

DOLMETSCHER IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG | Technische Hilfen zur sprachlichen Verständigung

Eva-Maria Beck; Theda Borde

Zusammenfassung | Im Rahmen einer Evaluationsstudie zum Einsatz und zur Akzeptanz der Übersetzungssoftware „medilang“ im Arzt-Patienten-Gespräch konnte unter anderem Einblick in die Erfahrungen von Immigranten und Immigrantinnen mit der medizinischen Versorgung gewonnen werden. Dazu wurden 42 Frauen meist türkischer und kurdischer Herkunft und 18 Eltern mit vietnamesischer Migrationsgeschichte mittels standardisierter Fragebögen und leitfragengestützter qualitativer Interviews befragt.

Abstract | A recent evaluation study examining the application and appreciation of the translation software „medilang“ in doctor-patient conversations has, among other things, shed light on immigrants' experiences with medical care in Berlin. For the purpose of this research, forty-two women of mainly Turkish and Kurdish origin and eighteen parents from a Vietnamese background were surveyed using standardized questionnaires and structured qualitative interviews.

Schlüsselwörter ▶ Migrant ▶ Arzt
▶ Sprachbarriere ▶ medizinische Versorgung
▶ Befragung ▶ Software

Einleitung | Die von der Firma Lilly Deutschland angebotene Software „medilang“ zur Unterstützung der Sprachvermittlung im Gespräch zwischen Ärzten beziehungsweise Ärztinnen und Patientinnen sowie Patienten liegt als Internetanwendung zur Generierung und zum Ausdruck zweisprachiger Fragebögen für Patienteninterviews im PDF-Format oder in der direkten Nutzung am Monitor vor. Das System übersetzt in 30 Sprachen und bietet seinen Nutzern und Nutzerinnen Fragen- und Antwortmuster, Aussagen, Aufforderungen und Erklärungen zu unterschiedlichen medizinischen Themenkomplexen. Eine Volltextsuche unterstützt das schnelle Auffinden medizinischer Fakten. Das Programm orientiert sich am Denkmodell

einer „strukturierten Diagnostik“ und arbeitet mit geschlossenen Fragen und entsprechenden Antwortmöglichkeiten, damit die Interviews unmissverständlich verlaufen können. Das kostengünstige Programm läuft auf handelsüblichen PCs, eine Audiounterstützung liegt zurzeit noch nicht vor.

Sprachbarrieren in der Arzt-Patient-Kommunikation können zu Aufklärungsdefiziten, Fehl-, Über- und Unterversorgung sowie zu geringer Therapietreue führen und auch Ärztinnen und Ärzte sind mit ihrer Versorgungsleistung bei Immigranten und Immigrantinnen häufig unzufrieden, wenn weder die Anamnese und Diagnose noch Information und Aufklärung aufgrund von sprachlichen Kommunikationsproblemen gelingen (Babitsch u.a. 2008).

„Ein Arzt ist wie ein enger Freund“, so lautet die Antwort einer Interviewten auf die Frage, was denn ihrer Meinung nach einen guten Arzt ausmache. Ein Freund ist jemand, der einen wertschätzt und einem ernsthaft zuhört, mit dem man wichtige Dinge besprechen kann. Und genau das wünschen sich Patientinnen und Patienten vor aller medizinischen Kompetenz (Geisler 2002). In einer englischen Studie berichten Little et al. (2001) von 88 Prozent in erster Linie das Gespräch suchenden Patienten und Patientinnen. Im Vergleich dazu wünschen sich lediglich 63 Prozent primär eine klinische Untersuchung beziehungsweise 25 Prozent lediglich die Verschreibung eines Medikaments. In unterschiedlichen nationalen wie internationalen Untersuchungen wird beschrieben, dass eine aus Patientensicht gelungene Kommunikationssituation mit dem Arzt oder der Ärztin den Krankheitsverlauf verkürzt (DiBlasi u.a. 2001), eine bessere Adaptation an die Erkrankung erfolgt (Little u.a. 2001) und sich die Lebensqualität erhöht (Kerr u.a. 2003).

„Arztsein ist ein sprechender Beruf“, erklärt Geisler (2004) und spricht von 60 bis 80 Prozent anteiliger täglicher Arbeitszeit für Gespräche mit den Patienten im niedergelassenen Bereich. Wenn also Kommunikation ein wichtiger Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung ist, wie kommen Menschen damit zurecht, deren Muttersprache nicht deutsch ist, und wie fühlen sie sich mit ihren persönlichen Migrationsgeschichten innerhalb des deutschen Gesundheitssystems medizinisch betreut? Kann die Soziale Arbeit unterstützend einwirken, wenn es darum geht, medizinische Unterversorgung (Doherty u.a. 2004)

beziehungsweise Überversorgung (Boral 2010) als sichtbare potenzielle Komplikationen eingeschränkter sozialer Erreichbarkeit einzudämmen?

Methoden | In Stadtteilzentren, Bildungs- und Beratungseinrichtungen sowie Volkshochschulen in den Berliner Bezirken Kreuzberg, Spandau und Neukölln wurden Frauen mit Migrationshintergrund ohne Altersbeschränkung gebeten, von ihren Erfahrungen beim Arzt beziehungsweise bei der Ärztin zu erzählen. Die Methodentriangulation fand in Form von standardisierten Kurzbefragungen und durch Leitfragen gestützte qualitative Interviews statt. Soziodemographische Daten und Sprachverständnis wurden standardisiert, persönliche Erlebnisse und Bewertungen im Interview erfasst. Die Befragungen erfolgten zum einen in den natürlichen Gruppen im Rahmen von Deutschkursen eines sogenannten Frauenfrühstücks und bei anderen Zusammentreffen. Die Gruppeninterviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet beziehungsweise, wenn dies nicht erwünscht war, per Gedächtnisprotokoll wiedergegeben. Die Verständigung erfolgte in deutscher Sprache, zum Teil unterstützt durch übersetzende Gruppenmitglieder oder Gruppenleiterinnen.

Die Eltern mit vietnamesischem Migrationshintergrund wurden in der Ambulanz der Kinderklinik in Berlin-Lichtenberg befragt, einem Standort, an dem die Übersetzungssoftware im Rahmen des Evaluationsprojekts den Mitarbeitenden als Sprachmittler zur Verfügung stand. Der standardisierte Fragebogen beinhaltete hier zusätzliche Fragen zur Interaktion mit den Ärztinnen und Ärzten in der akuten Versorgung des Kindes. Die Befragungen wurden von einer vietnamesischen Muttersprachlerin begleitet, der Fragebogen lag in vietnamesischer Sprache vor. Die Ergebnisse der standardisierten Kurzbefragung dienen der Charakterisierung der Interviewten und der Einschätzung des Verständnisses medizinischer Handlungen. Die Interviewbeiträge wurden nach den Leitfragen thematisch sortiert, verglichen und kategorisiert.

Ergebnisse | Neben soziodemographischen Informationen und dem deutschen Sprachverständnis wurde die Einschätzung der individuellen medizinischen Betreuung untersucht. Es konkretisierten sich dabei drei vertrauensbildende Kategorien hinsichtlich des von den Patienten und Patientinnen

erwünschten ärztlichen Verhaltens: Empathie, Kommunikation und Fachkompetenz. Über die Hälfte der Befragten mit vietnamesischer Migrationsgeschichte waren nicht davon überzeugt, dass sie die ärztlichen Verordnungen einhalten würden. Eine mögliche Erklärung dafür liegt im mangelhaften Verstehen der akuten Krankheitssituation und der Bewältigung des Gesamtprozesses. An dieser Stelle könnte die Soziale Arbeit wertvolle Hilfestellung leisten.

Aufgrund der differierenden Befragungssituationen und der Unterschiedlichkeit der beiden Gruppen erweist es sich als sinnvoll, die Frauen internationaler Herkunft (Gruppe 1) und die befragten Elternteile mit vietnamesischem Migrationshintergrund (Gruppe 2) getrennt zu betrachten.

Informationen zu Herkunft und Bildung | Die Frauen (n = 41) sind zwischen 1945 und 1979 geboren. Die meisten davon in der Türkei (45 Prozent), gefolgt von Irak (14 Prozent), der heute autonomen Region Kurdistan (11,9 Prozent), Deutschland (9,5 Prozent), Libanon (4,8 Prozent) und jeweils einer Frau aus Sri Lanka und Sierra Leone. 88 Prozent der Frauen wuchsen in ihren Geburtsländern auf und leben jetzt seit Zeitspannen zwischen zwei Monaten und 37 Jahren in Deutschland (Mittelwert = 24 Jahre). 42,9 Prozent der Interviewten sind deutsche Staatsbürgerinnen, 50 Prozent haben eine andere Staatsangehörigkeit und drei Frauen sind staatenlos. Rund 62 Prozent der Befragten besitzen einen Schulabschluss, 57,7 Prozent absolvierten eine Berufsausbildung, von denen 46,7 Prozent berufstätig sind. Einige, vor allem ältere Frauen können überhaupt nicht oder kaum lesen und schreiben, was sich in der Beurteilung des eigenen Sprachvermögens der jeweiligen Muttersprache und in der deutschen Sprache niederschlägt. Die Muttersprache wird deutlich besser gesprochen als Deutsch, dabei spielt die Aufenthaltsdauer in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle.

Die befragten Elternteile (8 weiblich, 10 männlich) sind im Mittel dem Jahrgang 1977 (1960 bis 1985) zuzuordnen und haben durchschnittlich 2,5 Kinder. 56 Prozent leben verheiratet und zusammen mit einem Partner beziehungsweise einer Partnerin, von denen 60 Prozent in Deutschland aufgewachsen sind. Die Befragten sind alle in Vietnam geboren und aufgewachsen und leben zwischen einem und 20 Jahren

Tabelle 1: Antwortverhalten der Eltern in Gruppe 2 (n = 16) zur Einhaltung der ärztlichen Verordnungen

Frage: Was meinen Sie, werden Sie die Verordnungen Ihres Arztes/Ihrer Ärztin einhalten?

Antworten:	n
Auf jeden Fall, da ich verstanden habe, wie wichtig das für die Gesundheit meines Kindes ist.	2
Ich bin mir nicht so sicher, da ich nicht alles verstanden habe.	1
Ich bin mir nicht so sicher, da ich davon nicht so überzeugt bin.	10
Ich bin mir nicht so sicher, da ich das Gefühl habe, dass der Arzt/die Ärztin mich nicht verstanden hat.	2
Auf keinen Fall, ich werde einen anderen Arzt aufsuchen.	2
Auf gar keinen Fall, ich werde mein Kind weiter selbst behandeln.	2

in Deutschland (Mittelwert = 9,4 Jahre). 72 Prozent besitzen keinen Schulabschluss und nur eine Person erlernte einen Beruf. Jeweils 44 Prozent der Befragten befinden sich in Arbeitslosigkeit beziehungsweise arbeiten in Teil- und Vollbeschäftigung (45,5 Prozent). Etwa 78 Prozent der Befragten verfügen über ein monatliches Nettoeinkommen von unter 1000 Euro. Die Arbeits- (94 Prozent), Wohn- (83 Prozent) und finanzielle Situation (56 Prozent) wird größtenteils „sehr unzufrieden“ bis „eher unzufrieden“ eingeschätzt.

Verständigungssituation und Sprachvermögen | Zwischen dem persönlich eingeschätzten Sprachvermögen in der Muttersprache und der deutschen Sprache ist kein deutlicher Unterschied erkennbar. Fünf der interviewten Eltern gaben auf die Frage nach Unterstützung im ärztlichen Gespräch an, dass sie selbst gut deutsch sprechen und keine Hilfe benötigen. Tatsächlich erhaltene sprachliche Unterstützung, die meist durch Begleitpersonen erfolgt, wurde insgesamt als „einigermaßen zufriedenstellend“ bewertet.

Auf den ersten Blick kommen die Frauen in der Regel „gut klar beim Arzt“ und fragen nach, wenn sie etwas nicht verstehen, beziehungsweise erklären, wenn der Wortschatz nicht ausreicht, „mit Händen und Füßen“. Sie „müssen klar kommen“, da die Kinder mittlerweile ihr eigenes Leben führen und zeitlich nur selten verfügbar sind. Nicht nur ältere Frauen berichten, wie unangenehm es ist, vom Kind oder vom Ehemann in Dolmetscherfunktion zum Arzt begleitet zu werden: „Vieles, was ich sagte, wurde gar nicht übersetzt. Ich hatte das Gefühl, dass über meinen Kopf hinweg entschieden wird.“ Frauen der sogenannten zweiten Migrantengeneration berichten über Ängste, die Eltern zum Arzt begleiten zu müssen und Dinge zu übersetzen, über die „man nicht spricht“ oder die „schlimme Diagnosen“ betreffen.

Der zweite Blick auf die erzählten Erlebnisse beim Arztbesuch lässt mangelnde kommunikative und interkulturelle Kompetenz bei Ärztinnen und Ärzten vermuten („wenn der Arzt fragen würde nach persönlichen Dingen, würde ich sie auch erzählen – aber er fragt ja nicht“), belegt die Existenz von Vorurteilen („Sie verwöhnen ja nur ihre Söhne als Frau mit Kopftuch – ne“) und Ignoranz gegenüber der individuellen Migrationsgeschichte. So erzählt ein Folter- und Vergewaltigungsopfer: „Ich sollte mich ganz ausziehen, das habe ich verweigert.“ Darüber hinaus berichten die Frauen von allgemeinen Problemen, die sich aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten potenzieren („hier nicht hinsetzen, schnell, schnell, Tablette schreiben und weg“).

Die in der Kinderklinik befragten Eltern weisen auf gravierende Probleme in der Therapietreue hin: „Ich werde auf keinen Fall die ärztliche Verordnung einhalten und einen anderen Arzt konsultieren beziehungsweise mein Kind weiter selbst behandeln“, so die Antworten auf die Frage nach Einhaltung der ärztlichen Verordnungen. Insgesamt sind etwa zwei Drittel der Befragten unsicher, ob sie die Verordnungen einhalten werden, da sie von ihnen nicht überzeugt sind. Lediglich zwei von 16 wollen auf jeden Fall die Verordnungen befolgen, da sie verstanden haben, wie wichtig dies für die Gesundheit ihres Kindes ist (Tabelle 1).

Obwohl in der Kinderklinik eingeführt und verfügbar, wurde in keiner dieser untersuchten Arzt-Eltern-Interaktionen die Übersetzungssoftware zur Unterstützung der Kommunikation eingesetzt. Möglicherweise wurde darauf verzichtet, weil Verstehen auf beiden Seiten vermutet wurde und in zwölf Fällen eine Person mit vietnamesischer Sprachkenntnis zur Verfügung stand (Begleitperson, sprachkundiges Personal).

Tabelle 2: Persönliche Einschätzung der Elterngruppe (n = 18) zu Aspekten der Arzt-Patient-Interaktion

Fragen zur Verständigung innerhalb der Arzt/Ärztin-Eltern-Interaktion	Mittelwert
Wie haben Sie die Erklärungen und Informationen Ihres Arztes/Ihrer Ärztin verstanden?	4,2 (gut)
Haben Sie verstanden, was Ihrem Kind fehlt?	3,9 (knapp gut)
Haben Sie verstanden, warum die Untersuchungen gemacht wurden?	2,1 (kaum)
Haben Sie verstanden, wie Sie sich jetzt verhalten sollen?	1,7 (gar nicht bis kaum)
Haben Sie die weitere Behandlung verstanden?	1,6 (gar nicht bis kaum)
Haben Sie den Eindruck, der Arzt/die Ärztin hat verstanden, was Sie ihm/ihr sagen wollten?	2,1 (kaum)
Haben Sie den Eindruck, Sie konnten alles erzählen, was Sie wollten?	1,9 (knapp kaum)
Haben Sie das Gefühl, gut betreut zu werden?	2,5 (kaum)
Haben Sie Vertrauen zu Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin?	2,2 (kaum)

(sehr gut = 5, gut = 4, einigermaßen = 3, kaum = 2, gar nicht = 1)

Tabelle 3: Vertrauensbildende Komponenten

Empathie	Fachkompetenz	Kommunikation
Freundlichkeit; Verständnis; Geduld haben; Rücksicht nehmen; ernst nehmen, respektieren; Augenkontakt.	gründliche Untersuchung; wirkungsvolle Behandlung; Hinterfragen von Erkrankungen.	Zuhören; Fragen beantworten; Aufklärung; Beratung, Information.

Die Ergebnisse der Befragung des Verständnisses von Teilaspekten der Interaktion werden in Tabelle 2 als Mittelwerte dargestellt und zeigen, dass hier erhebliche Defizite vorliegen. Die persönliche Einschätzung, die ärztlichen Erklärungen gut verstanden zu haben, bezieht sich bei der Betrachtung der weitergehenden Fragen offensichtlich nicht auf die weitere medizinische Behandlung und die folgende elterliche Betreuung des Kindes.

In beiden Gruppen werden der eigene medizinische Kenntnisstand sowie das Wissen um Möglichkeiten weiterführender präventiver Unterstützungen innerhalb des Gesundheitssystems als gering bewertet. Wichtige Informationsquellen und Entscheidungshilfen, so zeigen die Interviews, sind vor allem das unmittelbare soziale Umfeld, die Familie, Freunde sowie die Beratungsstelle und das Internet. Eine Bevorzugung von Ärzten beziehungsweise Ärztinnen mit gleicher Muttersprache lassen die Aussagen der Befragten nicht erkennen. Wichtiger ist ihnen, dass sich der Arzt oder die Ärztin Zeit zum Zuhören und Erklären nimmt, dass er beziehungsweise sie gründlich untersucht und die richtige Behandlung vorschlägt sowie den Patienten oder die Patientin mit Respekt behandelt und ernst nimmt (Tabelle 3).

Diskussion | Da nur wenige Eindrücke gewonnen werden konnten, sind diese nicht als repräsentativ für alle Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland anzusehen. Die Interviews wurden lediglich flankierend zum Evaluationsprozess der Übersetzungssoftware geführt und stellen nicht den Kern der Studie dar. Die Gewinnung weitergehender Erkenntnisse müsste mittels umfassender und sehr zeitaufwendiger Vertrauensbildung innerhalb der zu interviewenden Gruppen vorbereitet werden und noch weitere in Bezug auf Alter, Geschlecht, soziale Lage und Bildung sowie Migrationsgeschichten unterscheidbare Gruppen berücksichtigen.

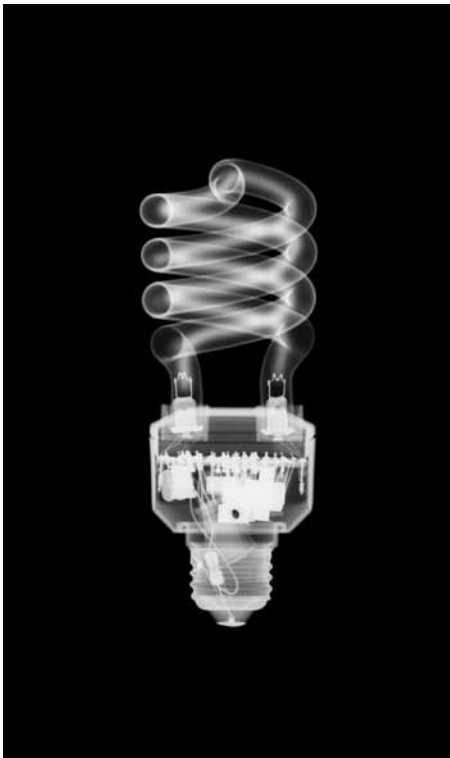
Dennoch zeigen sich Tendenzen im Vergleich zwischen denen, die schon durchschnittlich 20 Jahre in Deutschland leben, sich hier irgendwie eingerichtet haben, sich in niedrighwelligen Migranten-einrichtungen treffen und gegenseitig unterstützen, und denen, die seit durchschnittlich zehn Jahren in Deutschland eher zurückgezogen versuchen, unauffällig ihr Leben zu meistern. Natürlich kommen hier nur Frauen zu Wort, die das Angebot kennen und sich auch trauen, es zu nutzen, beziehungsweise Frauen und Männer, die in Sorge um ihr Kind die Ambulanz der Kinderklinik Lichtenberg aufsuchen.

Nach Einschätzung der aufnehmenden Krankenschwester in der Kinderklinik könnte eine Vielzahl der medizinischen Fälle durch niedergelassene Kinderärzte behandelt werden. Diese Aussage deckt sich mit den Erfahrungen aus anderen Untersuchungen, wonach Menschen mit Migrationshintergrund häufiger eine klinische Notfallambulanz aufsuchen (Borde; David 2007), weil sie das deutsche Gesundheitssystem nicht durchschauen oder im Krankenhaus eine bessere Versorgung erwarten. Überraschend ist die schlechte Selbstbeurteilung des Sprachvermögens der eigenen Muttersprache durch die Eltern mit vietnamesischem Migrationshintergrund (im Vergleich zu Gruppe 1). Dies könnte der Stresssituation in der Notfallambulanz geschuldet sein. Gleichzeitig fällt aber auf, dass in der Gruppe der befragten Eltern mehr als zwei Drittel (72 Prozent) angaben, über keinen Schulabschluss zu verfügen.

Dass die offensichtlichen Verständigungsprobleme zu Unsicherheiten bei den vietnamesischen Eltern führen, überrascht nicht, ist aber durchaus problematisch.

„Mangelnde Offenheit unterminiert das Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung, verhindert die Beteiligung des Patienten an Therapieentscheidungen und erhöht die Gefahr von Non-Compliance“, so Egger (2007). Dies potenziert sich über ein eingeschränktes Sprachverständnis, gefolgt von Unsicherheit, führt zu dem sogenannten Drehtüreffekt und gegebenenfalls zu lebensgefährlichen Situationen, wenn als Konsequenz die ärztlichen Verordnungen nicht eingehalten werden.

Die Frauen der Gruppe 1, die nach ihrer Zuwanderung schon länger in Deutschland leben, können die deutsche Sprache nicht zwangsläufig besser verstehen. So absolvieren einige der Frauen schon mehrere Jahre erfolglos einen Deutschkurs. Sie erkennen eher situative sprachliche Kontexte und reagieren darauf. Das zeigte sich in den Interviews darin, dass komplexe Sachverhalte in der Muttersprache erzählt wurden und auf Nachfragen in Deutsch zwar inhaltliches Verstehen angezeigt wurde, die Antworten aber häufig nicht zu den Fragen passten.



Wir bringen Licht ins Dunkel.

Zum Beispiel für die Beurteilung von Investitionsentscheidungen. Dafür haben wir ein Analyse-Paket entwickelt, das Ihnen Sicherheit gibt, Ihre beabsichtigte Investition in allen Belangen vorher durchleuchtet zu haben.

Sprechen Sie mit uns. Wir haben die Lösung.

Die Bank für Wesentliches.

www.sozialbank.de

Berlin · Brüssel · Dresden · Erfurt · Essen · Hamburg
Hannover · Karlsruhe · Kassel · Köln · Leipzig · Magdeburg
Mainz · München · Nürnberg · Rostock · Stuttgart



Bank
für Sozialwirtschaft

Diese Frauen wissen die medizinische Grundversorgung wahrzunehmen. Sie besitzen jedoch nach wie vor ein Informationsdefizit darüber, welche präventiven Unterstützungen sie wo und in welcher Form nutzen können. Deutlich kommt zum Ausdruck, dass sie in den Behandlungsprozess einbezogen werden möchten im Sinne einer individuell abgestimmten Patientenzentriertheit, wie sie *Stewart* (2001) benennt. Auftretende Unzufriedenheit mit dem eigenen Krankheitsempfinden findet sich gekoppelt mit Unsicherheit und Unwissenheit gegenüber den Symptomursachen. Sofern psychische Probleme somatisiert werden, erschweren Negativvorstellungen die Akzeptanz des eigenen Zustandes und damit zusätzlich die Interaktion mit dem Arzt beziehungsweise der Ärztin: „In der Türkei sind psychische Erkrankungen mit dumm, schlecht und verrückt behaftet, es gibt keine Unterstützung von der Familie.“

Mangelnde Compliance und eine resignative Inaktivität gegenüber der empfohlenen Therapie wurden in den Interviews deutlich. Umso wichtiger sind das von den Interviewten geforderte Verständnis des Arztes beziehungsweise der Ärztin für die individuelle Situation und die Geduld in Bezug auf die Sprachunsicherheiten. Der Arzt, die Ärztin „soll sich Zeit nehmen für mich“, für eine angemessene Interaktion einerseits und eine gründliche Untersuchung andererseits. Eine angemessene Interaktion beinhaltet für die interviewten Frauen das Zuhören, die Beantwortung von Fragen, Beratung, ein respektvoller Umgang und dass ihr Krankheitserleben ernst genommen wird. Dieser Anspruch mutet angesichts einer durchschnittlichen Gesprächsdauer in deutschen Praxen von 7,6 Minuten (*Deveugele* u.a. 2002) utopisch an. Dabei zeigten die Frauen selbst mögliche und durchaus auch zeitsparende Hilfestellungen zur Verständigung auf: beispielsweise unterstützendes Bildmaterial für Tabuthemen, zur Verfügung stehende Übersetzungen in Form von Informationsmaterial sowie von Fragen und Antwortmöglichkeiten in der Muttersprache zu schwierigen medizinischen Sachverhalten. Dies betrifft Hilfestellungen, die zum Teil mit der Übersetzungssoftware möglich sind oder wertvolle Hinweise für weitere Entwicklungen der Arzt-Patient-Kommunikation geben.

Darüber hinaus bedarf es zur Unterstützung im Umgang mit Wissenslücken, sozialisierten Tabus, sprachlichen Verständniseinschränkungen und per-

sönlichen Lebenskatastrophen eines „Lotsen“, der die Patientin während der Behandlungsphase und der Nachsorge individuell begleiten kann, was sich wiederum langfristig gesundheitlich präventiv auswirkt. Eine solche Lotsenschaft gewinnt im Rahmen der prognostizierten medizinischen Versorgungslücken zusätzlich an Bedeutung und stellt neue inhaltliche und strukturelle Anforderungen an die Soziale Arbeit außerhalb des stationären Versorgungsbereichs, in welchem schon seit geraumer Zeit die Sozialarbeit als Case Management (*Bostelaar; Pape* 2008) diskutiert und teilweise praktiziert wird. Sprach- und Integrationsmittler, die im Rahmen des bundesweiten Projekts „Sprint-Transfer“ für das spezifische Dolmetschen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Bildungseinrichtungen qualifiziert und in verschiedenen Regionen in Deutschland eingesetzt werden, nehmen eine wichtige Brückenfunktion ein. Ihr Einsatz unterstützt nicht nur die in den Institutionen tätigen Fachkräfte in ihrem Versorgungsauftrag, sondern fördert auch die Kooperationsfähigkeit und die Übernahme von Eigenverantwortung der Nutzerinnen und Nutzer dieser Einrichtungen.

Fazit | Eingeschränktes Sprachvermögen und soziokulturelle Spezifika, gepaart mit den individuellen Migrationsgeschichten, werfen zusätzliche Verständigungsprobleme zwischen Ärztinnen und Ärzten und den sich ohnehin schon als „fragmentiert“ empfindenden Patientinnen und Patienten auf (*Böker* 2003). Die Interviews brachten langjährige Krankheitsverläufe zu Tage, die in der Regel ohne ärztliche Unterstützung blieben und von einem meist misslungenen Prozess des aktiven Annehmens der Erkrankung begleitet waren. Das Verstehen einzelner Sachverhalte musste differenziert erfragt werden und über die Aufforderung des Erzählens der Inhalte in eigenen Worten überprüft werden. Dringender Handlungsbedarf besteht nicht nur hinsichtlich der Sicherstellung der gesetzlich verankerten Aufklärungspflicht, sondern auch der Stärkung der Patientenautonomie.

Qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher werden in der Gesundheitsversorgung bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten bisher eher selten hinzugezogen. Es zeichnet sich jedoch in Deutschland der Bedarf an einem spezifischen Berufsbild für Sprach- und Integrationsmittlung im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen ab. Interaktive Kommunikationstechnik wird derzeit kaum

in den Prozess der medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten einbezogen. Doch die kommunikative, soziale und kulturelle Kompetenz der professionellen Fachkräfte könnte den Prozess der gegenseitigen Vertrauensbildung als Grundlage für eine gelingende Kommunikation und eine effektive Behandlung ebenso unterstützen wie der gezielte Einsatz kommunikativer Hilfen. Angesichts der multiplen Probleme erscheinen die Begleitung des gesamten Gesundheitsprozesses durch das Case Management von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie der Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern sinnvoll. Hierdurch könnte die Versorgungs- und Behandlungszufriedenheit der Patienten und Patientinnen einerseits sowie der Ärzte und Ärztinnen andererseits verbessert und Chronifizierungen vorgebeugt werden.

Dr. Eva-Maria Beck, Dipl.-Sozialwissenschaftlerin, lehrt als Gastprofessorin an der Alice Salomon Hochschule in Berlin. E-Mail: eva-maria.beck@ash-berlin.eu

Professor Dr. Theda Borde, Dipl.-Politologin und Gesundheitswissenschaftlerin, ist Rektorin der Alice Salomon Hochschule in Berlin. E-Mail: borde@ash-berlin.eu

Danksagung

Besonderer Dank für die außergewöhnliche Unterstützung geht an das Team der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Sana Klinikums Lichtenberg und an das Bildungs- und Beratungszentrum Hmbün in Berlin Spandau. Durch ihr Wohlwollen wurden die sehr persönlichen Gespräche erst möglich. Ebenfalls herzlichen Dank an Lilly Deutschland für die finanzielle Förderung des Projekts.

Literatur

- Babitsch**, B.; Braun, T.; Borde, T.; David, M.: Physician perception of doctor-patient relationships in emergency clinics: What roles do gender and ethnicity play? In: BMC Health Services Research 8/2008, p. 82
- Boral**, S.: Wechseljahre und Hormontherapie: eine vergleichende Befragung bei türkischstämmigen Migrantinnen und deutschen Frauen in Berlin sowie Frauen in Istanbul. Berlin 2010
- Borde**, T.; David, M.: Migration und psychische Gesundheit. Belastung und Potentiale. Frankfurt am Main 2007
- Bostelaar**, R.; Pape, R.: Case Management im Krankenhaus. Hannover 2008
- Böker**, W.: Arzt-Patienten-Beziehung: Der fragmentierte Patient. In: Deutsches Ärzteblatt 1-2/2003, 100, A-24

(<http://www.aerzteblatt.de/archiv/35041/Arzt-Patient-Beziehung-Der-fragmentierte-Patient?src=search>, Abruf am 23.5.2013)

DiBlasi, Z.; Harkness, E.; Ernst, E.; Georgiou, A.; Kleijnen, J.: Influence of Context Effects on Health Outcomes: A Systematic Review. In: The Lancet 357/2001, pp. 757-762

Deveugle, M.; Derese, A.; van den BrinkMuijen, A.; Bensing, J.; De Maeseneer, D.: Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. In: British Medical Journal 2002;325(7362): 472-474 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC119444/>, Abruf am 23.5.2013)

Doherty, P.; Stott, A.; Kinder, K.: Delivering services to hard to reach families in On Track areas: definition, consultation and needs assessment. In: Home Office Development and Practice Report 15/2004 (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110220105210/rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/dpr15.pdf>, Abruf am 23.5.2013)

Egger, J.W.: Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Psychologische Medizin 4/2007, S. 2-3 (http://www.psygraz.at/fileadmin/user_upload/Psy_1/Arzt-Pat-Kommunik_facts.pdf, Abruf am 23.5.2013)

Geisler, L.: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Frankfurt am Main 2002

Geisler, L.: Vortrag anlässlich des 2. Kongresses „Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle der Patienten“ am 26.6.2004 in Düsseldorf. In: http://www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech_qualitaetsicherung.html (Abruf am 23.5.2013)

Kerr, J.; Engel, J.; Schlesinger-Raab, A.; Sauer, H.; Hölzel, D.: Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. In: Annals of Oncology 14/2003, pp. 421-427

Little, P.; Everitt, H.; Williamson, I.; Warner, G.; Moore, M.; Gould, C.; Ferrier, K.; Payne, S.: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. In: British Medical Journal 2001; 322:468 (<http://www.bmj.com/content/322/7284/468>, Abruf am 23.5.2013)

Stewart, M.: Towards a global definition of patient centred care. In: British Medical Journal 2001;322:444 (<http://www.bmj.com/content/322/7284/444>, Abruf am 23.5.2013)