-Interpreters zu erkennen. Da Personen ohne Krankenversicherungsschutz zum einen nicht die medizinische Regelversorgung des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen können und zum anderen oftmals die deutsche Sprache nicht beherrschen, finden sie erstmalig Gehör in dieser Praxis. Es ist von Vorteil, dass die Patient/innen nicht selbst die Dolmetscher/innen arrangieren müssen. Denn die hohe Armutsbetroffenheit von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz führt dazu, dass die Kosten für Dolmetscher/innen die finanziellen Mittel übersteigen. Somit werden zwei Barrieren (Zugangs- und Sprachbarriere) auf einen Schlag gelöst. Dies führt dazu, dass die Patient/innen sich sicherer und wohler fühlen. Zudem nehmen sie somit eher die medizinische Behandlung in Anspruch. Zusätzlich wird das Gefühl der Sicherheit durch das verbesserte Verständnis, die Möglichkeit der Weitergabe von Gesundheitsinformationen und Teilhabemöglichkeit im Behandlungsprozess von Patient/innen gesteigert. Das erweiterte Verständnis kann außerdem Ängste reduzieren und die Vertrautheit im Raum erhöhen. Hierbei ist darauf zu verweisen, dass eher das Vertrauen zur Sprachmittlerin anstelle zum Arzt/zur Ärztin gefördert wird. Ob nach dem gesteigerten Verständnis Arztanweisungen/Ärztinnenanweisungen eher umgesetzt werden, ist kritisch zu betrachten, da hierbei gesplittene Meinungen vorliegen. Es ist aber zu verstehen, dass Menschen unterschiedliche Ressourcen (z. B. Bildung) haben und somit verschieden handeln. Während es Personen gibt, die den Anweisungen nachgehen würden, gibt es ebenso Personen, welche dem Gesagten nicht nachgehen würden. Die Nichteinhaltung von Arztanweisungen kann in bestimmten Fällen dennoch zu hohen Risiken führen. Werden beispielsweise überlebenswichtige Medikamente nicht eingenommen, kann dies gefährlich für

den Patienten/die Patientin enden. So ist zu verstehen, dass den Patient/innen zumindest die Entscheidungsmöglichkeit zur Umsetzung von Anweisungen durch das gesteigerte Verständnis dank der Community-Interpreters geboten wird. Die Sprachmittlerinnen ermöglichen somit also, dass wichtige Medikamente korrekt von den Patient/innen eingenommen werden können. Ein weiterer Aspekt, welcher die Sicherheit in der Behandlung fördern kann, ist das Ärzt/innen durch die Community-Interpreters länger Zeit haben, über die nächsten Behandlungsschritte nachzudenken. Dies ist damit zu begründen, dass Ärzt/innen während der Kommunikation zwischen Sprachmittlerin und Patient/in außen vor sind. Zusätzlich ist der erhöhte Zeitaufwand auch aus Sicht der Patient/innen als positiv zu werten, da diese in Bezug zu medizinischen Problematiken erstmalig die Gelegenheit haben, angehört und gesehen zu werden.

Diagnosestellung:

Die vermehrte Zeitspanne zum Nachdenken kann sich zudem positiv auf die Genauigkeit der Diagnosestellung auswirken, da die Behandlungsinhalte in Ruhe durchdacht werden können. Zusätzlich können durch die überwundene Sprachbarriere Informationen, welche wichtig für die Diagnosestellung sein können, erfasst werden. Vitalwerte, das äußere Erscheinungsbild oder nach außen getragene Symptome wie z. B. Husten reichen nicht immer aus, um eine Diagnose stellen zu können. Vor allem bei seltenen Erkrankungen ist die ganzheitliche Erfassung von Symptomen von hoher Relevanz zur korrekten Diagnosestellung.

Eine Ärztin äußerte, dass die Sprachmittlerinnen die Diagnosestellung nicht beeinflussen, da sie durch Rückfragen an Patient/innen selbstständig an die notwendigen Informationen gelangt. Hierbei ist dennoch zu berücksichtigen, dass ohne die Präsenz einer Sprachmittlung im Raum die Stellung von Rückfragen aufgrund der Sprachbarriere äußerst erschwerend bis hin zu unmöglich (je nach Sprachkenntnissen) wäre. Demzufolge besteht schon ein direkter Einfluss auf die Verbesserung der Diagnosestellung durch Community-Interpreters.

Kulturelle Sensibilität:

Aus dem Kapitel 5.4 ist hervorgegangen, wie viele unterschiedliche kulturelle Faktoren die medizinische Behandlung beeinflussen können. Aufgrund dessen ist die kulturelle Sensibilität von hoher Wichtigkeit.

Im Abschnitt der medizinischen Behandlung wurde erwähnt, dass das Vertrauen von Patient/innen zu den Sprachmittlerinnen erhöht ist. Dieses gesteigerte Vertrauen zu den Sprachmittlerinnen ist damit zu begründen, dass Gemeinsamkeiten in beiden Personengruppen (Patient/innen, Sprachmittlerinnen) vorzufinden sind. Sie teilen

oftmals dieselbe Kultur und Sprache, weshalb sie die kulturellen Hintergründe und Normen besser nachvollziehen können. Dies kann ein Gefühl der Verbundenheit und des Verständnisses schaffen. Diese kulturellen Hintergründe werden von den Community-Interpreters an die Ärzt/innen weitervermittelt, wodurch diesen die Möglichkeit geboten wird, die kulturellen Aspekte zu verstehen. Dadurch können eine interkulturelle medizinische Behandlung gefördert und die Behandlung auf die Patient/innen angepasst werden. Wenn Patient/innen sich beispielsweise aus Scham nicht entkleiden möchten, können Sprachmittlerinnen die Ursachen an die Ärzt/innen weitervermitteln. Demnach kann nach einer gemeinsamen Lösung gesucht werden, um das Problem zu umgehen. Zusätzlich kann dennoch auf die Wichtigkeit der Behandlung/Untersuchung aufmerksam gemacht werden, sodass den Patient/innen die Chance geboten wird, sich aus den kulturellen Normen zu lösen und die Behandlung zum Wohle der Gesundheit über sich ergehen zu lassen.

Im folgenden Unterkapitel werden die angewandten Methoden zur Ergebniserzielung diskutiert.

6.2 Methodendiskussion

Im Rahmen dieser Arbeit wurde das Ziel verfolgt, die in Kapitel 4 vorgestellte Forschungslücke zu schließen und folgende Forschungsfrage zu beantworten: *„Inwiefern tragen Community-Interpreters zur Verbesserung der Diagnosestellung, Behandlung und kulturellen Sensibilität bei der medizinischen Behandlung nicht krankenversicherter Personen bei?“*. Da die Datenlage hinsichtlich der behandelten Thematik sehr gering ausfällt, ist die angewandte Methodik der halbstrukturierten Expert/inneninterviews zur Generierung von neuem Datenmaterial als geeignet zu bewerten. Zum einen verfügen die Expert/innen über eine entsprechende Fachexpertise, worüber neue Daten gesammelt und Forschungslücken geschlossen werden können (Döring & Bortz, 2016, S. 376). Zum anderen bieten halbstrukturierte Interviews die Gelegenheit, vom Leitfaden abzuweichen, wodurch vertiefend auf bestimmte Interviewthemen eingegangen werden kann. Die Vergleichbarkeit der Interviews wurde zudem durch die Anwendung der Interviewleitfäden sichergestellt. Neben den positiven Aspekten ist dennoch zu kritisieren, dass die in dieser Interviewform angewandten offenen Fragen zur Datengenerierung nicht allen Interviewten liegen (Döring & Bortz, 2016, S. 372). Besonders eine interviewte Person hatte aufgrund der *„nicht perfekten“* Deutschkenntnisse vermehrt Schwierigkeiten mit offenen Fragestellungen und benötigte mehr Zeit zum Verständnis. Dieses Problem konnte dennoch durch das

Abwarten und nicht unterbrechen der interviewten Person gelöst werden. Wenn ersichtlich war, dass etwas nicht verstanden wurde, wurden zur Absicherung Verständnisrückfragen gestellt. Die nach der Interviewtranskription durchgeführte qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) (induktiv) eignete sich ebenso besonders zur Erforschung des Themenfeldes. Denn das induktive Vorgehen ermöglicht besonders die Untersuchung von unbekanntem Forschungsfeldern und garantiert dabei das Wegbleiben von Verzerrungen durch die forschende Person im erhobenen Datenmaterial (Mayring, 2022, S. 84f.). Im Allgemeinen sind Verzerrungen im Datenmaterial dennoch nicht auszuschließen. Allein die Präsenz der interviewenden Person kann bereits Verzerrungen bei den interviewten auslösen. Beispielsweise passen sich Interviewte bewusst oder unbewusst an ihr Gegenüber an, indem sie die Einstellungen, Werte etc. von Interviewenden deuten. Diese Handlung kann einen Einfluss auf das Gespräch und den wiedergegebenen Antworten ausüben. Um eine solche Verzerrung zu meiden, wurde auf eine Nichterwähnung von persönlichen Stellungnahmen geachtet. Zusätzlich wurden alle Interviews bis auf eines unter den gleichen Bedingungen durchgeführt (Mayer, 2013, S. 101f.). Trotz dieser Kritikpunkte ist davon auszugehen, dass das Gütekriterium der Objektivität in dieser Arbeit erfüllt ist, da die Interviews nach einem einheitlichen Schema umgesetzt und ausgewertet wurden (Döring & Bortz, 2016, S. 47).

Hinsichtlich der Methoden gibt es einige Limitationen, welche im weiteren Verlauf vorgestellt werden. Da eine nicht-probabilistische Stichprobenmethode zur Expert/innenrekrutierung mit zusätzlicher Schaffung von Einschlusskriterien erfolgte, ist davon auszugehen, dass die ausgewählte Stichprobe nicht als repräsentativ für alle Arztpraxen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz gilt (Döring & Bortz, 2016, S. 298). Zusätzlich wurden alleinig Interviews in einer einzigen Arztpraxis durchgeführt, wodurch viele andere Praxen ausgeschlossen worden sind. Alle Praxen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz zu befragen könnte zwar durch die Abdeckung der Grundgesamtheit die Repräsentativität steigern, würde aber in Betracht zu dieser Arbeit den inhaltlichen Rahmen sprengen. Auf Basis dieser Annahmen liegt somit ein Selektions-Bias vor (IQWiG, o. J.). Des Weiteren haben alle Expert/innen freiwillig an den Interviews teilgenommen. Dadurch wird die Generalisierbarkeit der gewonnenen Daten beschränkt, da allein Personen mit hoher Bereitschaft teilgenommen haben. Somit liegt ein weiterer Bias, der Freiwilligen-Bias, vor (Döring & Bortz, 2016, S. 526). Da insgesamt fünf weibliche und drei männliche Expert/innen interviewt worden sind, liegt zum einen eine Ungleichverteilung bezüglich der Geschlechter vor und zum anderen ist die Anzahl der Interviewten mit acht Teilnehmenden als äußerst gering zu

werten. Diese Aspekte beeinflussen ebenso die Generalisierbarkeit der erworbenen Ergebnisse negativ. Dennoch würde auch hier eine höhere Teilnehmer/innenanzahl den Rahmen der Arbeit sprengen.

Alles in einem ist trotz dieser Limitationen zu werten, dass im Rahmen der Ergebnisse dieser Bachelorarbeit ein Einblick in eine sonst übersehene Welt der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz geboten werden kann. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden Handlungsempfehlungen für diese Personengruppe ausgesprochen.

7 Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit machen auf viele Problematiken aufmerksam, welchen mit den nachfolgend vorgestellten Handlungsempfehlungen entgegengewirkt werden kann.

1. Erweiterung der Forschung:

Da die gesundheitliche Datenlage zu Menschen ohne Krankenversicherungsschutz wegen der schwierigen Erreichbarkeit (Personen ohne Meldeadresse, Aufenthaltstitel, etc.) sehr gering ausfällt, sollte die Forschung in dem Bereich erweitert werden. Dies kann gelingen, indem flächendeckend vermehrt Einrichtungen zur solidarischen Gesundheitsversorgung angeboten werden. Diese Einrichtungen sollen ihren Fokus neben der gesundheitlichen Dienstleistung ebenso auf die Sammlung von Daten und Durchführung von Befragungen legen. Dadurch können die Dunkelziffer der Betroffenen minimiert und die eigentliche Größe des Problems verdeutlicht werden. Um solche Befragungen durchführen zu können, werden Community-Interpreters benötigt. Auf diesen Punkt wird in der nächsten Handlungsempfehlung eingegangen.

2. Gesetzliche Veränderungen:

Da Community-Interpreters größtenteils ehrenamtlich aktiv sind und für ihre vollbrachte Dienstleistung mit einer Aufwandsentschädigung entlohnt werden, müssen viele dieser Einrichtungen ihre eigenen (begrenzten) Mittel zur Verfügung stellen. Da nicht alle Einrichtungen über ausreichende Gelder zur Anschaffung von Community-Interpreters verfügen, sollten diese über den Staat finanziert werden.

Des Weiteren sollte die geltende Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde (AufenthG § 87 Abs. 2) beim Einholen eines Krankenscheins bei der

Sozialbehörde abgeschafft werden. Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und ohne geregelten Aufenthaltsstatus sollte ermöglicht werden, sich in der regulären Gesundheitsversorgung behandeln zu lassen. Dadurch kann eine bessere Regelversorgung gewährleistet und der Gang zum Arzt erleichtert werden. Zudem erfolgt eine Minimierung von verspäteten Arztbesuchen und damit einhergehenden unentdeckten und chronifizierten/verschlechterten Erkrankungen. Ergänzend kann beim frühzeitigen Entdecken bestimmter Erkrankungen die Weiterentwicklung präventiv entgegengewirkt werden, wodurch medizinische Notfälle und darauf aufbauend der Nothelferparagraf des AsylbLG § 6a nicht zum Einsatz kommen müssen. Somit werden unnötig entstandene Kosten aufgrund von vermeidbaren Notfällen reduziert.

3. *Regelmäßige Schulungen:*

Eine Sprachmittlerin erwähnte im Ergebnisteil, dass es gut wäre, wenn sie die Community-Interpreters-Schulung wiederholt. Dies ist ein wichtiger Aspekt, da sie ihr bereits gelerntes Wissen auffrischen und somit ihre Kommunikationsfähigkeit verbessern können. Des Weiteren hilft die Schulung dabei, ihr Wissen regelmäßig zu erweitern und auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu bringen. Gerade die Medizin stellt einen ständig wandelnden und sich weiterentwickelnden Bereich dar. Beispielsweise können somit die Begrifflichkeiten für neue Behandlungsmethoden angeeignet werden.

Nach Vorstellung dieser Handlungsempfehlungen wird im nächsten Kapitel abschließend das Fazit gezogen und der Ausblick dieser Arbeit vorgestellt.

8 Fazit und Ausblick

Insgesamt wird in dieser Arbeit deutlich, dass die Sprache und das interkulturelle Verständnis wesentliche Faktoren für erfolgreiche medizinische Behandlungen darstellen. Die Sprache ist als Werkzeug zur Kommunikationsbewältigung zu verstehen, durch die wichtige medizinische Informationen für eine sichere und qualitative Behandlung vermittelt werden können. Da eine Sprachbarriere gegenteilig viele gesundheitliche Nachteile mit sich bringt, sind gerade Menschen ohne Krankenversicherungsschutz mit oftmals geringen Deutschkenntnissen besonders vulnerabel. Zumal diese bereits kritischen sozialen und gesundheitlichen Lagen ausgesetzt sind. Ergänzend gehören viele dieser Personengruppen einem anderen Kulturkreis als dem

deutschen an, weshalb eine weitere Schwierigkeit in der Behandlung besteht, wenn Ärzt/innen über kein interkulturelles Verständnis verfügen.

Demnach birgt dieses dreifache Risiko (Sprachbarriere, kritische soziale/gesundheitliche Lage, anderer Kulturkreis) eine hohe Public Health Relevanz mit hohem Handlungsbedarf für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Die Problematik der Sprachbarriere und der interkulturellen Vermittlung kann mittels des Einsatzes von Community-Interpreters in den Einrichtungen der solidarischen Gesundheitsversorgung umgangen werden. Denn die qualitative Analyse dieser Arbeit hat gezeigt, dass die Community-Interpreters zwar verschiedene Herausforderungen für alle Anwesenden in der medizinischen Behandlung schaffen, aber dennoch einen höheren Nutzen als Schaden bewirken. Dies ist damit zu begründen, dass die Community-Interpreters trotz mancher Kommunikationsschwierigkeiten dennoch den Austausch von wichtigen Gesundheitsinformationen ermöglichen und somit die Aufklärung und das daraus folgende Verständnis in einer Behandlung steigern. Community-Interpreters sind in ihrem Dolmetscherhandwerk zwar nicht so hoch qualifiziert wie professionelle Medizindolmetschende, sind aber dennoch besser als Ad-hoc dolmetschende zu werten. Durch das stetige und langjährige Zusammenarbeiten mit denselben Ärzt/innen haben sie reichlich Erfahrungen gesammelt. Sie können die angeeigneten Schemata der Ärzt/innen gut einordnen und verstehen, worauf die Ärzt/innen mit ihren Behandlungsschritten hinauswollen.

Insgesamt bewirken die Community-Interpreters, dass die medizinische Behandlung durch die überwundene Sprachbarriere mehr Aufklärung und Verständnis für alle Anwesenden ermöglicht. Durch den Erhalt von vermehrten Informationen kann die Diagnose genauer und somit sicherer gestellt werden. Auch die kulturellen Faktoren, welche eine medizinische Behandlung stark beeinflussen können, können von den Community-Interpreters schnell gedeutet und an die Ärzt/innen zur gemeinsamen Lösungsfindung weitergegeben werden. Demnach ist trotz der vorhandenen Makel der Einsatz von Community-Interpreters als äußerst positiv zu werten, denn jede kleine Verbesserung der Sprachvermittlung stellt einen Vorteil in der medizinischen Behandlung dar. Das zuvor genannte dreifache Risiko wird durch den Einsatz der Community-Interpreters somit zu einem einfachen Risiko gesenkt, da die Sprachmittler/innen keinen direkten Einfluss auf die soziale Lage (Einkommen, Wohnsituation etc.) haben.

Für die Zukunft ist empfehlenswert, den Handlungsempfehlungen aus Kapitel 7 nachzugehen. Besonderes Augenmerk sollte auf den Aspekt der weiterführenden Forschung gelegt werden. Die prekäre Lage von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz muss durch eine höhere Datenerfassung zur Schaffung von Transparenz in

der Gesellschaft angegangen werden. Allein wenn die Problematik einen höhere Anerkennung in der Gesellschaft erfährt, können sich darauffolgend Gesetzesänderungen zugunsten dieser gefährdeten Personengruppen ergeben.

9 Literaturverzeichnis

- Ärzte der Welt e. V. (2017). *HAMBURG: UNSERE HILFE*. <https://www.aerztederwelt.org/unsere-projekte/deutschland/hamburg>
- Ärzte der Welt e. V. (2020). *Deutlich mehr Menschen ohne Krankenversicherung als Statistik abbildet*. Ärzte der Welt e. V. <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/presseinformationen/2020/08/17/deutlich-mehr-menschen-ohne-krankenversicherung-als-statistik-abbildet>
- Babitsch, B., Braun, T., Borde, T., & David, M. (2008). Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What roles do gender and ethnicity play? *BMC Health Services Research*, 8(1), 82. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-82>
- Bader, C., Gach, J., & Offe, J. (2022). *VER(UN)SICHERT? WIE AUSGRENZUNG PSYCHISCH BELASTET: Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland* [Gesundheitsreport 2022]. Ärzte der Welt e.V. <https://www.aerztederwelt.org/file/29226/download?token=7M6o60wm>
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(8), 944–953. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>
- BMG (Hrsg.). (2022). *Das deutsche Gesundheitssystem: Leistungsstark. Sicher. Bewährt. 2. aktualisierte Auflage*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf
- BMG. (2023). *Ratgeber: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)*. Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html>
- Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, 10(7), e0131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
- Büttner, C., & Quindel, R. (2013). *Gesprächsführung und Beratung: Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch* (2., Aufl). Springer.
- David, M. (2023). Nichtgelöstes Dauerproblem „Sprachbarriere“ bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen mit Migrationshintergrund. *Die Gynäkologie*, 56(7), 510–512. <https://doi.org/10.1007/s00129-023-05102-z>
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. (2020). *Personen ohne Versicherungsschutz: Gesundheitsversorgung für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger im Überblick*. Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer. <https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/resource/blob/1818412/1943296/fcd42ba79afc9524c2c6a6db6235100d/flyer-6-de-data.pdf?download=1>
- Döbig, K. (2023). *Dolmetschen im Gesundheitsbereich: Grundlagen, Vokabular und Beispieldialoge im Sprachenpaar Arabisch - Deutsch* (F. Hamouda & Z. Lotfi, Übers.; 1. Auflage). Edition Hamouda.

- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.
- Eicher, H. (2015). *Die verblüffende Macht der Sprache: Was Sie mit Worten auslösen oder verhindern und was Ihr Sprachverhalten verrät*. Springer Gabler.
- EU-Gleichbehandlungsstelle. (o. J.). *Krankenversicherung*. EU-Gleichbehandlungsstelle. Abgerufen 15. Oktober 2023, von <https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/eugs-de/eu-buerger/infothek/krankenversicherung>
- europa.eu. (2023). *Ungeplante Gesundheitsversorgung – Bezahlung und Kostenerstattung*. Your Europe. https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/payments-reimbursements/index_de.htm
- Europäische Kommission. (o. J.). *Die Europäische Krankenversicherungskarte*. Europäische Kommission. Abgerufen 14. Oktober 2023, von <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=de>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). *Cost of exclusion from healthcare :the case of migrants in an irregular situation: Summary*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2811/029415>
- Führer, A., & Brzoska, P. (2022). Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Das Gesundheitswesen*, 84(05), 474–478. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0897>
- Gillessen, A., Golsabahi-Broclawski, S., Biakowski, A., & Broclawski, A. (Hrsg.). (2020). *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59012-6>
- Hollenrieder, V. (2022). *Sprechstunde auf Augenhöhe: Wie Kommunikation zwischen Arzt und Patient gelingt*. Springer Gabler.
- IQWiG. (o. J.). *Biasarten*. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Abgerufen 31. Oktober 2023, von <https://www.iqwig.de/sonstiges/glossar/biasarten.html>
- Khaschei, K., & Grönemeyer, D. (2019). *Arztgespräche richtig führen: So mache ich mich verständlich*. Dudenverlag.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2., überarbeitete und ergänzte Auflage). Beltz Juventa.
- Küstners, I. (2009). *Narrative Interviews: Grundlagen und Anwendungen* (2. Auflage). VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lampert, T., & Mielck, A. (2008). *Gesundheit und soziale Ungleichheit: Eine Herausforderung für Forschung und Politik*. *Jg. 8, Heft 2 (April)*, 7–16.

- Malteser Hilfsdienst e. V. (o. J.). *Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung*. <https://www.malteser.de/standorte/muenchen/dienstleistungen/medizin-fuer-menschen-ohne-krankenversicherung.html>
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Oldenbourg Verlag.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2015). *Verständigung mit Patienten mit Migrationshintergrund aus der Sicht von Hausärzten*. 506–511. <https://doi.org/10.3238/zfa.2015.0506-0511>
- Offe, J. (2021). *Schriftliche Stellungnahme von Dr. Johanna Offe, Ärzte der Welt e.V.* [Schriftliche Stellungnahme an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages]. https://www.bundestag.de/resource/blob/816306/4b6f8e5608bd56520e8f498d1bb25bc0/19_14_0265-3-_Aerzte-der-Welt_Gesundversorgung-data.pdf
- Offe, J., Ochs, C., Dieterich, Faensen, H., Keßler, S., Gollin, C., Groß, J., Misbach, E., Schülle, M., Bergmeyer, V., & Mylius, M. (2019). *Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere: Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze*.
- Otero Moreno, C. (2023). *Qualifizierung nicht professioneller Sprachmittler: Eine Didaktisierung für das Community Interpreting*. Frank & Timme.
- Pluntke, S. (2017). Kommunikation mit Patienten aus anderen Kulturen: Soziokulturelle Herausforderungen in der Erstversorgung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(1), 29–37. <https://doi.org/10.1007/s00112-016-0169-9>
- Razum, O., Saß, A.-C., Neuhauser, H., & Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2008). *Migration und Gesundheit: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert-Koch-Inst.
- Reinhardt, G. (2020). *Werkzeug Sprache: Deutsch und Kommunikation für Erzieherinnen und Erzieher*. Handwerk und Technik.
- RKI. (2016). *Das RKI als nationales Public-Health-Institut: Übersichtsartikel aus dem Jubiläumsbuch 125 Jahre Robert Koch-Institut (2016)*. https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaebuch.html
- Schmidhuber, M. (2022). *Interkulturelle Kompetenz im Krankenhaus: Arzt-Patienten-Kommunikation mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im interkulturellen Setting* (1. Auflage). Nomos.
- Schouler-Ocak, M. (2020). Psychiatrische Notfallversorgung von Migranten – wie man mit Sprachbarrieren umgehen kann. In F. Dormann, J. Klauber, & R. Kuhlen (Hrsg.), *Qualitätsmonitor 2020* (S. 105–118). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954665860-1.7>

- Schrimpf, U., & Bahnemann, M. (2012). Interkulturelle Kommunikation. In U. Schrimpf & M. Bahnemann, *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte* (S. 111–126). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-24923-5_10
- Shad, K. B. (2018). 15. Interkulturelle Kommunikation und Sprachmittlung. In J. Seybold & S. Kraatz (Hrsg.), *Medizinische Flüchtlingsversorgung* (S. 195–198). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110502183-017>
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Sozialleistungen: Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus)* (2130110199004; Fachserie 13, Reihe 1.1, 2019). Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publicationen/Downloads-Gesundheitszustand/krankenversicherung-mikrozensus-2130110199004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2023). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2021 – (2010220217004; Fachserie 1 Reihe 2.2, 2021 (Endergebnisse))*. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-endergebnisse-2010220217004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2021, Januar 28). *Presse: 3,1 Millionen Erwerbstätige waren 2019 hierzulande von Armut bedroht*. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/01/PD21_N008_634.html
- Van Rosse, F., De Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L., & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>
- Wächter, M., & Vanheiden, T. (2015). *Sprachmittlung im Gesundheitswesen: Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen*. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. https://www.bikup.de/wp-content/uploads/2016/07/Studie_Sprachmittlung-im-Gesundheitswesen.pdf

10 Eidesstattliche Erklärung zur Arbeit

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht. Die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

Hamburg, den 06.12.2023

11 Anhang

Anhang 1: Transkripte mit Kategorienbestimmungen

1	[0:00:00.0] Einfache Transkription nach Dresing & Pehl
2	Interviewer*in: Demet Aba Hamburg, 15.06.2023
3	Befragte Person: 1WA
4	I: Herzlich willkommen zu dem Interview. Wie du schon aus dem Informationsblatt entnehmen konntest, geht es in meiner Bachelorarbeit um deine Erfahrungen, wie sich die Sprachmittlung auf die Behandlung und Diagnosestellung bei nicht krankenversicherten Personen auswirkt. Ich würde mit ein paar allgemeinen Fragen zu deiner Person starten und im Anschluss dann auf die eigentliche Thematik überleiten.
5	[0:00:28.5] B: Okay.
6	[0:00:31.0] I: Wie lange arbeitest du schon als Ärztin und in welchen Bereichen warst du schon tätig?
7	[0:00:35.5] B: Als Ärztin (...). In der Gynäkologie seit/. Ne Moment mal, Labormedizin habe ich gemacht ein Jahr. Seit 1990 Gynäkologie.
8	[0:00:55.0] I: Dann bringst du ja viel Erfahrung mit. Hattest du auch mal deine eigene Praxis oder warst du angestellt?
9	[0:01:01.0] B: Ich habe ganz normal im Krankenhaus meinen Facharzt gemacht. Das geht ja nur im Krankenhaus. Dann bin ich 1995 in die Praxis gegangen und habe bis 2015 eine eigene Praxis gehabt.
10	[0:01:24.9] I: Alles klar. Wie lange bist du schon hier in der Einrichtung als Gynäkologin aktiv?
11	[0:01:28.7] B: Seit 2015. Ich war zwischendrin aber auch sechs Wochen in der (unv.), wo wir auch das gleiche Setting hatten, eben auch mit Übersetzung.
12	[0:01:31.5] I: Und was sind deine Sprachkenntnisse, die du mitbringst?

..Fachgruppe (+) (+) (+) {

..Praxis ohne KV }

	13	[0:01:47.8] B: Deutsch, Englisch und Italienisch A2.
..Sprachmittlungserfahrung	14	[0:01:52.4] I: Alles klar. Hattest du in deiner eigenen Praxis schon Erfahrungen mit Sprachmittler*innen gesammelt?
	15	[0:02:03.5] B: Also höchstens, wenn die selbst jemanden zum Übersetzen mitgebracht haben, das schon. Aber keine richtig angestellte Sprachmittlung.
	16	[0:02:11.4] I: Wie erlebst du die Zusammenarbeit mit der Sprachmittlung in dieser Einrichtung? Inwiefern können sie dich dabei unterstützen, die Patienten zu verstehen? Oder gab es vielleicht sogar Situationen, die nicht so gut funktioniert haben?
..Wahrnehmung von Arzt/	17	[0:02:29.1] B: Eigentlich finde ich läuft das mit der Sprachmittlung sehr gut. Dadurch, dass die Sprachmittler ja auch nicht gerade natives sind, also für die ja auch sagen wir mal Fremdsprache ist, wenn sie jetzt auf Türkisch übersetzen, gibts da vielleicht auch mal Einschränkungen. Wir hatten jetzt einen Bulgaren, deren Türkisch ist ja dann auch nicht gerade deren erste Sprache, wobei die wohl das ja alle sehr gut können. Und dann für die Sprachmittlerin ist ja dann Türkisch gerade nicht ihre erste Sprache, denke ich, ist es manchmal vom Verständnis her schon ab und zu so, dass man nachfragen muss. Das es auch mal bei der Sprachmittlung zu Missverständnissen kommt. Das erlebe ich manchmal, dass die Patientin was erzählt, die Sprachmittlerin übersetzt mir das in der einen Art und Weise, irgendwie kommt man dann dazu nochmal nachzufragen und dann kommt nachher dabei raus, ach ne ist doch andersrum. Also das kann halt schon mal sein.
..Missverständnisse durc		
..Direkte Kommunikation		
	18	[0:03:50.1] I: Danke für diesen Einblick. Missverständnisse während einer medizinischen Behandlung sind natürlich nicht so gut.
	19	[0:03:59.6] B: Ja.
	20	[0:04:01.2] I: Ich würde direkt weiterleiten zur Thematik der Diagnosestellung und Behandlung. Mich interessiert, wie die Sprachmittlung während der medizinischen Behandlung die Diagnosestellung und Behandlung bei Migrant*innen beeinflusst. Gibt es beispielsweise Unterschiede, die dir in der Behandlung von nicht deutschsprachigen Patient*innen und deutschsprachigen Patient*innen aufgefallen sind?

<ul style="list-style-type: none"> ..Viel Zeit ..Keine direkte Arzt/ ..Bessere Lösungsfi ..Positive Wirkung 	21	<p>[0:04:43.1] B: Naja ich sag mal so, ich habe durch die Sprachmittlung, manchmal für mich persönlich ein bisschen mehr Zeit zum Nachdenken. Weil ja, während die Übersetzerin mit der Patientin spricht, bin ich ja raus und kann mir dann meine Gedanken machen, über was ich als nächsten fragen möchte oder was ich machen möchte, oder was ich der Patientin sagen möchte oder so. Also von daher ist es für mich (...), denke ich entspannter, wobei es auf der anderen Seite, aber das ist jetzt so rein gefühlt, für mich so bisschen chaotischer rüberkommt. Zum Beispiel, wenn ich in der eigenen Praxis war, da hatte ich so mein Schema. Ich habe da Schwangere und habe das so abgearbeitet und das ging dann so, da habe ich dann auch nichts vergessen. Hier ist das dann manchmal so, dass ich durch irgendwas, weil jetzt dann doch die Sprachmittlerin mit der Patientin noch mal spricht, wenn die Patientin meint, aha, ich habe da jetzt eine Vertrauensperson, dann kommen die auf ein anderes Thema und dann bin ich aus dem Konzept raus. Sodass ich vielleicht doch öfter einmal öfter vielleicht dann auch mal denke, dass ich irgendwas vergessen habe, dass ich dann doch nicht so ganz konzentriert bin. Also ich denke es ist/. Ja, ich muss schon gucken mich mehr darauf zu konzentrieren.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Negative Wirkung ..Vertrautheit und Sicherl 	22	<p>[0:06:33.7] I: Glaubst du aber dadurch, dass du mehr Zeit hast, dass das einen positiven Einfluss auf die Diagnosestellung hat, weil du länger Zeit hast zum Nachdenken.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Negative Wirkung 	23	<p>[0:06:46.4] B: Ja, schon. Für die Diagnosestellung sicher. Aber jetzt für das Abarbeiten einer Aufgabenstellung oder so einer Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung kann es eben auch mal sein, dass ich mich leicht manchmal etwas aus dem Konzept gebracht fühle. Aber/. Also ich sag mal, es ist nicht wesentlich. Es ist kein Drama.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Wirkung auf Diagnose 	24	<p>[0:07:14.0] I: Das klingt für mich dennoch danach, als hättest du auch paar Herausforderung in der Behandlung durch die Sprachmittlung.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Geduld und Akzeptanz 	25	<p>[0:07:26.7] B: Ja, schon so ein bisschen, ja.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Geduld und Akzeptanz 	26	<p>I: Und wie bewältigst du solche Dinge?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Geduld und Akzeptanz 	27	<p>[0:07:29.3] B: Tja, wie kann man sowas bewältigen, keine Ahnung. Ich mache einfach weiter und versuche mich nicht aus dem Konzept bringen zu lassen. Also ich lerne eben, oder habe das gelernt im Laufe der Jahre, dass ich dann ab und zu mal innehalte und der Übersetzerin eine Chance gebe, das rüberzubringen, der Patientin die Chance gebe zu antworten. Ja, da gewöhnt man sich dran. Ich meine es ist ja dann auf der anderen Seite, es macht immer Spaß im Team zu sein (lacht).</p>

	28	[0:08:06.4] I: Das stimmt (lacht). Es gab ja sicherlich oder wahrscheinlich auch Situationen, bei der keine Sprachmittlung anwesend war bei nicht deutschsprachigen Patient*innen. Wo siehst du da die Unterschiede in der Behandlung und bei der Diagnosestellung?
..Negative Wirkung	29	[0:08:24.4] B: Naja, es ist halt so, wenn ich zum Beispiel so eine Patientin aus Ghana habe, mit denen spreche ich Englisch. Da habe ich dann so das Gefühl, dass ich alles abarbeiten kann nach meinem Schema, was ich so draufhabe und werde halt nicht ganz so leicht aus dem Konzept gebracht. Und dann geht es natürlich auch so ein bisschen schneller. Also wie gesagt, ich denke nicht, dass es wesentlich ist. Ich denke manchmal, auch wenn eine Sprachmittlerin dabei ist, wir die brauchen, dann habe ich immer so komplett das Gefühl, ey Zeitdruck, Zeitdruck. Aber wir haben ja mehr Zeit, wir nehmen uns ja auch vom Terminkalender mehr Zeit als früher in der Praxis. Aber ich werde es halt nicht ganz los, weil ich in aus meiner Praxis eine andere Taktung gewöhnt bin und dann denke ich immer, ich muss schneller machen.
..Viel Zeit		
	30	[0:09:22.2] I: Und wie ist das bei Patienten, die wirklich gar keine Sprache beherrschen, die du selbst auch nicht beherrscht?
..Sprachbarriere	31	[0:09:33.6] B: Dann Gestik und Mimik beziehungsweise dann halt über Telefondolmetscher, das hilft auch. Dass wir komplett auf Gestik und Mimik angewiesen sind, kommt ja eigentlich fast nie vor. Wenn ich Fragen habe, wenn da irgendwas Besonderes ist, dann wird es schwierig. Wenn alles in Ordnung ist, dann kann ich der Patientin nachher einen Daumen hoch zeigen und alles ist okay und okay versteht jeder. Aber sonst haben wir ja immer eine Sprachmittlung da.
..Sprachbarriere		
..Sprachbarriere		
	32	[0:10:06.5] I: Ich frage mich jetzt bei Situationen wo wirklich keine Sprachmittlung da sein kann, wir haben ja beispielsweise eine portugiesische Patientin, aber keine passende Sprachmittlung, weder über Telefon noch vor Ort, wie wird sie über ihre Krankheiten aufgeklärt? Gibt es da überhaupt einen Weg, dass man sie aufklären kann oder ist es da auch wieder Daumen hoch und alles ist okay.
..Sprachbarriere	33	[0:10:30.5] B: Also bei der Patientin gerade sehr speziell, weil die auch noch schwerhörig ist, es ist wirklich heftig. Weil gerade jetzt ist ein gutes Beispiel, mit der hätte ich gerne persönlich Zeit, in Ruhe mit ihr zu reden. Weil ich glaube, dass die eigentlich noch vieles zu sagen hätte. Also ich glaube das sie in ihrer gesamten Lebenssituation nicht glücklich ist, und da wäre es sicherlich wert mal zu fragen und zu gucken, was man da tun kann, wie man ihr helfen könnte oder so. Und das ist einfach was, was da komplett unter den Tisch fällt. Heute hat ja dann der

Ehemann beispielsweise über das Handy übersetzt, aber wenn zum Beispiel gerade der Ehemann ein Problem sein sollte, dann hilft uns das alles nichts. Das bringt uns dann nicht weiter.

34 [0:11:30.7] I: Jetzt, wo du es gerade ansprichst, möchte ich gerne daran andocken. Siehst du ein Problem darin, wenn statt einer ausgebildeten Sprachmittlung ein Laie beziehungsweise ein Bekannter die Sprachmittlung übernimmt?

..Angeeignete Struktur

35 [0:11:41.8] B: Wenn ein Laie das macht/. Andersrum. Die Sprachmittler hier haben ja häufig schon bisschen in die Medizin mal reingerochen. Das hat sich im Laufe der Zeit schon ergeben und die kennen dann schon viele Fragen, die wir stellen und so. Die wissen dann schon eher, weil die uns kennen, was wir wissen wollen, was wir besprechen wollen. Wenn das jemand privat macht, dann sind das auch medizinische Laien, wo man dann auch denken muss, da könnte dann auch mal was verdreht werden. Irgendwo in den falschen Hals geraten. Das Problem ist natürlich bei einer Sprachmittlerin hier in der Einrichtung auch so, aber eben deutlich weniger. Weil die eher lieber mal noch mal nachfragen und das nicht unter den Tisch fallen lassen, was eine Privatperson vielleicht sonst machen würde.

..Rückfragen an Arzt/Ärzt

36 [0:12:42.0] I: Das heißt, diese Herausforderung wird von den ausgebildeten Sprachmittlungen eher bewältigt, indem sie häufiger Rückfragen stellen und die Kommunikation mit euch Ärzt*innen suchen, um sicherzugehen, dass sie die richtige Information vermitteln?

37 [0:12:45.9] B: Ja, genau.

38 [0:12:50.6] I: Hattest du schon Erfahrungen damit gemacht, dass durch mangelnde Deutschkenntnisse Behandlungsfehler aufgetreten sind oder auch Fehldiagnosen?

39 [0:13:00.6] B: (...). Ne wüsste ich nicht, wüsste ich nicht. Also gut, es ist natürlich so/. Na, da weiß man nicht, ob es an der Sprachmittlung liegt. Wir hatten ja vorhin diese eine Patientin, die dann eben schwanger war und zur Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung da war. Die hat auch nichts davon gesagt, komisch, ich habe da immer so einen Juckreiz am Körper. Das sieht man dann zufällig. Im Winter, wenn sie einen Pullover angehabt hätte, würde man es ja nicht sehen. Und die hatte dann halt Krätze nebenbei noch Mal so. Da weiß ich eben nicht, wenn die jetzt bei einem Arzt gewesen wäre, der komplett ihre Sprache spricht, ob sie es vielleicht eher angesprochen hätte. Das kann natürlich auch immer sein, dass wenn so viele Leute im Raum sind, es für die Patientin hinderlich ist, weil die

5/11

sich dann denkt, boah ne vor so vielen Leuten, gerade in der Gyn, mag ich bestimmte Dinge nicht äußern.

40 [0:14:20.4] I: Ja, das verstehe ich. Schön, dass dir dazu ein Beispiel eingefallen ist. Passend dazu können wir auch schon zu den kulturellen Faktoren rüber. Mich würde interessieren, welche kulturellen Faktoren beeinflussen die Behandlung und Diagnosestellung bei Migrant*innen? Hast du da vielleicht sogar Beispiele aus der Praxis?

..Rollenverständnis

41 [0:14:41.0] B: Also kulturelle Faktoren haben wir dann öfter mal, wenn die Patienten mit Mutter, Schwiegermutter oder Ehemann kommen, weil die dann eben in ihrem Rollenverständnis eher drinnen sind. Ja, das ist eher so dieses Rollendenken oder diese Hemmung der Patienten irgendwas zu sagen oder überhaupt auf die Idee zu kommen, irgendwas zu sagen, weil es kulturell nicht in Ordnung ist. Also ich war gestern, tut mir leid, gerade gestern in einer Sitzung vom Sozialausschuss bei uns in Stade und da ging es eben auch darum, dass eben vielen Männern mit bestimmten kulturellen Hintergrund überhaupt nicht klar ist, dass Misshandlung der Frau, also dass man sie schlägt, eigentlich ein No-Go ist. Da komme ich natürlich an dieses Thema schlecht dran, wenn die Patientin noch jemanden aus der Familie mithat, der das nicht wissen soll oder so. Da weiß ich eben dann auch nicht, ob die Patientin dann gehemmt ist, wenn dann eben noch neben einer Sprachmittlerin eine Assistenz im Raum ist, die das ganze dokumentiert.

42 [0:16:02.6] I: Interessant. Treten im Gynäkologiebereich eigentlich häufiger mal Tabuthemen oder schambehaftete Reaktionen auf, die die Behandlung oder Diagnosestellung beeinflussen?

..Tabus (+) (+) (+)

43 [0:16:25.4] B: Also das ist manchmal so ne/. Einige denken eben, keine Ahnung, man könnte die Diagnose einfach so wissen, ohne Untersuchung. Ich denke auch, dass eben durch diese kulturelle Geschichte, ich sag mal so Sexualitätsprobleme werden eigentlich nie angesprochen. Also Sexualität, ich sag mal jetzt Orgasmus Probleme oder irgendwie sowas. Oder Partnerschaftsprobleme, wenn es vielleicht um Misshandlung und Gewalt in der Beziehung geht oder so, das sind Sachen, die eigentlich nie angesprochen werden, es ist Tabu. Wobei das dann natürlich in der normalen Praxis auch so eine Sache ist, das weiß ich, das machen Patienten erst dann, wenn sie einen schon länger kennen.

..Tabus (+) (+) (+)

44 [0:17:31.8] I: Erst wenn ein Vertrauen aufgebaut ist?

45 B: Ja, genau. Genau. Dann kommt das am Ende der Untersuchung, wenn sie sich eigentlich schon wieder anzieht, ach Frau Doktor, was ich sie noch mal fragen wollte, so.

	46	[0:17:43.2] I: Oh (...). Eine Sache wollte ich dich noch fragen, die fällt mir gerade aber nicht ein. Vielleicht komme ich nachher noch mal darauf zurück. Meine nächste Frage wäre, ob du einen kulturellen Unterschied in der Gesundheitswahrnehmung bemerkst. Greifen einige Patienten beispielsweise eher zu alternativen Heilmethoden zurück als auf Medikamente und so weiter.
..Hoher Arzneimittelkonsum	47	[0:18:15.9] I: Also diesen Eindruck habe ich bei unseren Patienten eher nicht, dass die eher auf alternative Sachen gehen. Gar nicht. Ich habe eher den Eindruck, wenn eine Patientin kommt mit, ich sag jetzt mal so Unterbauchbeschwerden ist öfter mal ein Thema, so und die nachher kein Rezept kriegen mit einem Antibiotikum drauf, dann sagen sie, kriege ich kein Rezept, oder was? Nimmst du mich nicht richtig wahr? Findest du nicht, dass ich was habe? Aber es gibt manchmal auch Patienten, die brauchen es einfach mal zum Arzt zu gehen und wahrgenommen zu werden. Sodass sie im Mittelpunkt stehen, wo es nur um sie geht und nicht um irgendwelche Kinder, um ihren Ehemann, die Schwiegermutter oder so. Das wirklich sie einmal die Hauptperson ist.
	48	[0:19:14.1] I: Also, dass sie einmal raus aus diesem Rollenbild kommt?
	49	B: Ja, genau. Genau.
..Hoher Arzneimittelkonsum	50	[0:19:14.6] I: Ja, spannend. Das mit dem Antibiotikum habe ich im vorab jetzt auch schon von den Sprachmittlerinnen gehört. Sie haben gesagt, dass in ihren Herkunftsländern Antibiotika schneller verschrieben werden und die Patienten hier klagen, wenn sie es nicht kriegen.
	51	[0:19:24.5] B: Ja, auf jeden Fall.
..Tabus (+) (+) (+)	52	[0:19:24.9] I: Okay. Meine Frage von vorhin ist mir wieder eingefallen. Und zwar bist du jetzt zwar eine weibliche Gynäkologin, aber meinst du, dass nicht deutschsprachige Migrant*innen bereit wären, sich von einem männlichen Gynäkologen behandeln zu lassen?
	53	[0:19:34.9] B: Ich glaube, da hätten sie große Probleme mit. Viel mehr Probleme. Also ich weiß das von vielen Patienten, die aus dem südosteuropäischen Raum kommen oder so, dass die manchmal eben schon sagen bei der Anmeldung, also zu einem Mann gehe ich aber

..Tabus (+) (+) (+)

- nicht. Ich weiß das auch noch aus meiner Zeit aus dem Krankenhaus, also da ist das immer wieder so. Also da glaube ich würden, gerade wenn da ein Mann wäre, gerade hier, denke ich nicht. Also ich glaube gerade hier in dieser Einrichtung kann nur eine Gynäkologin arbeiten.
- 54 [0:20:05.3] I: Okay, danke für die Info. Wie versuchst du kulturelle Faktoren in der Behandlung zu berücksichtigen?
- 55 [0:20:20.7] B: Ich versuche einerseits Verständnis zu zeigen, aber andererseits auch der Patientin zu zeigen, dass sie sich nicht scheuen muss, weil ich das eben hier jeden Tag tue. Heute Morgen hatten wir auch so eine Patientin, die wollte sich nicht untersuchen lassen, wo wir gesagt haben, sie braucht sich nicht schämen, das gehört ja auch dazu, wir wollen ja auch nur einen genauen Befund haben. Und genau so kann man dann manchmal die Angst nehmen, wenn man dann sagt, hinter dem Vorhang sind nur wir beide und dann geht das. Ich denke, gerade wenn sie aus diesem Hintergrund kommen, wo eben noch mehr schambehaftete Sachen das Thema sind, dann müssen sie auch manchmal lernen, dass es geht. Dass man es so machen kann, dass es nicht schlimm ist, dass es normal ist.
- 56 [0:21:21.5] I: Das heißt einfach die Aufklärung und Normalisierung von dem Ganzen, das es zur Behandlung dazugehört, wird zur Lockerung genutzt.
- 57 [0:21:29.3] B: Ja und das nur nicht ins Lächerliche ziehen wie, ha ha du willst wohl nicht oder wie, das ist doof. Ich muss ja auch wirklich sagen, ich meine, jede von uns ist ja auch das erste Mal beim Frauenarzt gewesen und ich fand es irgendwie schon, das war ja auch noch ein Mann, schon irgendwie so, Naja. Ist doch so, oder?
- 58 [0:21:49.6] I: Ja (lacht). Das stimmt.
- 59 [0:21:49.7] B: Ist ja ein Intimbereich.
- 60 [0:21:51.6] I: Klar. Wie meinst du könnte die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Bezug auf kulturelle Faktoren verbessert werden?
- 61 [0:22:12.3] B: Weiß ich nicht. Ob da wirklich was verbessert werden könnte. Da fällt mir ehrlich gesagt nicht so viel ein. Wir

8/11

sind ja gerade hier so, dass wir Sprachmittler haben. In einer normalen Praxis werden ja oft keine Sprachmittler angeboten, da muss man sich dann selber noch mal drum kümmern. Halte ich aber irgendwo auch für normal. Wenn ich irgendwo im Ausland bin, wo man meine Sprache nicht spricht, da kümmere ich mich ja auch drum, dass ich jemanden mitbringe, der mir da weiterhelfen kann. Das gehört ja dazu, bis ich so weit bin, dass ich die Sprache genug kann. Ich denke, es gibt, nicht hier in der Einrichtung, aber bei vielen ein Problem in der allgemeinen Einstellung. Das man eben gerade in solchen Bereichen, wo nicht so viele Leute mit Migrationshintergrund leben und wo die Leute nicht so viele Erfahrungen haben, mit Leuten mit Migrationshintergrund, das da einfach auch grundsätzlich diese Ablehnung ist und was willst du hier eigentlich und sieh doch zu, dass du in dein Land nach Hause gehst und wieso hast du keine Krankenversicherung. Das da einfach dieses Verständnis nicht ist. Das wäre eine Sache, das wäre ganz schön, wenn das mehr Leute wüssten. Ich erlebe das, ich kann mich ja selber als Beispiel nehmen, ich wusste es damals ja auch nicht so richtig, dass eben zum Beispiel die Bulgaren, die hier her kommen, unsere europäischen Mitbürger sind, die einfach nur ein anderes Krankenversorgungssystem haben in ihrem Heimatland. Das sie dann eben hierherkommen und eben leider nicht hier versichert sind. Das läuft einfach über eine andere Schiene. Ja, das muss man wissen. Dann muss man sich eben auch immer klar machen, wie die Fettaggen auf der Suppe schwimmen, uns geht es gut, wir müssen uns um die ganzen Geschichten keinen Kopf machen und können nur immer froh sein, dass wir nicht in so einer Situation sind, wie viele unserer Patienten. Ist ja Zufall. Ich meine, was habe ich denn dazu getan, dass ich hier in Deutschland geboren wurde.

62 [0:25:05.1] I: Ja, das stimmt, es ist das eigene Schicksal. Du hast jetzt schon vieles über die kulturellen Faktoren erzählt. Mich würden jetzt die sprachlichen Faktoren interessieren. Was glaubst du, wie die sprachlichen Faktoren die medizinische Behandlung und Diagnosestellung beeinflussen?

63 [0:25:24.8] B: (...). Das kann eben schon sein, dass manchmal paar Informationen auf der Strecke bleiben, von der Patientin. Vielleicht auch, weil sie meint, hier nun sich möglichst kurzfassen zu sollen oder so und eben sagt, ich habe Unterbauchbeschwerden und dann eben nicht sagt, die habe ich schon seit. Gut, das muss man dann erfragen, ist ja aber normal. (...).

64 [0:26:30.9] I: Okay, anders gefragt, welche sprachlichen Barrieren treten hier am häufigsten auf?

65 [0:26:33.1] B: Missverständnisse. Zum Beispiel, also das geht schon manchmal los mit wie viele Schwangerschaften sie hatte, wie viele Kinder geboren wurden, wann sie geboren wurden. Eine

..Missverständnisse durch K

9/11

..Missverständnisse durch k	}	deutsche Frau weiß das meistens ganz genau, dann und dann und in dem Jahr und so. Und das ist bei vielen ausländischen Patienten eben nicht so. Oder dass sie wissen, wie schwer das Kind war und ob das auf Termin geboren wurde oder so. Wenn es um Aspekte geht wie Fachbegriffe, da denke ich nicht, dass sie die kennen müssen. Das ist unser Job, das ist aber auch Job in einer normalen Praxis, dass ich gucken muss, auf welchem Level ist die Patientin. Es gibt ja einige, die eine gewisse medizinische Vorbildung haben, mit einer Ärztin spreche ich anders, als wenn jemand da ist, der mit Medizin noch nie was zu tun hatte. Dann weiß ich eben auch, dass ich statt, wann war ihre letzte Regel, ich, wann hat die angefangen, frage. Wann hat die angefangen, das ist wichtig, nicht der letzte Tag. Wenn ich das nicht mache, kann das zu Missverständnissen führen.
..Anpassung des Sprachr		
..Missverständnisse durc		
..Wirkung auf Diagnose	}	66 [0:28:11.8] I: Und wenn ein Patient sich kurzfasst oder es nicht für nötig hält, bestimmte Aspekte noch mal zu nennen, wie wirkt sich das auf die Diagnose in dem Moment aus?
..Rückfragen		67 [0:28:26.2] B: Für mich kann ich nur sagen, dass ich versuche, grundsätzlich, egal ob deutschsprachig oder nicht, soweit nachzufragen, dass ich sicher bin, worüber wir reden. Das ich da eben (unv.) versuche zu erfragen. Ich denke, wir müssen vielleicht bei unseren Patienten hier vielleicht etwas öfter nachfragen, um genauer rauszukriegen, wie die Beschwerden denn wirklich sind. Wenn jemand kommt und sagt Unterbauchbeschwerden, ja toll, eine deutsche Frau sagt vielleicht eher und sagt, ich habe das seit drei Jahren oder immer, wenn ich die Regelblutung habe oder beim Verkehr und was weiß ich.
..Wirkung auf Diagnose	}	68 [0:29:32.5] I: Okay, du versuchst dann einfach eher nachzuhaken, um die fehlenden Informationen zu bekommen, sodass du eine präzisere Diagnose fällen kannst.
..Anpassung des Sprachr		69 [0:29:33.7] B: Ja, genau. Im Allgemeinen verwende ich immer einfache Sprache bei Behandlungen, ob Migrationshintergrund oder nicht. Ich versuche immer zu gucken, was versteht dieser Mensch. Das Ding ist, aber das ist auch egal, ob sie einen Migrationshintergrund hat oder nicht, wenn man ihnen hier und jetzt was sagt, dann sagen sie okay, haben sie alles verstanden. Ich frage dann, ob sie irgendwelche Fragen haben und sie sagen nein. Dann gehen die raus und ich bin sicher, dass in 30 bis 40 Prozent der Fälle die Menschen noch sagen, ach das wollte ich noch Fragen oder das habe ich nicht verstanden. Aber das ist so oder so.
..Niedrige Bildung		
		70 [0:30:51.5] I: Alles klar, danke für die Information, dann sind wir auch schon am Ende angekommen. Meine letzte Frage wäre, ob es deiner

Meinung nach noch Aspekte oder Fragen gibt, die wir bezüglich dieser Thematik noch behandeln sollten.

71 [0:30:52.7] B: Vielleicht noch mal der Aspekt mit der Sprachmittlung und Missverständnisse. Wir gehen häufig durch das Gesagte von einer Tatsache aus und stellen dann auf einmal fest Moment, so passt das doch gar nicht. Die letzte Geburt war von einem Monat, hä (lacht). Also solche Sachen sind dann schon mal vorgekommen. Dann weiß man natürlich nicht bei den Sachen, die da nicht so auffallen, was für Missverständnisse man in der Behandlung so aufnimmt. 100-prozentig sicher sein kannst du ja nicht. Das ist ja immer so eine Art Stille Post Effekt, bei denen auch leicht Informationen, auch wenn die Mitarbeiterinnen sich hier sehr bemühen und richtig gut sind, doch mal falsch vermittelt werden.

72 [0:33:33.9] I: Danke, dass du das noch mal mit aufgenommen hast. Dann sind wir am Ende vom Interview angelangt. Ich danke dir sehr für deine Teilnahme und deine ganzen Informationen, die du mir mitgegeben hast.

73 [0:34:17.3] B: Gerne.

1 [0:00:00.0] **Einfache Transkription nach Dresing & Pehl**

2 Interviewer*in: Demet Aba
Hamburg, 13.06.2023

3 Befragte Person: 2MA

4 I: Hallo und herzlich willkommen zum Interview für meine Bachelorarbeit. Danke für deine Zeit und freiwillige Teilnahme. Das Informationsblatt hast du dir ja eben schon durchgelesen, dadurch kennst du auch schon meine Thematik. Ich werde sie trotz dessen noch einmal erwähnen. Ich möchte für meine Arbeit Erfahrungen von euch Ärzt*innen und Sprachmittler*innen aus dem [REDACTED] sammeln, um die Wirkung ehrenamtlicher Sprachmittlung auf die medizinische Behandlung und Diagnosestellung zu untersuchen. Aufgrund eines vorwiegenden Klientel mit Migrationshintergrund interessiert mich dabei auch die Rolle von kulturellen Barrieren, weshalb ich diese auch in dem Interview thematisieren werde. Falls du im Interview irgendetwas nicht verstehst, scheu dich nicht Fragen zu stellen.

5 [0:00:29.3] B: Alles klar.

6 [0:00:31.1] I: Als erstes würde ich gerne Fragen zu deiner Person stellen. Wie lange bist du schon als Arzt tätig und in welchen Bereichen hast du schon gearbeitet?

..Fachgruppe (+) (+) (+) {

7 [0:00:45.9] B: Ich habe eine gezielte Ausbildung zum Arzt, Allgemeinmedizin, gemacht. War drei Jahre in kleinen Krankenhäusern tätig für innere Medizin und Chirurgie. Danach habe ich dann weitere Weiterbildungen in Praxen gemacht und dann den Facharzt zur Allgemeinmedizin gemacht. Danach etwa ein Jahr Pause mit Vertretungen habe ich dann meine Praxis für Allgemeinmedizin kaufen können und habe dort 33 Jahre gearbeitet.

8 [0:01:13.2] I: Dann bringst du auf jeden Fall sehr viel Erfahrungen mit. Super. Und wie lange bist du schon hier ehrenamtlich tätig?

..Praxis ohne KV {

9 [0:01:26.6] B: Ich habe meine ehrenamtliche Tätigkeit nach Beendigung der dortigen Tätigkeit ein halbes Jahr lang später angefangen oder drei Viertel Jahr später angefangen, im [REDACTED]. Und zusätzlich auch noch eine weitere ehrenamtliche Tätigkeit im [REDACTED] der [REDACTED]. Also hier anderthalb Jahre und bei der anderen Einrichtung ein Jahr etwa.

- 10 [0:01:58.7] I: Ach spannend, das ist eine gute Zeitspanne. Und welche eigenen Sprachkenntnisse nimmst du mit?
- 11 [0:02:12.3] B: Ich habe in der Schule Englisch gelernt und kann das auch noch am besten praktizieren. Zwar habe ich in der Schule sehr gut Französisch sprechen gelernt und auch sprechen können, das hat sich jetzt aber durch geringere Praxis verringert. Aber ich komme so schon einigermaßen mit Französisch in Kontakt auch zusammen. Dann habe ich mal auch spanisch Kurse gehabt und kann ganz bisschen Spanisch, aber eher nur für Reiseumstände.
- 12 [0:02:38.4] I: Alles klar, danke. Hattest du in deiner alten Praxis oder in den Krankenhäusern, in denen du tätig warst, bereits Berührungspunkte mit Sprachmittler*innen?
- 13 [0:02:55.6] B: Die Krankenhauserfahrungen sind schon 35 Jahre her, da nicht. Ich habe insofern in meiner Hausarztpraxis, in der wir viele türkische Patienten hatten, mir teilweise Übersetzungshilfe von einer hauptamtlichen und immer noch dort tätigen Arzthelferin aus einer türkischen Ursprungsfamilie geholt.
- 14 [0:03:14.7] I: Das heißt, sie war nicht dazu ausgebildet, sondern hat einfach die Übersetzung übernommen, weil es ihre Muttersprache ist?
- 15 [0:03:23.3] B: Genau, weil es ihre Muttersprache ist, hat sie sozusagen dolmetschend ausgeholfen.
- 16 [0:03:48.2] I: Alles klar. Und wie erlebst du im [REDACTED] die Zusammenarbeit mit den Sprachmittler*innen. Läuft da alles gut oder gibt es bestimmte Herausforderungen?
- 17 [0:04:07.9] B: Also die Sprachmittlung empfinde ich hier als sehr sehr große Entlastung. Und kann das nur im Vergleich sagen, zum DZW, dass dort diese Sprachmittlung nicht regelmäßig erfolgt und dann nur sporadisch und gelegentlich mit Menschen aus den östlich anliegenden Staaten. Also eher polnisch, russisch.
- 18 [0:04:31.5] I: Das klingt doch gut. Dann können wir einmal direkt in die Thematik einsteigen. Ich frage mich, wie die Sprachmittlung ausgeführt von Ehrenamtlichen die Diagnosestellung und

..Sprachmittlungserfahrung

..Positive Wirkung
..Wahrnehmung von Arzt/

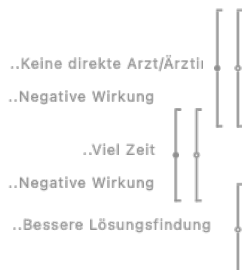
medizinische Behandlung beeinflusst, bei Personen ohne Krankenversicherungsschutz. Gibt es da beispielsweise Unterschiede zwischen nicht deutschsprachigen Patienten, für die kein Dolmetscher anwesend ist, beispielsweise portugiesisch und Patienten, die eine Sprachmittlung da haben, beispielsweise türkisch oder bulgarisch.

- 19 [0:05:04.7] B: Also mein Prinzip ist immer gewesen, dass ich möglichst versucht habe, die direkte Kommunikation mit dem Patienten durchzuführen, auch wenn das große Schwierigkeiten gegeben hat. Es hat sich in vielen Fällen auch gezeigt, selbst im Notdienst, dass ich nach geringer Zeit dem Patienten eine Offenheit angeboten habe, um ihr auch selbst rudimentäres Sprachwissen in Deutsch auch mir kundzutun, weil sie eben häufig Minderwertigkeitsgefühle haben, mit ihrem schlechten Deutsch, mir was vermitteln zu können. Aber dieses schlechte Deutsch ist häufig viel wichtiger als ein gutes vermittelndes Übersetzungsverfahren. Es gibt so Beispiele, wo die Patienten kleine Kinder mitbringen und die dann als Sprachmittler gebrauchen. Und dann gab es da erfahrungsgemäß manchmal auch die vorhandenen Statusunterschiede. Also, dass man manchmal nicht wusste, ist das, was das Kind gesagt hat, nicht auch durch die Kind-Eltern-Beziehung gestört oder verzerrt. Also Verzerrungen waren dort vielleicht auch möglich. Und genauso gut kann ich mir auch vorstellen, dass es auch Verzerrungen gibt, wenn Verwandte von diesen Patienten mitkommen und gut Deutsch können und vermitteln. Und dann gibt es aber meistens auch wahrscheinlich dort teilweise Verzerrungen, ja. Ich habe immer versucht, selbst mit den Betroffenen zu reden. Aber auch Missbrauch abzuwehren, wenn nämlich eine Patientin mit geringen Deutschkenntnissen in meine Sprechstunde kam und sagte, jetzt soll die Arzthelferin kommen und mithelfen. Da habe ich gesagt, nein, nur wenn wir nicht weiterkommen. Das heißt, es gab einen gewissen Missbrauch von Benutzung, wo ich aber weniger Wert draufgelegt habe, weil es natürlich ein Konflikt war. Sie war ja natürlich nicht als Sprachmittlerin dort, sondern eben als Arzthelferin und wollte ihren Job machen und würde dann ja eben gefehlt haben. Das heißt, es war ja auch quasi Missbrauch in diesem Fall, weil es nicht so vorgesehen war.
- 20 [0:06:42.1] I: Es ist aber wahrscheinlich auch durch eine gewisse Unsicherheit von der Patientin geprägt, dass sie es in dem Moment sozusagen ausnutzt.
- 21 [0:06:49.4] B: Ja.
- 22 [0:06:51.1] I: Ich finde den Aspekt mit den Verzerrungen, den du genannt hast, wirklich sehr spannend. Deshalb interessiert mich noch, ob du auch einen Unterschied zwischen einem Laien als Sprachmittlung und einer geschulten Sprachmittlung erkennst.

23 [0:07:12.9] B: Also das kann ich nicht so richtig einschätzen. Die Sprachmittlung ist aber per Einrichtung per Institution dafür vorgesehen. Alle anderen übersetzenden Personen sind Gelegenheitspersonen, die das in der Sache können, aber die nicht in dieser Funktion eingesetzt werden. Selbst im DZW erlebe ich, dass dann die dortigen Sozialarbeiter*innen eher so ein bisschen genervt sind, dass sie das tun sollen. Sie haben auch einen Konflikt zwischen ihrer eigentlichen Arbeit und dem, dass sie übersetzen sollen. Das heißt, die Personen, die keine Sprachmittler sind, die sind in Konfliktsituationen. In ihrer Rolle als Familienangehöriger, als Kind, als Tochter, als Sohn oder wie auch immer oder auch in der Konfliktsituation zu anderen Berufsaufgaben, die sie gerade in der Situation zu bewältigen haben. Dann ist das immer eine lästige, mehr oder weniger lästige Notwendigkeit. Eine Sprachmittlung ist dafür explizit vorgesehen.

24 [0:07:59.1] I: Verstehe. Ich hatte zuvor noch ein Interview mit einer Sprachmittlerin, die hatte genau dasselbe geäußert. Dass sie als Kind selbst häufig für ihre Mutter übersetzen musste und das ziemlich belastend für sie war.

25 [0:08:24.5] B: Das war genau das, was ich wahrgenommen habe (lacht). Aber ich weiß nicht, ab welchem Punkt, also ob das später noch kommt, aber ich erlebe immer so ein bisschen, dass auch bei einer sehr gut erlebten Sprachmittlung, dass ich das Gespräch teilen muss mit einer Sprachmittlerin. Und es ist keine direkte Zweierbeziehung mehr, sondern es ist ein Dialog, also ein Dreiergespräch. Es führt manchmal auch in Entwicklungen oder Veränderungen, die sich dann verselbstständigen aus meiner Perspektive. Das kann negativ sein, also hallo Hopp, ich will jetzt schnell weitermachen oder ich will zum Ende kommen. Es kann aber auch positiv sein, dass ich sage, oh wunderbar, die Ebene Sprachmittlung-Patient führt zu weiteren besseren Lösungen, als ich sie gefunden hätte.



26 [0:09:11.4] I: Ach interessant, man kann es also so und so sehen (lacht). Da hast du mir meine nächste Frage quasi vorweggenommen, und zwar welche Vor- und Nachteile du in der Sprachmittlung siehst. Findest du aber auch, dass es weitere Vor- oder Nachteile gibt?



27 [0:09:29.2] B: Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass die Sprachmittlung kulturelle Aspekte besser deuten kann.

28 [0:09:52.6] I: Siehst du auch Unterschiede zu Sprachmittlungen, welche vor Ort präsent sind und Telefon- oder Videosprachmittlungen?

..Positive Wirkung [

- 29 [0:10:07.3] B: Absolut.
- 30 [0:10:09.1] I: In welcher Hinsicht?
- 31 [0:10:10.9] B: Die persönliche Präsenz ermöglicht mehrere Interaktions- und Kommunikationsebenen. Das ist auch eine ganz andere affektive und emotionale Zuwendung und Beruhigung. Das ist einfach multidimensional, was dort stattfindet. Das kann eben eine Telefonsprachmittlung nur im begrenzten Maße durchführen und die geringen Erfahrungen, die wir hier mit einer bild- und tongebenden Technik haben, die sind relativ gering und wirken fast noch entfremdeter als die telefonische Sprachmittlung.
- 32 [0:10:48.4] I: Das heißt, auf dieser emotionalen und zwischenmenschlichen Ebene fehlt es einfach größtenteils, aber für die Diagnosestellung und Behandlung, da siehst du Vorteile drin oder auch noch Nachteile?
- 33 [0:11:09.7] B: Jede Verbesserung von Sprachvermittlung ist schon ein Vorteil. Aber in unterschiedlichem Maße eben hilfreich.
- 34 [0:11:22.3] I: Kannst du mir einmal zusammenfassen, welche Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten siehst du durch die Sprachmittlung?
- 35 [0:11:49.5] B: Ja, da ist es so, dass in diesem problematischen ärztlichen Tätigkeitsbereich, der hier stattfindet, liegen die Aspekte meinerseits im eher soziopsychobiologischen Bereich. Wenn ich aber mit der Sprache eines Patienten in meiner eigenen Muttersprache klarkomme und auch in einem anderen Setting, in einer normalen Hausarztpraxis gewesen bin, war es eher der biopsychosoziale Bereich. Das heißt, die Gewichtung hat sich enorm geändert. Und der psychosoziale Bereich in diesem Problembereich wird eben deutlich durch die Sprachmittlung unterstützt. Also fern ist der Dialog da sinnvoll.
- 36 [0:12:27.6] I: Okay. Das ist schon fast angelehnt an meine nächste Frage. Ich habe mich nämlich gefragt, wenn eine Patientin hier ist, die wirklich absolut die Sprache nicht spricht, welche die Sprachmittlungen sprechen, reichen da dann Vitalwerte oder Laborwerte aus, um eine Diagnose stellen zu können. Inwiefern spielt die Sprache da eine Rolle?

..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)

..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)

..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)

..Behandlungsfehler

37

[0:12:57.4] B: Nonverbales Verhalten kann einen Teil der Diagnosestellung erfüllen. Ich bin in der letzten Zeit auch auf Google Translate gestoßen und habe es auch mit gutem Gefühl angewendet, wenn ich jemanden auf meinem Deutsch etwas in den Translator eingetippt habe und konnte dem Patienten so vermitteln, was ich sagen will. Zum Beispiel, es könnten Mückenstiche sein, dann weiß der Patient ganz genau, was ich meine. Ich vertraue aber diesem Dialog über Google Translate nicht so sehr, wenn die Patienten mir was sagen. Da habe ich mehr Misstrauen, ob dass, was die Patienten da reinsprechen, auch das ist, was ich da sage. Aber gut, das ist jetzt auch noch ein Erfahrungsumstand, den habe ich jetzt auch gerade vor kurzem kennengelernt und werde daran weiter meine Erfahrung sammeln.

38

[0:13:32.1] I: Ja, verständlich. Und gibt es noch andere Methoden, wie du solche Herausforderungen bewältigst, die durch die fehlende Kommunikationsmöglichkeit entstehen. Also wenn die Sprachmittlung nicht präsent ist und du dennoch deine Aufklärungspflicht erfüllen musst.

39

[0:13:51.4] B: Also, Aufklärungspflicht ist etwas sehr komplexes generell, was auch schon in der beiderseitigen gleichen Muttersprache schwierig ist. Also das ist schon ein komplexes medizinisches Problem (lacht). In der medizinischen, organischen oder wie auch immer, Diagnosestellung, kann ich viele Erkrankungen natürlich auch per Blick oder einfache Untersuchungstechniken auch ohne Sprache herausfinden. Und es bleibt immer noch das nonverbale gemeinsame Interagieren, was in vielen Fällen doch noch funktioniert. Auch bei Menschen, die man gar nicht versteht.

40

[0:14:13.3] I: Und gab es hinsichtlich dessen, wenn jemand die Sprache nicht versteht, auch schon sowas wie Behandlungsfehler oder das zumindest die Diagnosen in eine völlig andere Richtung abgewichen sind?

41

[0:14:36.5] B: Da fällt mir einfach nicht so richtig was ein, weil ich so serielle, also wiederholte Kontakte mit Menschen, die wo ich überhaupt nicht in der Sprache zurechtgekommen bin, mich gar nicht erinnern kann. Denn die Kontakte hier in diesem Ehrenamtsbereich sind meinerseits nur nicht regelmäßig, sondern nur sporadisch. Das gleiche gilt für die Patienten, die herkommen ist auch nicht regelmäßig und sporadisch. Und dass man dann die gleichen Patienten wiedertrifft. Von einer Rückmeldung und von Fehlentscheidungen oder ähnliches ist mir nichts bekannt.

42

[0:15:15.3] I: Alles klar, danke. Dann können wir einmal auf die kulturellen Faktoren zusprechen kommen. Mich würde interessieren, wie

sich die kulturellen Faktoren auf die Behandlung oder Diagnosestellung auswirken können.

..Scham (+) (+) (+) (+) (+)

43 [0:15:39.4] B: Also (...). Spontan glaube ich, dass ich bei Menschen, die aus dem muslimischen Bereich beziehungsweise Frauen besonders sehr zugeknöpft gekleidet sind, im wahrsten Sinne des Wortes. Also sich nicht entkleiden möchte. Oder ich meine auch, dass ich in solchen Fällen meine Arzthelferin geholt habe, dass ich dann eine weibliche/. Also sozusagen eine Männer-Frauen-Distanz geschaffen habe, also das Männer-Frauen-Verhältnis die Patientin verunsichert hat, weshalb ich dann meine Arzthelferin geholt habe. Aber so vorweg, es ist natürlich medizinisch diagnostisch schwierig People of Colour, wenn sie Hautprobleme haben, zu beurteilen. Ansonsten fällt mir da gar nicht so viel ein. Wobei meine Erfahrungen da auch so sind, dass ich in den letzten zehn bis 20 Jahren in meiner Hausarztpraxis normal war, dass ich mehr Menschen mit ausländischer Herkunft behandelt habe, als Biodeutsche, oder wie ich das nennen soll. Das macht für mich einfach keinen Unterschied mehr, kann ich nicht mehr so sagen. Sind vielleicht auch Erfahrungen und Einflüsse aufgetreten, die ich aber so unerschwerlich dann so mitberücksichtigt habe. Ganz aktiv oder bewusst ist mir das nicht.

44 [0:16:54.3] I: Wie liegt das dann ab, wenn du deine Arzthelferin dazu geholt hast. Die Frau hat sich entkleidet und du durftest sie dann ganz normal untersuchen?

45 [0:17:08.4] B: Ja. Wobei, da muss ich sagen, solche Fälle traten sehr selten auf.

..Scham (+) (+) (+) (+) (+)

46 [0:17:15.3] I: Und hast du auch so eine Problematik mit dem Entkleiden hier in der Praxis erlebt?

47 [0:17:24.7] B: Nein.

48 [0:17:26.6] I: Okay. Wie schaut es eigentlich aus mit psychischen Erkrankungen und kulturelle Faktoren in der Behandlung?

49 [0:17:33.4] B: Es ist schon eine andere emotionale Verarbeitung aufgrund der Kindheit und ihre persönliche Prägung und was sie bis zum Erwachsensein erlebt haben. Sie haben schon ein anderes Reaktionsmuster auf der psychiatrischen depressiven oder sonstigen Störung. Aber ich kann es nicht so spezieller sagen.

- 50 [0:17:48.6] I: Und fallen dir vielleicht bestimmte Tabus auf. Sprich, dass in bestimmten Kulturen bestimmte Erkrankungen nicht akzeptiert werden?
- 51 [0:18:03.3] B: Ja (...). Da bewege ich mich aber im Bereich von mir selbst, vielleicht selbstkritisch gesetzten Vorurteilen nach dem Motto afrikanische Männer haben große Probleme mit ihrer erektilen Potenz oder was auch immer. Das mag auch wirklich so ein Vorurteil sein, das war auch nie so richtig Thema. Ich sag mal so, sexuelle Funktionsstörung habe ich zwar nicht so oft, aber auch einigermaßen gut und entspannt mit Menschen gleicher Sprache, gleiche Kultur, besprechen können. Ich habe das weniger erlebt mit Menschen aus anderen Ländern. Aber das war auch, das trifft auf fast alle Länder zu, die nicht aus Deutschland kommen. Da frage ich dann aktiv.
- 52 [0:18:35.4] I: Merkst du auch Unterschiede in der Gesundheitswahrnehmung oder im Umgang mit Krankheit durch die Kultur?
- 53 [0:18:46.2] B: Also das geht immer grenzwertig in so irgendwelche Vorurteile, die dir dann auch so einfließen, was weiß ich. Viele haben dann vielleicht überzogene Wünsche nach somatischer Erklärung ihrer Beschwerden und weniger psychosomatisch, was mir immer sehr wichtig war. Aber der psychosomatische Aspekt war natürlich schwieriger zu erörtern mit Menschen, die aus einem anderen Kulturkreis kommen. (...). Ich sag mal jetzt einfach nach dem Motto, bulgarische Patienten wollen immer ganz viele Medikamente haben. Aber das ist mal wieder so ein Schlagwort, vorurteilsbezogen.
- 54 [0:19:22.3] I: Ja, das habe ich auch schon aus den vorherigen Interviews gehört, in Bezug zu Bulgaren. Also, dass sie eher medikamentös behandelt werden wollen und eingeschnappt sind, wenn sie keine kriegen. Beispielsweise werden in Bulgarien schon bei einfachen Erkältungen Antibiotika verschrieben.
- 55 [0:19:48.3] B: Genau. Das Vorurteil meint, dass aus bestimmten Ländern eher die Interaktion über Verordnung von Medikamenten erfolgt. Aber das würde ich auch in vielen Fällen in deutschen Praxen vermuten. Aber wie das sich eben real von deutschen Tätigkeiten unterscheidet, kann ich nicht so genau sagen.
- 56 [0:20:06.6] I: Alles klar. Und wie versuchst du, kulturelle Faktoren in der Behandlung zu berücksichtigen?

..Tabus (+) (+) (+)

..Tabus (+) (+) (+)

..Hoher Arzneimittelkonsum

..Hoher Arzneimittelkonsum

- 57 [0:20:11.5] B: Ja, wie soll ich sagen. Indem ich absolut jeden Menschen, so fremd er mir erscheint, sehr zugewandt und freundlich bin (lacht). Das fängt an, ganz wichtig, dass ich den Namen richtig aussprechen möchte. Das ist eine wichtige Aufgabe für mich, dass ich dann frage, habe ich den Namen richtig ausgesprochen (lacht). Ich möchte sie so begrüßen, wie sie ausgesprochen werden.
- 58 [0:20:39.9] I: (lacht). Das zeigt ja auch die Bemühungen deinerseits und ich meine, dass es irgendwo auch Vertrauen schafft.
- 59 [0:20:44.4] B: Ich glaube auch. Das ist eine Form von Respekt.
- 60 [0:20:50.9] I: Das stimmt. Sehr wichtig. Und was meinst du könnte in der Gesundheitsversorgung verbessert werden, damit kulturelle Faktoren in der Behandlung besser berücksichtigt werden können?
- 61 [0:21:03.5] B: Also (...). Vieles verbessert sich alleine dadurch, dass man einfach die Gelegenheit hat, solche Kontakte in irgendeiner Form zu erleben. Das heißt, wenn es alltäglich ist, dann ist es schon eine große Entlastung. Und alle Möglichkeiten, die eben ein besseres Zusammenleben oder Zusammenwirken ermöglichen, klingt sehr abstrakt. Für mich persönlich muss ich sagen, dass ich jetzt nicht so handle, dass ich gesagt habe, ich muss jetzt mal in einen türkischen Club gehen oder in einen türkischen Verein gehen oder irgendwie da Studien betreiben, wie es da so ist. Sondern es hat mir bisher in meiner Arbeit gereicht, den Bereich kennenzulernen. Und es ist so, dass ich jetzt, fällt mir jetzt gerade so ein, auch in meinem persönlichen Umfeld wenig ausländisch, obwohl ich beruflich viel mit ihnen zu tun habe, aber immer noch so ist, dass ich in meinem persönlichen Umfeld wenig mit ausländischen Bürgern oder ausländischen Mitbürgern zu tun habe.
- 62 [0:22:05.5] I: Ja. Dann können wir mal über die sprachlichen Faktoren sprechen. Was für sprachliche Barrieren treten hier im XXXX am häufigsten auf?
- 63 [0:22:14.9] B: Manchmal erlebe ich Kommunikationsstörungen, wenn keine Sprachmittlung anwesend ist, wie heute zum Beispiel mit einem Patienten, der Medikamente bekommt wegen einer Psychose. Wo ich merke, dass der einfach im Kontakt reserviert ist, obwohl er eben einigermaßen deutsch sprechen konnte und auch teilweise englisch. Es war also kein formal sprachliches Problem, sondern es war ein Problem in dem Kontakt. Aber da weiß ich, dass es an der Störung liegt und nicht an der Sprache. Ich bemühe mich in der Regel sprachlich gesehen, aber sehr stark klar und verständlich und deutlich zu sein. Das versuchen

..Verbesserungsvorschläge

..Anpassung des Sprachr

Verständlich

9/12

..Anpassung des Sprac
..Verständnisprobleme
..Hilfsmittel (+) (+) (+)



die Sprachmittler auch. Und ich arbeite zunehmend auch mit Bildmedien vom Handy, zeige ihnen als Bilder, Fotos, und habe das auch sehr stark in meiner Praxis gehabt. Ich versuche also dann sehr oft das Bildmedium miteinzubeziehen.

64 [0:23:04.7] I: Damit das einfach verständlicher wird, was man sagt. Ja.

65 [0:23:11.1] B: Und dann natürlich so Problemlösungen, da gibt es natürlich auch so Sachen, dass ich mir nicht den Kopf darüber zerbrechen muss, wie der Patient plant, mit dem Rauchen aufzuhören. Sondern er soll sich den Kopf darüber zerbrechen. Ist nicht mein Problem (lacht). Ich habe mich sehr viel mit der Arzt-Patienten Beziehung, Supervision, Salutogenese und hast du nicht gesehen, beschäftigt.

66 [0:23:57.2] I: Das sind aber auch sehr spannende Themenfelder. Noch mal zurück zur Sprache. Wie wirken sich sprachliche Faktoren auf die medizinische Behandlung und die Diagnosestellung aus?

67 [0:24:22.2] B: Kann ich gar nicht so richtig sagen. Ich hatte meistens den Eindruck, dass ich versucht habe zu erklären, was im medizinischen Bereich das Problem ist.

..Medikamenteneinnahme



68 [0:24:36.4] I: Kam es trotz dieser Erklärungen dazu, dass Patienten Medikamente beispielsweise trotzdem falsch eingenommen oder bestimmte Anordnungen gar nicht eingehalten haben?

69 [0:24:55.4] B: Also, das ist sicherlich passiert. Aber ich habe mir überlegt oder gedacht, das hat verschiedene Gründe. Der Patient hat immer recht (lacht), auch wenn er Fehler macht. Das hätte mich dann herausgefordert, ihn darauf hinzuweisen. Kann ich mich so gar nicht daran erinnern.

70 [0:25:26.5] I: Okay, so wie ich das jetzt verstanden habe, meinst du, dass es nicht unbedingt auf die Sprache zurückzuführen sein muss. Sprich, du hattest noch nicht so einen Moment erlebt, wo du dir absolut sicher warst, dass das durch die Sprache entstanden ist?

71 [0:25:59.2] B: Vielleicht gab es Situationen, wo ich mir vorgestellt habe, dass was ich erzählt habe, hat der bestimmt nicht verstanden. Da kann ich jetzt aber nicht weiter was zu erzählen.

	72	[0:26:17.4] I: Okay, alles gut. Du hast ja auch schon schön erklärt, wie diese Barrieren überwunden werden, also mit deinen Hilfsmedien wie zum Beispiel Bilder. Was ich mich gerade noch frage, wenn ein Patient hier im Behandlungsraum sitzt, dessen Sprachkenntnisse als auch das Bildungsniveau relativ niedrig sind, wie genau versuchst du den Patienten neben dem Bildmedium aufzuklären. Gibt es noch andere Dinge, die du einsetzt, um den Patienten dabei zu verhelfen, dich zu verstehen?
..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)	73	[0:26:56.3] B: Ja. Indem ich Übungen vorturne. Zum Beispiel Wadendehnübungen mache ich vor. Andere Beispiele, was gibts noch (...). Du weißt ja, dass Menschen schon sehr sehr schnell innerhalb von ein bis zwei Jahren Sprache lernen und sprechen lernen. Aber das schriftliche und die Schriftsprache ist sehr mühsam und aufwendig, noch mal irgendwie ein anderer Schritt. Und wenn das irgendwie bei einigen Menschen nicht gegeben ist, wie ein Analphabet, haben die aber unglaublich viele andere Kompetenzen in ihrem Alltag. Das ist ja so das Analphabeten häufig gar nicht erst entdeckt werden oder zufällig entdeckt werden (lacht). Denen kann man ja alles erzählen und alles erklären und vor allem kann man auch ein Gefühl entwickeln nach dem Motto, beruhige dich es ist nichts schlimmes oder man kann auch emotional Leute beruhigen oder Besorgnisse ausdrücken. Das ist mir wichtig.
	74	[0:28:04.5] I: Siehst du da auch einen Vorteil durch die Sprachmittlung, dass sie dem Patienten ausdrücken können, es ist nicht so schlimm, was du hast?
..Vertrautheit und Sicherheit	75	[0:28:11.6] B: Ja, sie können das deutlich verstärken. Mit Sicherheit. Sowie eine Patientin heute befürchtet hat, die würde blind werden. Diese Befürchtung kann sie mir ja nicht direkt sagen. Das geht dann natürlich über die Sprachmittlung. Wenn man die Sprache gar nicht kann, dann könnte man das Thema ja gar nicht aufnehmen.
..Sprachbrücke	76	[0:28:22.2] I: Das stimmt. Wir sind dann jetzt eigentlich schon am Ende angekommen. Meine letzte Frage wäre, ob du vielleicht weitere Aspekte hast oder Fragen, die in Bezug auf dieses Thema noch mal besprochen werden sollten.
	77	[0:28:59.7] B: Was hier auch stattfindet, dass man sowas wie eine spontane Supervision mit den hier tätigen Personen macht, bei Problemen auf jeden Fall. Das heißt, dieses alltägliche Rückmelden und Reflektieren ist eine unglaublich wichtige Sache. Also so eine Art Teambesprechung ist ganz wichtig. Das würde ich für wichtig halten.

78 [0:29:24.6] I: Alles klar, danke für deinen Beitrag und danke dafür, dass du dir die Zeit genommen hast, mit mir das Interview zu führen.

79 [0:29:33.3] B: Liebend gerne. Wenn du noch Fragen hast, kannst du dich gerne melden.

1 [0:00:00.0] **Einfache Transkription nach Dresing & Pehl**

2 Interviewer*in: Demet Aba
Hamburg, 26.06.2023

3 Befragte Person: 3MA

4 I: Herzlich willkommen zu dem Interview für meine Bachelorarbeit. Danke, dass du dir die Zeit für mich genommen hast. Aus dem Informationsblatt konntest du das Thema meiner Arbeit schon einmal entnehmen, trotz dessen möchte ich es noch einmal erwähnen. Und zwar geht es in meiner Arbeit um die Erfahrungen von euch Ärzt*innen und Sprachmittler*innen aus dem [REDACTED] zum Thema der Sprachmittlung bei medizinischen Behandlungen. Mich interessiert nämlich, wie sich die Sprachmittlung, ausgeführt von ehrenamtlichen Sprachmittler*innen, auf die medizinische Behandlung und Diagnosestellung auswirkt. Dadurch, dass die Mehrheit der Patient*innen im [REDACTED] einen Migrationshintergrund vorweisen, möchte ich dabei kulturelle Barrieren ebenso thematisieren. Ist das Thema klar?

5 [0:00:33.1]
6 B: Ja.

7 [0:00:34.1] I: Gut, dann hätte ich erst einmal Fragen zu deinem beruflichen Hintergrund und deinen Erfahrungen, die du über die Zeit gesammelt hast. Zullererst, wie lange hast du den Beruf als Arzt ausgeübt und in welchen Bereichen hast du schon gearbeitet?

8 [0:00:42.2]
9 B: Erfahrungen habe ich in der inneren Medizin, drei Jahre als Assistent. Dann habe ich ein Jahr lang Gynäkologie gemacht. Dann habe ich zwei Jahre in Afrika gearbeitet. Und dann habe ich noch mal zwei Jahre innere und dann noch mal fünfunddreißig Jahre in der Praxis als Allgemeinarzt.

10 [0:01:11.1]
11 I: Das ist aber sehr vielfältig, superspannend. Und wie lange bist du schon hier im Westend ehrenamtlich als Arzt tätig?

12 [0:01:20.5]
13 B: Seit 2016.

14 [0:01:27.1] I: Und welche Sprachkenntnisse bringst du mit?

15 [0:01:31.3]
16 B: Deutsch und Englisch.

17 [0:01:32.9] I: Okay. Hast du bereits vor dem [REDACTED] Erfahrungen mit

..Fachgruppe (+) (+) (+)

..Praxis ohne KV

..Sprachmittlungserfahrung

			Sprachmittler*innen im medizinischen Alltag gemacht?
..Sprachmittlungserfahrung	18	[0:01:43.8]	B: Ja, das habe ich. In den zwei Jahren in Afrika, da waren ja Sprachen, die ich überhaupt nicht kannte. Da musste immer ein Dolmetscher dabei sein.
	19	[0:01:56.1]	I: Okay, super. Und noch mal zurück zum Westend. Wie erlebst du die Zusammenarbeit mit den Sprachmittler*innen hier in der Praxis. Unterstützen sie dich bei der Behandlung oder gab es vielleicht sogar Situationen, die gar nicht gut funktioniert haben?
..Wahrnehmung von Arzt/Är:	20	[0:02:09.9]	B: Also an den Sprachmittler*innen liegt es glaube ich nicht, nein. Die unterstützen mich gut. Also wenn ich so ne Einschränkung mache, dann ist es so, dass die Patienten zum Teil die Frage gar nicht richtig verstehen. Da ist dann die Stille. Also wenn ich hier jemanden frage, wie lange hast du Schmerzen oder hast du morgens mehr Schmerzen als abends oder sowas, das ist wohl nicht in deren Gedankenwelt einfach nicht verankert, sage ich mal vorsichtig.
	21	[0:02:45.2]	I: Ach okay, interessante Beobachtung. Dann können wir direkt einmal rüber auf die Diagnosestellung und Behandlung. Mich würde interessieren, wie die Sprachmittlung die Diagnosestellung und Behandlung von diesen Patient*innen beeinflusst. Gibt es da beispielsweise Unterschiede bei nicht deutschsprachigen Patient*innen die hier sind bei der Anwesenheit und Abwesenheit der Sprachmittlung. Zum Beispiel haben wir ja keine portugiesische Sprachmittlung da. Was ist, wenn dieser Patient rein kommt im Vergleich zu einem Patienten, der mit einer türkischen Sprachmittlung reinkommt?
..Sprachbarriere	22	[0:03:17.1]	B: Naja grundsätzlich ist das schwieriger. Wir würden das entweder mit dieser telefonischen Übersetzung machen oder mit Google Translator. Oder aber auch auf der anderen Seite mit einem Sprachmittler, der tatsächlich die Sprache spricht. Das Ganze wird komplizierter, aber nicht grundlegend (...), sagen wir, es wird langwieriger, es nimmt mehr Zeit in Anspruch, aber eigentlich kein Unterschied, ob der jetzt im Zimmer sitzt oder am Telefon oder so.
..Hilfsmittel (+) (+) (+)			
..Viel Zeit			
..Negative Wirkung			
	23	[0:03:51.8]	I: Und siehst du einen Unterschied zwischen einer Sprachmittlung, die eine Schulung durchlaufen hat und zwischen beispielsweise Bekannten, die freiwillig für ein Familienmitglied die Sprachmittlung übernehmen?
..Angeeignete Struktur	24	[0:04:05.6]	B: Bisschen leichte Unterschiede. Weil der Sprachmittler, der eben häufig oder lange mit uns gearbeitet hat, der kann das besser vielleicht einordnen, was wir fragen. Der kennt auch bestimmte medizinische Fachwörter und weiß vielleicht eher, worauf ich hinauswill.

- 25 [0:04:25.3] I: Und meinst du, das es da zu weiteren Problematiken kommen könnte, wenn ein Bekannter oder ein Familienmitglied übersetzt?
- 26 [0:04:34.5] B: Theoretisch gesehen kann ich es mir vorstellen. Es gibt also sehr dominierende Ehemänner zum Beispiel, die lassen ihre Frau gar nicht zu Wort kommen und sprechen immer für die gleich, antworten für die. Die müssen dann manchmal aus dem Zimmer raus, weil es nicht mehr geht. Wie eine Mutter für ihr Kind oder was vielleicht häufiger vorkommt, ein Sohn oder eine Tochter für seine Eltern übersetzt, ob da Interessen drinnen sind, da etwas zu verändern oder zu drehen, kann ich nicht beurteilen, weil ich ja die Sprache letztlich selber nicht kenne.
- 27 [0:05:21.0] I: Alles klar. Und siehst du auch einen Unterschied zwischen einer Sprachmittlung vor Ort und zwischen Video- oder Telefondolmetschern?
- 28 [0:05:28.0] B: Wie gesagt, es ist einfach ein bisschen umständlicher, dauert manchmal ein bisschen länger, aber grundsätzlich sehe ich da keinen Unterschied. Man muss aber auch sagen, dass es selten vorkommt. Also meistens sind es Leute für die wir hier vor Ort einen Dolmetscher haben.
- 29 [0:05:46.5] I: Das stimmt. Und was für allgemeine Vorteile siehst du in der Anwesenheit einer Sprachmittlung bei den Behandlungen?
- 30 [0:05:58.6] B: Man kann ganz gut halt die Reaktion und die Mimik der Betroffenen, der Patienten sehen, wenn die Sprachmittlung dann übersetzt. (...). Das geht vielleicht ein bisschen besser und es ist direkter und schneller.
- 31 [0:06:15.7] I: Meinst du, dass es auch kulturelle Vorteile dadurch gibt?
- 32 [0:06:16.7] B: Ich denke, dass die Patienten sowieso aufgeregt sind. Und wenn jetzt jemand im Raum ist, den sie sehen und den sie einschätzen können, ist es für den Patienten leichter. Aber von der Sache her glaube ich ist es/. Es ist ja auch sowieso schwierig. Wenn es körperliche Beschwerden sind, das ist relativ einfach zu übersetzen. Wenn es ins Psychische geht, ist es sowieso höllisch schwierig, da reinzukommen. Da wird es dann beispielsweise über das Telefon vielleicht sogar noch schwieriger.
- 33 [0:06:52.8]
34 I: Und wie werden Herausforderungen, die durch die Sprachmittlung entstehen, oder aber auch wenn eine Sprachmittlung zum Beispiel gar nicht erst anwesend ist, bei nicht deutschsprachigen Patient*innen bewältigt. Wie werden sie beispielsweise über ihre Krankheiten aufgeklärt?

..Vertrautheit und Sicherheit

..Sprachbarriere

..Sprachbarriere	}	35	[0:07:04.1] B: Naja das geht ja überhaupt nicht. Wenn ich jemanden habe, der meine Sprache nicht versteht, dem kann ich gerade noch sagen, nimm die Tabletten und dann eine morgens, eine mittags eine abends, irgendwie so mit Händen und Füßen. Aber ohne Spr/. Oder meinstest du jetzt wieder mit telefonischer Sprachmittlung?
..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)		36	[0:07:28.8] I: Ne ne bei der Sprachmittlung vor Ort.
	}	37	[0:07:33.3] B: Okay vor Ort. Also wo keiner ist, der mittelt. Aufklären kann ich da überhaupt nicht. Das geht ja gar nicht, wie soll ich das denn machen, wenn ich die Sprache nicht spreche.
..Sprachbarriere		38	[0:07:46.3] I: Ja. Das heißt, die Gesundheitsinformationen können gar nicht richtig übermittelt werden, wenn ich das richtig verstanden habe.
	}	39	[0:07:50.0] B: Definitiv nicht. In beide Richtungen ja nicht.
		40	[0:07:55.1] I: Ja. Und gab es hinsichtlich dessen durch mangelnde Deutschkenntnisse schon Behandlungsfehler oder falsche Medikamenteneinnahmen?
..Medikamenteneinnahme	}	41	[0:08:04.6] B: Fehler (...). Ja, ich verstehe die Frage. Es gibt immer wieder Fehler bei der Einnahme der Tabletten zum Beispiel. Aber ich glaube nicht, dass die Sprachmittlung die Hauptursache ist. Also die versuchen das auch mündlich rüberzugeben oder in der Landessprache aufzuschreiben, aber trotzdem gibt es immer wieder Einnahmefehler. Aber an der Sprachmittlung, glaube ich, liegt es nicht.
		42	[0:08:35.6] I: Alles klar, danke. Dann würde ich jetzt gerne auf die kulturellen Faktoren zu sprechen kommen. Welche kulturellen Faktoren beeinflussen die Diagnosestellung und die Behandlung. Vielleicht könnten wir da erst mal bei der Diagnosestellung anfangen. Gibt es da bestimmte kulturelle Faktoren, die das beeinflussen?
..Religionen und Aberglat	}	43	[0:08:56.4] B: Also ich denke mal, wenn Frauen aus muslimischen Religionskreis kommen, dass die sich häufig ja nicht vor einem Mann ausziehen wollen. Selbst den Rücken freimachen scheint ihnen schwerzufallen. Das wirkt sich schon erschwerend aus, finde ich. Also weil da unterschiedliche Widerstände erkennbar sind. Also bei Männern ist es oft so, die möchten auch gerne einen Vorhang oder irgendwie so visuell abgeschirmt sein, wenn sie sich freimachen sollen, Oberkörper, Hose runter oder sowas. Das ist schon sagen wir mal anders als bei uns, sagen wir mal in Maßen anders als bei uns. (...). Diagnose ja, ich glaube, das war es schon, was mir dazu jetzt so einfällt.
..Scham (+) (+) (+) (+) (+)			
..Religionen und Aberglat	}		
..Scham (+) (+) (+) (+) (+)			

- ..Religionen und Aberglaube
..Scham (+) (+) (+) (+) (+)
- 45 [0:09:59.4] B: Definitiv. Ja, Ja. Das ist aber auch nur gelegentlich. Das sind eher schon Extremfälle. In der Regel sind die so angepasst, dass die das auch machen. Sie erkennen ja auch, dass ich das nicht aus Jux und Tollerei mache, sondern um eben mit der Diagnosestellung weiterzukommen.
- 46 [0:10:19.9] I: Ach okay. Und wie kann die Behandlung durch kulturelle Faktoren beeinflusst werden?
- 47 [0:10:24.3] B: Da fällt mir als erstes ein, dass eine Tablette wohl in den Ländern, ich sag jetzt mal südlich des Mittelmeeres, zum Teil ganz anders eingenommen werden. Wenn man denen sagt, die sollen dreimal eine nehmen, dann heißt es nicht, dass sie dreimal eine nehmen, sondern sie nehmen sie vielleicht und dann wieder nicht. Oder wenn sie sich schlecht fühlen, nehmen sie wieder eine, obwohl es keine sinnvolle Maßnahme wäre, wenn die so regelmäßig zu nehmende Tabletten nur einnehmen, wenn sie sich schlecht fühlen. Und dann ist es auch so, da war die kulturelle Sache mit dem Tablettennehmen. Wenn zum Beispiel ein Patient Bluthochdruck hat und man sieht, eigentlich ist er so gut eingestellt, der Blutdruck ist jetzt niedriger, dass es Sinn machen würde, eine Tablette weniger zu geben, dann tun sie es sich schwer damit. Hier in Deutschland würden sie sich freuen. Für die Menschen, wie gesagt, südlich des Mittelmeeres, hat man den Eindruck, dass sie sich dagegen wehren und dass sie das behalten wollen. Sodass sie den Eindruck haben, als würde man ihnen was wegnehmen und nicht aus sinnvollen Gründen ihnen diese Tablette dann nicht mehr verschreibt.
- 48 [0:11:45.2] I: Spannend. Und wie schaut es aus mit psychischen Erkrankungen?
- 49 [0:11:48.7] B: Also das ist ein richtig Riesenproblem, was sich im Prinzip auch nicht lösen lässt. Man kann die psych/. Sie haben ja vielfältige psychische Probleme, weil sie ja immer irgendwie hier in Deutschland wohnen ohne Papiere oder zum Teil haben sie Angst vor der Polizei oder gemeldet zu werden oder sie haben Probleme, Geld zu kriegen für eine Behandlung, die eigentlich notwendig wäre. Das macht einen ja psychisch kaputt, wenn man ständig in Angst lebt, unter schlechten Verhältnissen lebt und sowas. Und diese nachvollziehbaren psychosozialen Bedingungen, die werden ja im Sozialgespräch vorne im [REDACTED] häufig abgeklärt. Aber jetzt psychische Probleme im Sinne von Depressionen oder von Psychosen oder so sind ganz schwer anzugehen. Bestenfalls mit einer Tablette, aber mit einer Psychotherapie oder guten Ratschläge auf keinen Fall wegen der Sprachbarriere.
- 50 [0:12:46.5] I: Werden psychische Probleme aber auch offenkundig angesprochen oder gibt es bestimmte Tabuisierungen?
- 51 [0:12:54.3] B: Also sie werden zum Teil angesprochen, zum Teil

wissen wir sie auch aus den Sozialgesprächen, die vorher geführt wurden. Aber ich spreche sie bestimmt seltener an als bei deutschen Patienten, weil ich einfach kaum oder in vielen Fällen gar keine Möglichkeit sehe, dass man auf dem Gebiet wirklich helfen kann.

52 [0:13:25.5] I: Aufgrund der fehlenden Krankenversicherung?

53 [0:13:29.7] B: Ja, genau. Das steht ja über allem. Sobald du eine Krankenversicherung hast, bist du bei uns fremd. Da wirst du ja quasi wieder rausgeschmissen. Das andere Problem ist, das die finanzielle Not immer da ist für alles, was die brauchen. Also das wir eingeschränkt sind in unserem Budget. Aber das hat jetzt direkt mit psychischen Erkrankungen nichts zu tun. Also für die Leute, die jetzt psychologische Hilfe bräuchten, braucht man ja unbedingt jemanden, der dieselbe Sprache spricht. Der muss dann auch noch dem- oder derjenigen sympathisch sein. Und das sind so viele Probleme, die eigentlich nicht lösbar sind aus meiner Sicht. Das ist ganz selten, dass man psychologische Überweisungen übergibt, ich kann mich nicht mal daran erinnern, ob wir das jemals mal gemacht haben, weil einfach die Probleme zu komplex und auch finanziell nicht lösbar sind.

54 [0:14:31.9] I: Ich verstehe. Du hattest vorhin mal erwähnt, dass du eine Zeit lang als Gynäkologe tätig warst. Hattest du auch Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten?

55 [0:14:41.2] B: Eigentlich nicht, das war im Krankenhaus im Jahr (...) 1979/1980. Da war noch nicht so viel Einwanderung. Da waren Gastarbeiter da, aber die waren zum Teil dann auch ohne Frauen da. Das hatte eine sehr untergeordnete Rolle gespielt.

56 [0:15:10.2] I: Alles klar. Und siehst du kulturelle Unterschiede in der Gesundheitswahrnehmung und im Umgang mit Krankheit?

57 [0:15:18.6] B: Auf jeden Fall. Also es ist auch ein Gefälle in der gesundheitlichen Aufklärung erst mal. Also in Deutschland weiß man, was zu viel Zucker, zu viel Fett, zu viel Kalorien, zu wenig Bewegung, zu viel Alkohol, Rauchen, Pipapo, das es alles schädlich ist, genau genommen. Und bei vielen von den Personen, die wir da im XXXXXXXXXX behandeln, die Übergewicht haben, sind mit Sicherheit Defizite in den Dingen, die ich da eben aufgezählt habe. Und wenn keine Defizite im Wissen sind, dann sind es/. Das ist natürlich jetzt (unv.) beim Deutschen, nicht jeder, der übergewichtig ist, wird weniger essen und jeder der Raucher ist, hört auf zu rauchen. Aber ich denke schon das in bestimmten Konstellationen, wenn jetzt zum Beispiel einer ein Raucherbein hat, dass man dem hier in Deutschland schneller klar machen kann, dass Rauchen echt Mist ist und das jemandem, der die Sprache spricht und auch nicht diese, sagen wir mal, mit dieses Bedürfnis nach Ursache und Wirkung hat, ich glaube das ist weniger stark ausgeprägt bei den Menschen. Also dieses, ich verhalte mich so und dadurch entsteht dann diese

..Geringe Gesundheitsaufklär

6/11

		Krankheit, das ist glaube ich sehr gering bewusst bei denen. Bei einigen, nicht bei allen natürlich.
	58	[0:16:46.2] I: Und wie versuchst du, diese kulturellen Faktoren in der Behandlung zu berücksichtigen?
..Anpassung des Sprachr	59	[0:16:50.0] B: Das ist jetzt ein größeres Thema, weil natürlich, wenn ich da jetzt sehe, dass da kein Hintergrund ist, dann muss ich im niedrigen Wissensbereich anfangen zu erklären. Aber häufig merkst du dann schon, wenn die dritte Übersetzung kommt von irgendwelchen Dingen, die ich dann erzähle, dass so die Augen abschweifen und das einfach die Aufnahmefähigkeit kaum vorhanden ist. Man muss sich dann wirklich auf ganz Wichtiges, Existenzielles zurückziehen, also auf ganz entscheidende Sachen. Gerade was das Gewicht angeht oder Übungen bei irgendwelchen Kreuzschmerzen. Das wird auch kaum angenommen oder akzeptiert, die wollen Tabletten oder Medikamente.
..Hoher Arzneimittelkonsi	60	[0:17:45.7] I: Und wie ist es, wenn Patienten sich beispielsweise nicht ausziehen möchten, wie gehst du damit um?
	61	[0:17:54.8] B: Also, wenn sie es nicht machen, dann kann ich den Bereich eben nicht untersuchen. Ich zwinge sie ja nicht. Wenn ich merke, sie wollen es nicht, dann kann man sie höchstens darauf verweisen, dass dann an einem anderen Tag ein weiblicher Arzt, eine Ärztin da ist. Aber ansonsten ziehe ich mich dann zurück, ich mache da keinen Druck oder so.
	62	[0:18:19.8] I: Einfach akzeptieren, dass es so ist, aber trotzdem noch mal aufklären?
	63	[0:18:20.3] B: Ja, natürlich.
	64	[0:18:24.7] I: Und wie glaubst du könnte im Allgemeinen abseits vom XXXXXXXXXX die Gesundheitsversorgung von nicht deutschsprachigen Menschen ohne Krankenversicherung in Bezug auf kulturelle Faktoren verbessert werden?
..Verbesserungsvorschläge	65	[0:18:41.2] B: Jetzt gehen wir ja in den Bereich, wo die Krankenversicherungen funktionieren, also alles bezahlt wird. Wie man da die kulturellen Bedingungen verbessern kann, ist bestimmt, dass man da erst mal Ärzt*innen ausbildet, die aus dem Kulturkreis kommen. Ganz wichtig. Und gerade jetzt im psychischen Bereich halte ich das für essenziell. Und ansonsten hängt es ein bisschen davon ab, was es für Leute mit welchem Migrationshintergrund sind. Sind es Männer, die im Leben stehen, ich meine das jetzt mal exemplarisch, die auch mit deutschen Leute arbeiten, die also ständig Kontakt haben und sich unterhalten können. Es ist ein anderer Punkt, als wenn jetzt zum

..Verbesserungsvorschläge

Beispiel türkische Frauen nur zu Hause sind und kein deutsch sprechen und nur, guten Tag und auf Wiedersehen sprechen und ausschließlich im Supermarkt einkaufen. Das sind zwei ganz unterschiedliche Gruppen von Menschen. Das heißt also auf jede der einzelnen Gruppen muss man sehen, dass man entweder auch da dann Dolmetscher hat und es versucht, ihnen zu übersetzen. Oder eben kulturelle Sachen, es gibt ja auch andere kulturelle Sachen, dass es eben Leute gibt von bestimmten Glaube, die keine Bluttransfusion haben wollen oder es gibt vielleicht auch Frauen, die keine Verhütung haben wollen oder keine Abtreibung machen wollen. Also das muss man versuchen anzusprechen und zu reden mit dem einzelnen. Was man gesellschaftspolitisch macht, ist jetzt schwierig. Also eine gesamte breitere Aufklärung geht natürlich und eben Menschen, also Ärzte und Ärztinnen aus den Kulturkreisen. Das wäre wahrscheinlich am einfachsten für die Betroffenen.

66 [0:20:36.6] I: Okay, danke für deine Ideen. Dann können wir jetzt einmal auf die sprachlichen Faktoren zu sprechen kommen. Da würde mich interessieren, wie sprachliche Faktoren die Diagnosestellung und Behandlung beeinflussen. Da können wir vielleicht einmal damit anfangen, welche sprachlichen Faktoren häufig hier im [REDACTED] während der Behandlung auftreten.

67 [0:20:53.9] B: Das ist ja nicht formal sprachlich, sondern inhaltlich sprachlich. Das heißt, wenn ich jetzt frage, haben sie Fieber oder so, dann heißt das nicht für die meisten, ich habe jetzt Temperatur über 38,5. Oder wenn ich so simple Fragen stelle wie, wie viel trinken sie am Tag, dann können die das meistens überhaupt nicht beantworten, weil sie da überhaupt nicht drauf achten. Oder/. Ich muss jetzt wieder zurück zur Fragestellung. Welche Probleme durch sprachliche Faktoren auftauchen bei der Diagnosestellung oder?

68 [0:21:34.5] I: Genau also wie die sprachlichen Faktoren die Diagnosestellung und Behandlung beeinflussen.

..Wirkung auf Diagnose

69 [0:21:35.1] B: Okay. Man kann ganz viel darüber sagen. Also Leute, die sich eben gut auf das einlassen können, was der Übersetzer sagt, bei denen kann ich halt auch schneller die Diagnose stellen. Wenn jetzt viele Fragen im (...), wie soll ich sagen, im Ungewissen bleiben, weil sie nicht beantwortet werden, wird es immer schwieriger. Dauer der Schmerzen, dem Auftreten der Schmerzen, wann oder in welchem Zusammenhang die Schmerzen auftreten. Das wird häufig kaum oder gar nicht beantwortet. Auch zum Beispiel, ob es im Tagesverlauf Schwingungen gibt. Das ist auch sprachlich glaube ich rüberzubringen, aber sie wissen glaube ich nicht genau, was ich damit meine. Das ist nicht die Sprache formal, aber sie wissen nicht, was sie darauf antworten sollen. Und das kann die Diagnosefindung schon negativ beeinflussen.

70 [0:22:38.3] I: Und wie ist es mit dem Sprachniveau oder Fachbegriffe, die du nennst. Wie gehst du damit um. Redest du

8/11

			niedrigschwellig mit dem Patienten, dass der wirklich alles versteht oder wie ist das, wenn ein Fachbegriff fällt?
..Anpassung des Sprachnive	71	[0:22:50.6] B: Ne Fachbegriffe kann ich ja gar nicht benutzen, weil auch die Sprachmittler die ja zum Teil gar nicht kennen. Also die versuche ich zu meiden, sagen wir mal so.	
	72	[0:23:01.4] I: Und wie beeinflusst die Sprache die Behandlung?	
..Sprachbrücke	73	[0:23:06.8] B: (...). Die Sprache, die Behandlung. Also, erstens glaube ich, dass die Sprachmittler das, was ich will, ganz gut vermitteln. Zweitens, die Umsetzung dessen, was die Sprachmittler sagen, wird häufiger schwierig. Das ist hier in Deutschland aber genauso. Es gibt manche Leute, die einfach nicht machen, was man ihnen sagt oder einfach aufhören, wenn sie sich besser fühlen, zu früh abbrechen die Behandlung oder länger weiterführen als angesagt, das gibt es auch. Oder eben die vorgegebenen Medikamente nur nach Bedarf nehmen, nach Einschätzung, ob man sich schlecht fühlt oder nicht. Also das ist eine Sache. Andere Dinge, glaube ich. Zum Beispiel haben wir einen in unserem Kreis, der den Patienten sagt bei Schmerzen im Gelenkapparat oder Rücken, empfiehlt er ihnen, dass sie bestimmte Übungen machen sollen. Also meine Erfahrung ist, dass sie das praktisch ablehnen. Dass sie das gar nicht wissen wollen, dass sie das gar nicht hoch genug einschätzen. Ich glaube, dass sie erwarten, dass man ihnen was gibt, etwas in die Hand gibt, was sie nehmen können. Das ist jetzt aber auch nicht sprachlich, sondern wieder inhaltlich.	
..Befolgung von Arztanwe			
..Befolgung von Arztar			
..Hoher Arzneimittelko			
	74	[0:24:45.0] I: Es sind dennoch wichtige Informationen, die du da nennst (lacht). Kommt es hier ab und zu oder häufiger vor, dass die Patienten umgangssprachliche Ausdrücke benutzen, beispielsweise gibt es im Türkischen die Bezeichnung, brennende Leber, womit der tiefe seelische Schmerz gemeint ist. Hast du sowas schon erlebt?	
..Interkulturelles Verstän			
..Interkulturelle Vermittlu			
	75	[0:25:05.1] B: Wenn ich das erlebt habe, dann ist mir das übersetzt worden, oder das ist kommentiert worden von den Sprachmittler*innen.	
	76	[0:25:15.4] I: Das heißt, die Sprachmittlung bringt noch mal das kulturelle Wissen mit?	
..Interkulturelle Vermittlu			
..Interkulturelles Verstän			
	77	[0:25:18.0] B: Auf jeden Fall. Das sind ja Menschen, die da auch gelebt haben in der Regel. Also ich habe noch keine Übersetzung oder noch keinen Text gehabt, bei dem ich überlegen musste, ob dahinter noch eine andere Bedeutung ist als die, die mir dann übersetzt worden ist.	
	78	[0:25:45.9] I: Spannend es aus der Perspektive zu sehen. Das heißt, alles wird direkt passend übermittelt. Und glaubst du, dass es Patienten gibt die aus beispielsweise schambehafteten	

Gründen oder aber auch anderen Gründen so tun, als würden sie das, was du sagst, verstehen?

79 [0:25:58.2] B: Hundertprozent glaube ich das ja.

80 [0:26:04.9] I: Und wie versuchst du mit diesen sprachlichen Barrieren umzugehen?

..Sprachbrücke

81 [0:26:09.6] B: Das fällt mir natürlich schwer. Ich kenne weder die direkten Aussagen des Sprachmittlers noch das, was derjenige Patient dann versteht oder entgegen, das entzieht sich dann meiner Kenntnis. Deswegen muss ich mich auf das verlassen, was die Sprachmittler sagen. Und ich kann natürlich die Patienten angucken und versuchen herauszufinden, ob die was verstanden oder ob die total gar nichts verstanden haben. Das kommt gelegentlich vor und dann versuchen wir das noch mal. Aber darauf beschränkt sich das dann auch, wo ich was machen kann. Die Aufgabe wird da den Sprachmittlungen zugeschoben, dafür sind sie ja auch da.

82 [0:26:51.0] I: Das stimmt. Und wie versuchst du den Patienten aufzuklären, wenn es nicht direkt über die Sprache funktioniert. Also wenn du was erklärst und beispielsweise das Sprachniveau oder das Bildungsniveau etc. niedrig ist und der Patient das Gesagte einfach nicht versteht. Hast du da dann andere Wege, es dem Patienten deutlich zu machen, was er gerade hat oder wie er die Übung machen soll?

..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)

83 [0:27:21.1] B: Wir haben hier so ein Buch, da sind so ein paar Bilder drin mit allen Organen, Gelenken und Körperteilen, da kann man das zur Hilfe ziehen. Es wird aber selten benutzt, also letztlich ist die Sprache schon das, was transportieren soll an den Patienten, von dem, was ich will.

84 [0:27:54.1] I: Ja gut. Dann sind wir eigentlich schon relativ am Ende angekommen. Meine letzte Frage wäre noch, ob es deiner Meinung nach noch bestimmte Aspekte oder Fragen gibt, die wir in Bezug auf diese Thematik ansprechen sollten.

85 [0:28:05.6] B: Du hast ja eine ganze Menge jetzt an Fragen dir überlegt. Ich glaube/. Du hast ja selber gesagt, dass du auch mal dabeigesessen hast und ich weiß jetzt nicht genau, wie du es gesagt hattest, dass du zum Teil die Fragen anders übersetzt hast oder dass du dich gewundert hast, wie das übersetzt worden ist.

86 [0:28:37.6] I: Ja. Das war der Punkt, dadurch das ich Türkisch verstehe und ich einfach nur als Beobachterin im Raum war, habe ich mal mitbekommen, wie der Arzt etwas erklärt hat und die Sprachmittlung es leicht umgewandelt erzählt hat, vielleicht eine Information ausgelassen hat oder vielleicht noch mal Beschreibungen hinzugefügt hat, weil die

10/11

Sprachmittlung selbst gemerkt hat, hey, mein Gegenüber versteht mich gerade gar nicht oder kann damit gar nichts anfangen. Das ist vielleicht auch noch mal ein wichtiges Thema, genau (lacht).

- 87 [0:29:03.4] B: Aber ich meine, das ist eben, also für mich ist das ja nicht, also wie soll ich sagen, erkennbar. Ich kann die Sprache ja gar nicht verstehen. Dem könnte man jetzt nur entgegengehen, wenn du jetzt zwei Sprachmittler dahast. Aber das ist ja nur (unv.). Ich hoffe einfach mal, dass das, was ich sage, in wesentlichen Grundzügen übergebracht wird, das ist meine Hoffnung. Und ich denke, das passiert auch überwiegend, ganz überwiegend.
- 88 [0:29:36.2] I: Meinst du, dass die Sprachmittlung bei Menschen ohne Krankenversicherung noch mal eine höhere Wichtigkeit hat als bei Menschen, die krankenversichert sind?
- 89 [0:29:47.5] B: Ne, da sehe ich eigentlich keinen großen Unterschied. Also die Sprachmittlung ist ja das eine. Was die beiden unterscheidet ist, ja eigentlich nur die finanzielle Ebene. Sonst unterscheidet sich da ja nichts. Jetzt ist es erst mal bei der Diagnose und der Behandlung natürlich die Sprachmittlung genau gleich und dann kommt die finanzielle Geschichte dazu, dass man bestimmte Sachen bei dem Nichtversicherten einfach nicht machen kann, weil einfach nicht genügend Geld oder andere Ressourcen zur Verfügung stehen.
- 90 [0:30:19.3] I: Alles klar. Dann wars das auch schon mit meinen Fragen.
- 91 [0:30:27.6] B: Alles klar.
- 92 [0:30:28.9] I: Danke dir für deine interessanten Beiträge und für deine Teilnahme. Das wird mir sicherlich sehr weiterhelfen.
- 93 [0:30:29.7] B: Gerne.

1 [0:00:00.0] **Einfache Transkription nach Dresing & Pehl**

2 Interviewer*in: Demet Aba
Hamburg, 27.06.2023

3 Befragte Person: 4MA

4 I: Herzlich willkommen zu dem Interview für meine Bachelorarbeit. Die Thematik konntest du eben gerade schon aus dem Infoblatt entnehmen. Dennoch erwähne ich sie noch einmal. Ich möchte die Erfahrungen hier im [REDACTED] von euch Ärzt*innen als auch Sprachmittler*innen sammeln, um herauszufinden, wie sich die Sprachmittlung ausgeführt von ehrenamtlichen auf die medizinische Behandlung und Diagnosestellung auswirkt. Dadurch, dass ein Großteil der Patient*innen in dieser Praxis einen Migrationshintergrund aufweisen, werde ich neben den sprachlichen Faktoren auch kulturelle Faktoren berücksichtigen.

5 [0:00:21.6] B: Alles klar.

6 [0:00:21.7] I: Ich würde dann mit einigen Fragen zu deiner Person starten. Mich würde interessieren, wie lange du den Beruf als Arzt ausgeübt hast und in welchen Bereichen du tätig warst.

7 [0:00:25.8] B: Also ich habe 1971 das Staatsexamen gemacht. War danach zwei Jahre auf der Anästhesie, das war meine erste Stelle. Dann 1 1/2 Jahre Allgemeinmedizin. Dann Facharztausbildung sechs Jahre auf einer internistischen Station und habe da mein Facharzt gemacht. Und dann viele Jahre in einer gemischten allgemeinmedizinisch psychotherapeutischen Praxis gearbeitet. Also meine Kollegin war Allgemeinmedizinerin und Psychotherapeutin. Ich als Internist war hausärztlich tätig, also nicht spezialisiert auf irgendeine spezielle Untersuchungstechnik und habe mit großer Freude eine ganze Reihe von Jahren diese Praxis gemacht. Ich habe dann aber nach einem Unfall doch relativ früh aufgehört und bin vorzeitig in Rente gegangen. Und dann war mir das aber doch nicht ganz recht ganz aufzuhören. Dann habe ich in Frankfurt schon angefangen mit der Malteser Migrantenmedizin. Die haben eine ähnliche Sprechstunde wie hier, das Westend. Die habe ich geleitet für ein paar Jahre und dann sind wir wegen der Tochter der Enkel, die wir hatten, sind wir nach Hamburg wieder gezogen. Und seit 2012 sind wir in Hamburg und seit 2013 arbeite ich hier im Westend mit. Also so wie die anderen Kolleginnen und Kollegen relativ selten, also alle zwei bis vier Wochen in einer allgemeinmedizinischen Sprechstunde, je nach Bedarf.

..Fachgruppe (+) (+) (+) {

..Praxis ohne KV {

	8	[0:02:44.3] I: Das heißt, du bist seit Beginn des Projektes schon am Start und hast wahrscheinlich durch deine langjährige Erfahrung sehr viel zu berichten, super. Welche Sprachkenntnisse bringst du mit?
	9	[0:02:49.7] B: Also Englisch und Französisch und ein bisschen Italienisch.
	10	[0:02:57.4] I: Alles klar. Hast du bereits in der Praxis, wo du zuvor tätig warst, bereits Erfahrungen mit Sprachmittler*innen gesammelt?
..Sprachmittlungserfahrung	11	[0:03:03.7] B: Also nur am Rande. Nur wenn Menschen kamen, die dann selbst ihre Sprachmittler mitgebracht haben, das waren dann oft die Kinder von Migrant*innen, die eben noch selbst nicht gut Deutsch konnten und die Kinder aber in die Schule gingen und Deutsch konnten. Die haben dann gemittelt, aber das war natürlich äußerst problematisch.
	12	[0:03:37.7] I: Ja, darauf gehen wir dann gleich noch einmal genauer ein. Und bei der Malteser Migrantenmedizin gab es da auch keine Sprachmittlung?
..Sprachmittlungserfahrung	13	[0:03:39.9] B: Das ist jetzt eine gute Frage, wie haben wir denn das gemacht (...). Mensch, das fällt mir jetzt überhaupt nicht mehr ein, wie wir das gemacht haben. Natürlich gab es da auch sehr viele Patienten, die nicht sehr gut Deutsch konnten. Die kamen allerdings viel stärker gemischt aus allen möglichen Ländern. Nicht so wie hier hauptsächlich aus Bulgarien und Rumänien. Sondern die kamen von überall her. Sodass wir uns da mit dem Dolmetschen nicht so auf eine Person oder zwei Personen verlassen konnten wie hier, die die Sprache konnten, sondern, ja ich weiß gar nicht mehr, wie wir das gemacht haben. Ich glaube auch die meisten hatten jemanden dabei, der übersetzt hat.
	14	[0:04:43.8] I: Alles klar. Und wie erlebst du hier im XXXXXX die Zusammenarbeit mit den Sprachmittler*innen. Wie unterstützen sie dich bei der Behandlung. Oder gab es vielleicht sogar mal Herausforderungen?
..Positive Wirkung ..Wahrnehmung von Arzt/	15	[0:04:53.4] B: Also ich finde die Unterstützung sehr gut und angenehm hier. Das rechts von mir die Assistentin sitzt und den Computer bedient und die ganzen Informationen, die ich ihr weitergebe, dass sie die im Computer eben speichert oder eben nachguckt, was war bei der letzten Visite, welche Medikamente hat die Patientin bekommen, also das ist sehr hilfreich. Und auf der linken Seite sitzt dann die Sprachmittlerin und das finde ich auch ausgesprochen hilfreich. Also wir haben als Notbehelf ja
..Positive Wirkung		

..Sprachbrücke

das Triaphon und hatten zeitweise noch eine andere Videosprachmittlung und da ist die Hemmschwelle deutlich höher, finde ich. Also es funktioniert auch, aber es ist doch weniger unmittelbar. Heute hatte eine Patientin zum Beispiel gesagt, sie will es nicht über den Bildschirm, ihr ist es lieber sowie du es gemacht hast, also persönlich ist ihr das angenehmer und so finde ich das auch. Also das mit dem Bildschirm ist ein Notbehelf, aber lange nicht so wie mit unseren Sprachmittlerinnen, die wir gut kennen und auf die wir uns verlassen können. Natürlich kann ich nicht kontrollieren, ob das, was ich sage, eins zu eins über die Sprachmittlung bei der Patientin beim Patienten ankommt und umgekehrt, der Weg über die Sprachmittlerin zu mir, von der Patientin, kann ich auch nicht überprüfen. Da geht sicherlich einiges verloren oder es kommt nicht so ganz genau an. Aber ich glaube, dass ist mehr oder weniger unvermeidlich, es sei denn, es sind wirklich ganz hoch qualifizierte, medizinisch ausgebildete Sprachmittler*innen. Ich denke eine Sprachmittlerin vom [REDACTED] die arbeitet ja noch bei MiMi mit und ich denke, dass sie auch noch zusätzlich qualifiziert ist und medizinische Fachbegriffe gut beherrscht. Das ist vielleicht nicht bei allen so gegeben.

16 [0:07:35.2] I: Okay, danke für deine ausführliche Antwort. Ich finde es toll, dass du direkt ein Beispiel genannt hast. Du kannst immer gerne Beispiele mit einbringen, wenn dir welche zu meinen Fragen einfallen. Mich würde noch interessieren, wie die Sprachmittlung die medizinische Behandlung und Diagnosestellung bei nicht krankenversicherten Patient*innen beeinflusst.

..Niedrige Bildung

..Fachsprache

17 [0:07:49.3] B: Ja, das ist schwierig zu sagen. Ich meine, das ist schon ein Problem bei deutschen Patient*innen, man weiß nicht genau, inwieweit sie mich verstehen, wenn ich eine Diagnose stelle, ja. Denn die Bildung ist natürlich unterschiedlich und das medizinische Fachwissen ist natürlich auch unterschiedlich. Also wenn ich sage, sie haben vermutlich eine koronare Herzkrankheit, dann weiß ich nicht genau, was der Patient sich darunter vorstellen kann. Man müsste da nachfragen, ob er sich ein genaues Bild davon machen kann, aber dazu fehlt oft die Zeit. Mit Menschen, die aus einem anderen Land kommen oder vielleicht aus einem anderen Kulturkreis, kann das natürlich noch mal schwieriger sein. Bauchspeicheldrüse war heute ein Thema. Da hatte ein Patient eine Bauchspeicheldrüsenentzündung vor zwei Jahren und ich habe ihn darauf angesprochen, war mir aber nicht sicher, ob die Dolmetscherin den richtigen Terminus gekannt hat und vor allem falls sie das richtig übersetzt hat, ob der Patient überhaupt was damit anfangen kann. Also da kann viel auf der Strecke bleiben. Aber auch bei deutschen Patienten kann man nicht voraussetzen, dass sie jetzt mit Pankreatitis oder auf Deutsch Bauchspeicheldrüsenentzündung wirklich was mit anfangen können, weil viele wissen, nicht wo liegt das Organ, welche Bedeutung das hat. Da bleibt manches immer unklar.

18 [0:09:58.1] I: Einfach durch das fehlende Fachwissen oder?

- ..Unbekannte medizinische
- 19 [0:09:59.8] B: Ja, durch das fehlende Wissen bei Patienten und manchmal eben auch, sehe ich eben, dass die Sprachmittlerin etwas in ihrem Wörterbuch nachschlagen muss, weil sie einen Begriff nicht kennt. Also da kann es an zwei Stellen haken, einmal an der Sprachmittlung und einmal beim Patienten. Also das der einfach die diagnostischen Begriffe überhaupt nicht kennt.
- 20 [0:10:28.5] I: Okay. Und siehst du einen Unterschied bei der Diagnosestellung und Behandlung, wenn wir hier eine Sprachmittlung anwesend haben, die alles übersetzen kann und wenn ein Patient da ist, bei dem wir überhaupt keine Möglichkeit auf eine Sprachmittlung haben, beispielsweise Portugiesisch. Wir haben weder eine portugiesische Sprachmittlung vor Ort, noch bietet das Triaphon die Sprache an. Merkst du da einen erheblichen Unterschied bei der Behandlung und Diagnosestellung dieser beiden Personengruppen?
- ..Sprachbarriere
- ..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)
- 21 [0:10:53.3] B: Ja, absolut. Ich meine, der Fall den du angesprochen hast, mit der Portugiesin, das sieht ja dann wirklich schlecht aus, weil wie soll man sich da begreiflich machen. Da kann man ja nur mit Händen und Füßen reden und da ist eine Kommunikation fast ausgeschlossen. Also da ist die Sprachmittlung natürlich hundertmal besser.
- 22 [0:11:21.1] I: Ja. Und du hattest ja schon erwähnt, dass die Hemmschwelle etwas höher ist, wenn man ein Video- oder Telefondolmetscher hat. Aber was für einen Unterschied macht es, wenn eine Sprachmittlung im Raum ist, also als Person anwesend, oder wenn man die Sprachmittlung hat über das Telefon oder über Video da ist.
- 23 [0:11:44.7] B: Also mit Video ist natürlich schon einmal ein Stückchen besser. Das ist ja leider nicht mehr finanzierbar. Weil da der Patient oder die Patientin den Dolmetscher sehen kann und da auch eine persönliche, auch wenn es eine virtuelle Beziehung ist, möglich ist. Aber es ist schon etwas anderes, als ob die Person hier am gleichen Tisch sitzt und den Patienten in die Augen blicken kann und irgendwie auch emotionale Reaktionen unmittelbar zeigen kann, wie sie die Schilderung erlebt. Also das ist schon was ganz anderes.
- 24 [0:12:32.4] I: Und siehst du auch einen Unterschied zwischen den ehrenamtlichen Sprachmittlerinnen hier vor Ort und zwischen Ad-hoc Dolmetschern. Also wenn ein Patient Familie oder Bekannte zur Übersetzung mitnimmt. Da hattest du vorhin beispielsweise das Beispiel mit dem Kind genannt, was für seine Mutter übersetzt. Merkst du da einen Unterschied in der Sprachmittlung?

- 25 [0:12:47.9] B: Also mir fällt da eine Situation ein, wo eine ältere Frau kam mit ihrer Tochter und die Tochter war irgendwie etwas ungeduldig, wenn die Mutter etwas ausholte und ihre Beschwerden schildern wollte, dann wurde die Tochter so ein wenig ungehalten und hat die Mutter ein bisschen zurechtgewiesen. Da merkte man so da ist eine Spannung zwischen Mutter und Tochter und das sich das ungut auswirkt auf die Übersetzung. Und bei Kindern weiß ich, dass es in der Regel eine Überforderung für die Kinder ist und dass sie natürlich auch keine negativen Dinge ansprechen können, wenn es die Eltern betrifft. Also da bleibt auch vieles ungesagt, dann bei solchen Ad-hoc Dolmetschern.
- 26 [0:13:58.0] I: Alles klar. Und welche Vorteile siehst du allgemeingesehen in der Anwesenheit von den ehrenamtlichen Sprachmittler*innen?
- 27 [0:14:02.5] B: Wie ich schon gesagt habe, diese unmittelbare persönliche Beziehung zwischen der Patientin und der Sprachmittlerin und dann eben dieses Dreieck, es ist einfach eine lebendige Beziehung. Das ist durch nichts zu ersetzen.
- 28 [0:14:28.3] I: Okay, danke. Wie versuchst du Herausforderungen zu bewältigen. Wenn beispielsweise nicht deutschsprachige Patienten hier sitzen, wo man auch nicht übersetzen kann, wie erklärst du ihnen den Umgang mit Krankheit oder Gesundheit oder was sie haben?
- 29 [0:14:48.2] B: Also, wenn jetzt überhaupt keine Sprachmittlung da wäre?
- 30 [0:14:50.4] I: Genau.
- 31 [0:14:53.4] B: Also da weiß ich eigentlich keine richtige Antwort, weil da ist eigentlich kaum was möglich. Ich benutzte dann manchmal einige Hilfsmittel. Wir haben hier so Bildwörterbücher, aber allerdings für die gängigen Sprachen. Ich weiß gar nicht, ob wir jetzt zum Beispiel portugiesisch oder somalisch oder so haben. Da ist aber natürlich auch mal Google ein Hilfsmittel, das kann natürlich auch mal vorkommen. In seltenen Fällen haben wir das mal benutzt, Google Übersetzung, da gibt es ja alle möglichen Sprachen.
- 32 [0:15:39.7] I: Also ist die Aufklärung sowie ich verstehe einfach völlig erschwert und wahrscheinlich nicht in dem Umfang, wie es wäre, wenn eine Sprachmittlung anwesend ist.
- ..Keine direkte Arzt/Ärztin-F
- ..Sprachbarriere
- ..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)
- ..Hilfsmittel (+) (+) (+) (+)
- ..Sprachbarriere

..Sprachbarriere	33	[0:15:46.5] B: Überhaupt nicht vergleichbar, ne. In einem minimalen Umfang nur mit so einer Googleübersetzung. A weiß man nicht, wie zuverlässig sie ist und B gibt es auch viele Möglichkeiten für Missverständnisse dabei.
	34	[0:16:05.2] I: Bist du der Meinung, dass durch diese mangelnden Deutschkenntnisse schon Behandlungsfehler oder Fehldiagnosen gestellt worden sind?
	35	[0:16:12.8] B: Also, wenn gar keine Sprachmittlung möglich ist?
	36	[0:16:16.4] I: Ja, genau.
..Behandlungsfehler	37	[0:16:16.9] B: Also es kommt sehr selten vor, aber es ist anzunehmen. Muss ja zu Fehlern führen. Kann ich jetzt kein Beispiel nennen.
	38	[0:16:29.6] I: Alles gut. Dann können wir direkt mal auf kulturelle Faktoren zusprechen kommen. Mich interessiert, welche kulturelle Faktoren die medizinische Behandlung und Diagnosestellung beeinflussen können. Vielleicht kannst du da auch wieder Beispiele aus der Praxis nennen, falls dir da was zu einfällt.
	39	[0:16:42.4] B: Also mal, das hat jetzt nicht mit Kultur zu tun, sondern eigentlich ist es nur eine Frage der Definition. In Bulgarien wird der Blutzucker in Millimol pro Deziliter gemessen und in Deutschland in Milligramm pro Deziliter. Es gibt unterschiedliche Einheiten und das führt natürlich zu Missverständnissen. Das hat jetzt nichts mit Kultur zu tun, sondern es sind einfach Nationale unterschiedliche Definitionen. Das macht die Sache ein bisschen schwierig, weil die meisten bulgarischen Patienten sind gewohnt mit Millimol zu rechnen und wir müssen dann erst einmal im Computer die Umrechnung machen, weil wir das eben auch nicht aus dem Kopf wissen. Kulturell (...). Das ist ein ganz schwieriges Thema und eigentlich müsste ich mich da auch mal fortbilden, weil ich da auch eigentlich zu wenig weiß, drüber, wie Menschen einer anderen Kultur Krankheiten verstehen. Also nochmal das Beispiel koronare Herzkrankheit oder Herzinfarkt. Ich denke, dass die meisten deutschen schon einen Begriff davon haben, was das bedeutet, aber ich bin mir nicht sicher, was die Mehrzahl unserer Patient*innen für ein Bild haben, vom Herzen, seiner Funktion und seiner Gefährdung. Ob zum Beispiel das, was ich gebetsmühlenartig sage, dass Rauchen ihr Herz gefährdet, ob das in irgendeiner Weise ankommt. Also bei Deutschen ist es auch sehr schwierig, aber sie verstehen wenigstens den
..Geringe Gesundheitsaufklä		

..Geringe Gesundheitsaufklä	}	<p>Zusammenhang in der Regel. Aber ob das jetzt bei einem bulgarischen Patienten verstanden wird, weiß ich nicht. Auch die Zuckerkrankheit, was das eigentlich bedeutet für einen Menschen, ob/. Also eine kulturelle Besonderheit ist sicherlich, dass die Menschen, die aus Osteuropa zu uns kommen, noch stärker medikamentengläubig sind als die Deutschen. Das ist eine Besonderheit, wobei da auch schon vielleicht ein gewisser Lerneffekt eingetreten ist, bei denen, die länger hier sind. Also früher wollten die Leute mit einem starken Husten oder Schnupfen gleich ein Antibiotikum haben, was die Deutschen in den 70er-Jahren auch noch wollten, aber die haben inzwischen gelernt, dass das eigentlich in der Regel ein Virusinfekt ist und dass Antibiotika da nicht helfen. Also das ist so ein Beispiel, die wollen gleich ein Antibiotikum haben, die meisten. Also zumindest die noch nicht lange hier leben. Und bei den chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Hypertonie denke ich, verlassen sie sich auch noch stärker auf Medikamente als deutsche, zumindest der gebildete Teil der Deutschen, die wissen, dass Lebensstiländerungen mindestens so bedeutsam sind wie Medikamente. Also das ist, glaube ich, eine kulturelle Besonderheit, die eine große Rolle spielt. Aber dagegen anzugehen ist äußerst schwierig.</p>
..Hoher Arzneimittelkonsum	}	
..Hoher Arzneimittelkonsum	}	
40	<p>[0:20:39.0] I: Ja, das stimmt. Siehst du noch mal Unterschiede zwischen physischen und psychischen Erkrankungen, die kulturell bedingt sein könnten?</p>	
41	<p>[0:20:44.4] B: Also das Verständnis, das zum Beispiel eine Schlafstörung sehr oft mit psychischen Problemen zu tun hat ist, glaube ich, bei unserem Klientel noch geringer ausgeprägt. Wir haben schon öfters mal Menschen, die offensichtlich psychosomatische Beschwerden hatten, empfahlen hier zum Lotsen zu gehen, wo es eine psychologische Beratung gibt, auch wenn es nur wenige Beratungsstunden sind, die dort möglich sind. Aber wo wir dachten es wäre hilfreich, wenn sie sich dort mal aussprechen können und mal gucken können, welchen Anteil haben eben psychische Probleme, Stress, familiäre Konflikte auf ihre Beschwerden. Aber das wird nicht so gerne angenommen, das wird seltener angenommen, eigentlich.</p>	
42	<p>[0:21:58.0] I: Und was meinst du, was für Gründe das haben könnte?</p>	
43	<p>[0:22:09.2] B: Ich denke, das ist eine langer kultureller Lernprozess. Das war hier in den 50er, 60er, 70er- Jahren auch noch so, dass Menschen sehr ungern zum Psychologen oder zum Psychotherapeuten gegangen sind, weil sie nicht als verrückt oder psychisch krank dargestellt werden wollten. Also dieses Etikett hatte doch eine sehr negative Bedeutung. Aber inzwischen, denke ich, sind sehr viele Menschen in Deutschland</p>	
..Tabus (+) (+) (+)	}	

..Tabus (+) (+) (+)

offener dafür und das hat sich, glaube ich, noch nicht so durchgesetzt in den Herkunftsländern von unseren Patienten.

44 [0:22:45.2] I: Und siehst du auch Unterschiede in der Behandlung von weiblichen und männlichen Patienten?

45 [0:22:51.5] B: (...). Ich habe jetzt die Statistik nicht im Kopf. Aber gefühlt würde ich sagen, kommen 60 % oder noch etwas mehr Patientinnen zu uns. Also schon mehr als die Hälfte nehmen uns hier in Anspruch und wenn sie hier sind, nehmen sie auch mehr Zeit in Anspruch. Weil sie meistens nicht nur ein oder zwei, sondern drei oder vier Problembereiche haben, die sie vor uns breiten. Und sonst (...), ob sie jetzt beispielsweise eine bessere Compliance haben, könnte ich jetzt nicht sagen. Also man sagt ja immer, dass Männer weniger genau die Empfehlungen von Ärzten annehmen und dass sie weniger regelmäßig Tabletten einnehmen oder die Ratschläge von Ärzten weniger befolgen, kann ich jetzt nicht so bestätigen. Weiß ich nicht, ob das stimmt.

46 [0:24:17.9] I: Alles klar. Und wie schaut es aus, wenn eine Frau sich für die Behandlung entkleiden muss, läuft das hemmungslos?

..Scham (+) (+) (+) (+) (+)

47 [0:24:21.5] B: Also wir haben hier ja den Vorhang. Wenn es nötig ist, also wenn eine Frau sich entkleiden muss, dann machen wir hier den Vorhang zu. Aber das sie vor mir als Mann jetzt Hemmungen hat, das habe eigentlich nicht erlebt, das kommt nicht vor.

48 [0:24:38.3] I: Okay. Und du hattest es vorhin schon ein wenig angeschlagen, wie die Gesundheitswahrnehmung in diesen Kulturen ist. Wie erlebst du den Umgang mit Krankheit und Gesundheit bei unseren Patient*innen?

49 [0:24:51.1] B: Also ich kann das nur noch einmal wiederholen. Also die Verantwortung für die eigene Gesundheit, die ist geringer ausgeprägt, denke ich, also noch geringer ausgeprägt als bei den ganzen deutschen Patienten. Aber das ist im Großen und Ganzen eine Bildungsfrage. Das würde ich jetzt gar nicht mehr so als kulturelle Besonderheit darstellen. Ich denke das allgemein bei Menschen, die einen geringeren Zugang zu Bildung hatten, dass die froh sind, wenn der Doktor ihre Probleme löst. Also man geht dahin, bekommt seine Tabletten und das Problem ist gelöst oder wenigstens im Griff. Und wie viel man selbst dafür tun kann und sollte, wird eher ausgeblendet. Aber das, wie gesagt, sehe ich eher als Bildungsfrage an.

- 50 [0:26:09.0] I: Verstehe. Und wie versuchst du im allgemeinen kulturelle Aspekte während der Behandlung zu berücksichtigen?
- 51 [0:26:11.7] B: (...). Das ist ein bisschen eine schwierige Frage (lacht).
- 52 [0:26:26.6] I: Ja (lacht). Sagen wir mal, es kommt ein Patient, der sagt ich möchte ein Antibiotikum für mein Schnupfen haben, wie gehst du damit um?
- 53 [0:26:27.6] B: (...). Ja, also heute war ja eine Patientin da, die wollte ja ein Beruhigungsmittel, was sie abends einnimmt. Das hat sie hier von einem türkischen Arzt bekommen und ich war damit nicht einverstanden und wir haben da etwas drüber verhandelt. Das würde ich mit einem deutschen Patienten genauso machen. Das ist irgendwie schwierig zu beantworten. Bei dem Beispiel mit dem Antibiotikum würde ich dem Patienten versuchen zu erklären, dass das ein Virusinfekt ist und das Antibiotika da nicht hilfreich ist. Ich würde da dann auch sagen, ich weiß, das in Bulgarien das anders gehandhabt wird, aber in Deutschland ist das hier Standard, dass wir hier keine Antibiotika zu Beginn einer Infektionskrankheit die virusbedingt sind geben, sondern höchstens, wenn es überhaupt nicht weggeht und Zeichen für eine bakterielle Superinfektion da sind, dann ja.
- 54 [0:28:28.8] I: Also hauptsächlich durch Aufklärung.
- 55 [0:28:36.6] B: Durch Aufklärung, ja.
- 56 [0:28:37.4] I: Okay. Und du hattest zu Beginn bereits erwähnt, dass du selbst eine Fortbildung bräuchtest, um dich überhaupt damit auseinanderzusetzen. Meinst du das die Gesundheitsversorgung in Hinsicht auf den Umgang mit kulturellen Faktoren verbessert werden könnte, durch Fortbildung von Ärzten oder medizinischen Personal?
- 57 [0:28:50.0] B: Ich weiß nicht, was heutzutage so angeboten wird. Also ich lese zwar noch das Ärzteblatt und das Hamburger Ärzteblatt und da gibt es schon ab und zu auch Fortbildungsveranstaltungen. Ich selber habe sowas nie besucht, eigentlich bisschen komisch und sollte das vielleicht auch noch einmal nachholen, weil ich so aus der Literatur schon weiß, dass magische Vorstellungen in manchen Kulturkreisen eine große Rolle spielen als Auslöser für manche Krankheiten. Also extremes Beispiel ist der Böse Blick, der in manchen, also noch früher in Sizilien eine große Rolle gespielt hat und ich glaube auch noch in vielen anderen Ländern. Und sowas blenden wir hier total aus, da

..Religionen und Aberglaube

- haben wir überhaupt keine Vorstellung von und keine Ahnung von. Also sowas könnte eine Rolle spielen. Was gäbe es noch (...). Ja, der Stress. Vieles wird auf den Stress zurückgeführt, ohne dass man genauer erklärt, was das ist. Und wenn man dann nachfragt, kommt man dann schon meistens zu irgendeinem großen Konflikt, der eine große Rolle spielt. Aber wie gesagt, dass dann psychotherapeutisch anzugehen, da ist die Bereitschaft dann gering.
- 58 [0:30:30.9] I: Okay spannend. Dann können wir von den kulturellen Faktoren rüber auf die sprachlichen Faktoren wechseln. Mich interessiert, wie die sprachlichen Faktoren die medizinische Behandlung und Diagnosestellung beeinflussen. Vielleicht können wir erst einmal darauf eingehen, was für sprachliche Barrieren hier überhaupt auftreten, während der Behandlung. Du hattest vorhin schon einmal angerissen, dass Bildung ein Faktor dafür war, dass Fachbegriffe nicht ganz zugeordnet werden können. Gibt es noch andere sprachliche Barrieren?
- 59 [0:31:06.1] B: Also hier konkret/. Wir bieten ja also in meiner Sprechstunde über die Jahre hatte ich meistens eine türkisch sprechende Sprachmittlerin, weil die große Mehrzahl unserer bulgarischen Patienten und Patientinnen sprechen türkisch, wohl als Muttersprache, soweit ich weiß. Und bulgarisch eher als Verkehrssprache in Bulgarien, die sind also zweisprachig. Und da kann es sogar vorkommen, dass sie/. Also wenn da eine bulgarische Sprachmittlerin da ist und sie aber Türkisch als Muttersprache haben, dass es da auch Verständnisschwierigkeiten geben kann, weil sie bulgarisch nicht so gut können wie türkisch. Und ich kann mir vorstellen, habe die eine Sprachmittlerin aber noch nicht gefragt, ob das Türkisch was sie spricht, auch wieder ein anderes Türkisch ist als das, was unsere bulgarischen Patient*innen sprechen. Weil die sind ja vor, ich weiß nicht, wie viel hundert Jahren eingewandert nach Bulgarien und leben da seit X Jahren und Jahrzehnten und es könnte ja sein, dass sich das entfernt hat von dem Türkisch, was in der Türkei gesprochen wird. Also da könnte es auch noch einmal Probleme geben.
- 60 [0:32:43.9] I: Ja, ja, auf jeden Fall. Das ist dann wahrscheinlich eher nicht das, was du mitkommst, wie du vorhin meintest, was dann über die Sprachmittlung und die Patientin läuft.
- 61 [0:32:52.7] B: Ja. Was würdest du sagen, hört sich das ziemlich verschieden an, das Türkisch, was die sprechen?
- 62 [0:32:55.6] I: Also, sehr oft ist da ein Dialekt vorhanden. Bei einigen ist es auch sehr stark ausgeprägt, dass man es kaum versteht, man muss sich wirklich bemühen. Ab und zu gibt es bestimmte Wörter, die abweichen, sprich Straßenslang, dass die

es sich angeeignet haben von klein auf, aber das Wort gibt es eigentlich gar nicht so im Türkischen. Aber ich denke, dass es den Sprachmittler*innen, die hier schon über die Jahre tätig sind, nichts mehr ausmacht. Sie haben sich wahrscheinlich daran gewöhnt und nehmen die Unterschiede nicht mehr so extrem wahr, wie ich es in meiner kurzen Zeit hier tue. Dazu könnte ich dich auch noch einmal was fragen. Hast du vielleicht mal erlebt, dass hier Umgangssprache angewandt wurde. Im Türkischen gibt es beispielsweise die "Brennende Leber", was im Eigentlichen einen tiefen seelischen Schmerz beschreibt.

63 [0:33:29.8] B: Also das, was bei uns mehr auf das Herz projiziert wird, wird dort eher auf die Leber projiziert. Ne, das wusste ich noch nicht. Aber das wäre natürlich auch noch einmal für eine interkulturelle Fortbildung sehr wichtig zu wissen, welche Vorstellungen die Menschen so haben, wo zum Beispiel seelische Schmerzen lokalisiert sind.

64 [0:33:56.8] I: Ja (lacht). Wie gehst du damit um, wenn du einem Patienten seine Erkrankung erklärst. Erklärst du sie niedrigschwellig oder verwendest du Fachbegriffe?

..Anpassung des Sprachnive

65 [0:35:05.3] B: Also ich würde ab heute auch Bauchspeicheldrüsenentzündung gesagt anstelle von Pankreatitis. Ich würde es immer mit dem deutschen Wort zu erklären. Wobei das/. Ja, manchmal ist der Fachbegriff im Herkunftsland gängiger als der deutsche Begriff. Also Psoriasis ist beispielsweise im Herkunftsland vielleicht eher bekannt als Schuppenflechte. Also wenn dann die Sprachmittlerin Schuppenflechte jetzt wortwörtlich übersetzt, dann kommt da vielleicht etwas Unbekanntes an. Und Psoriasis ist wahrscheinlich international bekannt. Wie zum Beispiel Rheumatismus ist zum Beispiel im Türkischen als auch im Bulgarischen als Diagnose bekannt.

66 [0:36:07.9] I: Das stimmt. Kommt natürlich immer auf die Sprache an. Und was glaubst du, was für einen Einfluss diese sprachlichen Faktoren auf die medizinische Behandlung und Diagnosestellung haben?

..Wirkung auf Diagnose

67 [0:36:36.5] B: Also wir stellen hier ja selten ganz genaue Diagnosen. Es ist ja meistens ein Verdacht, weil wir gar nicht die diagnostischen Möglichkeiten haben, jetzt zu einer endgültigen Diagnose zu kommen. Also wenn eine Klärung notwendig ist, dann schicken wir die Leute zu einer Fachärztin, zu einem Facharzt, wobei da die Sprachmittlung ja auch ein großes Hindernis ist oder ein großes Hemmnis, weil wir nie wissen, ob in der dortigen Praxis diese Sprache gesprochen wird. Wir versuchen ja immer eine Sprachmittlung irgendwie noch zu organisieren, auch für den Facharztbesuch. Also für die

11/14

<p>..Wirkung auf Diagnose</p> <p>..Verbessertes Verständn</p>	<p>○</p> <p>○</p>	<p>Diagnostik würde ich sagen, ist es ausreichend mit der Sprachmittlung hier. Da können wir uns meistens ein ausreichendes Bild machen, was der Patient womöglich hat. Und für die Therapie, ja im Großen und Ganzen denke ich, verstehen die Patienten auch, was sie machen sollen. Also wie sie die Tabletten nehmen sollen und was natürlich ein großer Mangel ist, das ist hier in dieser Situation noch schwieriger als in einer normalen deutschen Praxis, das ist die Aufklärung über Gewichtsabnahme, über Bewegungstherapie, Physiotherapie, über den Verzicht auf das Rauchen, über die richtige Ernährung bei Diabetes und so weiter. Also die ausführliche Aufklärung, die eigentlich die Basis wäre für viele chronische Krankheiten, die ist hier nur in begrenztem Umfang möglich und ist hier noch geringer als in einer normalen Praxis für Versicherte. Und das hängt halt damit zusammen, obwohl wir uns viel Zeit nehmen für die Patienten und ich schon öfters gehört habe, Patienten finden hier viel mehr Gehör als in anderen Praxen als in normalen Praxen, aber diese ausführliche Aufklärung ist irgendwie organisatorisch und auch von unseren Fähigkeiten her nicht zu leisten. Wir bräuchten halt Ernährungsberater*innen und Menschen, die Diabetiker richtig unterweisen können und das ist eigentlich nicht machbar in ausreichender Weise leider.</p>
<p>..Viel Zeit</p> <p>..Vertrautheit und Sicherh</p>	<p>○</p> <p>○</p>	
<p>..Medikamenteneinnahme</p>	<p>○</p>	<p>68 [0:39:42.9] I: Ja, leider. Bei den Medikamenteneinnahmen hattest du ja eben gesagt, es kommen ja relativ häufig Bestandspatienten hier her, also die kennt man, nehmen die deren Medikamente auch wirklich richtig ein?</p> <p>69 [0:39:56.5] B: Das können wir ja eigentlich nur anhand des Computers überprüfen. Da sehen wir ja, der Patient war von einem Monat hier, er möchte wieder Tabletten haben. Kann das sein, stimmt es, er hat vor einem Monat 100 Stück bekommen und ist jetzt nach vier Wochen wieder hier und will wieder eine große Packung haben und da kann irgendwas nicht stimmen. Oder es stimmt eben überein und wir sehen ja, die Medikamente sind jetzt verbraucht und es ist realistisch, dass dieser wieder neue braucht. Aber anders können wir es kaum kontrollieren.</p>
<p>..Medikamenteneinnahme</p>	<p>○</p>	<p>70 [0:40:50.8] I: Und kommt es häufig vor, dass da irgendetwas nicht übereinstimmt?</p> <p>71 [0:40:54.3] B: Also eher das Gegenteil. Dass wir uns wundern, wie haben sie die langen Zeiträume überbrückt. War jetzt jemand vielleicht vor einem halben Jahr hier und will jetzt wieder Tabletten haben. Was hat er die letzten Monate jetzt eigentlich eingenommen oder war er vielleicht sogar in Bulgarien und hat sich dort Tabletten besorgt. Also das ist sehr schwierig, gerade auch weil viele Patienten pendeln.</p>
	<p>○</p>	<p>72 [0:41:17.3] I: Alles klar. Mich hat da nur gerade interessiert, ob trotz der</p>

		Sprachmittlung die Medikamente vielleicht falsch eingenommen werden oder da irgendwie auf dem Weg zur Erklärung irgendetwas verloren geht.
..Verständnisproblemen (+)	[73 [0:41:31.5] B: Also, wir versuchen es möglichst sicher zu gestalten, indem wir halt die Einnahmeart auf die Tablettenschachtel schreiben oder in manchem Fällen auch ein ausgedruckten Medikamentenplan mitgeben, vorausgesetzt, der Mensch kann lesen.
..Verständnisproblemen (+)		74 [0:41:53.2] I: Ach spannend. Und meinst du das die Sprachmittlung bei Menschen ohne Krankenversicherung eine höhere Relevanz hat als bei Menschen mit Krankenversicherung?
		75 [0:41:59.6] B: Ne, das würde ich nicht sagen. Ich denke, dass Menschen mit Krankenversicherung, die genauso schlecht Deutsch sprechen wie eine Vielzahl unserer Patienten, dass die genauso auf eine Sprachmittlung angewiesen sind wie unsere unversicherten Patienten. Das hängt wirklich nur von der Kompetenz im deutschen ab, ob sie eine Sprachmittlung brauchen oder nicht, nicht vom Versichertenstatus. Ich denke, dass die Leute, die zu uns kommen, sind besser dran als zum Beispiel die aus der Ukraine geflüchteten Menschen oder die aus Syrien geflüchteten Menschen, die in eine Allgemeinpraxis gehen können, weil sie eine Versichertenkarte haben, als Asylbewerber oder als Kriegsflüchtlinge, die sind schlechter dran, weil die meisten Praxen gar keine Möglichkeit für eine Sprachmittlung haben und das die hier ständig vorhanden ist, ist ein großes Plus.
		76 [0:43:19.4] I: Spannende Ansicht. Dann hast du es jetzt auch endlich geschafft, wir sind am Ende angekommen. Ich hätte nur noch eine abschließende Frage. Mich würde interessieren, ob du noch weitere Aspekte oder Fragen einbringen möchtest, die du für relevant hältst und die hier nicht aufgekommen sind.
		77 [0:43:32.5] B: Also wir hatten vor langer Zeit mal ein Gespräch über die Probleme der Sprachmittlung hier im Team und das ist jetzt eine gute Anregung dafür, dass mal zu wiederholen. Denn eigentlich ist es tatsächlich ein wesentlicher Teil unserer Kommunikation, der dadurch störanfällig wird und da machen wir uns vielleicht ein bisschen zu wenig Gedanken und könnten das vielleicht punktuell verbessern. Also das würde mir einfallen, dass das mal wieder mein Wunsch wäre.
		78 [0:44:33.7] I: Ja, das wäre tatsächlich sehr gut. Das wars dann auch mit dem Interview. Ich danke dir für deine freiwillige Teilnahme und für deine Zeit, die du mitgebracht hast. Deine genannten Aspekte werden mir sicherlich weiterhelfen.

79 [0:44:39.4] B: Bitte. Gerne.

14/14

1 [0:00:00.0] **Einfache Transkription nach Dresing & Pehl**

2 Interviewer*in: Demet Aba
Hamburg, 21.06.2023

3 Befragte Person: 5WA

4 I: Herzlich willkommen zu dem Interview für meine Bachelorarbeit. Wir haben ja schon im Vorhinein etwas über die Thematik telefoniert und du hast das Thema auch schon aus dem Informationsblatt entnommen. Trotz dessen werde ich noch einmal kurz in dieser Einleitung darauf eingehen. Und zwar möchte ich deine Erfahrungen als Ärztin zu der Sprachmittlung, welche hier im [REDACTED] in fast jeder Behandlung erfolgt, erfragen. Mich interessiert, was für einen Einfluss die Sprachmittlung auf die Diagnosestellung und Behandlung hat, vor allem weil sie von ehrenamtlichen Sprachmittler*innen ausgeführt wird. Ich werde meinen Fokus dabei auf kulturelle und sprachliche Faktoren setzen, weil die meisten Patienten im [REDACTED] einen Migrationshintergrund vorweisen. Ist alles klar und verständlich?

5 [0:00:24.0] B: Ja.

6 [0:00:24.8] I: Okay. Dann würde ich als erstes mit Fragen zu deiner Person starten. Mich würde interessieren, wie lange du den Beruf als Ärztin ausgeübt hast.

..Fachgruppe (+) (+) (+) {

7 [0:00:38.4] B: Als Ärztin schon mit 25. Aber Gynäkologin war ich natürlich erst später. War ich seit 1988, glaube ich. Erst habe ich im Krankenhaus und dann in der Praxis gearbeitet.

8 [0:00:56.3] I: Eine eigene Praxis?

9 [0:00:57.0] B: Ja.

10 [0:00:58.3] I: Und wie lange bist du schon ehrenamtlich in dieser Praxis tätig?

..Praxis ohne KV {

11 [0:00:59.5] B: Nach der Pensionierung. Das heißt (...), ich glaube 2016, kurz danach, Anfang 2017 oder so.

	12	[0:01:05.5] I: Alles klar. Und welche Sprachkenntnisse bringst du mit?
	13	[0:01:13.0] B: Außer Deutsch eigentlich Englisch, da habe ich keine Scheu zu sprechen. Ich spreche wahrscheinlich nicht gut, aber ich rede einfach darauf los. Französisch habe ich ziemlich vergessen, verstehe ich aber ganz gut. Ich habe viel immer gelernt, alles vergessen. Eigentlich kann ich nichts anderes.
	14	[0:01:43.4] I: Okay. Und hast du in deiner eigenen Praxis oder im Krankenhaus schon Erfahrungen mit Sprachmittler*innen gemacht?
	15	[0:01:50.6] B: Ich habe viel Englisch sprechen müssen. Und es gab ein paar, wo wir uns ganz schwer verständigen konnten, aber ich habe die dann besser Leute mitbringen lassen, das nächste Mal. Ich habe eigentlich keine Gelegenheit gehabt Übersetzer, zu engagieren.
..Sprachmittlungserfahrung	16	[0:02:10.8] I: Also das war häufig so, dass Begleitpersonen wie Bekannte oder Freunde übersetzt haben.
	17	[0:02:16.3] B: Ja, oder ich habe sie aufgefordert, dass sie das nächste Mal jemanden mitbringen.
	18	[0:02:17.8] I: Alles klar. Und wie erlebst du hier die Zusammenarbeit mit den Sprachmittler*innen. Gibt es da Herausforderungen?
..Wahrnehmung von Arzt/Är:	19	[0:02:28.3] B: Nein, die Zusammenarbeit ist gut. Auch wenn man wie heute das Triaphon nimmt oder so. Aber es geht wahrscheinlich in der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten ganz viel verloren. Es ist immer jemand dazwischen. Die Patienten gucken den Übersetzer an meistens, nicht mich. Ich versuche dann schon, dass ich wenigstens die Leute angucke und nicht den Übersetzer. Aber da geht sicher ganz viel verloren. Aber nicht das eigentliche, weil ich kann ja Fragen stellen. Bis die beantwortet sind, kann ich ja noch mal fragen.
..Keine direkte Arzt/Ärztin-F		
..Rückfragen	20	[0:02:59.3] I: Das stimmt. Und wie unterstützt die Sprachmittlung dich dabei, dass man die Patienten versteht?
	21	[0:03:06.0] B: Gut. Ich bin eigentlich mit der Sprachmittlung

..Negative Wirkung	}		einverstanden. Aber manchmal hat man das Gefühl, da entwickelt sich so ein Gespräch zwischen den beiden und ich bin außen vor. Also das gibt es.	
		22	[0:03:16.4] I: Gibt es auch Situationen, wo die Sprachmittlung nicht so gut funktioniert hat. Also außer jetzt das mit dem außen vor sein. Oder läuft da alles wirklich geschmeidig?	
		23	[0:03:25.1] B: Eigentlich läuft das.	
		24	[0:03:28.1] I: Alles klar, gut. Dann würde ich jetzt auf die Diagnosestellung und Behandlung rübergehen. Wie beeinflusst die Sprachmittlung die medizinische Behandlung als auch die Diagnosestellung bei den Patienten in dieser Praxis?	
..Viel Zeit	}	}	25 [0:03:39.6] B: Also ich denke, es dauert einfach sehr viel länger. Man kann ja nicht auf den Punkt kommen, es wird erst mal übersetzt und dann vielleicht noch mal. Aber ich frage/. Wenn ich wirklich, sagen wir mal eine Diagnose stellen will oder bestimmte Sachen wissen will, frage ich so lange, bis ich die Antwort habe. Insofern beeinflusst das die Diagnose würde ich sagen nicht, aber es dauert sehr viel länger.	
..Negative Wirkung				}
..Rückfragen				
		26	[0:04:03.5] I: Bei einer Person, wo keine Sprachmittlung anwesend wäre, da könnte man die Antworten ja nicht so einfach herbekommen, mit genauen Fragen.	
..Sprachbarriere	}		27 [0:04:13.7] B: Ja, dann wird es schwierig. Ja, dann sagt man bei unwichtigen Sachen schon mal, das lasse ich jetzt weg.	
		28	[0:04:14.9] I: Okay. Und meinst du, dass durch die Sprachmittlung ermöglicht, wird die Diagnosen genauer oder korrekter zu stellen.	
..Sprachbarriere	}		29 [0:04:26.3] B: Ich weiß nicht. Es kann natürlich sein, dass ich manchmal was erkläre, denke die haben das verstanden und dann haben sie es gar nicht verstanden. Ich hatte zum Beispiel, das war furchtbar, ich hatte in der Praxis mal eine Syrerin, die kam mit ihrem Mann und sprachen irgendwie alle kein Deutsch oder Englisch. Sie hatte Schmerzen und hatte eine Spirale drinnen. Dann habe ich die Spirale rausgezogen und habe natürlich gesagt, sie hat jetzt keine Verhütung. Die hat das aber nicht verstanden, kam dann schwanger, das wollte sie natürlich nicht. Das war eine ziemlich blöde Situation und das war	

..Sprachbarriere	}	natürlich durch die Sprache bedingt, dass sie das nicht verstanden hat.
		30 [0:05:38.6] I: Oh Okay. Und hat sie trotzdem bestätigt, was du gesagt hast. Besser formuliert, hat sie so getan, als würde sich das, was du gesagt hast, verstehen, sodass du nicht weiter darauf eingegangen bist?
		31 [0:05:44.5] B: Ja. Ich habe gedacht, sie hat es verstanden, ja.
		32 [0:05:45.9] I: Okay, das ist heftig. Und siehst du Unterschiede bei der Behandlung bei nicht deutschsprachigen Patienten, wo auch keine Sprachmittlung anwesend ist zu Patienten, wo eine Sprachmittlung anwesend ist. Beispielsweise haben wir keine portugiesische Sprachmittlung da, weder vor Ort noch per Telefon.
..Sprachbarriere	}	33 [0:06:13.2] B: Ja. Dass man sich nicht so sicher ist, dass man richtig verstanden wurde und die das dann auch so machen, wie man das gewollt hat. Da gibt es sicher manche Missverständnisse, das denke ich schon. Oder sie nicken und dann haben sie es aber doch noch nicht verstanden.
		34 [0:06:39.5] I: Alles klar. Und welche Vorteile siehst du bei der Anwesenheit der Sprachmittlung?
..Interkulturelles Verstän	}	35 [0:06:44.2] B: Es gibt Vorteile, weil sie natürlich die Kultur besser kennen. Manchmal auch was erklären, was mir vielleicht nicht so klar ist von der Kultur her. Das gibt es schon.
..Interkulturelle Vermittlu	}	
		36 [0:06:54.0] I: Ja, darauf gehen wir dann gleich auch noch mal ein. Das heißt also du kannst du Kultur einfach besser deuten mithilfe der Sprachmittlung.
		37 [0:06:58.4] B: Manchmal ja, manchmal sagen sie was dazu, ja.
		38 [0:07:00.6] I: Und was glaubst du, was für eine Auswirkung die Sprachmittlung auf die Gesundheit der Patient*innen hat?

..Vertrautheit und Sicherhei	39	[0:07:07.5] B: Also die sind sicher sehr froh, wenn sie merken, dass hier jemand so spricht wie sie. Dass sie es sicher haben, einen Vorteil und auch mehr Vertrauen. Aber ob das jetzt auf die Diagnose direkt so einen Einfluss hat, weiß ich nicht.
..Vertrautheit und Sicherl	40	[0:07:24.1] I: Das, was ich da raus höre ist, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis durch die Sprachmittlung gestärkt wird?
..Keine direkte Arzt/Ärztin	41	[0:07:31.1] B: Naja, oder eben auch nicht, weil es ja alles indirekt geht. Ich habe ja dann zu der Patientin nicht so ein/. Die hat ja das Vertrauen vielleicht eher zu der Dolmetscherin statt zu mir (lacht).
	42	[0:07:43.6] I: Okay, verstanden (lacht). Siehst du einen Unterschied zu einer ehrenamtlichen Sprachmittlung hier vor Ort und einer Sprachmittlung ausgeführt von Bekannten oder Freunden des Patienten. Beispielsweise begleite ich meine Mutter zu ihrem Arzttermin und übersetze für sie.
..Angeeilnete Struktur	43	[0:08:02.6] B: Vielleicht wissen die Sprachmittlungen hier vor Ort manchmal ein bisschen besser Bescheid. Das kann schon sein. Aber auf der anderen Seite/. Ja, erst mal haben wir als Übersetzer dann am Telefon manchmal Männer und hier haben wir vor Ort eigentlich immer Frauen zum Übersetzen. Das ist ja schon ein Unterschied für die Patientin aus dem Kulturkreis auf jeden Fall. Und das könnte ich mir sogar vorstellen, als Deutsche, das es mir angenehmer ist, wenn eine Frau da übersetzt und ich sehe auch noch ihr Gesicht. Anders als wenn man nur die Sprache hört.
..Scham (+) (+) (+) (+) (+)	44	[0:08:37.1] I: Und meinst du, dass Informationen verloren gehen können, wenn Verwandte übersetzen, statt unsere Sprachmittler*innen?
	45	[0:08:41.3] B: Kann schon passieren, ja.
	46	[0:08:46.3] I: Mich würde auch noch einmal deine Wahrnehmung zum Unterschied von Telefon- und Videodolmetschern interessieren.
	47	[0:08:53.2] B: Also mit dem Video, das fand ich sehr angenehm. Das habe ich ein oder zwei Sprechstunden mal gemacht. Das war ja hier mal umsonst. Das war schon noch ein Stück besser als das Telefon, ja.

	48	[0:09:01.6] I: Wahrscheinlich, weil man das Gesicht und die Emotionen sieht, oder?
	49	[0:09:03.5] B: Ja, ja. Man sieht wer das ist, fand ich schon gut.
	50	[0:09:09.0] I: Wie werden nichtdeutschsprachige Patienten über ihre Erkrankungen aufgeklärt, wenn keine Sprachmittlung anwesend ist?
..Sprachbarriere {	51	[0:09:34.4] B: Naja, dann geht es ja teilweise nicht so. Aber wenn wirklich da was nötig ist, verschaffen wir uns das irgendwie immer. Also heute bin ich ja dann bei ein oder zwei dann ohne ausgekommen, weil die in der Schwangerschaft schon öfter da waren. Da war jetzt nichts Besonderes. Und dass der Ultraschall in Ordnung ist, da verstehen sie, wenn ich sage, alles gut. Aber sonst muss man sich doch irgendwie Dolmetscher verschaffen. Wir arbeiten hier ja selten ohne.
	52	[0:10:07.8] I: Das heißt, bei Bestandspatienten ist es einfacher mit der Kommunikation, weil man schon weiß, wann versteht die Person was?
	53	[0:10:15.0] B: Ja, und dann ist ja auch schon manches vorher geklärt, oder kann man beim nächsten Mal noch klären oder so.
	54	[0:10:21.3] I: Zeigst du dann eigentlich auch mit dem Daumen hoch, wenn alles gut ist, oder sagst du einfach alles gut und das wird verstanden?
	55	[0:10:25.1] B: (lacht). Alles gut und das verstehen die ja.
	56	[0:10:27.7] I: Okay (lacht). Gab es durch mangelnde Deutschkenntnisse schon Fehlbehandlungen oder Diagnosen, die in eine komplett andere Richtung abgeschweift sind, falsche Medikamenteneinnahmen oder sogar komplett ausgelassene Medikamenteneinnahmen?
..Geringe Gesundheitsaufklä	57	[0:10:47.5] B: Falsche Medikamenteneinnahmen habe ich schon erlebt, aber ich kann mich nur an meine Praxis erinnern. Hier weiß ich nicht. Weil hier ist klar, die Patienten sind meistens schon weniger aufgeklärt und deshalb sagen wir das schon sehr ausführlich. Wie sie es nehmen sollen und wie viel und so. Das kriegt, glaube ich, schon mehr Gewicht, als das vielleicht jetzt in

..Geringe Gesundheitsaufklär

der Praxis mit deutschsprachigen war.

58 [0:11:13.3] I: Da hat die Sprachmittlung wahrscheinlich dann auch einen direkten Einfluss darauf, dass die deren Medikamente richtig einnehmen, wie sie es einnehmen sollen.

59 [0:11:20.2] B: Ja. Also das besprechen wir hier eigentlich immer relativ ausführlich, weil ich weiß, dass das ein Fallstrick sein kann.

60 [0:11:30.3] I: Okay, danke. Dann können wir jetzt direkt rüber zu den kulturellen Faktoren. Was für kulturelle Faktoren können die Diagnosestellung oder Behandlung beeinflussen. Fallen dir da vielleicht sogar Beispiele aus der Praxis ein?

61 [0:11:43.9] B: Heute war hier eine Schwangere, die wollte keine Spekulumuntersuchung haben. Das ist, glaube ich, bei Deutschen sehr selten, zumal die das meistens gewohnt sind. Die war es anscheinend nicht so gewohnt. Das war jetzt nicht so tragisch, habe ich erst mal jetzt vertagt, aber irgendwann muss man das wahrscheinlich machen. Also das zum Beispiel. Da finde ich ist ein Unterschied.

..Scham (+) (+) (+) (+) (+)

62 [0:12:08.6] I: Und was glaubst du was für Gründe dahinterstecken?

63 [0:12:09.6] B: Scham (...). Vielleicht auch, dass man mal eine schlechte Erfahrung gemacht hatte, oder Angst vor Schmerzen. Aber das hatte sie eigentlich noch gar nicht, also das war ihr noch gar nicht zugefügt worden. Deshalb eher Scham.

64 [0:12:20.4] I: Okay. Du bist jetzt eine weibliche Gynäkologin, aber stell dir mal vor, hier wäre ein männlicher Gynäkologe. Meinst du die Patienten hier würden sich behandeln lassen?

..Scham (+) (+) (+) (+) (+)

65 [0:12:27.8] B: Ne vielleicht viele nicht. Das weiß ich nicht so, weil ich die Erfahrung nicht habe. Aber ich kann mir schon vorstellen, dass manche sich da nicht behandeln lassen. Dass das nicht gut wäre.

66 [0:12:37.9] I: Okay. Meinst du, dass es bestimmte Erkrankungen gibt, die eher nicht als Erkrankung angesehen werden oder schambehafet sind?

..Scham (+) (+) (+) (+) (+)

- 67 [0:12:51.8] B: Ja, ich glaube, vieles ist schambehaftet. Wenn man direkt fragt, kriegt man meistens auch eine Antwort. Was weiß ich, ob sie mit dem Mann geschlafen hat oder was weiß ich. Da kriegt man, wenn man nachfragt, auch eine Antwort.
- 68 [0:13:14.3] I: So wie es klingt, werden bestimmte Dinge nicht von selbst geäußert?
- 69 [0:13:15.2] B: Ja, aber das ist ja aber auch in so einer Situation wie hier sowieso nicht so das Setting, wo man jetzt was weiß ich, sexuelle Probleme bespricht oder so.
- 70 [0:13:27.6] I: Verstehe. Und beispielsweise psychische Erkrankungen wird über sowas auch gesprochen. Ist das auch ein Thema in der Frauensprechstunde?
- 71 [0:13:32.5] B: Doch es kommt vor. Aber das macht es ein bisschen hilfloser. Also man ist ein bisschen hilfloser. Man kann ja zumindest wenn/. Mit Deutschen kann man ja zumindest, sagen wir mal, vielleicht klären, worum es geht und manchmal auch schon was dazu sagen oder sie weiterschicken. Das kann man hier mit den Leuten weniger machen.
- 72 [0:14:01.8] I: Und merkst du, dass es vielleicht kulturell behaftete Unterschiede in der Gesundheitswahrnehmung gibt oder auch im Umgang mit der eigenen Gesundheit?
- 73 [0:14:14.2] B: Ja, sagt man ja immer. Man sagt ja immer jetzt mehr den Türkinnen nach, dass die so eher lamentieren und dass es ihnen überall wehtut und sie es nicht so konkretisieren können, wo es wirklich weh tut. Da sind die Deutschen meistens, aber auch nicht alle so ein bisschen klarer, oder wie soll man sagen.
- 74 [0:14:38.3] I: Ich verstehe schon. Und wie ist es mit Medikamenten/. Gut, du hast jetzt vermehrt eher notwendige Medikamente für Schwangerschaften, die rausgegeben werden. Aber siehst du da vielleicht auch Unterschiede zwischen den Patienten, dass die einen eher klagen, dass sie ein anderes Medikament wollen.
- 75 [0:15:21.9] B: Die wollen alle Medikamente. Das ist schon/. Man kann ja kaum mal sagen irgendwie, das kann man bei einer Deutschen vielleicht

..Hoher Arzneimittelkonsum

..Hoher Arzneimittelkonsum

eher sagen und sind vielleicht auch mal froh, wenn sie mal keine Medikamente brauchen. Aber da gehört es, glaube ich mehr dazu, dass sie Medikamente haben müssen, ja.

76 [0:15:38.9] I: Okay, spannend. Und wie versuchst du, die kulturellen Faktoren in der Behandlung zu berücksichtigen. Wenn beispielsweise eine Patientin wie heute sich nicht untersuchen lassen möchte, wie gehst du damit um?

77 [0:15:47.1] B: Ja, ich habe das heute jetzt akzeptiert. Es kommt auch drauf an, ich brauchte sie jetzt nicht unbedingt untersuchen, deshalb konnte man das jetzt vertagen. Oder man sagt, aber beim nächsten Mal, dann kann sie sich auch schon einmal darauf vorbereiten. Unterschiedlich. Je nach Patientin, je nach Situation kann man so pauschal nicht beantworten.

78 [0:16:37.7] I: Okay, also alles situationsbedingt.

79 B: Ja. Oder ich versuche ein bisschen, sie zu überreden, dass es doch nicht wehtut und so weiter, das haben wir auch schon hinter gekriegt.

80 [0:16:40.6] I: Und was meinst du, wie man die Gesundheitsversorgung im Hinblick auf den Umgang mit den kulturellen Faktoren verbessern kann?

..Verbesserungsvorschläge

81 [0:16:59.3] B: Naja, zum Beispiel/. Also wir sind ja eine multikulturelle Gesellschaft. Und wenn jetzt jemand, der aus dem Kulturkreis kommt, es ist ja auch oft so, der Behandelnde oder die Behandelnde ist, dann geht es natürlich oft auch sehr viel besser. Aber die werden auch manchmal ausgenutzt. Ich hatte eine iranische Kollegin, eine Ärztin im Krankenhaus, am Anfang war das so furchtbar, die wurde so von den iranischen Frauen ausgenutzt, dass sie ihre Arbeit gar nicht mehr richtig machen konnte, weil die ihr so viel immer erzählt haben, sie mit eingebunden haben. Das ging gar nicht mehr. Das war schon/. Ja, die waren froh, dass die endlich mal jemanden hatten, die erstens Ahnung hatte und zweitens dann auch noch ihre Sprache sprach und auch noch aussieht wie sie. Das ist mir in lebhafter Erinnerung geblieben. Die musste sich nachher davon distanzieren, das zu machen.

82 [0:18:01.5] I: Ach, also kann es auch Nachteile mit sich bringen.

- 83 [0:18:03.1] B: Ja. Aber für die Patienten ist es natürlich angenehm.
- 84 [0:18:08.7] I: Ja, klar. Zum Vorteil für die Patientin und teilweise ein Nachteil für die Ärztin, ihre Arbeit ordentlich auszuführen, wenn die Grenze nicht richtig gesetzt wird.
- 85 [0:18:17.4] B: Ja, genau.
- 86 [0:18:18.1] I: Okay, spannend, das habe ich auch noch in keinem Interview gehört. Jetzt können wir einmal auf die sprachlichen Faktoren zusprechen kommen. Wie beeinflussen die sprachlichen Faktoren denn die Behandlung und Diagnosestellung hier im XXXXXXXX Wir können vielleicht erst einmal mit der Diagnosestellung beginnen. Gibt es da Punkte, die die Diagnosestellung erschweren können?
- 87 [0:18:43.9] B: Ja, das ist schwer, wenn die Leute einem nicht auf die Frage antworten oder es nicht wissen. Dann ist es ja schwerer, aber ich denke nicht, dass daran jetzt die Diagnose hängt.
- 88 [0:18:53.8] I: Alles klar. Vielleicht sollten wir erst einmal klarstellen, welche sprachlichen Faktoren hier überhaupt aufkommen.
- 89 [0:19:05.3] B: Da kann man ja eigentlich alles sagen, beantworten lassen, sage ich jetzt mal. Ob es dann gefiltert ist, das kann ich ja nicht so beurteilen. Ich kann das ja nicht beurteilen, was die übersetzt. Ich habe schon den Eindruck, wenn wie eine Übersetzerin haben, dass es dann gut läuft.
- 90 [0:19:36.4] I: Und wie ist es mit Fachsprache?
- 91 [0:19:38.9] B: Versuche ich ja schon zu vermeiden. Wobei es ja manchmal witzig ist, weil diese lateinischen Namen, die sind dann manchmal international. Dann verstehen die sie oft besser und direkt.
- 92 [0:19:53.6] I: Und wie ist das mit dem Sprachniveau, wenn ein Patient beispielsweise kein hohes Bildungsniveau hat und selbst auf einfacher Sprache nicht ganz nachvollziehen kann, was da gerade erklärt wird. Wird das dann mehrfach erklärt?

..Anpassung des Sprachr
 ..Fachsprache



..Anpassung des Sprachnive

93 [0:20:05.1] B: Ja. Ich versuche es dann auch mit anderen Worten, wenn ich merke, jemand versteht schlecht. Weil ich habe einmal eine Geschichte gelesen, wo in einem Amt ein Mann diese nicht des Deutschen mächtige Frau immer dasselbe gefragt hat, und sie hat es nicht verstanden. Er hat nicht einmal versucht, es anders auszudrücken. Da hätte sie es wahrscheinlich verstanden. Also das ist mir so in Erinnerung, dass ich dann immer versuche, es zu umschreiben.

94 [0:20:42.3] I: Und das Umschreiben bringt die auch dazu, dass sie es irgendwann nachvollziehen können?

95 [0:20:54.6] B: Ja, irgendwann.

96 [0:21:01.5] I: Und welche Herausforderungen können durch diese sprachlichen Barrieren entstehen, wenn sie nicht direkt verstehen man sagt beispielsweise?

97 [0:21:21.0] B: Ich weiß es nicht, ob sie manchmal unzufrieden sind, wenn sie rausgehen. Weil wir ja nette Übersetzer haben, würde ich eher denken, dass es nicht so ist, aber das könnte ja passieren. Oder ich denke gerade an die Patientin, die Brustkrebs hatte, die immer wieder hier auftaucht und unzufrieden ist, weil sie immer meint/. Sie hat eigentlich nichts Akutes, sie meint, wir versuchen sie immer abzuwimmeln, weil wir nichts machen können für sie. Und sie glaubt uns zum Beispiel nicht, dass die Deutschen auch nicht mehr kriegen in dem Fall. Also, dass die versicherten/. Sie denkt immer, sie ist schlecht behandelt und in Wirklichkeit ist es so, dass wir momentan einfach nicht mehr machen können. Sie muss abwarten, bis dass sich alles ein bisschen beruhigt hat. Das glaubt sie uns einfach nicht und das hat natürlich schon damit zu tun, dass sie in dieser Situation ist, dass sie auch nicht deutsch spricht und denkt, sie wird nicht richtig behandelt.

..Missverständnisse durch K

98 [0:22:18.1] I: Missverständnisse entstehen wahrscheinlich viel mehr durch die Sprachbarrieren, oder?

99 [0:22:24.7] B: Ja. Auch Fantasien, die vielleicht nicht stimmen.

100 [0:22:29.5] I: Okay, ja. Und wie überwindest du solche Sprachbarrieren in der Behandlung?

..Hilfsmittel (+) ([

..Niedrige Bildung [

..Interkulturelle V [

..Sprachniveau [

..Missverständnis [

- 101 [0:22:41.7] B: Ja, da ist es schwierig (...). Ich versuche das zu erklären. Irgendwann muss man das dann aber auch irgendjemanden abschneiden und sagen, jetzt ist die Zeit rum, wenn das schon eine halbe Stunde geht oder eine dreivierteil Stunde man nichts machen kann, also nichts daraus erfolgt, dann muss man auch jemanden wegschicken. Das ist dann auch traurig, aber/.
- 102 [0:23:06.9] I: Ja. Du hast ja vorhin schon beschrieben, dass du durch Umschreibungen versuchst, den Patienten das Nicht verstandene noch mal zu erklären. Was ist, wenn das mit der Sprache gar nicht gelingt, dass sie es verstehen. Greifst du da zu anderen Mitteln, um sie aufzuklären?
- 103 [0:23:17.9] B: Ja. Wir haben hier diese Zeichnungen, die können wir nehmen, das ist schon einmal ganz gut. Heute war ja das Phänomen, da hatte eine ältere Frau so ganz kleine Myome, spielt überhaupt keine Rolle für sie in dem Alter, ganz winzig. Dann, als ich das aber dann sagte mit den Myomen, sagte mir die Dolmetscherin, wenn man da Myome sagt, dann denken die immer gleich an Krebs. Das war es aber natürlich gar nicht. Dann habe ich fünfmal oder was gesagt, das ist harmlos und hat damit nichts zu tun. Das war sowas wo ich sagen würde, das wäre ein sprachliches Missverständnis.
- 104 [0:24:10.4] I: Wenn wir jetzt an Menschen ohne Krankenversicherungsschutz denken, meinst du, dass es da eine höhere Relevanz gibt, dass in solchen Einrichtungen Sprachmittler*innen vorhanden sind?
- 105 [0:24:22.6] B: Ja, weil ich glaube, es sind ja viele die bildungsmäßig geringer dran sind als die meisten Deutschen sage ich jetzt mal. Doch, ich glaube, das ist ganz wichtig. Die können auch manchmal die Relevanz gar nicht beurteilen, das ist anders. Also die können gar nicht beurteilen, ob das, was sie haben, relevant ist oder nicht relevant ist, oft nicht so gut unterscheiden. Die Gesundheitskompetenz ist kleiner, ja.
- 106 [0:25:09.8] I: Ja, das wäre dann auch schon der Abschluss. Meine letzte Frage wäre, ob du noch etwas hinzufügen möchtest. Einen Aspekt oder eine Fragestellung, die wir noch gar nicht besprochen haben.
- 107 [0:25:23.2] B: Naja, eigentlich ist ja erstrebenswert, dass die Leute in die normale Versorgung kommen, das ist klar. Und das ist das eine, das müsste auch möglich sein. Auf der anderen Seite hat es

mir in der Praxis auch nicht ausgemacht, wenn ich da eine Person hatte, die kein Geld dagelassen hat. Also, das kann man auch schaffen. Man muss sich auch nicht anstellen, wenn man es zumindest mal macht. Aber trotzdem finde ich es ganz toll, dass es hier diese Einrichtungen auch gibt, weil das ja noch mehr ist als nur die Medizin. Das ist ja auch Beratung und so weiter. Ist schon großartig.

108 [0:26:11.8] I: Ja gut. Danke für deinen Beitrag. Dann ist es auch das Ende des Interviews. Danke für deine Teilhabe wird mir sicherlich sehr weiterhelfen.

109 [0:26:21.6] B: Gerne.

- 1 [0:00:00.0] **Einfache Transkription nach Dresing & Pehl**
- 2 Interviewer*in: Demet Aba
Hamburg, 31.05.2023
- 3 Befragte Person: 1WS
- 4 I: Herzlich willkommen zum Interview. Danke, dass du dir die Zeit genommen hast. Durch das Informationsblatt hast du schon deinen ersten Eindruck bekommen, worüber wir das Interview führen werden. Ich möchte dir trotz dessen noch einmal mündlich erklären, worum es in diesem Interview geht und welches Ziel meine Forschungsarbeit hat (...). Und zwar werde ich demnächst meine Bachelorarbeit schreiben, um mein Studium in den Gesundheitswissenschaften zu beenden. Ich möchte gerne eure Erfahrungen als Sprachmittler*innen und Ärzt*innen hier in der Einrichtung sammeln dazu, wie die Sprachmittlung während medizinischer Behandlungen die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten bei Menschen ohne Krankenversicherung beeinflusst. Dabei werde ich auch kulturelle Faktoren mit einschließen, weil viele unserer Patienten nicht deutschstämmig sind. Mein Ziel ist es, genau diese Fragestellung anhand von Ergebnissen aus Interviews zu beantworten. (...). Noch mal zu deiner Information, dass Interview wird aufgezeichnet, damit ich es im Nachhinein transkribieren kann. Die Einverständniserklärung hast du ja bereits unterschrieben. Du kannst dein Einverständnis aber jederzeit wieder zurückrufen. Ist bis jetzt alles klar und verständlich?
- 5 [0:01:03.2] B: Ich habe alles verstanden und habe bis jetzt noch keine Fragen (lacht).
- 6 [0:01:10.4] I: Als erstes habe ich allgemeine Fragen zu deinen beruflichen Hintergründen und deinen Sprachkenntnissen. Zuallererst, welche Sprachkenntnisse hast du?
- 7 [0:01:22.7] B: Meine Muttersprache ist bulgarisch. Deutsch, Niveau B2 und Englisch gute Kenntnisse, aber nicht perfekt. Und ich verstehe auch Russisch, Mazedonisch, Serbisch, weil sie sind, ein bisschen ähnlich wie bulgarisch.
- 8 [0:01:38.5] I: Alles klar, danke. Meine nächste Frage wäre, wie lange du den Beruf als Sprachmittlung schon ausübst und welche Arbeitserfahrungen du in dem Bereich hast? Wo hast du bereits gearbeitet?

<ul style="list-style-type: none"> ..Sprachmittlungskurs ..Private Erfahrungen ..Arbeitserfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> 9 	<p>[0:01:49.9] B: Ich habe einen Sprachmittlungskurs für einen Monat besucht mit Zertifikat. Erfahrungen habe ich aber schon vor der Arbeit im [REDACTED] gehabt, weil ich manchmal für Freunde übersetzt habe beim Arzt oder in der Schule. Zurzeit ich bin auch Sprachmittlerin bei der [REDACTED] in Hamburg, im [REDACTED] und bei [REDACTED]</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 10 	<p>[0:02:03.5] I: Okay (...), das heißt du arbeitest bei mehreren Stellen als Sprachmittlung?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 11 	<p>[0:02:11.1] B: Ja.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Erfahrungen Sprachmittler 	<ul style="list-style-type: none"> 12 	<p>[0:02:13.8] I: Spannend. Das heißt, du hast keinen richtigen Sprachmittlungskurs abseits vom einmonatigen Dolmetscherkurs gemacht, kannst bulgarisch aber als Muttersprache und deshalb kannst du hier übersetzen?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 13 	<p>[0:02:20.3] B: Genau.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Arbeitserfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> 14 	<p>[0:02:22.5] I: Und seit wann arbeitest du hier in der Einrichtung?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 15 	<p>[0:02:27.2] B: Seit einem Jahr. Also Mai 2022.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 16 	<p>[0:02:33.6] I: Okay. Du hast eben erwähnt, dass du vor deiner Tätigkeit bereits für Freunde übersetzt hast, auch bei Arztbesuchen, wenn ich das richtig verstanden habe?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 17 	<p>[0:02:39.4] B: Ja.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 18 	<p>[0:02:41.9] I: Und hier in dieser Praxis bist du ja seit einem Jahr. Wie erlebst du die Zusammenarbeit mit den Ärzten in dieser Praxis?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ..Geduld und Akzeptanz ..Direkte Kommunikati ..Geduld und Akzeptan ..Unbekannte medizini 	<ul style="list-style-type: none"> 19 	<p>[0:02:52.4] B: Die Arbeit mit diesen Ärzten ist sehr leicht, weil sie erwarten von mir nicht perfekten deutsch zu sprechen. Sie erzählen alles in Ruhe (...), deutlich und wenn es ist nötig, auch mehrmals. Sie sind auch einverstanden, wenn ich kann nicht alles übersetzen (...), zum Beispiel spezielle Wörter in medizinischer Terminologie. Aber ja (...), ich benutze auch Wörterbuch in Handy und kann den Ärzten helfen, die Patienten zu verstehen.</p>

..Unbekannte medizinische

..Vertrautheit und Sicherheit

- 20 [0:03:21.6] I: Gab es aber auch Herausforderungen in Bezug zu der Kommunikation mit den Ärzten?
- 21 [0:03:30.7] B: Nein. Gar nicht.
- 22 [0:03:33.5] I: Das ist ja gut.
- 23 [0:03:35.5] B: Mit Patienten ja, aber mit Ärzten nicht (lacht).
- 24 [0:03:40.5] I: Darauf kommen wir noch zu sprechen (lacht). Wie gehst du mit den Situationen um, wo du medizinische Wörter nicht kannst und die Wörter nicht direkt im Wörterbuch findest?
- 25 [0:03:49.1] B: Ich erzähle das mit anderen Wörter.
- 26 [0:03:52.7] I: Ach okay, du umschreibst es also.
- 27 [0:03:56.4] B: Zum Beispiel ich habe ein Beispiel. (...). Eine türkische Sprachmittlerin war drin mit Patient, aber die Patient weiß nicht, wie heißt diese Krankheit auf Türkisch, nur auf Bulgarisch. (...). Und ich wusste auch nicht, wie heißt das auf Deutsch, aber ich habe mit andere Worte Ärztin erzählt und sie hat sofort gesagt wie heißt diese Krankheit. (...). Und danach ich habe geguckt in Wörterbuch und das war richtig (lacht).
- 28 [0:04:49.3] I: Verstehe (lacht). Genau, das war der Teil zu deinen Erfahrungen und deinem beruflichen Hintergrund. Jetzt gehen wir rüber auf die Diagnosestellung und Behandlung. Und zwar will ich wissen, welche Herausforderungen treten während der Sprachmittlung auf? Also wie beeinflusst deine Sprachmittlung die Diagnosestellung und Behandlung von den Patienten?
- 29 [0:05:58.5] B: Wenn ich übersetze, sind die Patienten in Ruhe. Wenn jemand eigene Sprache spricht, sie machen sich weniger Sorgen mit Diagnose. (...). Zum Beispiel es gab eine Frau, die viele Sorgen für Impfung gemacht hat. (...), sie hat geweint und hat meine Hände gehalten und hat geweint. Sie fühlt sich mehr sicher und mehr Ruhe, wenn jemand, der sie verstehen kann, dableibt. (...). Sie machen sich Sorgen, wenn sie alleine mit Arzt sprechen.

	30	[0:07:13.3] I: Gibt es noch weitere Aspekte, die dir jetzt einfallen, außer der höheren Sicherheit, die die Patienten durch die Sprachmittlung verspüren?
..Verbessertes Verständn	31	[0:07:23.2] B: Ja. Das ist wichtig, Arzt und Patient können verstehen, worum gehts. (...). Und sie können mehr glauben vom Arzt. Auch die Medikamente können richtig genommen werden und sie verstehen, wofür sind die Medikamente. (...). Und in Bulgarien kann man zum Beispiel starke Medikamente für Schmerzen ohne Rezepte kaufen. Und Sie verstehen nicht, warum braucht man hier Rezepte. (...). Und das ist mehrmals passiert, dass Arzt mich gefragt hat, warum haben Patienten diese Medikamente. Ich habe gesagt, sie haben das hier gekauft. Das spricht ein bisschen für Mentalität aus Bulgarien. Ich habe selbst in Bulgarien gelebt und ich verstehe Mentalität von solche Leute. (...). Zum Beispiel in Bulgarien ist es ganz normal, dass alle Leute bei Erkältungen von Arzt Antibiotikum kriegen. Aber hier ist nicht so. Und sie fragen hier immer, wieso sie bekommen keine Antibiotikum bei Erkältung von Arzt.
..Medikamenteneinnahme		
..Verbessertes Verständn		
..Interkulturelles Verständn	32	[0:09:02.1] I: Ach, spannend dieser Unterschied. Was ich jetzt rausgehört habe, ist das durch dich mehr Aufklärung und Sicherheit im Raum ist. Du findest durch das Gespräch heraus, ob Dinge nicht verstanden oder falsch verstanden worden sind und kannst so für eine bessere Aufklärung sorgen, ist das richtig? Wenn nicht, korrigiere mich bitte.
..Hoher Arzneimittelkonsi		
..Verbessertes Verständnis/	33	[0:09:15.9] B: Genau. Richtig.
	34	[0:09:19.7] I: Alles klar. Passend dazu, dass du schon auf die Mentalität eingegangen bist, kommen wir jetzt zu den kulturellen Faktoren. (...). Was glaubst du, welche kulturellen Faktoren gibt es, die die Diagnosestellung und Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz beeinflussen? Ich würde mich freuen, wenn du weitere Beispiele aus der Praxis, ähnlich wie das mit dem Antibiotikum nennen könntest.
..Tabus (+) (+) (+)	35	[0:09:49.2] B: Okay, ich sage Beispiel. Normalerweise alte Leute, aber nicht so alte in Bulgarien, die Frauen gehen nicht beim Frauenarzt. Das ist ein Tabu. Das war früher Tabu. Letztes Mal war eine Frau hier, sie ist 50 Jahre alt. Und sie hat erzählt, dass sie jetzt 50 Jahre alt und sie hat ihr Baby mit 22 Jahre alt bekommen. Seit Baby geboren, sie war nie beim Frauenarzt. Und ich hab auch in Bulgarien das gehört von alte Frauen, das hört sich nicht gut, wenn die Frauen gehen beim Frauenarzt. (...). Verstehst du?
	36	[0:10:59.6] I: So wie ich das verstanden habe, ist es Tabu zum

		Frauenarzt zu gehen, weil die Personen sonst einen schlechten Ruf haben?
..Tabus (+) (+) (+)		
	37	[0:11:11.4] B: Ja, genau. Schlechten Ruf.
	38	[0:11:17.5] I: Okay. Und Sie ist ja jetzt hier das erste Mal zum Frauenarzt nach 28 Jahren gekommen, wie war der Besuch?
	39	[0:11:33.1] B: Sie hat sich Sorgen gemacht, ob sie sich ausziehen muss und ob das peinlich ist. (...). Sie hat sich geschämt.
..Scham (+) (+) (+) (+) (+)	40	[0:11:47.3] I: Konnte die Ärztin ihre Untersuchungen ohne Probleme durchführen?
..Verbessertes Verständn	41	[0:11:59.8] B: Ja. Die Diagnose konnte zum Schluss gestellt werden. Erst mal sie wollte sich nicht ausziehen wegen Scham. Ich musste ihr aber vorher erst mal erzählen, dass es ist sehr wichtig, sich untersuchen zu lassen. Dann hat sie das gemacht. Weil sie hat mir erzählt sie hatte, als sie jung war eine Diagnose, eine Zyste. Aber sie weiß nicht was ist passiert danach (...). Und 30 Jahre sie weiß nicht was ist passiert und jetzt Ärztin sieht eine Zyste und fragt, seit wann ist das da. Die Patientin konnte nicht antworten und sagt, weiß sie nicht. Vor 30 Jahre sie hatte eine Zyste und ob das ist das gleiche, weiß sie nicht. Das ist schwierig auch für die Ärztin. Das ist auch noch ein Problem, sie kommen beim Arzt nur wenn sie starke Schmerzen haben und manchmal ist das zu spät. Und zu männliche Frauenarzt würden Sie auch nicht gehen.
..Tabus (+) (+) (+)	42	[0:14:07.9] I: Die Patienten besuchen also keine vorsorge Untersuchungen, sodass Krankheiten sich weiterentwickeln? Und was ist, wenn der Arzt, wo sie hingehen, männlich ist, ohne dass sie es vorher wissen.
..Scham (+) (+) (+) (+)	43	[0:14:19.4] B: Ja, vorsorge machen sie nicht. Entweder weil sie Scham haben oder keine Lust haben. Bei Mann sie würden sich nicht untersuchen lassen. Nicht alle, aber viele. Wegen Scham von ausziehen und sich gehört das nicht.
..Scham (+) (+) (+) (+)		
..Tabus (+) (+) (+)	44	[0:14:29.6] I: Glaubst du, das hat aber auch einen kulturellen Grund, dass diese Patienten bei leichten Schmerzen nicht zum Arzt gehen, sondern erst bei starken Beschwerden?

- 45 [0:14:41.1] B: Ja. In Bulgarien man muss immer zahlen beim Arzt. Egal ob er versichert oder nicht ist. (...). Ich spreche jetzt für Bulgarien. Wenn man krankenversichert ist, zahlt man weniger Geld für Hausarzt. Aber wenn man braucht eine richtige Arzt, Facharzt, er muss bei Privatpraxis gehen und bezahlen. (...). Und ja, ich meine deswegen die Leute gehen beim Arzt zu spät.
- 46 [0:16:29.2] I: Ich habe jetzt insgesamt rausgehört, dass Patienten die entweder aus Scham, Tabuisierung oder aus Angst vor hohen Arztkosten nicht zum Arzt gehen und der Krankheitsverlauf dadurch verschlimmert wird, weil sie sich nicht behandeln lassen. Ist das so richtig?
- 47 [0:17:05.8] B: Richtig.
- 48 [0:17:08.2] I: Und wie glaubst du kann Gesundheitsversorgung und die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Sprachmittler*innen in Bezug auf kulturelle Faktoren verbessert werden?
- ..Verbesserungsvorschläge { 49 [0:17:22.6] B: Mit weniger Verurteilung und offener sein. (...). Kulturelle unterschied muss akzeptiert werden. (...). Wenn ich für meine Freunde beim Arzt übersetzt habe, die meisten Arzthelferinnen am Empfang sind nicht damit einverstanden, dass diese Person braucht Hilfe mit Sprache. Ich hatte ein paar Probleme mit Empfang in Praxis bei Begleitung und das nervt mich auch. Ich habe auch oft gehört sie können nicht übersetzen, sie schaffen das nicht. Wenn ich dann bei Arzt drinnen bin und übersetze in gleiche Praxis, Arzt ist total nett und total dankbar, dass ich hier war.
- ..Verbesserungsvorschläge {
- 50 [0:18:45.2] I: Das war eine schöne Antwort zum Ende der kulturellen Faktoren. Jetzt kommen wir zu den sprachlichen Faktoren. Was glaubst du wie die sprachlichen Faktoren die Diagnosestellung und Behandlung von den Patient*innen hier beeinflussen?
- 51 [0:19:20.3] B: Was genau sind sprachliche Faktoren?
- 52 [0:19:42.7] I: Zum Beispiel die Sprachkenntnisse einer Person, das Sprachniveau, Fachbegriffe (...) oder auch unterschiedliche Sprachgebräuche zählen dazu. Verstehst du?
- ..Fachsprache { 53 [0:19:59.8] B: Ja verstanden, danke. Normalerweise in Deutschland alle Krankheiten hat ein eigene Name. Aber in Bulgarien fast alle Krankheiten sind auf Griechisch wie in Medizin. Alle Ärzte verstehen, was Patient sagt, aber ich dann nicht immer. (...). Zum Beispiel hat eine

..Fachsprache	}	Patientin einmal gesagt Psoriasis, ich habe das nicht verstanden, aber Arzt hat das verstanden. Auf Deutsch heißt diese Krankheit (...) Schuppenflechte. Arzt versteht beides direkt.
		54 [0:21:23.9] I: Verstehe, wenn du einige medizinische Fachbegriffe nicht kennst, der Patient sie aber kennt, fällt dir die Sprachmittlung natürlich schwer. Dann habt ihr in dem Moment unterschiedliche Sprachkenntnisse, die die Kommunikation erschweren. Fallen dir weitere Beispiele ein?
..Tabus (+) (+) (+)	}	55 [0:21:55.6] B: Entschuldigung, wenn ich andere Thema sage, aber eine kulturelle Beispiel mir ist noch eingefallen. Einmal war eine Frau hier, die hat gesagt beim Arzt drin, dass sie hat versucht sich selbst zu töten, weil sie Corona krank war und sich Sorgen gemacht hat, dass sie kann nicht schmecken und nicht riechen und hat sich Sorgen gemacht das sie kann sterben. Deshalb sie wollte sich selbst töten aus Angst. Aber der Arzt hat gesagt alles gut, das geht mit der Zeit weg und wird besser. Der Arzt hat sich sofort Sorgen gemacht und war bereit sofort eine Psychologe anzurufen und mit diese Frau zu sprechen. Aber das ist in Bulgarien Tabu. Wenn man bei Psychologe geht in Bulgarien andere Menschen denken er ist verrückt. Wenn du sagst ich brauche eine Psychologe du bist 100% verrückt. Sie machen keinen Unterschied zwischen Psychologe besuchen und Psychiatrie besuchen.
		56 [0:22:34.1] I: Danke für das Beispiel, das ist auf jeden Fall sehr heftig. Noch mal zurück zu den sprachlichen Barrieren, die ich dir eben erklärt habe. Was fällt dir am häufigsten dazu auf, wenn du während medizinischen Behandlung die Sprachmittlung übernimmst? Also was für sprachliche Barrieren treten oft auf, wenn du mit den Patient*innen kommunizierst?
		57 [0:22:53.1] B: Ich habe keine Barriere auf bulgarisch, aber Sie haben.
		58 [0:22:59.6] I: Was für welche?
		59 [0:23:02.8] B: Sie von diese Regionen die Türkisch sprechen und Sie kann nicht gut verstehen normales bulgarisch. Entweder sie haben vergessen oder es gibt mehr Leute, die keine Schule besuchen haben. Und Sie können nicht schreiben und lesen. Sie können nicht verstehen. Wenn ich erkläre, was, obwohl wir dieselbe Sprache sprechen, Sie verstehen nicht immer. Nicht alle, aber manche.
		60 [0:23:34.5] I: Was meinst du, womit das zusammenhängt, dass Sie dich nicht verstehen?

..Niedrige Bildung ..Sprachniveau	[61	[0:23:40.2] B: Bildung. Viele verstehen nicht, weil Sie nicht Schule gegangen sind. Sie können nicht schreiben und lesen. Kennen Fachbegriffe nicht immer, nur einfache Sprache. Wie nennt man das? (...). Anderes Sprachniveau ich glaube.
		62	[0:23:59.6] I: Ja genau, anderes Sprachniveau. Das mit den Fachbegriffen hattest du auch schon im Beispiel mit der Schuppenflechte und Psoriasis genannt. Gibt es auch sowas wie unterschiedliche Sprachgebräuche, (...) regional bedingt zum Beispiel, die dazu geführt haben, dass du den Patienten nicht verstehst?
..Dialekte und Sprachgebrauch	[63	[0:24:32.1] B: Ja, gibt es. Auch andere Dialekte durch verschiedene Region. Das ist manchmal schwer zu verstehen. Aber ich sehe das als hilfreich an, weil ich kann, so mehr lernen. (...). Diese Worte ich lerne nicht in der Schule, die lernt man auf der Straße.
		64	[0:24:55.5] I: Ja schön, dass du diese Schwierigkeit als etwas Positives siehst, wo du auch was für dich mitnehmen kannst. Gibt es noch irgendwelche Beispiele, die dir jetzt noch einfallen, in denen die sprachlichen Faktoren die Diagnosestellung und Behandlung beeinflusst haben?
..Medikamenteneinnahme	[65	[0:25:32.7] B: Es gab eine Frau, die musste nur einmal ein Medikament nehmen, aber sie hat jeden Tag das genommen und sie fühlt sich nicht gut und sie hat hier gesagt, nein ich hab von hier das gehört, dass ich muss jeden Tag das nehmen. Aber in Dokumentation steht einmal in Woche. Sie verstehen falsch.
		66	[0:25:59.1] I: Das heißt, es können schnell Behandlungsfehler entstehen durch falsche Medikamenteneinnahmen. Das ist auf jeden Fall eine sehr wichtige Info, danke für das Beispiel. Das zeigt auch wieder die Wichtigkeit von Sprachmittler*innen bei der medizinischen Behandlung. Ich meine, bei bestimmten Erkrankungen kann die Fehleinnahme ja sogar tödlich enden.
..Medikamenteneinnahme	[67	[0:26:23.6] B: Ja. Einige nehmen auch gar nicht, zu viel oder zu wenig (...). Andere Beispiele fallen mir nicht ein. Wenn mir einfallt, sage ich noch.
		68	[0:26:45.4] I: Alles klar, danke dir. Wenn du solche Sprachbarrieren hast, weil die Person einen anderen Dialekt spricht oder weil die Person nicht auf einem hohen Niveau sprechen kann, wie gehst du damit um? Also was wendest du an, damit die Person dich versteht?

	69	[0:27:13.8] B: (...). Zurzeit hatte ich keine solche Problem, weil ich kann mit Leute sprechen, ich habe viele Erfahrungen mit viele Leute zu sprechen und ich verstehe Niveau von denen.
	70	[0:27:23.4] I: Okay, anders gefragt. Wenn ein Arzt zum Patienten sagt, Sie haben Psoriasis, wie hilfst du dem Patienten, dass er das versteht?
..Unbekannte medizinische	71	[0:27:32.5] B: Ich sage auf bulgarisch/. Für Psoriasis, das ist gleich. Aber zum Beispiel das Wort „Schilddrüse“. Wir haben zwei Wörter in Bulgarien. Eine Wort benutzt nur in mündlichen Gesprächen, aber er ist mehr bekannt als andere. Ich hatte diese Beispiel mit eine Frau und sie kann mich nicht verstehen. Ich habe gesagt, das heißt auf Bulgarisch, das heißt, das heißt. Und dann, ich habe gemerkt, es gibt noch ein Wort, dann habe ich gesagt das Wort und sie hat direkt verstanden. Sie hat sich vorher Sorgen gemacht, dass sie was ganz Schlimmes hat.
..Vertrautheit und Sicherl		
	72	[0:28:34.1] I: Das heißt, entweder du umschreibst das Gesagte, oder überlegst, ob es noch ein anderes Wort geben könnte, richtig?
..Unbekannte medizinische	73	[0:28:43.7] B: Ja. Wenn ich sehe, dass Patient versteht das nicht, ich fange an in Gedanken was anderes zu finden, zu erklären.
	74	[0:28:55.1] I: Okay, verstanden. Dann sind wir schon fast am Ende angekommen. Gibt es noch weitere Aspekte oder Fragen, die du in Bezug auf das Thema erläutern möchtest? Zu den Barrieren oder hast du noch weitere Beispiele?
	75	[0:29:07.8] B: Jetzt fällt mir nichts ein (...).
	76	[0:29:11.5] I: Alles gut. Zusammenfassend siehst du also bei den kulturellen Faktoren ganz viel Scham und Tabu Themen.
	77	[0:29:17.1] B: Ja.
	78	[0:30:14.3] I: Und auch das man die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnimmt. Bei den sprachlichen Faktoren meinstest du, dass regional unterschiedlich geredet werden kann und dass andere Dialekte vorhanden sind, aber das löst du dann, indem du die Sachen umschreibst. Und dann hatten wir noch (...), Moment (...), Ja die

Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen läuft ja ganz gut, meinstest du.

..Schuldzuweisungen

- 79 [0:30:49.7] B: Eine andere Beispiel habe ich noch. Es gibt manchmal Leute, die wenn ich sage Diagnose auf bulgarisch, sie meinen, das ich habe Schuld. Oder wenn ich sage Arzt macht diese Therapie nicht oder gibt diese Medikament nicht. Sie versteht nicht, dass ich nur übersetze. Wenn ich das auf bulgarisch sage, das heißt, ich habe das gesagt. Es gibt Leute, die können nicht das verstehen.
- 80 [0:31:20.2] I: Das heißt, du kriegst den ärger ab zu den Dingen, die eigentlich der Arzt äußert. Das ist dann wahrscheinlich sehr herausfordernd für dich in der Kommunikation mit dem Patienten damit umzugehen?
- 81 [0:31:34.2] B: Ja.
- 82 [0:31:47.9] I: Alles klar. Dann wars das auch schon mit unserem Interview. Ich fand das Gespräch mit dir sehr angenehm und auch sehr interessant, über was für Erfahrungen du berichtet hast. Noch mal vielen Dank für deine Teilnahme, das wird mir sehr weiter helfen. Wenn du sonst noch Fragen hast, könntest du Sie jetzt noch äußern.
- 83 [0:32:15.3] B: Nein, ich habe keine Fragen mehr (lacht).
- 84 [0:32:20.1] I: Okay, vielen Dank noch mal (lacht).
- 85 [0:32:23.6] B: Gerne (lacht).

10/10

1 [0:00:00.0] **Einfache Transkription nach Dresing & Pehl**

2 Interviewer*in: Demet Aba
Hamburg, 07.06.2023

3 Befragte Person: 2WS

4 I: Herzlich willkommen zu meinem Interview für meine Bachelorarbeit. Wie du aus dem Informationsblatt schon entnommen, möchte ich deine Erfahrungen als Sprachmittlerin hier in der Praxis erfragen, um zu erfahren, wie sich die Sprachmittlung auf die Behandlung und Diagnosestellung auswirkt. Dadurch, dass hier vor allem Patienten mit Migrationshintergrund sind, möchte ich dabei kulturelle Faktoren berücksichtigen. Meine erste Frage wäre, was sind deine Sprachkenntnisse?

5 [0:00:17.2] B: Türkisch und Deutsch.

6 [0:00:20.5] I: Und wie lange übst du den Beruf als Sprachmittlerin aus und in welchen Bereichen hast du schon gearbeitet?

..Arbeitserfahrung { 7 [0:00:29.4] B: Seit ungefähr 3 Jahren mache ich die Sprachmittlung in den Bereichen Türkisch und Deutsch übersetzen beispielsweise bei Ärztebegleitungen.

8 [0:00:46.3] I: Machst du das nur hier in der Einrichtung, oder gibt es noch andere Orte, wo du aktiv bist?

..Arbeitserfahrung { 9 [0:00:51.0] B: Genau, ich bin noch in anderen Projekten tätig. Beispielsweise bei den Inselmüttern in Wilhelmsburg und Veddel.

10 [0:00:59.4] I: Okay, alles klar. Und wie lange bist du in dieser Praxis hier tätig?

..Arbeitserfahrung { 11 [0:01:06.7] B: Hier schon jetzt knapp sieben Monate.

12 [0:01:07.7] I: Super, das ist eine gute Zeitspanne. Du kannst wahrscheinlich schon von einigen Erfahrungen berichten.

13 B: Auf jeden Fall.

14 [0:01:12.2] I: Hast du dafür, dass du hier Sprachmittlerin bist einen Kurs belegt? Oder darfst du die Sprachmittlung auch ohne Kursteilnahme durchführen, weil es deine Muttersprache ist?

..Sprachmittlungskurs	15	[0:01:22.6] B: Tatsächlich habe ich auch Sprachkenntnisse damals von meinen Eltern mitbekommen, aber tatsächlich mache ich das jetzt seit drei Jahren. Ich habe einen Kurs belegt bei den Inselmüttern und darüber hinaus habe ich ein Zertifikat bekommen. Durch die Inselmütter bin ich auch auf das XXXXX gekommen. [0:01:46.0]
	16	[0:02:02.3] I: Ach Okay (lacht). Ja gut. So jetzt habe ich Fragen zu deinen Erfahrungen als Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Spezifisch jetzt auf diese Praxis bezogen.
	17	B: Okay.
	18	I: Wie erlebst du die Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen. Also was glaubst du, welche Rolle spielst du als Sprachmittlerin in einem Raum während einer medizinischen Behandlung?
..Sprachbrücke	19	[0:02:16.3] B: Also meine Rolle ist natürlich, so wie ich das fühle seit den ersten sieben Monaten, in der ersten Zeit musste ich erst mal ankommen. Jetzt empfinde ich meine Rolle als die Brücke zwischen den Ärzten und den Patienten, die Sprachbarriere überwinden zu lassen. Also ist schon ne wichtige Rolle, sage ich mal (lacht).
	20	[0:02:35.3] I: Das stimmt (lacht). Und gab es auch Situationen, wo die Arbeit mit den Ärzt*innen zusammen nicht so gut funktioniert hat? Gab es Herausforderungen?
..Rückfragen an Arzt/Ärztin	21	[0:02:45.2] B: Tatsächlich habe ich immer nachgefragt, natürlich wegen den Fachbegriffen. Sozusagen Okay, ich kann zwar Türkisch, aber ich bin ja hier in Deutschland geboren, da kann man mein Türkisch jetzt nicht so perfekt erwarten. Daher frage ich noch mal nach, wie kann ich diesen Fachbegriff am besten in Türkisch übersetzen. Entweder die Ärzte, die haben mir immer sehr gut geholfen, wenn ich gefragt habe, könnten sie es mir vielleicht konkreter beschreiben, damit ich es auch in Türkisch besser übersetzen kann. Das hat auch richtig gut funktioniert und falls nicht, hatte ich dann in dem Moment mein Lexikon, sodass ich es selbst besser übersetzen konnte.
..Direkte Kommunikati		
..Unbekannte medizini		
..Geduld und Akzeptan		
	22	[0:03:34.4] I: Haben die Ärzte auch positiv reagiert in solchen Momenten?
	23	[0:03:38.6] B: Ja (lacht).
	24	[0:03:44.0] I: Das ist toll. Ich hätte einmal noch mal eine allgemeine Frage. Was glaubst du unterscheidet dich als ehrenamtliche Sprachmittlerin bzw. mit deinem durchlaufenen Kurs, von einer Laiensprachmittlung? Wenn ich jetzt beispielsweise zum Arzt gehe und kein Deutsch sprechen kann und deshalb meine Schwester zum Übersetzen mitnehme. Was wäre da der Unterschied zwischen dir und meiner übersetzenden Schwester?

..Private Erfahrungen	25	[0:04:00.0] B: Ich finde erst mal inwieweit die Geschwister oder/. Also ich kann jetzt von mir ein Beispiel geben. Als ich 15 oder 16 Jahre alt war, da habe ich schon meine Eltern beim Arzt begleitet und da haben sie mich gebeten zu übersetzen. Ich fand das damals nicht so schön. Erstens ist es meine eigene Mutter und wenn sie eine bestimmte Krankheit hatte und das noch mal zu übersetzen, natürlich habe ich das auch gemacht, aber das tat schon weh. Und nicht das ich jetzt die Sprache nicht konnte damals, aber ob ich das genau wollte, das war noch mal die Frage. Aber jetzt momentan, wo ich diesen Kurs durchlaufen habe, ist es kein Problem für mich, für eine fremde Person zu übersetzen. Aber mit der Familie damals, das war schwierig. Bei fremden kann man sich wenigstens abgrenzen.
	26	[0:05:14.5] I: Bist du der Meinung, dass du bei Fremden die Sprachmittlung objektiver durchführen kannst. Also das du beispielsweise viel mehr Informationen preis gibst, als Verwandte es tun?
	27	[0:05:43.5] B: Ich als Sprachmittlung erwähne alles wortwörtlich, was die Patienten sagen. Bei Verwandten ist es oft so, dass sie Informationen aus Scham nicht übersetzen oder weil sie denken, diese Information ist nicht so wichtig. Deshalb finde ich es viel besser, wenn keine Verwandten dasitzen, sondern wir. Und auch keine Kinder denke ich, weil erstens die Last zu hoch ist und zweitens sie nicht alles verstehen können. Wenn jemand in der Praxis als Sprachmittlung da ist, dann sollten die auch bevorzugt werden.
	28	[0:06:09.9] I: Spannend danke für die Info. Das wars dann auch mit meinen Fragen zu dem Hintergrund, jetzt kommen wir schon zum allgemeinen Thema, und zwar die Diagnosestellung und Behandlung. Da interessiert mich, was für Herausforderungen auftreten. Also wie beeinflusst deine Sprachmittlung die Behandlung und Diagnosestellung bei Patient*innen ohne Krankenversicherungsschutz?
..Verbessertes Verständnis/	29	[0:06:44.5] B: Erstens ist durch die Sprachmittlung mehr Aufklärung im Raum. Zweitens, natürlich sitze ich dabei und es wird etwas erzählt über die Diagnose, also der Arzt erzählt dem Patienten etwas und wenn Patienten dies gar nicht verstehen, wie sollten sie es dann überhaupt einordnen? Der Patient wurde jetzt behandelt und der Arzt erzählt dem etwas darüber, aber sie verstehen es doch gar nicht. Wenn der Patient das jetzt nicht versteht, dann kann man auch die Medikamente weitergeben und sagen, das nimmst du ein, morgens und abends einmal, aber wie gesagt, wenn der das ja gar nicht versteht, ist es noch mal sehr sehr wichtig, die Sprachmittlung zu machen und dann halt mit einem sicheren Gefühl wieder aus dieser Praxis nach Hause zu gehen.
..Vertrautheit und Sicherl	30	[0:07:43.3] I: Das heißt, durch dich folgen einfach eine bessere

			Aufklärung und auch so wichtige Aspekte wie Medikamenteneinnahmen können durch deine Sprachmittlung richtig erfolgen, ist das korrekt?
..Medikamenteneinnahme	}	31	[0:07:55.8] B: Ja, auf jeden Fall. Medikamente können nicht nur richtig eingenommen werden, sondern die Info, wozu das jetzt überhaupt eingenommen werden muss, kommt beim Patienten an. Das ist ja auch sehr wichtig. Es wird verstanden, warum der Arzt oder die Ärztin das Medikament verschreibt und wofür dieses Medikament ist. Das ist wirklich sehr sehr wichtig. Meistens ist es ja so, ich habe Kopfschmerzen, ich fahre zum Arzt, der verschreibt mir ein Medikament, ich nehme es ein. Und so sollte es nicht sein. Sondern ich sollte es wirklich verstehen und schauen, ob das Problem nur mittels Medikamenten oder vielleicht auch ohne ein Medikament gelöst werden kann. Es ist wichtig zu hinterfragen. Wenn die Patienten die Sprachbarriere haben, dann fragen sie auch wahrscheinlich nicht, sondern nehmen es so hin.
..Verbessertes Verständn		32	[0:08:45.5] I: Du meinst also, dass eine alternative Aufklärung auch wichtig ist. Es sollte geschaut werden, ob das Problem auch ohne Medikamente gelöst werden kann und was tatsächlich die eigentliche Ursache dahinter ist. Bei Kopfschmerzen sollten die Basics beispielsweise geklärt werden, bevor man zum Medikament greift, sprich hat der Patient genug getrunken, zu viel auf den Bildschirm gestarrt, Stress und so weiter, richtig?
..Vertrautheit und Sicherhei	}	33	[0:08:55.3] B: Genau und durch uns wird einfach ein sicherer Raum geboten, wo der Patient weiß, ich werde hier verstanden und ich kann meine Fragen stellen. Der Patient hat somit eine höhere Teilhabe an der Behandlung, was natürlich auch sehr wichtig ist.
		34	[0:09:01.7] I: Stimmt, die Teilhabe ist echt wichtig. Was glaubst du im Bezug zur Diagnosstellung, also was für eine Rolle spielst du als Sprachmittlung, sodass der Arzt die richtige Diagnose stellen kann?
..Rückfragen an Arzt/Ärzt	}	35	[0:09:18.4] B: Wie gesagt, da übersetze ich wortwörtlich. Natürlich, die Fachbegriffe erfrage ich auch, aber da übersetze ich das wirklich wortwörtlich. Dadurch findet der Arzt natürlich alle Symptome und weitere Informationen heraus, die für die korrekte Diagnosstellung wichtig sind. Ohne Kommunikation wären viele wichtige Informationen ausgeblieben, vor allem bei komplexen, seltenen oder schweren Erkrankungen denke ich, dass das eine große Rolle spielt. Kopfschmerzen kann ein Patient beispielsweise noch mit Hand und Fuß kommunizieren, aber bestimmte Erkrankungen (...), mir fällt gerade keine ein, da reicht Hand und Fuß nicht, sondern da wird die Sprache auf jeden Fall benötigt.
..Wirkung auf Diagnose		36	[0:09:40.9] I: Ja, das verstehe ich. Jetzt, wo wir über die Kommunikation sprechen, würde mich interessieren, ob du Herausforderungen bei der Kommunikation mit den Patient*innen erlebt hast.

<p>..Verständnisproblemen (+)</p> <p>..Dialekte und Sprachgeb</p>	<p>37</p>	<p>[0:09:46.8] B: Ja, das gab es auch, und zwar sind alltägliche Gespräche von Patienten noch mal anders, als wenn ich jetzt als ausgebildete Übersetzerin dastehe. Ich frage oft noch mal nach, verstehen sie mich, obwohl ich es auf ihrer Sprache, also auf Türkisch sage. Das muss ich dann leider paarmal fragen, also, haben sie mich verstanden. Oder ich bitte sie auch immer darum, dass wenn sie mein Türkisch gerade nicht verstehen, dass sie noch mal nachhaken und nachfragen sollen. Manchmal sagen sie etwas und benutzen andere Wörter, also Umschreibungen, dann frage ich auch noch mal nach, was bedeutet jetzt dieses Wort, ich möchte es ganz konkret verstehen, bevor ich es einfach so übersetze.</p>
<p>..Befolgung von Arztanwe</p> <p>..Verbessertes Verständn</p>	<p>38</p>	<p>[0:10:50.9] I: Finde ich echt gut, dass du dich selbst so oft absicherst. Was ich dich noch zur Behandlung fragen wollte, du klärst die Patienten ja auf, zum Beispiel sagt der Arzt zum Patienten, du sollst mehr Sport treiben oder du sollst diese Übung machen und du übersetzt es als Sprachmittlung und der Patient versteht es auch. Nimmst du wahr, ob der Patient die Anweisungen des Arztes wirklich umsetzt, dadurch, dass der das jetzt wirklich durch dich verstanden hat?</p>
	<p>39</p>	<p>[0:11:18.0] B: Ich denke schon, ja. Ich sehe da schon ein Erfolg in der Behandlung. Das passt zu dem, was ich vorher gesagt habe. Dem Patienten wird nicht nur gesagt mach das, sondern durch die vorhandene Sprachbrücke kann der jetzt verstehen, warum soll er es machen, warum ist es so wichtig. Der Patient beginnt zu verstehen. Ich denke, dass das Verständnis den Patienten motivieren kann.</p>
	<p>40</p>	<p>[0:11:25.7] I: Das stimmt, der motivationale Aspekt ist in einer Behandlung natürlich sehr wichtig. Danke für deine Antwort, dann können wir jetzt schon zu den kulturellen Faktoren rüber gehen. Was glaubst du, wie die Diagnosestellung und Behandlung durch kulturelle Faktoren beeinflusst wird. Fallen dir da vielleicht sogar Praxisbeispiele ein?</p>
<p>..Scham (+) (+) (+) (+) (+)</p> <p>..Tabus (+) (+) (+)</p>	<p>41</p>	<p>[0:11:37.3] B: (...). Ja, genau. vielleicht ist es eventuell mal so, beim Gynäkologen zum Beispiel, wenn da jetzt ein männlicher Arzt sitzt, dann haben die Frauen oft ein Schamgefühl. Sie wollen sich aus kulturellen Gründen nicht von einem Mann in dem Moment behandeln lassen.</p>
	<p>42</p>	<p>[0:12:40.0] I: Und aus welchem Grund ist es so, dass einige Frauen sich nicht von einem Mann behandeln lassen würden?</p>
<p>..Religionen und Aberglat</p> <p>..Scham (+) (+) (+) (+) (+)</p>	<p>43</p>	<p>[0:12:45.3] B: Da gibt es bestimmt mehrere Aspekte. Aber was ich mitbekommen habe, ist es von dem Glauben her. Da wollen sie sich von einem männlichen Arzt nicht untersuchen lassen. Aber Scham spielt beispielsweise auch eine Rolle. Ich muss aber auch erwähnen, dass ich es auch schon bei Frauen erlebt habe, dass sie sich sogar vor einer weiblichen Gynäkologin geschämt haben.</p>

	44	[0:13:22.2] I: Spannend. Und kommt es häufiger vor, abseits von der Gynäkologin, dass Personen mit Migrationshintergrund während der Behandlung aus Scham sich anders behandeln lassen?
..Scham (+) (+) (+) (+) (+)	}	45 [0:13:40.4] B: Ja, es kommt mal vor, dass wichtige Informationen aus Scham nicht direkt preisgegeben werden, obwohl diese wichtig für die Diagnosestellung sind. Zu Anfang der Sprechstunde sagen sie meistens gar nichts und erst im Nachhinein stellt sich dann durch die überwundene Sprachbarriere und direkte Rückfragen des Arztes heraus, dass auch noch andere wichtige Informationen vorliegen (lacht).
..Wirkung auf Diagnose		
	46	I: (lacht). Und wie schätzt du die allgemeine Gesundheitsansicht solcher Patienten ein?
..Religionen und Aberglaube	}	47 [0:14:27.3] B: Es kommt ab und zu vor, dass sie auf alternative Methoden zur Heilung zurückgreifen. Zum Beispiel hilft Olivenöl gegen dies und das. Es gibt aber auch Personen, die beispielsweise an ihr Glauben festhalten und sagen, ich bin jetzt krank, weil Gott es so will, oder sie glauben an das böse Auge. Oder was ich auch jetzt erlebt habe, war, dass sie aus ihrem Heimatland viele Medikamente mitbekommen haben und sich hier wundern, warum sie das meiste absetzen sollten (...). Ich denke gerade das bei solchen Denkweisen die Aufklärung noch wichtiger ist.
..Hoher Arzneimittelkonsum		
	48	[0:15:26.9] I: Und wie berücksichtigst du diese ganzen Faktoren bei der Sprachmittlung?
..Interkulturelles Verständni	}	49 [0:15:34.6] B: Ich respektiere die Denkweisen der Patienten und versuche kultursensibel zu sein. Ich bin keine Ärztin, dementsprechend kann ich auch keine Diagnosen stellen. Ich bin wirklich nur Sprachmittlung und ich versuche halt die Brücke zwischen Arzt und Patient zu bilden. Wichtig zu erwähnen ist auch, dass mir die kulturellen Aspekte nicht wirklich fremd sind, da ich selbst einen Migrationshintergrund habe. Ich denke, dass mein kulturelles Wissen den Umgang damit auch noch einfacher macht.
..Sprachbrücke		
..Interkulturelles Verständni		
	50	[0:16:41.1] I: Wie glaubst du, dass man in der allgemeinen Gesundheitsversorgung die Zusammenarbeit zwischen den Ärzt*innen und den Sprachmittler*innen in Hinsicht auf die kulturellen Faktoren verbessern kann?
	51	[0:16:59.9] B: Ich denke, wir haben alle unterschiedliche Kulturen und haben alle unterschiedliche Glaubensrichtungen. Wie gesagt, ich grenze mich bei solchen Sachen eher ab und versuche nur die Sprachmittlung zu machen und zu übersetzen. Ich finde es ist wichtig, dass Ganze objektiv zu betrachten und viel Respekt mitzubringen.

	52	[0:18:03.8] I: Das ist eine schöne Denkweise. Jetzt wo wir die kulturellen Faktoren abgeklärt haben, können wir einmal rüber zu den sprachlichen Faktoren. Mich würde interessieren, wie die sprachlichen Faktoren die Diagnosestellung als auch Behandlung beeinflussen.
..Verbessertes Verständnis/	53	[0:18:15.0] B: Wenn man als Patient etwas nicht verstehen kann, dann ist es in dem Moment nur ein Papier, Brief, Infoblatt oder Überweisungsschein, den man bekommt. Wenn man das nicht versteht, dann kann man in dem Moment ja nicht viel damit machen. Deswegen ist es nochmal sehr sehr wichtig, diese Formulare und so weiter noch mal zu übersetzen, sodass man den Inhalt an die Patienten weitergeben kann. Ohne die Sprachmittlung wird es dem Patienten einfach nur erschwert, den Anweisungen der Ärzte nachzugehen, weil sie nicht verstehen. Gestik und Mimik hilft bei vielen Sachen gar nicht. Natürlich kann Gestik und Mimik ab und zu die Kommunikation unterstützen. Wenn ein Patient bei Kopfschmerzen auf seinen Kopf zeigt, dann versteht man wenigstens ein wenig, worum es geht. Bei der Übersetzung zeige ich auch ab und zu an meinem Körper auf die Stellen, über die ich gerade spreche. So kann der Patient es besser verstehen. Wenn aber ein Patient beispielsweise ein Überweisungsschein oder Infoblatt mitbekommt, dieser aber nicht lesen kann, ist es die eine Sache. Wenn er aber die Sprache nicht kann, ist es eine andere Sache. Es ist schwieriger.
..Befolgung von Arztanwe		
..Verständnisproblemen (+)	54	[0:20:00.5] I: Interessant. Und welche sprachlichen Barrieren treten hier am häufigsten auf?
..Verbessertes Verständn		
..Sprachniveau	55	[0:20:11.1] B: (...). Es gibt unterschiedliche Sprachkenntnisse oder Sprachniveaus. Meine Muttersprache ist Türkisch und natürlich kann ich auch auf Türkisch übersetzen, aber da habe ich auch selber ab und zu von den Fachbegriffen her Schwierigkeiten und muss selbst nachschauen. Es gibt beispielsweise auch bulgarischstämmige Personen, welche Türkisch sprechen können, da ist aber noch mal der Sprachgebrauch sehr unterschiedlich. In der Türkei selbst gibt es regionsabhängig beispielsweise auch unterschiedliche Dialekte. Oder es gibt Hochtürkisch, sowie es Hochdeutsch gibt. Diese Dialekte kann ich nicht direkt so schnell verstehen. Es gibt aber auch umgangssprachliche Ausdrücke, die die Kommunikation erschweren können. Aber es kommt nicht nur dazu, dass ich die Patienten nicht verstehe, sondern es gibt auch Situationen, dass die Patienten mich nicht verstehen. Aber wie gesagt, da frage ich noch mal zweimal nach, wenn ich nicht verstehe und bitte sie auch drum, mich zu fragen, wenn sie nicht verstehen.
..Fachsprache		
..Dialekte und Sprachgebrauch	56	[0:22:02.4] I: Was passiert, wenn du mehrfach nachhast, weil du ein Wort nicht verstehst und du verstehst es im Anschluss trotzdem noch nicht. Wie gehst du dann damit um?
..Verständnisproblemen (
..Verständnisproblemen (+)	57	[0:22:43.5] B: Ich hatte solche Situationen tatsächlich auch. Und dann habe ich noch mal gesagt, ich bin in Deutschland geboren und habe türkische Sprachkenntnisse, die sind aber nicht

- ..Verständnisproblemen (
- ..Unbekannte medizinisch
- perfekt, kannst du mir das vielleicht noch mal anders erklären. So kommen die Patienten mir meistens entgegen und bemühen sich, dass ich sie verstehe. Wenn ich nicht in der Lage bin, etwas zu verstehen, finde ich es immer richtig doof. Ich habe dann die Sorge, dass es eine wichtige Information sein könnte, die die Behandlung oder sogar die Diagnose beeinflusst. Da versuche ich dann zumindest mit einem Internetübersetzer zu arbeiten.
- 58 [0:24:04.5] I: Das ist verständlich. Danke für deinen ehrlichen Einblick. Wie hilfst du dem Patienten eigentlich dabei, dass dieser medizinische Fachbegriffe versteht?
- ..Rückfragen an Arzt/Ärztin
- ..Verständnisproblemen (
- 59 [0:25:01.1] B: Ich würde, wenn der Arzt ein Fachbegriff verwendet, noch mal nachhaken, ob er dieses einfacher erklären kann. Damit ich etwas übersetzen kann, muss an erster Stelle ich es genau verstehen. Wenn ich es verstanden habe, kann ich dem Patienten erst den Fachbegriff nennen und dann in einfacher Form erklären, was dieser hat.
- 60 [0:25:52.0] I: Ah Okay. Dann sind wir eigentlich auch schon am Ende angelangt. Gibt es deiner Meinung nach aber noch weitere Aspekte oder Fragen in Hinsicht auf diese Thematik, die du als wichtig empfindest und noch erwähnen willst?
- 61 [0:26:02.3] B: (...). Nein, mir fällt so direkt nichts ein.
- 62 [0:27:40.0] I: Alles klar, ich danke dir sehr für deinen Beitrag, der wird mir auf jeden Fall sehr weiterhelfen. Du hast mir wirklich sehr spannende Einblicke in deine Welt als Sprachmittlerin verschaffen.
- 63 [0:27:43.8] B: Das habe ich gerne gemacht (lacht).

1 [0:00:00.0] **Einfache Transkription nach Dresing & Pehl**

2 Interviewer*in: Demet Aba
Hamburg, 15.06.2023

3 Befragte Person: 3WS

4 I: Herzlich willkommen zum Interview für meine Forschungsarbeit. Aus dem Informationsblatt konntest du die Thematik bereits entnehmen. Trotzdem möchte ich noch einmal erwähnen, woran ich forsche. In meiner Arbeit untersuche ich eure Erfahrungen als Sprachmittler*innen und als Ärzt*innen im [REDACTED] um herauszufinden, wie sich die Sprachmittlung auf die medizinische Behandlung und Diagnosestellung auswirkt. Dadurch, dass hier so viele Patient*innen mit Migrationshintergrund auftauchen, werde ich bei meinen Fragen kulturelle Faktoren miteinbeziehen. Wir beginnen mit Fragen zu deiner Person. Welche Sprachkenntnisse bringst du mit?

5 [0:00:28.1] B: Also, in der Schule habe ich Englisch gelernt und Französisch. Das Französisch kann ich fast gar nicht mehr, das Englisch kann ich noch sehr gut. Und dann durch unseren Auslandsaufenthalt Türkisch.

6 [0:00:59.4] I: Und wie lange übst du den Beruf als Sprachmittlerin schon aus und in welchen Bereichen warst du schon tätig?

..Private Erfahrungen

7 [0:01:05.3] B: Also das sind jetzt neun Jahre mindestens und ich habe privat auch immer wieder, also was heißt privat (...), ehrenamtlich, Menschen begleitet zu Behörden. Da habe ich dann auch übersetzt.

8 [0:01:15.3] I: Und wie lange bist du schon hier in der Einrichtung als Sprachmittlung tätig?

..Arbeitserfahrung

9 [0:01:22.6] B: Seit 2014 meine ich (...), ja 2014 (lacht).

10 [0:01:28.1] I: (lacht). Hat du eine Ausbildung oder einen Kurs durchlaufen, damit du Sprachmittlerin wirst?

..Sprachmittlungskurs

11 [0:01:33.2] B: Ja, einen Kurs haben wir hier mal gemacht gemeinsam mit MiMi. Die sind mal hier hergekommen und da waren wir nicht nur Sprachmittlerinnen, da hatten auch ein paar Ärzte und Ärztinnen sich daran beteiligt, um bisschen Hintergrundinfo zu kriegen. Das wäre übrigens gut, wenn wir das wieder machen würden (lacht). Aber das ist das einzige.

	12	[0:01:41.5] I: Und das ist dann auch im medizinischen Kontext stattgefunden?
..Sprachmittlungskurs	13	[0:01:43.2] B: Ja genau, im medizinischen Kontext.
	14	[0:01:47.2] I: Ach okay. Habt ihr da auch ein Zertifikat zu bekommen?
	15	[0:01:52.3] B: Ich glaube ja. (...). Doch, doch, das stimmt (lacht).
	16	[0:01:59.6] I: (lacht). Alles klar. Ich würde gerne deine Erfahrungen, die du in dieser Praxis gesammelt hast, erfragen. Wie läuft hier die Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen. Was ist deine Rolle als Sprachmittlung und wie kannst du die Ärzt*innen dabei unterstützen?
	17	[0:02:09.1] B: Also es ist je nachdem, ob ein Arzt sich vielleicht auch so mal in einer Mischkultur befunden hat, mehr oder weniger schwierig. Wenn man in sehr deutschem Umfeld gearbeitet hat, glaube ich, muss man sich eher umstellen als Arzt ist mein Eindruck. Und die Ausdrucksweise der Patientinnen und Patienten ist ja sehr oft einfach, weil viele auch nicht so einen hohen Bildungsgrad haben. Und das ist ja erst mal auch ziemlich schwierig, also wenn sehr detailliert abgefragt wird, haben sie Schmerzen auf einer Skala von eins bis zehn, dann ist das für mich als Sprachmittlung sehr schwierig zu übersetzen, weil die Menschen so nicht denken. Natürlich, wo haben sie Schmerzen, dass ja, aber diese Skala zum Beispiel, die funktioniert fast nie so gut. Oder wir haben auch mal in der Sozialanamnese gefragt, haben sie psychische Probleme. Das war auch so eine Sache, die ich nicht so eins zu eins übersetzen konnte, weil Menschen gar nicht wissen, was ich damit meine. Da habe ich mir da in Absprache mit dem Arzt das Wort Stress eingesetzt, dann gings, also Belastung.
..Niedrige Bildung		
..Sprachniveau		
..Dialekte und Sprachg		
..Rückfragen an Arzt/Ä		
	18	[0:02:43.8] I: Ach spannend. Und gab abseits vom Patienten auch mal Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit den Ärzten?
	19	[0:02:50.3] B: Ja, das ist hier aber nur der Fall, weil die Assistenz vom Arzt auch noch dasitzt und vieles mit denen besprochen werden muss. Also das die Assistenz genau dokumentiert, wie ist die Einnahme? Wie viel Milligramm hat das Medikament? Wenn es eine Medizinstudentin ist, dann wird da auch manchmal noch ein bisschen erklärt. Alles gut, aber manchmal habe ich dann den Eindruck, dass der Kontakt zu den Patienten ein wenig kurz kommt, weil man da ja auch wieder über eine andere Person gehen muss. Also ich glaube, der Arzt oder die Ärztin muss sich jedes Mal neu darauf einlassen und sich bewusst machen, ja ich spreche mit diesem Patienten, aber eben nicht direkt. Zum Beispiel haben wir mal gelernt, es wäre gut, wenn der Arzt, während er redet, Augenkontakt hält zum Patienten nicht zu mir (lacht). Und das funktioniert fast gar nicht, ich glaube, einer kann das ganz gut, andere naja, ja das ist aber auch eine Frage der
..Keine direkte Arzt/Ärztin-F		

..Keine direkte Arzt/Ärztin-F		Schulung würde ich sagen, dass man es noch mal besprechen könnte. Sodass die Patientin auch den Eindruck hat, es geht um mich. Und da fange ich dann als Sprachmittlung öfter was auf und wenn die Assistentin und die Ärztin sich unterhalten, dann spreche ich oft mit der Patientin und erkläre, es geht gerade um, weiß ich nicht, Medikament X Y und es wird besprochen, wie groß die Packung sein soll oder was auch immer.
..Vertrautheit und Sicherheit		
	}	
	}	20 [0:03:34.9] I: Okay, damit sie einfach dieses Vertrauen hat und sich nicht ausgeschlossen fühlt?
	}	
..Unterbrechnungen		21 [0:03:39.7] B: Genau richtig. Damit die Patientin sich auch direkt beteiligt. Und andersrum auch, wenn jetzt die Patientin sehr viel erzählt, dann müsste man eigentlich unterbrechen. Das ist auch nicht immer so toll. Gerade wenn es sehr persönlich wird oder so. Dann muss ich auch mal zwischendurch zum Arzt sagen, wir sprechen gerade über X, Y, Z und warte noch mal ein Moment.
..Unterbrechnungen		
	}	
..Unterbrechnungen		22 [0:03:51.1] I: Die Unterbrechung des Patienten muss aber ab und zu vorkommen, damit keine Information verloren geht, oder?
	}	
..Unterbrechnungen		23 [0:03:58.9] B: Genau. Ich höre gerne erst einmal dem Patienten ein bisschen zu. Also, dass der drei Sätze sagen kann, bevor ich dann sofort in die Interaktion mit dem Arzt gehen.
	}	
	}	24 [0:04:11.3] I: Ah Okay, das macht Sinn. Mich würde noch mal interessieren, wo du den Unterschied zwischen dir siehst, einer ehrenamtlichen Sprachmittlerin, die einen Kurs durchlaufen hat und langjährige Erfahrung in der Praxis hat und einem Laien?
	}	
	}	25 [0:04:26.5] B: Ich glaube, es ist ganz schwierig für eine Person, die sehr nah dran ist, da irgendwie alles zu erfassen. Da ist man innerlich einfach ganz wo anders. Vielleicht sehr nervös, was passiert jetzt hier, dann kann man bestimmte Dinge vielleicht auch gar nicht sagen, weil das schamhaftet ist oder weil es auch vielleicht einfach sehr schwierig ist, das kann ja auch mal sein. Das hatten wir hier auch mit Patienten, die eine schwierige Diagnose hatten und dann die Angehörigen dabei waren. Da muss man sich dann auch schon auf beide einstellen. Insofern ist eine unabhängige Sprachmittlung so natürlich von Vorteil, weil du dich dann rausziehen kannst aus der emotionalen Situation.
	}	
	}	26 [0:04:50.4] I: Ja, das stimmt. So wie du erwähnt hast, kann dadurch also ein doppeltes Problem entstehen. Nicht nur die aufgelöste Patientin sitzt vor einem, sondern auch der Verwandte.
	}	
	}	27 [0:05:01.1] B: Ja, genau.
	}	
	}	28 [0:05:04.2] I: Und wie siehst du den Unterschied zu dir, einer Sprachmittlung vor Ort und einer Telefon- oder Videosprachmittlung?

- 29 [0:05:11.3] B: Ich glaube, eine Video- und Telefonsprachmittlung kann sehr sehr viel helfen und gut sein. Was sie halt nicht können, also beim Video weiß ich nicht so genau, das habe ich erst einmal mitgemacht, aber beim Telefon halt, du siehst nicht, was da für ein Gesichtsausdruck ist. Also gerade wenn Patienten vielleicht auch ein wenig unsicher sind, dann sagen sie gerne auch mal, Ja Ja, und ich kann sehen, stimmt das auch? Also was heißt, ich kann sehen, ich könnte halt noch einmal nachfragen. Am Telefon siehst du da gar nicht irgendeinen Ausdruck und fragst nicht nach und gehst halt davon aus, dass es verstanden wurde. Kann mir natürlich auch passieren, aber ich kann immerhin dadurch, dass ich diesen Augenkontakt habe, nachhaken.
- 30 [0:05:37.9] I: Und was ist mit dem emotionalen Beistand. Meinst du, das kann über Telefon genauso gut ausgeübt werden, wie wenn eine Sprachmittlung vor Ort ist?
- 31 [0:05:45.4] B: Das kommt auf die Sprachmittlung an. Also ich glaube, du kannst als Sprachmittlung auch sehr distanziert sein, um dich zu schützen, also das will ich gar nicht kritisieren. Du kannst aber auch jemand sein, der mal die Hand von Patienten nimmt und einfach noch mal sagt, ganz ruhig, oder, noch mal tief Luft holen oder so was (lacht). Ja, das glaube ich ist der Situation ein bisschen geschuldet, das weiß ich nicht.
- 32 [0:05:59.8] I: Alles klar, danke schön. Ich finde toll, dass du zwischendurch immer Beispiele nennst (lacht). Als nächstes würde mich paar Aspekte zur Diagnosstellung und Behandlung interessieren. Ich frage mich, wie die Sprachmittlung die Diagnosstellung und Behandlung bei Menschen mit Migrationshintergrund beeinflussen kann.
- 33 [0:06:12.6] B: Ich glaube, als Sprachmittlerin muss man sich immer zurücknehmen und nicht die eigene Einschätzung wiedergeben. Das ist ganz wichtig. Also wenn ich zum Beispiel höre, sie sollen Physiotherapie machen, und ich habe das selbst auch mal gemacht, dann sage ich, Ah Physiotherapie, voll blöd, bringt gar nichts, und so darum gehts gar nicht. Sondern ich soll im Prinzip das, was der Arzt sagt, ausdrücken. Da muss man dann auch immer wieder wach bleiben, finde ich, denn mich versteht ja keiner. Ich kann ja auch irgendwas sagen und mich korrigiert dann niemand. Also muss ich das selber machen und dann lieber auch noch mal Rücksprache halten. Also ich habe mich zum Beispiel erwischt zu sagen, das nimmt man immer morgens. Da dachte ich mir dann auch, ne Moment mal, das weiß ich ja gar nicht (lacht) und frage zurück an den Arzt, ist das so, dass man das Magenpräparat morgens nimmt. Und das stimmt dann auch meist, aber trotzdem ist es richtig, den Arzt dann noch mal zu fragen, wenn man sich da vorgewagt hat und das ist auch für die Patienten nicht schlimm, dass verstehen die dann auch.

..Rückfragen an Arzt/Ärzt
 ..Angeeignete Struktur

	34	[0:06:44.5] I: Das heißt, du schaffst durch Rückfragen bei Unsicherheiten einfach eine Absicherung in der Behandlung, sodass keine Fehler unterlaufen bei der Behandlung.
..Vertrautheit und Sicherl ..Viel Zeit	35	[0:06:57.8] B: Ja, und das finde ich auch hier sehr gut. Denn hier wird auch die Assistenz mit eingebunden und die fragt auch nach. Das ist dann manchmal zwar ein bisschen lang, weil die Sprachmittlung, die Patientin, der Arzt, die Assistentin, das sind viele Beteiligte. Aber das ist wichtig, dass man sich darüber einig ist. Das ist eigentlich auch für die Patienten glaube ich immer ein gutes Gefühl, wenn es noch mal erklärt wird, wenn es noch mal aufgeschrieben wird. Wir haben auch diesen Medikamentenplan zum Beispiel, der hilft auch ganz viel dabei Menschen zu verdeutlichen, hey guck mal so viel nimmst du oder das ist die Art und Weise, wie du das nehmen sollst. Das hilft schon viel, ein bisschen Klarheit und Struktur da reinzubringen.
	36	[0:07:33.7] I: Und welche Vorteile siehst du darin, dass du anwesend bist als Sprachmittlung?
..Wahrnehmung von Arztbes ..Verbessertes Verständn	37	[0:07:39.3] B: Also ganz sicher glaube ich, dass viele sonst gar nicht zum Arzt gehen würden, weil sie sich nicht ausdrücken können. Ich habe auch mitbekommen, dass Leute sagen, also wir schicken die Menschen ja manchmal weiter zu einem Facharzt und fragen, dann kannst du jemanden organisieren, der Deutsch sprechen kann, manchen rutscht es dann raus, aber so viel Geld habe ich doch nicht. Also oft passiert es, dass andere Menschen aus ihrem Umfeld Geld dafür nehmen, also für eine Sprachmittlung, und zwar viel Geld. Das geht bei 50 Euro los, ich habe aber auch schon 300 Euro gehört. Die zocken sich da so ein bisschen ab. Also nicht alle, aber es kommt vor und ich glaube, das ist auch eine Riesenhemmschwelle. Darum ist hier, wo eine Sprachmittlung da ist, bei dem Gespräch mit dem Arzt, bei der Behandlung oder auch bei der Diagnose ist noch mal eine Absicherung für die Patienten, ich hab's verstanden. Also das, was der Arzt sagt, das habe ich verstanden.
	38	[0:08:17.9] I: Das ist mit dem Geld verlangen ist ja mal sehr heftig. Da haben die Hilfesuchenden ja neben der sprachlichen Barriere ja gleich die nächste Barriere vorliegen.
	39	[0:08:25.3] B: Ja.
..Wirkung auf Diagnose	40	[0:08:26.9] I: Die nächste Frage, die mir in den Kopf kommt, wäre, ob es auch Situationen gab, in denen der Arzt zu Beginn erst einmal eine ganz andere Diagnose vermutet hat auf Basis dessen was er rein objektiv gesehen hat und im Anschluss durch deine Sprachmittlung die Diagnose doch in eine ganz andere Richtung abwich? Also aus dem Grund, dass der Patient sich ausdrücken konnte und seine Probleme detaillierter zur Geltung kamen.

<p>..Wirkung auf Diagnose</p>	<p>41</p>	<p>[0:08:55.3] B: Ich glaube ja vielleicht nicht immer so krass sichtbar, weil der Arzt oft nicht so sagt, was er vermutet. Das ist ja auch schlau (lacht), dass man nicht dem Patienten gleich sagt, du hast das und dann komme ich plötzlich im Gespräch und sage Ah doch nicht. Aber manche sagen dann ja ich hatte zuerst diesen Eindruck und dann doch den anderen. Das kommt daher, wenn man in der Sprachmittlung sagen kann, die Schmerzen beginnen in der Schuler und strahlen nicht vom Kopf her. Also solche Sachen sind ganz wichtig. Wo fängt der Schmerz an? Wohin strahlt er aus? Sowa kann die Patientin auf Deutsch ja nicht sagen. So kann der Arzt also besser lokalisieren, wo ist hier denn eigentlich das Problem.</p>
<p>..Wirkung auf Diagnose</p>	<p>42</p>	<p>[0:09:34.5] I: Sehr spannend. Wenn wir nun einmal rüber zu den kulturellen Faktoren gehen, was glaubst du wie die kulturellen Faktoren die Behandlung und Diagnosestellung beeinflussen können?</p>
<p>..Hoher Arzneimittelkonsum</p>	<p>43</p>	<p>[0:09:45.1] B: Das kommt, glaube ich drauf an, wie lange schon die Patienten hier in Deutschland sind und wie viel sie schon hier in der Gesellschaft unterwegs waren. Ganz oft sind sie recht neu, haben mit dem Gesundheitssystem hier keine Erfahrung gemacht. Dann würde ich sagen, ist es eine ganz Neue Welt. Also die Art und Weise, wie Behandlungen ich nehme jetzt mal als ein Beispiel ein Land in Bulgarien funktioniert, ist ganz anders. Da wird mein Eindruck sehr invasiv behandelt. Also da werden viele Medikamente verschrieben, da wird auch nicht geguckt, wie teuer ist das Medikament oder so, da wird auch schnell man operiert oder auch anders operiert, wie wir das können. Die Ärzte sind zum Beispiel manchmal sehr erstaunt über die Narben die Patienten mitbringen. Und dann sind eben auch Ärzte und Ärztinnen in Bulgarien eben mal schnell dabei, eine Infusion zu legen, schneller dabei Rezepte weiterzugeben, Tabletten und sowas, auch Antibiotika werden viel mehr eingesetzt als hier bei uns. Das bringt dann auch oft Spannung rein, wenn dann hier der Arzt sagt, nein, wieso Antibiotikum, das brauchen sie doch gar nicht, oder Infusionen können wir hier ja auch gar nicht legen oder Spritzen geben oder so. Das wir hier ja sehr wenig gemacht. Aber das hat hier eine sehr kulturelle Spannung. Es ist nicht das, was Patienten hier vielleicht erwarten würden, wenn sie hierherkommen.</p>
<p>..Hoher Arzneimittelkonsum</p>	<p>44</p>	<p>[0:10:33.5] I: Das mit dem Antibiotikum scheint ein gängiges Problem zu sein, dass haben deine Mitkolleginnen auch bereits genannt. Mich würde noch interessieren, wie es ist, wenn eine Frau von einem männlichen Arzt untersucht werden muss. Gibt es da irgendwelche Beeinträchtigungen?</p>
	<p>45</p>	<p>[0:10:58.3] B: Meistens nicht. Also solange es kein Gynäkologe ist. Ich glaube, er würde die Frauen hier abschrecken. Auf der anderen Seite gibt es ja einen Gynäkologen hier in Wilhelmsburg, da ist die Bude ja auch voll, weil der halt Türkisch spricht. Ich glaube, das ist so das Ausschlaggebende in dem Moment. Ist schwer zu sagen. Also ich würde jetzt eher mal sagen nein. Nicht, dass ich das bewusst wahrgenommen hätte, vor allem, weil unsere Ärzte auch ziemlich rücksichtsvoll sind. Also die sind sich</p>

		schon im Klaren darüber, wenn ich hier eine Frau sitzen habe mir gegenüber, dann bin ich vorsichtiger oder erkläre mehr.
	46	[0:11:28.3] I: Kannst du mir auch etwas zu psychischen Erkrankungen und kulturellen Faktoren erzählen?
..Tabus (+) (+) (+)	47	[0:11:35.8] B: Also, eine psychische Krankheit ist so ähnlich wie eine Behinderung und die wird gerne versteckt. Sowas ist sehr schambehaftet in der Kultur, so wie ich das verstehe. Darüber spricht man nicht, das hat man einfach auch nicht. Kinder, die eine körperliche Behinderung haben, da kann man es auch leichter dran festmachen, werden versteckt oft. Also es kommt aber auch immer auf den Bildungsstand an, so das würde ich dann schon bisschen daran festmachen, aber es hat eine kulturelle Komponente, in dem man es auch ein bisschen als Gottes Strafe versteht, wenn man so eine Krankheit hat. Dann straft Gott dich und da muss ja dann irgendwas gewesen sein, also Gott ist böse auf dich oder so.
..Religionen und Aberglat		
	48	[0:11:57.4] I: Das merken wir uns, denn darauf gehen wir gleich dann man genauer ein. Zurück zur Schambehaftung. Gibt es weitere Aspekte, wo Scham die Behandlung beeinflusst oder Tabu Themen, bei der dir vielleicht sogar Beispiele aus der Praxis einfallen?
..Tabus (+) (+) (+)	49	[0:12:17.9] B: Ja, Geschlechtskrankheiten ist ein Tabu Thema. Das haben wir aber jetzt auch nicht so viel. Psychische Krankheiten würde ich auch schon sagen. Was ich ganz interessant finde, in der Gynäkologie wird ja bei einer Schwangerschaftsvorsorge ein AIDS-Test abgenommen, der ist ja verpflichtet in Deutschland und wir fragen die Patientinnen auch, dürfen wir einen AIDS-Test machen und die verstehen die Frage gar nicht. AIDS, was ist das denn? Gut, das mag jetzt auch generationsbedingt nach hinten gerückt sein, aber manchmal denke ich, es ist halt auch eine sexuell übertragbare Krankheit, teilweise, also nicht nur, teilweise und deswegen wissen die darüber gar nicht so viel.
..Geringe Gesundheitsaufklä		
	50	[0:13:01.3] I: Das heißt, die Aufklärung ist wahrscheinlich in ihren Ländern (wird unterbrochen).
	51	[0:12:04.4] B: Nicht so. Ne, darüber spricht mal halt nicht so, ne.
	52	[0:12:13.5] I: Und wie ist das jetzt, du hattest zu Beginn ja noch das Beispiel mit der Schmerzskala genannt, ist das auch kulturell behaftet, dass man mit Schmerzen anders umgeht oder bestimmte Schmerzen gar nicht anerkannt werden?
..Tabus (+) (+) (+)	53	[0:12:33.6] B: Also ich glaube, aber das ist es wirklich nur eine Vermutung, dass Frauen mit Regelschmerzen beispielsweise denken, das ist normal, weil das auch wieder so ein Tabu Ding ist. Viele wissen gar nicht richtig Bescheid darüber. Ja, Regel hat irgendwas damit zu tun, dass ich schwanger werden kann, wenn
..Geringe Gesundheitsauf		

<p>..Geringe Gesundheitsaufklä</p>	<p>54</p>	<p>[0:13:39.3] I: Ja, genau.</p>
<p>..Tabus (+) (+) (+)</p>	<p>55</p>	<p>[0:13:43.7] B: Vielleicht dann auch Alkoholismus, das würde ich auch schon mitzählen. Wir hatten gerade gestern erst einen Patienten, der wurde nach seinem Alkoholkonsum gefragt. Da wird dann sehr gerne gesagt, nein nein ich trinke gar nicht mehr und nachher kommt raus aber so ein Bier gegen meinen Zucker ist schon richtig gut (lacht).</p>
<p>..Tabus (+) (+) (+)</p>	<p>56</p>	<p>[0:14:11.1] I: (lacht).</p>
<p>..Tabus (+) (+) (+)</p>	<p>57</p>	<p>[0:14:12.2] B: Und das mit gar nicht mehr Alkohol trinken, hat er sich dann selber widersprochen. Sowas, also Alkoholkonsum. Drogenkonsum bestimmt auch, darüber reden wir so gut wie gar nicht.</p>
<p>..Religionen und Aberglaube</p>	<p>58</p>	<p>[0:14:29.9] I: Alles klar, danke. Findest du, dass kulturell geprägt auch unterschiedliche Gesundheitswahrnehmungen vorhanden sind? Das frage ich jetzt, weil du vorhin das Beispiel mit Gottes Strafe genannt hast.</p>
<p>..Religionen und Aberglaube</p>	<p>59</p>	<p>[0:14:58.9] B: Ja, würde ich schon sagen. Es kommt halt auch drauf an, je nachdem wie religiös oder abergläubisch man ist. Manchmal ist das auch nicht so die Religion Islam, sondern da ist ganz viel Aberglaube reingemischt, im Christentum gibts das auch. Je weiter du auf das Land gehst, umso abergläubischer werden die Leute. Ist früher so gewesen jedenfalls. Ganz viel Angst vor dem Bösen Blick zum Beispiel, wenn man bestimmte Dinge ausspricht, dann werden sie wahr, dann spricht man sie lieber nicht aus, sowas.</p>
<p>..Verbesserungsvorschläge</p>	<p>60</p>	<p>[0:15:37.4] I: Ah ja, davon habe ich auch mal gehört. In Hinsicht auf alle kulturellen Faktoren, die du jetzt so schön in Beispielen genannt hast, was glaubst du, wie die Gesundheitsversorgung in der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und Sprachmittler*innen verbessert werden könnte?</p>
<p>..Verbesserungsvorschläge</p>	<p>61</p>	<p>[0:15:52.9] B: Ich glaube, das ganz Wichtige ist sich immer wieder bewusst zu machen, die Menschen kommen aus einer anderen Kultur. Je nachdem, wie lange sie hier sind, haben sie noch nie Kontakt gehabt mit deutschen Ärzten oder dem Gesundheitssystem. Das ist ganz anders, in vielen Ländern legst du überhaupt erst einmal Geld auf den Tisch, bevor du überhaupt angeguckt wirst. Je mehr Geld du hast, desto besser wird die Behandlung, weil du dir dann ein Privatkrankenhaus leisten kannst, wo die besser ausgebildeten Ärzte dann auch sind. Und</p>

das ist hier ja jetzt/. Ja es gibt hier ja auch Privatpatienten und das alles, also ich will nicht sagen, dass es hier das nicht gibt, aber du musst hier kein Geld auf den Tisch legen, um hier behandelt zu werden. Allein das schon, das ist schon ein riesen riesen Unterschied.

62 [0:16:37.5] I: Das heißt einfach, dass man weiß, dass es diese Dinge gibt. Um sich das bewusst zu machen, muss dieses Wissen ja erst einmal vorhanden sein.

63 [0:16:45.9] B: Ja, genau und dann spricht sich das hier ja auch ein bisschen um, das finde ich ja auch immer ganz gut.

64 [0:16:58.6] I: Und hier in der Praxis ist es ja beispielsweise ganz oft so, dass Menschen mit Migrationshintergrund präsent sind. Was glaubst du wie man das beispielsweise bei Ärzten auf dem Land verbessern könne, die kaum Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund haben?

..Verbesserungsvorschläge

65 [0:17:17.3] B: Es wäre super, wenn Ärzte das auch schaffen könnten, ich weiß nicht, wie realistisch das jetzt ist, sich ehrenamtlich jemanden dazu zu holen oder jemanden, der vorne schon sitzt und mit Google Translator so einen Anamnesebogen ausfüllt, weil ich glaube, daran scheitert auch schon ganz viel. Dass man in der Sprechstunde ja gar nicht die Zeit hat, diese Dinge zu erfragen. Und wenn da dann eine Sprachbarriere herrscht, dann kannst du eine körperliche Untersuchung machen und wirst auch vielleicht etwas feststellen, aber weißt ja nicht was ist denn da in der Familie los gewesen. Der Patient oder die Patientin kann sich gar nicht richtig äußern vielleicht, das schafft dann auch keine gute Atmosphäre. Aber ob das realistisch/. Meine Idee wäre, man sitzt vorne und geht einen Anamnesebogen durch, meinerwegen auch mit Google Translator und hat dann wenigstens eine Info über den Patienten, mindestens ein bisschen.

66 [0:18:15.4] I: Sodass man also nicht nur die biologischen Faktoren hat, sondern auch ein wenig die psychosozialen Aspekte berücksichtigt?

67 [0:18:37.8] B: Ja, bisschen wenigstens.

68 [0:18:39.9] I: Okay, verstanden. Jetzt würden wir rüber auf die sprachlichen Faktoren gehen. Und zwar interessiert mich jetzt, wie die sprachlichen Faktoren die Behandlung und Diagnosestellung beeinflussen. Da kannst du vielleicht erst einmal nennen, was für sprachliche Barrieren hier häufig auftreten?

..Niedrige Bildung

..Sprachniveau

69 [0:18:56.3] B: Also sprachliche Barrieren sind fast immer auch Verständnis Barrieren. Worüber redet der Arzt? Er redet vom vegetativen Nervensystem. Und die Patienten sagen, hä? Selbst

9/13

<p>..Niedrige Bildung</p> <p>..Sprachniveau</p> <p>..Verständnisprobleme</p>		<p>wenn ich das wortwörtlich übersetze, verstehen sie nicht unbedingt, was damit gemeint ist. Also man muss sehr beispielhaft reden. Was weiß ich, da gibt es so Nervenbahnen und dann zeigt man so eine Linie auf dem Arm am besten oder Bein, oder wo es dann auch immer ist und da klemmt es. Das ist dann das, was sie versteht.</p>
	70	<p>[0:19:22.5] I: Ist es dann der Fachsprache zu verschulden.</p>
<p>..Fachsprache</p> <p>..Dialekte und Sprache</p> <p>..Verständnisprobleme</p> <p>..Unbekannte medizini</p>	71	<p>[0:19:29.2] B: Ja, ich würde die Fachsprache benennen. Ganz oft macht sich das übrigens an der Schilddrüse fest, das ist witzig. Denn das ist ja ein sehr sehr kleines Organ und da gibt es einen Ausdruck dafür. Die bulgarischen Menschen benutzen aber gerne noch einmal einen ganz anderen Ausdruck wie als der türkisch richtige. Manchmal kennen Sie beide Ausdrücke nicht und dann muss man auch wieder beschreiben, da und Hormone. Das ist auch schon wieder schwierig, weil was ist ein Hormon (lacht). Da bleibe ich dann ganz allgemein. Das ist ein Wirkstoff im Körper und damit sich die meisten dann auch schon glücklich.</p>
	72	<p>[0:20:04.2] I: Also durch Umgangssprache, also von denen genutzte Umgangssprache, wird das ganze noch mal erschwert. Und wie ist das mit Dialekten, gibts da auch Schwierigkeiten?</p>
<p>..Verständnisproblemen (+)</p> <p>..Verständnisproblemen (</p>	73	<p>[0:20:14.7] B: Das kann sein, das merke ich nicht so. Ja, weil die meisten/. Gut sie können auch sagen, ja ja, ich habe verstanden. Ich benutze gerne auch dieses Bilderlexikon, wo ich was zeigen kann, also Bilder, Nerven, Knochen, auch Geschlechtsorgane, Blase, sowas, dass wird da abgebildet. Ich zeige dann da drauf und sage, da ist das Problem und das hilft ganz vielen, also diese Veranschaulichung. Auch wenn Ärzt*innen beispielsweise erklären beim Einlegen der Spirale, da wird das für die Frauen gezeichnet und so und ich sehe dann oft die Reaktion der Frauen, ahh, das ist wie das funktioniert (lacht). Ja, das ist ganz prima, so eine Veranschaulichung zu haben.</p>
	74	<p>[0:21:01.6] I: Ja, also wenn die Sprache nicht funktioniert aus unterschiedlichsten Gründen, weil unterschiedliche Bildungsniveaus vorliegen oder das Fachjargon nicht verstanden wird, dann nutzt du einfach Veranschaulichungen.</p>
<p>..Verständnisproblemen (+)</p>	75	<p>[0:21:16.3] B: Ja. Ich zeige viel und das machen hier die Ärzte auch ganz viel. Das finde ich sehr schön. Die malen dann auch gerne mal. Auch gestern bei dem Herren, der den Zucker mit dem Bier bekämpft, da hat dann der Arzt so eine Kurve gemalt, wie ist das, wenn der Zucker runterfällt. Da hat es dann so eine Linie gemalt, der Zucker fällt dann runter, dann ging die Kurve unter die Linie und wie tief geht sie unter die Linie, wenn du das und das nicht machst, dann geht sie tief, wenn du das und das machst, dann geht sie nicht so tief. Also um auch diesem Patienten zu erklären, was du machst, hat richtig einen Einfluss auf deine Krankheit. Denn diese Zusammenhänge sind oft diesen Menschen auch nicht bewusst. Sie denken sich dann eher, gib</p>

..Verständnisproblemen (+)

manchmal schon gemerkt, Achso, das ist noch nicht richtig angekommen. Der Medikamentenplan ist auch wieder ne Veranschaulichung eigentlich. Oder eben auch die Medikamentenschachtel direkt auf dem Tisch zu haben. Viele nehmen ja auch ihre Medikamentenschachteln mit, das ist gar nicht schlecht. Dann kann man ihnen ja auch sagen, wenn man ihnen ein anderes Präparat gibt, also was heißt anderes Präparat, dasselbe Präparat von einer anderen Firma sieht halt anders aus und das irritiert die Menschen auch sehr oft. Meine Pille war klein und rosa, jetzt ist sie groß und weiß (lacht). Sowas. Und das kann man dann sagen, das ist Packung A und das ist Packung B und was da drin ist, ist dasselbe, bloß es ist halt anders hergestellt.

84 [0:25:17.3] I: Okay (lacht). Dann sind wir eigentlich auch schon recht am Ende. Ich hätte nur noch eine einzige Frage. Und zwar gibt es deiner Meinung nach auch noch andere Aspekte oder Fragen, die du als wichtig empfindest?

85 [0:25:51.9] B: Das scheidert oft an der Mitarbeit der Menschen, würde ich sagen. Also man könnte viel mehr Prophylaxe machen, man könnte viel mehr über Verhütung sprechen, man könnte über Wege aus dem Bluthochdruck reden oder wie gehe ich richtig mit meiner Diabeteserkrankung um und so, aber ich befürchte, dass die Menschen ganz andere Sorgen haben und sich diesen Fragen dann auch nicht in Ruhe widmen. Die Wichtigkeit vielleicht erst einmal auch nicht einsehen, das mag auch eine Rolle mitspielen, aber ich glaube auch, weil so viele existenzielle Sorgen da sind, wird das gerne mal nach hinten geschoben sowas. Also das ganze Thema Prophylaxe haben wir probiert hier schon, das weiß ich mit Blutdruckschulungen. Da gab es dann als Belohnung, das war das, warum es funktioniert, hat überhaupt ein Blutdruckmessgerät. Also wer an diesem Ding teilgenommen hat, hat einen Apparat bekommen (lacht). Und das hat dann tatsächlich manche hergelockt.

86 [0:26:47.1] I: (lacht). Gute Methode.

..Geringe Gesundheitsaufklär

87 [0:26:49.7] B: Ja. Es war auch jemand hier, die hätte gerne Ernährungsberatung gemacht, aber das würde ein bisschen an der Zielgruppe wirklich vorbeigehen. Also heißt nicht, dass es nicht einzelne gäbe. Aber im Ganzen ist das nicht irgendwie auch nicht im Denken wichtig. Auch im Gesundheitssystem vor Ort in anderen Ländern nicht so präsent. Was mir noch einfällt aus kultureller Sicht. Ich erlebe ganz oft dieses Kismet Denken, also dieses Schicksalsdenken. Das heißt, wenn es so ist, dann ist das jetzt so. Dann hat Gott mir das so beigebracht, dann muss ich das jetzt haben. Ich bin krank, weil Gott das so will und dann kann ich halt auch nicht viel machen. Prophylaxe hat dann auch nicht den Stellenwert, dann ist es ja ein Schicksal.

..Religionen und Aberglat

88 [0:27:24.1] I: Das heißt, sie nehmen es einfach so hin wie es ist und ändern nichts dran?

		mir eine Tablette, gibt mir ne Spritze, dann ist das Problem weg. Aber ich kann selber was tun, indem ich mich gut ernähre, in diesem Fall mit Diabetes mich regelmäßig gut ernähre und so weiter, also solche Zusammenhänge. Da wird es aber schwierig (lacht).
	76	[0:22:14.7]: (lacht).
..Befolgung von Arztanweis	77	[0:22:15.9] B: (lacht). Da wird es dann auch schwierig, weil nicht nur die Sprache, sondern auch die Bildung ein Faktor ist. Inwieweit ist der Mensch dann auch bereit, sich sowas anzuhören oder kann das dann auch für sich irgendwie gewinnbringend umsetzen.
	78	[0:22:42.3] I: Ja. Du hast jetzt so häufig gesagt, dass der Patient ab und zu einfach sagt, ja ja. Kommt es häufig vor, dass der Patient so tut, als würde der was verstehen? Und wenn ja, aus welchen Gründen glaubst du wird das getan?
	79	[0:22:59.1] B: Das weiß ich gar nicht so genau. Das ist halt einfach nur ein Eindruck. Und manchmal sage ich dann auch die gleiche Sache noch mal, vielleicht mit ein bisschen anderen Worten, wenn ich diesen Eindruck habe. Im letzten müsste die Patientin oder der Patient sehr ehrlich sein und sagen, ich habe das nicht verstanden. Weil sonst reitet man darauf rum und sie denken sich, was ist denn mit der los? (lacht). Das kann man dann halt nicht so gut einschätzen.
	80	[0:23:26.4] I: (lacht). Es ist also nur eine Vermutung?
..Verständnisproblemen (81	[0:23:33.8] B: Genau, es ist nur eine Vermutung. Sicherheitshalber wiederhole ich einfach das Gesagte, damit es auch wirklich ankommt. Zum Beispiel hatten wir auch eine Ärztin, ich weiß jetzt nicht, ob es da hinpasst, die hat Physiotherapie gut gefunden, finden wir ja alle gut und die hat dann dem Patientin vorgeturnt, was für Übungen sie machen müssen, damit ihre Schulterschmerzen weggehen. Du hättest mal die Patienten sehen sollen, die haben sie angestarrt. Die Ärztin setzt sich da auch glatt weg auf die Fußboden (lacht) und macht die Beine hoch und runter und die denken, was macht die da?. Das war auch so kulturelles Ding wie, sowas macht ein Arzt nicht, das tut man nicht (lacht). Schock für die (lacht).
..Rollenverständnis	82	[0:24:11.1] I: (lacht). Ja, das passt eher zu den kulturellen Faktoren, lustig. Danke, dass du das noch mit aufgenommen hast (lacht). Du hast jetzt eigentlich ganz gut genannt, wie du sprachliche Barrieren überwindest. Was mich noch interessieren würde, kommt es durch sprachliche Barrieren ab und zu dazu, dass Medikamente falsch eingenommen werden?
..Verständnisproblemen (+)	83	[0:24:32.6] B: Viele Ärzte hier sind sehr sehr genau und fragen den Medikamentenplan nach. Und dann kann ich noch mal sagen, das Medikament X Y nimmst du dann, dann und dann. So haben wir

..Religionen und Aberglaube

89 [0:27:33.5] B: Ja und das ist richtig nervig, weil das so fatalistisch ist. Das hast du ja nicht nur im Gesundheitsbereich, das hast du ja in ganz vielen Lebensbereichen. Da scheitert es dann ganz oft dran, dieses ich setze mich jetzt für mich selbst ein, ich bin auch was Wert. Diese Selbstwahrnehmung, das habe ich bis heute nicht verstanden, wie die so wenig ausgeprägt sein kann. Wie geht es mir ist überhaupt kein Faktor. Es gibt Frauen, die treiben drei-, fünf-, achtmal ab und nehmen ihren Körper und ihre Seele gar nicht wahr dabei. Das erschüttert mich dann. Oder eben so ein Diabetiker, der geht auf dem Bau schuftet und wenn er dann umkippt, wundert er sich, hat aber den ganzen Tag nichts gegessen. Ich denke, das Gesundheitswissen ist bei den meisten schon da. Schwangerschaft, Verhütung und so weiter, das sind ja Themen, die kann man alle erfahren, das ist nicht schwer. Es gibt das Smartphone mit unzähligen Apps zur Aufklärung. Aber da ist vielleicht dieses ist halt alles Schicksal, da kann man nichts machen, ich bin halt arm, ich bin halt dumm, ich übertreibe jetzt mal ein bisschen, das steckt schon sehr tief drinnen, finde ich.

90 [0:28:53.2] I: Schön, dass du diese wichtigen Aspekte noch mal genannt hast. Das ist auch ein sehr wichtiges Thema. Dann kann ich dich jetzt befreien, denn wir sind am Ende des Interviews angekommen. Die Dinge, die du genannt hast, werden mir auf jeden Fall sehr weiterhelfen. Ich danke dir wirklich sehr für deine Teilnahme.

91 [0:29:17.2] B: Gerne.

Anhang 2: Interviewleitfaden (Ärzt/Ärztin und Sprachmittlung)

Experteninterview - Arzt

Datum:
Name des/der Interviewten Arztes/Ärztin:
Fachrichtung:

Einleitung

- Mich und das Forschungsthema vorstellen
- Erklärung von Zweck und Ziel der Forschung
- Einholung der Zustimmung zur Teilnahme der Interviewten Person

Hintergrundinfos der Interviewten Person

Fragen zu beruflichen Hintergründen und Erfahrungen im Umgang mit Patient*innen mit Einwanderungsgeschichte:

1. Wie lange üben Sie schon den Beruf als Arzt/Ärztin aus und in welchem Bereich haben Sie gearbeitet?
2. Wie lange arbeiten Sie bereits als ehrenamtlicher Arzt/Ärztin in dieser Praxis für Menschen ohne Krankenversicherung?
3. Was sind ihre Sprachkenntnisse?

Fragen zu Erfahrungen mit Sprachmittlung:

4. Haben sie in ihrer alten Praxis bereits Erfahrungen mit Sprachmittlerinnen gemacht?
5. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Sprachmittler*innen in dieser Praxis?
 - Wie unterstützen sie Sie bei der Behandlung der Patienten?
 - Gab es Situationen, in denen die Sprachmittlung nicht gut funktioniert hat?

Diagnosestellung und Behandlung

Welche Herausforderungen treten auf?

6. Wie beeinflusst die Sprachmittlung die Diagnosestellung und Behandlung von Patient*innen mit Einwanderungsgeschichte (Qualität)?
 - Gibt es Unterschiede bei nichtdeutschsprachigen Patient*innen bei Anwesenheit und Abwesenheit der Sprachmittler*innen?
 - Welche Vorteile sehen Sie in der Anwesenheit von Sprachmittler*innen bei der Behandlung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte? Gibt es auch Herausforderungen/Nachteile?
 - welche Auswirkungen hat dies auf die Gesundheit der Patient*innen?

Wie werden diese Herausforderungen bewältigt?

7. Wie werden nicht deutschsprachige Patient*innen über ihre Erkrankung und Behandlung aufgeklärt (bei Abwesenheit der Sprachmittlung)?
 - Gab es hinsichtlich dessen durch mangelnde Deutschkenntnisse schon Behandlungsfehler, Falsche Medikamenteneinnahmen etc.?

Kulturelle Faktoren

8. Welche kulturellen Faktoren beeinflussen die Diagnosestellung und Behandlung von Patient*innen mit Einwanderungsgeschichte?
 - Beispiele aus Praxis
 - Welche kulturellen Unterschiede in der Gesundheitswahrnehmung und im Umgang mit Krankheit gibt es (Krankheit als Strafe – Religion, Ungleichgewicht im Körper, Traditionelle Heilmethoden, Scham und Stigma, Geschlechterrollen (männlicher Arzt bei weiblichem Pat.)?)
9. Wie werden diese Faktoren berücksichtigt?
10. Wie könnte die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Bezug auf kulturelle Faktoren verbessert werden?

Sprachliche Faktoren

11. Wie beeinflussen sprachliche Faktoren die Diagnosestellung und Behandlung von Patient*innen mit Einwanderungsgeschichte?

→ Welche sprachlichen Barrieren treten häufig auf? (z.B. unterschiedliche Sprachkenntnisse, Sprachniveau, Fachbegriffe, unterschiedliche Sprachgebrauche (umgangssprachliche Ausdrücke, regionale Dialekte usw.))

→ Beispiele aus der Praxis?

12. Wie werden sprachliche Barrieren überwunden?

13. Wie werden Patient*innen über ihre Erkrankung und Behandlung aufgeklärt?

Abschluss

14. Gibt es ihrer Meinung nach weitere Aspekte oder Fragen, die wir in Bezug auf diese Thematik ansprechen sollten?

15. Zusammenfassung der Ergebnisse

16. Feedback

17. Möglichkeit für weitere Fragen oder Anmerkungen der Interviewpartner*innen

18. Dankeschön und Verabschiedung

Experteninterview - Sprachmittlung

Datum:

Name der Interviewten Sprachmittlung:

Einleitung

- Mich und das Forschungsthema vorstellen
- Erklärung von Zweck und Ziel der Forschung
- Einholung der Zustimmung zur Teilnahme der Interviewten Person

Hintergrundinfos der Interviewten Person

Fragen zu beruflichen Hintergründen und Erfahrungen:

1. Was sind ihre Sprachkenntnisse?
2. Wie lange üben Sie schon den Beruf als Sprachmittler*in aus und in welchen Bereichen haben Sie schon gearbeitet?
3. Wie lange arbeiten Sie bereits als Sprachmittlung in dieser Praxis für Menschen ohne Krankenversicherung?

Fragen zu Erfahrungen als Sprachmittlung im Gesundheitswesen

4. Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen in dieser Praxis?
 - Wie unterstützen sie den Arzt/die Ärztin bei der Behandlung der Patienten (bzw. Welche Rolle spielen Sie als Sprachmittlung bei der Kommunikation zwischen den Patienten und den Ärztinnen?)?
 - Gab es Situationen, in denen die Sprachmittlung nicht gut funktioniert hat (Herausforderungen in Bezug zu der Kommunikation mit Arzt/Ärztin + Umgang)?

Diagnosestellung und Behandlung

Welche Herausforderungen treten auf?

5. Wie beeinflusst die Sprachmittlung die Diagnosestellung und Behandlung von Patient*innen mit Einwanderungsgeschichte (Qualität)?
 - Welche Vorteile sehen Sie in Ihrer Anwesenheit als Sprachmittlung bei der Behandlung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte? Gibt es auch Herausforderungen (Herausforderungen in Bezug zu der Kommunikation mit Patient*innen)?

Kulturelle Faktoren

6. Welche kulturellen Faktoren beeinflussen die Diagnosestellung und Behandlung von Patient*innen mit Einwanderungsgeschichte?
 - Beispiele aus Praxis
 - Wie werden diese Faktoren in Ihrer Arbeit als Sprachmittlung berücksichtigt?

7. Wie könnten die Gesundheitsversorgung und die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Sprachmittler*innen in Bezug auf kulturelle Faktoren verbessert werden?

Sprachliche Faktoren

8. Wie beeinflussen sprachliche Faktoren die Diagnosestellung und Behandlung von Patient*innen mit Einwanderungsgeschichte?
 - Welche sprachlichen Barrieren treten häufig auf? (z.B. unterschiedliche Sprachkenntnisse, Sprachniveau, Fachbegriffe, unterschiedliche Sprachgebrauche (umgangssprachliche Ausdrücke, regionale Dialekte usw.))
 - Beispiele aus der Praxis?

9. Wie werden sprachliche Barrieren überwunden?
 - Wie unterstützen Sie die Patienten bei der Überwindung sprachlicher Barrieren, um ihre Bedürfnisse und Symptome angemessen mitzuteilen?
 - Wie helfen Sie Patient*innen medizinische Fachbegriffe und Abläufe zu verstehen?

Abschluss

10. Gibt es ihrer Meinung noch weitere Aspekte oder Fragen, die wir in Bezug auf diese Thematik ansprechen sollten?

11. Zusammenfassung der Ergebnisse

12. Feedback

13. Möglichkeit für weitere Fragen oder Anmerkungen der Interviewpartner*innen

14. Dankeschön und Verabschiedung

Anhang 3: Informationsblatt und Einwilligungserklärung



Informationsblatt und Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten für eine Bachelorarbeit im Fachbereich Gesundheitswissenschaften

A. Gegenstand des Forschungsprojektes und Grundlage der Einwilligungserklärung

1. Forschungstitel

Der Einsatz von Community-Interpreters bei der medizinischen Behandlung von Personen ohne Krankenversicherungsschutz – eine qualitative Analyse

2. Beschreibung des Forschungsgegenstandes

Im Rahmen dieser Studie soll untersucht werden, inwiefern Community-Interpreters zur Verbesserung der Diagnosestellung, Behandlung und kulturellen Sensibilität bei der medizinischen Behandlung nicht krankenversicherter Personen beitragen. Damit wird das Ziel verfolgt, Die Forschungslücke zu der Auswirkung des Einsatzes von Community-Interpreters im Gesundheitswesen zu schließen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden zur Beantwortung der Forschungsfrage neben Informationen aus einer Literatur- und Datenbankrecherche auch Ergebnisse aus selbst durchgeführten Expert*inneninterviews mit freiwilligen Ärzt*innen und Sprachmittlerinnen berücksichtigt.

3. Freiwillige Teilnahme:

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie haben das Recht die Teilnahme abzulehnen oder diese jederzeit ohne Angabe eines Grundes und ohne absehbare Konsequenzen zu Beenden. In dem letzteren Fall werden alle bereits von Ihnen erhobenen Daten gelöscht.

4. Studienablauf:

Nachdem durchlesen dieses Informationsblattes wird ein gemeinsamer Termin für das Expert*inneninterview ausgemacht. Am Tag des Interviews erhalten Sie den Teil B zur Einwilligung Ihrer Teilnahme an der Studie und der Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten. Nach Ihrer Einwilligung wird ca. 30-minütiges Expert*inneninterview durchlaufen. Das gesamte Interview wird für die nachfolgende Datenanalyse per Ton aufgezeichnet. Nach Beendigung des Interviews haben Sie Ihren Beitrag zur Studie geleistet.

5. Interviewende Person und Auftraggebende Institution:

Demet Aba, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (Adresse: Ulmenliet 20, 21033 Hamburg)

6. Datensicherheit:

Die durch das Interview bereitgestellten Daten werden ausschließlich zum Zweck der Bachelorarbeit verwendet. Mündlich wiedergegebene Informationen im Interview werden zur Ermöglichung einer nachträglichen Transkription mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Die Transkription dient der Unterstützung einer nachträglichen Interviewanalyse und -Auswertung. Alle in der Transkription und schriftlichen Ausarbeitung verwendeten personenbezogene Informationen werden pseudonymisiert. Eine Identifizierung der Interviewten Person von zweiten ist dadurch ausgeschlossen. Ein Widerruf der Informationen ist jederzeit möglich.

B. Einwilligungserklärung

Die Erläuterungen zur Forschungsarbeit „*Der Einsatz von Community-Interpreters bei der medizinischen Behandlung von Personen ohne Krankenversicherungsschutz – eine qualitative Analyse*“ unter Abschnitt A habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich _____, willige ein, dass meine personenbezogenen Daten und mündlich wiedergegebenen Informationen aus dem Interview aufgezeichnet, gespeichert und im Anschluss transkribiert werden dürfen. Zudem willige ich die Nutzung der ausgewerteten Informationen für die Bachelorarbeit von Demet Aba ein.

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten in einer pseudonymisierten Form angewendet werden, wodurch alleinig Demet Aba meine Person identifizieren kann. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zum Interview freiwillig ist, ich jederzeit und ohne Angabe einer Begründung die Einverständniserklärung als auch die Teilnahme am Interview widerrufen kann (widerruf unter: demet-aba@live.de), ohne dass Nachteile für meine Person entstehen.

Eine Kopie der Informations- und Einwilligungserklärung wurde mir ausgehändigt.

Vorname, Nachname

Hamburg, xx.xx.2023

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 4: Transkriptionsregeln der einfachen Transkription nach Dresing & Pehl

Einfaches Transkriptionssystem

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
5. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.
12. Das Transkript wird als Rich Text Format (.rtf-Datei) gespeichert. Benennung der Datei entsprechend des Audiodateinamens (ohne Endung wav, mp3), Beispielsweise: Interview_04022011.rtf oder Interview_schnitt.rtf

Erweiterung zu den Regeln:

1. Wort- und Satzabbrüche werden mit / markiert: „Ich habe mir Sor/ Gedanken gemacht“. Wortdoppelungen werden immer notiert.
2. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (..) für circa zwei Sekunden, (...) für circa drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.
3. Verständnissignale und Fülllaute des Interviewers („mhm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert. Alle Äußerungen des Befragten werden transkribiert. Dies bedeutet auch Fülllaute wie Mhm und Ähm.
4. Sprecherüberlappungen werden mit // gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfs folgt ein //. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser // und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit // gekennzeichnet.
5. Dialekte werden so geschrieben, wie sie gesprochen werden.
6. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
7. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
8. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
9. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
10. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
11. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).

Quelle: Dresing & Pehl, 2018, S. 21ff.

Anlage 5: Kodierleitfaden

Farblgende

Hauptkategorie	Subkategorie	Subsubkategorie
----------------	--------------	-----------------

Kategorie	Definition	Kodierregeln	Musterbeispiel
1 Erfahrungen	Welche Erfahrungen bringen die Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen aus der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz mit?	Alle Aussagen, welche die Erfahrungen der Ärzt/innen oder Sprachmittlerinnen repräsentieren.	Alle Beispiele werden in den jeweiligen Subkategorien oder Subsubkategorien aufgelistet.
1.1 Erfahrung Sprachmittlung	Welche Erfahrungen bringt die Gruppe der Sprachmittlerinnen aus der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz mit?	Alle Aussagen, welche die Erfahrungen der Sprachmittlerinnen repräsentieren.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „ <i>Erfahrung Sprachmittlung</i> “. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
1.1.1 Arbeitserfahrung	Alle Arbeitserfahrungen der Sprachmittlerinnen hinsichtlich der Sprachmittlungstätigkeit.	Alle Aussagen, welche die Arbeitserfahrung der Sprachmittlerinnen beinhalten. Dazu zählt beispielsweise die Tätigkeitsdauer oder weitere Arbeitstätigkeiten als Sprachmittlung in anderen Institutionen/Einrichtungen.	„Zurzeit ich bin auch Sprachmittlerin bei der (zensiert (Name einer Einrichtung wurde genannt)) in Hamburg, im (zensiert (Name einer Einrichtung wurde genannt)) und bei (zensiert (Name einer Einrichtung wurde genannt)).“ 1WS, S.2 „Seit ungefähr 3 Jahren mache ich die Sprachmittlung [...].“ 2WS, S.1
1.1.2 Sprachmittlungskurs	Durchlaufener Sprachmittlungskurs vor Tätigkeitsbeginn als Sprachmittlung.	Alle Aussagen, welche die Teilnahme an einem Sprachmittlungskurs beinhalten.	„Ja, einen Kurs haben wir hier mal gemacht gemeinsam mit MiMi. Die sind mal hier hergekommen und da waren wir nicht nur
			Sprachmittlerinnen, da hatten auch ein paar Ärzte und Ärztinnen sich daran beteiligt, um bisschen Hintergrundinfo zu kriegen.“ 3WS, S.1
1.1.3 Private Erfahrungen	Private Erfahrungen hinsichtlich der Sprachmittlungstätigkeit. Tätigkeiten abseits der Arbeit.	Alle Aussagen, welche die privaten Erfahrungen der Sprachmittlerinnen zur dolmetschenden Tätigkeit enthalten. Dazu zählen alle Tätigkeiten abseits von beruflichen Tätigkeiten. Beispielsweise das freiwillige übernehmen der Sprachmittlung für Bekannte, Familienangehörige etc. in unterschiedlichsten Einrichtungen.	„Erfahrungen habe ich aber schon vor der Arbeit im (zensiert (Name der Einrichtung wurde genannt)) gehabt, weil ich manchmal für Freunde übersetzt habe beim Arzt oder in der Schule.“ 1WS, S.2 „Also das sind jetzt neun Jahre mindestens und ich habe privat auch immer wieder, also was heißt privat (...), ehrenamtlich, Menschen begleitet zu Behörden. Da habe ich dann auch übersetzt.“ 3WS, S.1
1.2 Erfahrung Arzt/Ärztin	Welche Erfahrungen bringt die Gruppe der Ärzt/innen aus der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz mit?	Alle Aussagen, welche die Erfahrungen der Ärzt/innen repräsentieren.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „ <i>Erfahrung Arzt/Ärztin</i> “. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
1.2.1 Praxis ohne KV	Erfahrungen aus der Praxis für Menschen ohne	Alle Aussagen, welche den Erfahrungen aus der Praxis für	„Ich habe meine ehrenamtliche Tätigkeit nach Beendigung der

	Krankenversicherungsschutz. Dauer?	Menschen ohne Krankenversicherungsschutz zuzuordnen sind. Dazu gehört beispielsweise die Tätigkeitsdauer als praktizierende/r Arzt/Ärztin in dieser Praxis.	<i>dortigen Tätigkeit ein halbes Jahr lang später angefangen oder dreiviertel Jahr später angefangen, im (Name der Einrichtung wurde genannt)). [...]. Also hier anderthalb Jahre [...].</i> 2MA, S.1
1.2.2 Fachgruppe	Fachgruppe, der die praktizierenden Ärzt/innen angehören.	Alle Aussagen, welche die Fachgruppe der Ärzt/innen beschreiben. Beispielsweise Allgemeinmediziner/in, Gynäkologe/Gynäkologin etc.	<i>„Erfahrungen habe ich in der inneren Medizin, drei Jahre als Assistent. Dann habe ich ein Jahr lang Gynäkologie gemacht. Dann habe ich zwei Jahre in Afrika gearbeitet. Und dann habe ich noch mal zwei Jahre innere und dann noch mal fünfunddreißig Jahre in der Praxis als Allgemeinarzt.“</i> 3MA, S.1
1.2.3 Sprachmittlungserfahrung vor Praxis ohne KV	Erfahrungen mit Sprachmittler/innen vor Tätigkeitsbeginn in der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (beispielsweise aus der eigenen Arztpraxis für krankenversicherte Personen).	Alle Aussagen, welche die Erfahrungen mit Sprachmittler/innen vor der Tätigkeit in der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz beinhalten. Dazu gehören beispielsweise Erfahrungen mit Ad-hoc Sprachmittler/innen aus der eigenen Arztpraxis in der Vergangenheit, Erfahrungen mit professionellen	<i>„Also das war häufig so, dass Begleitpersonen wie Bekannte oder Freunde übersetzt haben.“</i> 5WA, S.2 <i>„Ja, das habe ich. In den zwei Jahren in Afrika, da waren ja Sprachen, die ich überhaupt nicht kannte. Da musste immer ein Dolmetscher dabei sein.“</i> 3MA, S.2
		Medizindolmetschenden oder auch Community-Interpreters.	
2 Zusammenarbeit Arzt/Ärztin-Sprachmittlung	Wie läuft die Zusammenarbeit zwischen den Ärzt/innen und Sprachmittler/innen?	Alle Aussagen, welche Informationen zur Zusammenarbeit zwischen Ärzt/innen und Sprachmittlerinnen repräsentieren.	Alle Beispiele werden in den jeweiligen Subkategorien oder Subsubkategorien aufgelistet.
2.1 Bemühungen durch Arzt/Ärztin	Welche Bemühungen werden von den Ärzt/innen zur besseren Zusammenarbeit vorgenommen?	Bemühungen aus Seiten der Ärzt/innen gegenüber den Sprachmittlerinnen zur besseren Zusammenarbeit.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Bemühungen durch Arzt/Ärztin“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
2.1.1 Geduld und Akzeptanz	Bemühungen welche von Geduld und Akzeptanz gekennzeichnet sind.	Alle Aussagen, welche in die Richtung von Geduld und Akzeptanz zu interpretieren sind.	<i>„Also ich lerne eben, oder habe das gelernt im Laufe der Jahre, dass ich dann ab und zu mal innehalte und der Übersetzerin eine Chance gebe, das überzubringen, der Patientin die Chance gebe zu antworten.“</i> 1WA, S.3
2.1.2 Direkte Kommunikation	Bemühungen welche von einer direkten Kommunikation der	Alle Aussagen, welche die direkte Kommunikation von	<i>„[...] ist es manchmal vom Verständnis her schon ab und zu</i>

	Arzt/innen an Sprachmittlerinnen hervorgehen.	Ärzt/innen an Sprachmittlerinnen beinhalten. Orientierung an Wörtern wie „Nachfragen“.	so, dass man nachfragen muss.“ 1WA, S.2
2.2 Bemühungen Sprachmittlung	Welche Bemühungen welchen von den Sprachmittlerinnen zur besseren Zusammenarbeit vorgenommen?	Bemühungen aus Seiten der Sprachmittlerinnen gegenüber den Arzt/innen zur besseren Zusammenarbeit.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Bemühungen Sprachmittlung“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
2.2.1 Angeeignete Struktur	Aneignung der Arbeitsstruktur der Arzt/innen.	Alle Aussagen, welche sich auf die angeeignete Struktur der Sprachmittlerinnen bezieht. Beispielsweise das Bewusstsein über die potenziell folgenden Fragestellungen der Arzt/innen, Bewusstsein über die Abläufe, Aneignung medizinischer Fachbegriffe etc.	„Die Sprachmittler hier haben ja häufig schon bisschen in die Medizin mal reingerochen. Das hat sich im Laufe der Zeit schon ergeben und die kennen dann schon viele Fragen, die wir stellen und so.“ 1WA, S.5 „Weil der Sprachmittler, der eben häufig oder lange mit uns gearbeitet hat, der kann das besser vielleicht einordnen, was wir fragen. Der kennt auch bestimmte medizinische Fachwörter und weiß vielleicht eher, worauf ich hinauswill.“ 3MA, S.2
2.2.2 Interkulturelle Vermittlung	Die Vermittlung von kulturellen Inhalten an die Arzt/innen zur Förderung einer interkulturellen medizinischen Behandlung.	Alle Aussagen welche das Weitertragen der kulturellen Inhalte durch Sprachmittlerinnen an die Arzt/innen beinhalten. Dazu zählt das Erklären von kulturellen Inhalten und deren Bedeutung und Auswirkung auf die Behandlung zur Steigerung des interkulturellen Verständnisses von Arzt/innen.	„Es gibt Vorteile, weil sie natürlich die Kultur besser kennen. Manchmal auch was erklären, was mir vielleicht nicht so klar ist von der Kultur her. Das gibt es schon.“ 5WA, S.4
2.2.3 Rückfragen an Arzt/Ärztin	Die Stellung von Rückfragen an Arzt/innen bei aufkommenden Übersetzungsproblematiken.	Alle Aussagen, welche die direkte Stellung von Rückfragen durch Sprachmittlerinnen an die Arzt/innen beinhalten. Beispielsweise Rückfragen zum besseren Verständnis von Fachbegrifflichkeiten, Rückfragen zu medizinischen Abläufen etc.	„Also ich habe mich zum Beispiel erwischt zu sagen, das nimmt man immer morgens. Da dachte ich mir dann auch, ne Moment mal, das weiß ich ja gar nicht (lacht) und frage zurück an den Arzt, ist das so, dass man das Magenpräparat morgens nimmt. Und das stimmt dann auch meist, aber trotzdem ist es richtig, den Arzt dann noch mal zu fragen, wenn man sich da vorgewagt hat [...]“ 3WS, S.4 „Tatsächlich habe ich immer nachgefragt, natürlich wegen den Fachbegriffen.“ 2WS, S.2

3 Wirkung auf Arzt/Ärztin	Wie wirkt der Einsatz von Community-Interpreters in medizinischen Behandlungen auf die Ärzt/innen?	Alle Aussagen, welche die Wirkungen der Sprachmittlung in der Behandlung auf die Ärzt/innen beinhalten.	Alle Beispiele werden in den jeweiligen Subkategorien aufgelistet.
3.1 Positive Wirkung	Positive Auswirkungen aus Seiten der Ärzt/innen durch den Einsatz von Sprachmittlerinnen.	Alle Aussagen, welche einen positiven Charakter hinsichtlich der Wirkung auf die Ärzt/innen durch den Einsatz von den Sprachmittlerinnen haben. Dazu zählen beispielsweise Aussagen zur positiven Funktionalität durch Wörter wie z.B. „Angenehm“, „Entlastung“.	„Also die Sprachmittlung empfinde ich hier als sehr sehr große Entlastung.“ 2MA, S.2 „Also ich finde die Unterstützung sehr gut und angenehm hier.“ 4MA, S.2
3.2 Negative Wirkung	Negative Auswirkungen aus Seiten der Ärzt/innen durch den Einsatz von Sprachmittlerinnen.	Alle Aussagen, welche einen negativen Charakter hinsichtlich der Wirkung auf die Ärzt/innen durch den Einsatz von den Sprachmittlerinnen haben. Dazu zählen beispielsweise Aussagen zu negativen/belastenden Ereignissen wie z.B. durch die Verselbständigung von Gesprächen.	„Es führt manchmal auch in Entwicklungen oder Veränderungen, die sich dann verselbständigen aus meiner Perspektive. Das kann negativ sein, also hallo Hopp, ich will jetzt schnell weitermachen oder ich will zum Ende kommen.“ 2MA, S.4 „Aber manchmal hat man das Gefühl, da entwickelt sich so ein Gespräch zwischen den beiden und ich bin außen vor.“ 5WA, S.3
4 Wirkung auf Patient/in	Wie wirkt der Einsatz von Community-Interpreters in medizinischen Behandlungen auf die Patient/innen?	Alle Aussagen, welche die Wirkungen der Sprachmittlung in der Behandlung auf die Patient/innen beinhalten.	Alle Beispiele werden in den jeweiligen Subkategorien oder Subsubkategorien aufgelistet.
4.1 Vorteile	Welche Vorteile bringt der Einsatz von Community-Interpreters für die Patient/innen?	Alle Aussagen, welche die Vorteile des Einsatzes von Community-Interpreters für die Patient/innen hervorbringen.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Vorteile“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
4.1.1 Viel Zeit	Die Schaffung von einer längeren Behandlungszeit durch den Einsatz der Sprachmittlerinnen.	Alle Aussagen, welche positiv dazu eingestellt sind, dass ein höherer Zeitaufwand in der Behandlung durch den Einsatz von Community-Interpreters zustande kommt. Hierbei sind positiv eingestellte Aspekte beispielsweise, wenn Patient/innen dadurch mehr Gehör von allen Beteiligten bekommen und Informationen ausführlich erklärt werden. Des weiteren beispielsweise mehr Zeit zum Nachdenken.	„Naja ich sag mal so, ich habe durch die Sprachmittlung, manchmal für mich persönlich ein bisschen mehr Zeit zum Nachdenken. Weil ja, während die Übersetzerin mit der Patientin spricht, bin ich ja raus und kann mir dann meine Gedanken machen, über was ich als nächsten fragen möchte oder was ich machen möchte, oder was ich der Patientin sagen möchte oder so.“ 1WA, S.3 „Das ist dann manchmal zwar ein bisschen lang, weil die Sprachmittlung, die Patientin, der Arzt, die Assistentin, das sind viele Beteiligte. Aber das ist wichtig, dass man sich darüber einig ist. Das ist eigentlich auch für die Patienten glaube ich immer ein

			<i>gutes Gefühl, wenn es noch mal erklärt wird, wenn es noch mal aufgeschrieben wird.“ 3WS, S5</i>
4.1.2 Vertrautheit und Sicherheit	Die Förderung von Vertrautheit und Sicherheit im Raum durch den Einsatz der Sprachmittlerinnen.	Alle Aussagen, welche die Steigerung der Vertrautheit und Sicherheit im Raum erwähnen. Dazu zählen beispielsweise Aspekte wie ein vermehrter Zeitaufwand, was zu einer ausführlicheren Behandlung führt. Des Weiteren das allgemeine Verständnis von Patient/innen (sie finden Gehör).	<i>„Und das hängt halt damit zusammen, obwohl wir uns viel Zeit nehmen für die Patienten und ich schon öfters gehört habe, Patienten finden hier viel mehr Gehör als in anderen Praxen als in normalen Praxen, aber diese ausführliche Aufklärung ist irgendwie organisatorisch und auch von unseren Fähigkeiten her nicht zu leisten.“ 4MA, S.12</i> <i>„Also die sind sicher sehr froh, wenn sie merken, dass hier jemand so spricht wie sie. Dass sie es sicher haben, einen Vorteil und auch mehr Vertrauen.“ 5WA, S.4</i>
4.2 Nachteile	Welche Nachteile bringt der Einsatz von Community-Interpreters für die Patient/innen?	Alle Aussagen, welche die Nachteile des Einsatzes von Community-Interpreters für die Patient/innen hervorbringen.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Nachteile“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
4.2.2 Keine direkte Arzt/Ärztin-Patienten-Kommunikation	Durch den vorkommenden Dialog besteht keine direkte	Alle Aussagen, welche den zustande kommenden Dialog	<i>„Aber es geht wahrscheinlich in der Kommunikation zwischen Arzt</i>
	Arzt/Ärztin-Patienten-Kommunikation.	in der medizinischen Behandlung durch den Einsatz von Community-Interpreters beinhalten. Aufkommende Wörter wie „Dialog“ wurden mit dieser Kodierung versehen.	<i>und Patienten ganz viel verloren. Es ist immer jemand dazwischen. Die Patienten gucken den Übersetzer an meistens, nicht mich.“ 5WA, S.2</i>
4.2.3 Unterbrechungen	Die Unterbrechung von Patient/innen oder Arzt/innen im Behandlungsgespräch zur Beibehaltung der korrekten Informationsvermittlung durch die Sprachmittlerinnen.	Alle Aussagen, welche die Information beinhalten, dass Patient/innen und Arzt/innen in der Kommunikation durch Sprachmittlerinnen unterbrochen werden müssen.	<i>„[...] wenn jetzt die Patientin sehr viel erzählt, dann müsstest man eigentlich unterbrechen. Das ist auch nicht immer so toll. Gerade wenn es sehr persönlich wird oder so.“ 3WS, S.3</i>
4.2.4 Schuldzuweisungen	Die Vergabe von Schuldzuweisungen durch Patient/innen an Sprachmittlerinnen.	Alle Aussagen, in denen die Patient/innen nicht differenzieren können, dass Sprachmittlerinnen allein für die Sprachbrücke verantwortlich sind.	<i>„Es gibt manchmal Leute, die wenn ich sage Diagnose auf bulgarisch, sie meinen, das ich habe Schuld. Oder wenn ich sage Arzt macht diese Therapie nicht oder gibt diese Medikament nicht. Sie versteht nicht, dass ich nur übersetze. Wenn ich das auf bulgarisch sage, das heißt, ich habe das gesagt. Es gibt Leute, die können nicht das verstehen.“ 1WS, S.10</i>
5 Sprachmittlung	Wie beeinflusst die Präsenz einer Sprachmittlung die	Alle Aussagen, welche die Wirkungen der Sprachmittlung	Alle Beispiele werden in den jeweiligen Subkategorien oder Subsubkategorien aufgelistet.

	medizinische Behandlung und Diagnosestellung?	auf die Behandlung und Diagnosestellung beinhalten.	
5.1 Abwesenheit Sprachmittlung	Problematiken in der medizinischen Behandlung, welche durch die Abwesenheit der Sprachmittlerinnen auftreten.	Alle Aussagen, welche der Abwesenheit der Sprachmittlerinnen zugeordnet werden können.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Abwesenheit Sprachmittlung“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
5.1.1 Behandlungsfehler	Kommen Behandlungsfehler durch die Abwesenheit von Sprachmittlerinnen vor?	Alle Aussagen, welche Informationen zu Behandlungsfehlern enthalten.	„Also es kommt sehr selten vor, aber es ist anzunehmen. Muss ja zu Fehlern führen.“ 4MA, S.6 „Denn die Kontakte hier in diesem Ehrenamtsbereich sind meinerseits nur nicht regelmäßig, sondern nur sporadisch. Das gleiche gilt für die Patienten, die herkommen ist auch nicht regelmäßig und sporadisch. Und dass man dann die gleichen Patienten wiedertrifft. Von einer Rückmeldung und von Fehlentscheidungen oder ähnliches ist mir nichts bekannt.“ 2MA, S.6
5.1.2 Hilfsmittel	Die Nutzung von Hilfsmitteln bei Abwesenheit der Sprachmittlerinnen für eine	Alle Aussagen, welche die Verwendung von Hilfsmitteln durch Ärzt/innen bei	„Ja. Wir haben hier diese Zeichnungen, die können wir
	bessere Verständigung zwischen Patient/innen und Ärzt/innen.	Abwesenheit der Sprachmittlung zur besseren Patient/innenkommunikation enthalten. Darunter zählt beispielsweise die Nutzung von Wörterbüchern, Bildern, Zeichnungen etc.	nehmen, das ist schon einmal ganz gut.“ 5WA, S.12 „Ich benutzte dann manchmal einige Hilfsmittel. Wir haben hier so Bildwörterbücher, aber allerdings für die gängigen Sprachen.“ 4MA, S.5
5.1.3 Sprachbarriere	Das Vorkommen einer Sprachbarriere zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in durch Abwesenheit der Sprachmittlerinnen.	Alle Aussagen, welche eine Sprachbarriere zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in kennzeichnen. Dazu gehört beispielsweise die Aussage, dass mit Händen und Füßen geredet wird, eine Informationsvermittlung unmöglich erscheint und auf das Minimum reduziert ist.	„Ich meine, der Fall den du angesprochen hast, mit der Portugiesin, das sieht ja dann wirklich schlecht aus, weil wie soll man sich da begreiflich machen. Da kann man ja nur mit Händen und Füßen reden und da ist eine Kommunikation fast ausgeschlossen.“ 4MA, S.4
5.1.4 Wahrnehmung von Arzt/Ärztin	Die Wahrnehmung von Ärzt/innen bei Anwesenheit und Abwesenheit der Sprachmittlerinnen.	Alle Aussagen, welche die Zusammenarbeit mit den Sprachmittlerinnen und deren Einfluss auf die Behandlung beinhalten. Persönliche Äußerungen durch Ärzt/innen zur Wahrnehmung wie z.B. einer positiven Zusammenarbeit werden kodiert.	„Also die Sprachmittlung empfinde ich hier als sehr sehr große Entlastung.“ 2MA, S.2 „Nein, die Zusammenarbeit ist gut. Auch wenn man wie heute das Triaphon nimmt oder so. Aber es geht wahrscheinlich in der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten ganz viel verloren.“ 5WA, S.2

5.2 Lösung für Herausforderungen	Alle Lösungen zur Bewältigung von aufkommenden Herausforderungen bei der Sprachmittlung.	Alle Aussagen, welche Lösungen zur Bewältigung von Herausforderungen in der Sprachmittlung beinhalten.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Lösung für Herausforderungen“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
5.2.1 Verständnisprobleme	Lösungen für aufkommende Verständnisprobleme bei den medizinischen Behandlungen.	Alle Aussagen, welche das Bewältigen eines Verständnisproblems durch ein lösungsorientiertes Handeln der Sprachmittlerinnen und Ärzt/innen beinhalten. Dazu zählt beispielsweise das Aufzeigen eines Körperteils, über das gesprochen wird.	„Manchmal sagen sie etwas und benutzen andere Wörter, also Umschreibungen, dann frage ich auch noch mal nach, was bedeutet jetzt dieses Wort, ich möchte es ganz konkret verstehen, bevor ich es einfach so übersetze.“ 2WS, S.5 „Selbst wenn ich das wortwörtlich übersetze, verstehen sie nicht unbedingt, was damit gemeint ist. Also man muss sehr beispielhaft reden. Was weiß ich, da gibt es so Nervenbahnen und dann zeigt man so eine Linie auf dem Arm am besten oder Bein, oder wo es dann auch immer ist und da klemmt es. Das ist dann das, was sie versteht.“ 3WS, S.9f.
5.2.2 Unbekannte medizinische Begriffe	Lösungen von Sprachmittlerinnen für unbekannte medizinische Terminologie.	Alle Aussagen, die beinhalten, dass Sprachmittlerinnen bei unbekannter medizinischer Terminologie zur korrekten	„Sie sind auch einverstanden, wenn ich kann nicht alles übersetzen (...), zum Beispiel spezielle Wörter in medizinischer
		Informationsvermittlung handlungsorientiert agieren. Beispielsweise durch Stellung von Rückfragen an die Ärzt/innen oder die Nutzung von Wörterbüchern etc.	Terminologie. Aber ja (...), ich benutze auch Wörterbuch in Handy und kann den Ärzten helfen, die Patienten zu verstehen.“ 1WS, S.2
5.3 Rolle der Sprachmittlung	Die Rolle der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung.	Alle Aussagen, welche die Rolle der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung beinhalten.	Alle Beispiele aus der Subsubkategorie fallen in die Subkategorie der „Rolle der Sprachmittlung“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurde die Subsubkategorie gebildet.
5.3.1 Sprachbrücke	Sprachmittlerinnen üben eine Rolle als Sprachbrücke zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in aus.	Alle Aussagen, welche beinhalten, dass Sprachmittlerinnen die Sprachbrücke in der medizinischen Behandlung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in darstellen.	„[...] Rolle als die Brücke zwischen den Ärzten und den Patienten, die Sprachbarriere überwinden zu lassen.“ 2WS, S.2 „Sowie eine Patientin heute befürchtet hat, die würde blind werden. Diese Befürchtung kann sie mir ja nicht direkt sagen. Das geht dann natürlich über die Sprachmittlung.“ 2MA, S.11
5.4 Wirkung auf Behandlung	Die Auswirkung der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung auf die Behandlung.	Alle Aussagen, welche die Auswirkungen von Sprachmittlerinnen auf die medizinische Behandlung enthalten.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Wirkung auf Behandlung“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.

5.4.1 Bessere Lösungsfindung	Die Auswirkung der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung auf die bessere Lösungsfindung.	Alle Aussagen, welche eine bessere Lösungsfindung in der medizinischen Behandlung durch die Sprachmittlerinnen beinhalten. Dazu zählt beispielsweise der Aspekt, dass Ärzt/innen vermehrt Zeit zum Nachdenken haben.	„Es kann aber auch positiv sein, dass ich sage, oh wunderbar, die Ebene Sprachmittlung-Patient führt zu weiteren besseren Lösungen, als ich sie gefunden hätte.“ 2MA, S.4 „ich habe durch die Sprachmittlung, manchmal für mich persönlich ein bisschen mehr Zeit zum Nachdenken. Weil ja, während die Übersetzerin mit der Patientin spricht, bin ich ja raus und kann mir dann meine Gedanken machen, über was ich als nächsten fragen möchte oder was ich machen möchte, oder was ich der Patientin sagen möchte oder so.“ 1WA, S.3
5.4.2 Wahrnehmung von Arztbesuchen	Die Auswirkung der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung auf die Wahrnehmung von Arztbesuchen.	Alle Aussagen die den Zusammenhang von der Wahrnehmung von Arztbesuchen durch eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit deuten.	„Also ganz sicher glaube ich, das viele sonst gar nicht zum Arzt gehen würden, weil sie sich nicht ausdrücken können.“ 3WS, S.5
5.4.3 Interkulturelles Verständnis	Die Auswirkung der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung auf das interkulturelle Verständnis.	Alle Aussagen, welche die Vermittlung von interkulturellem Wissen durch Sprachmittlerinnen an die Ärzt/innen beinhalten. Diese Vermittlung trägt zu einer	„Es gibt Vorteile, weil sie natürlich die Kultur besser kennen. Manchmal auch was erklären, was mir vielleicht nicht so klar ist von der Kultur her.“ 5WA, S.4
		interkulturellen Behandlung bei.	
5.4.4 Verbessertes Verständnis/Verbesserte Aufklärung	Die Auswirkung der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung auf das Verständnis und die Aufklärung.	Das gesteigerte Verständnis und vermehrte Aufklärung durch die Kommunikationsfähigkeit in der medizinischen Behandlung. Alle Aussagen, welche beinhalten, dass diese zwei Aspekte gesteigert und gebessert werden.	„Und für die Therapie, ja im Großen und Ganzen denke ich, verstehen die Patienten auch, was sie machen sollen. Also wie sie die Tabletten nehmen sollen“ 4MA, S.12
5.4.5 Befolgung von Arztanweisungen	Die Auswirkung der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung auf die Befolgung von Anweisungen.	Alle Aussagen, welche nahelegen, dass Arztanweisungen durch die Anwesenheit von Community-Interpreters eher befolgt werden oder auch nicht.	„Dem Patienten wird nicht nur gesagt mach das, sondern durch die vorhandene Sprachbrücke kann der jetzt verstehen, warum soll er es machen, warum ist es so wichtig. Der Patient beginnt zu verstehen. Ich denke, dass das Verständnis den Patienten motivieren kann.“ 2WS, S.5
5.4.6 Medikamenteneinnahme	Die Auswirkung der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung auf die Medikamenteneinnahme.	Alle Aussagen, welche sich auf die korrekte oder auch falsche Medikamenteneinnahme beziehen. Orientiert wurde an dem Wort „Medikament“, „Tablette“ oder „Einnahme“	„Es gibt immer wieder Fehler bei der Einnahme der Tabletten zum Beispiel. Aber ich glaube nicht, dass die Sprachmittlung die Hauptursache ist.“ 3MA, S.4
5.4.7 Wirkung auf Diagnose	Die Auswirkung der Sprachmittlung in der medizinischen Behandlung auf die Diagnose.	Alle Aussagen, welche die Wirkung von Sprachmittlerinnen auf die Diagnose beinhalten. Dazu	„Also für die Diagnostik würde ich sagen, ist es ausreichend mit der Sprachmittlung hier. Da können wir uns meistens ein

		gehören positive als auch negative Wirkungen. Orientiert wurde am Wort „Diagnose“.	ausreichendes Bild machen, was der Patient womöglich hat.“ 4MA, S.11f. „Also Leute, die sich eben gut auf das einlassen können, was der Übersetzer sagt, bei denen kann ich halt auch schneller die Diagnose stellen.“ 3MA, S.8
6 Sprachliche Faktoren	Welche sprachlichen Faktoren beeinflussen, unabhängig von der Sprachmittlung die medizinische Behandlung und Diagnosestellung?	Alle Aussagen, welche auf sprachliche Faktoren zurückzuschließen sind und die medizinischen Behandlung beeinflussen.	Alle Beispiele werden in den jeweiligen Subkategorien oder Subsubkategorien aufgelistet.
6.1 Umgang Arzt/Ärztin	Wie gehen Ärzt/innen mit sprachlichen Faktoren in der medizinischen Behandlung um?	Alle Aussagen, welche den Umgang mit sprachlichen Faktoren aus Seiten der Ärzt/innen beinhalten.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Umgang Arzt/Ärztin“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
6.1.1 Rückfragen	Rückfragen durch den Arzt/die Ärztin an die Patient/innen oder Sprachmittlerinnen zur Lösung von sprachlichen Faktoren.	Alle Aussagen, welche die Stellung von Rückfragen der Ärzt/innen an ihr Gegenüber beinhalten.	„Ich versuche dann schon, dass ich wenigstens die Leute angucke und nicht den Übersetzer. Aber da geht sicher ganz viel verloren. Aber nicht das eigentliche, weil ich kann ja Fragen stellen. Bis die
			beantwortet sind, kann ich ja noch mal fragen.“ 5WA, S.2
6.1.2 Anpassung des Sprachniveaus	Die Anpassung des Sprachniveaus durch Ärzt/innen in der Behandlung.	Alle Aussagen, welche beinhalten, dass Ärzt/innen ihr Sprachniveau an ihr Gegenüber anpassen. Erwähnungen wie das Meiden von Fachsprache werden hierbei kategorisiert.	„Wenn es um Aspekte geht wie Fachbegriffe, da denke ich nicht, dass sie die kennen müssen. Das ist unser Job, das ist aber auch Job in einer normalen Praxis, dass ich gucken muss, auf welchem Level ist die Patientin. Es gibt ja einige, die eine gewisse medizinische Vorbildung haben, mit einer Ärztin spreche ich anders, als wenn jemand da ist, der mit Medizin noch nie was zu tun hatte.“ 1WA, S.10
6.2 Fachsprache	Eine Fachsprachefreie Kommunikation mit Patient/innen durch Ärzt/innen.	Alle Aussagen die beinhalten, dass Fachsprache oftmals nicht von Patient/innen oder auch von Sprachmittlerinnen verstanden wird.	„Da hatte ein Patient eine Bauchspeicheldrüsenentzündung vor zwei Jahren und ich habe ihn darauf angesprochen, war mir aber nicht sicher, ob die Dolmetscherin den richtigen Terminus gekannt hat und vor allem falls sie das richtig übersetzt hat, ob der Patient überhaupt was damit anfangen kann. Also da kann viel auf der Strecke bleiben. Aber auch bei deutschen Patienten kann man nicht voraussetzen, dass sie jetzt mit Pankreatitis oder auf Deutsch Bauchspeicheldrüsenentzündung wirklich was mit anfangen können, weil viele wissen, nicht wo liegt

			das Organ, welche Bedeutung das hat. Da bleibt manches immer unklar." 4MA, S.3
6.3 Dialekte und Sprachgebrauche	Die Verwendung von Dialekten und Sprachgebrauchen durch Patient/innen.	Alle Aussagen, welche die Verwendung von Sprachgebrauchen und Dialekten durch Patient/innen beinhalten. Dazu gehören beispielsweise Regionalabhängige Dialekte, unterschiedliche Sprachgebrauche in der Symptombeschreibung etc.	„Oder wir haben auch mal in der Sozialanamnese gefragt, haben sie psychische Probleme. Das war auch so eine Sache, die ich nicht so eins zu eins übersetzen konnte, weil Menschen gar nicht wissen, was ich damit meine. Da habe ich mir da in Absprache mit dem Arzt das Wort Stress eingesetzt, dann gings, also Belastung.“ 3WS, S.2 „Auch andere Dialekte durch verschiedene Region. Das ist manchmal schwer zu verstehen.“ 1WS, S.8
6.4 Sprachniveau	Wie beeinflusst das Sprachniveau der Patient/innen die Behandlung?	Alle Aussagen, welche unter die Kategorie des Sprachniveaus fallen.	Alle Beispiele aus den Subsubkategorien fallen in die Subkategorie der „Sprachniveau“. Zur besseren Differenzierung der Aussagen wurden die Subsubkategorien gebildet.
6.4.1 Missverständnisse durch Kommunikationsprobleme	Aufkommende Missverständnisse in der medizinischen Behandlung durch Kommunikationsproblematiken.	Alle Aussagen, welche die Entstehung von Missverständnissen durch Kommunikationsprobleme beinhalten.	„Das es auch mal bei der Sprachmittlung zu Missverständnissen kommt. Das erlebe ich manchmal, dass die Patientin was erzählt, die Sprachmittlerin übersetzt mir das
			in der einen Art und Weise, irgendwie kommt man dann dazu nochmal nachzufragen und dann kommt nachher dabei raus, ach ne ist doch andersrum. Also das kann halt schon mal sein.“ 1WA, S.2
6.4.2 Niedrige Bildung	Niedriger Bildungsstand der Patient/innen.“	Alle Aussagen, welche beinhalten, dass die Patient/innen einen niedrigen Bildungsstand aufweisen.	„Und die Ausdrucksweise der Patientinnen und Patienten ist ja sehr oft einfach, weil viele auch nicht so einen hohen Bildungsgrad haben. Und das ist ja erst mal auch ziemlich schwierig, also wenn sehr detailliert abgefragt wird, haben sie Schmerzen auf einer Skala von eins bis zehn, dann ist das für mich als Sprachmittlung sehr schwierig zu übersetzen, weil die Menschen so nicht denken.“ 3WS, S.2
7 Kulturelle Faktoren	Welche kulturellen Faktoren beeinflussen, unabhängig von der Sprachmittlung die medizinische Behandlung und Diagnosestellung?	Alle Aussagen, welche auf kulturelle Faktoren zurückzuschließen sind und die medizinischen Behandlung beeinflussen.	Alle Beispiele werden in den jeweiligen Subkategorien aufgelistet.
7.1 Rollenverständnis	Das Rollenverständnis von Patient/innen geprägt von kulturellen Faktoren.	Alles Aussagen, welche das Rollenverständnis der Patient/innen näher	„Also kulturelle Faktoren haben wir dann öfter mal, wenn die Patienten mit Mutter,

		beleuchten und die Wirkung auf die Behandlung beinhalten.	<i>Schwiegermutter oder Ehemann kommen, weil die dann eben in ihrem Rollenverständnis eher drinnen sind. Ja, das ist eher so dieses Rollendenken oder diese Hemmung der Patienten irgendwas zu sagen oder überhaupt auf die Idee zu kommen, irgendwas zu sagen, weil es kulturell nicht in Ordnung ist.“ 1WA, S6</i>
7.2 Geringe Gesundheitsaufklärung	Das Vorhandensein einer geringen Gesundheitsaufklärung bei Patient/innen ohne Krankenversicherungsschutz.	Alle Aussagen, welche eine geringe Gesundheitsaufklärung von Patient/innen beinhalten. Dazu gehören Vorstellungen über Erkrankungen und Organe etc.	<p><i>„Also nochmal das Beispiel koronare Herzkrankheit oder Herzinfarkt. Ich denke, dass die meisten deutschen schon einen Begriff davon haben, was das bedeutet, aber ich bin mir nicht sicher, was die Mehrzahl unserer Patient*innen für ein Bild haben, vom Herzen, seiner Funktion und seiner Gefährdung. Ob zum Beispiel das, was ich gebetsmühlenartig sage, dass Rauchen ihr Herz gefährdet, ob das in irgendeiner Weise ankommt.“ 4MA, S.6</i></p> <p><i>„Auf jeden Fall. Also es ist auch ein Gefälle in der gesundheitlichen Aufklärung erst mal. Also in Deutschland weiß man, was zu viel Zucker, zu viel Fett, zu viel Kalorien, zu wenig Bewegung, zu viel Alkohol, Rauchen, Pipapo, das es alles schädlich ist, genau</i></p>
			<i>genommen. Und bei vielen von den Personen, die wir da im (Nennung der Praxis – Zensiert) behandeln, die Übergewicht haben, sind mit Sicherheit Defizite in den Dingen, die ich da eben aufgezählt habe.“ 3MA, S.6</i>
7.3 Religionen und Aberglauben	Religionen und Aberglauben der Patient/innen, welche das Handeln beeinflussen.	Alle Aussagen, welche einer Religion oder einem Aberglauben zugeordnet werden können. Dazu zählt beispielsweise der Glaube an den Bösen Blick, das nicht ausziehen wollen oder Krankheit als Strafe Gottes anzusehen etc.	<p><i>„Also ich denke mal, wenn Frauen aus muslimischen Religionskreis kommen, dass die sich häufig ja nicht vor einem Mann ausziehen wollen. Selbst den Rücken freimachen scheint ihnen schwerzufallen.“ 3MA, S.4</i></p> <p><i>„Also extremes Beispiel ist der Böse Blick, der in manchen, also noch früher in Sizilien eine große Rolle gespielt hat und ich glaube auch noch in vielen anderen Ländern.“ 4MA, S.9</i></p>
7.4 Scham	Kulturell gesehe schambehaftete Aspekte, welche die medizinische Behandlung beeinflussen.	Alle Aussagen, welche Scham zugeordnet werden können. Beispielsweise wenn Patient/innen aufgrund ihres kulturkreises nicht von selbst oder neben Bekannten über bestimmte medizinische Probleme sprechen.	<i>„Ja, ich glaube, vieles ist schambehaftet. Wenn man direkt fragt, kriegt man meistens auch eine Antwort. Was weiß ich, ob sie mit dem Mann geschlafen hat oder was weiß ich. Da kriegt man, wenn man nachfragt, auch eine Antwort.“ 5WA, S.8</i>

7.5 Hoher Arzneimittelkonsum	Ein hoher Arzneimittelkonsum durch Patient/innen.	Alle Aussagen, welche auf die Medikamentengläubigkeit der Patient/innen anspielen.	„Ich sag mal jetzt einfach nach dem Motto, bulgarische Patienten wollen immer ganz viele Medikamente haben. Aber das ist mal wieder so ein Schlagwort, vorurteilsbezogen.“ 2MA, S.8
7.6 Tabus	Kulturell geprägte Tabus, welche die medizinische Behandlung beeinflussen.	Alle Aussagen, welche kulturelle Tabuthemen beinhalten wie z. B. das Sprechen über die Sexualanamnese.	„Einige denken eben, keine Ahnung, man könnte die Diagnose einfach so wissen, ohne Untersuchung. Ich denke auch, dass eben durch diese kulturelle Geschichte, ich sag mal so Sexualitätsprobleme werden eigentlich nie angesprochen. Also Sexualität, ich sag mal jetzt Orgasmus Probleme oder irgendwie sowas. Oder Partnerschaftsprobleme, wenn es vielleicht um Misshandlung und Gewalt in der Beziehung geht oder so, das sind Sachen, die eigentlich nie angesprochen werden, es ist Tabu.“ 1WA, S.7
7.7 Verbesserungsvorschläge Behandlung	Verbesserungsvorschläge für eine kulturell sensible Behandlung.	Alle Aussagen, welche Verbesserungsvorschläge für eine interkulturelle Behandlung beinhalten wie z. B. Schulungen für ärztliches Fachpersonal.	„Wie man da die kulturellen Bedingungen verbessern kann, ist bestimmt, dass man da erst mal Ärzt*innen ausbildet, die aus dem Kulturkreis kommen. Ganz wichtig. Und gerade jetzt im psychischen Bereich halte ich das für essenziell.“ 3MA, S.7