



PhD-FLSHASE-2014-09  
Fakultät für Sprachwissenschaften und Literatur, Geisteswissenschaften, Kunst und  
Erziehungswissenschaften

## DISSERTATION

verteidigt am 30/04/2014 in Luxemburg

zur Erlangung des Titels

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DU LUXEMBOURG

EN PSYCHOLOGIE

von

Elisabeth Bourkel

geboren am 23. August 1983 in Luxemburg

ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION IN EINEM  
MEHRSPRACHIGEN SETTING: EINE QUALITATIVE  
STUDIE

### Prüfungskommission

Dr. Dieter Ferring, Betreuer der Doktorarbeit  
*Professor, Universität Luxemburg*

Dr. Georges Steffgen, Vorsitzender  
*Professor, Universität Luxemburg*

Dr. Thomas Boll  
*Research Scientist, Universität Luxemburg*

Dr. Germain Weber  
*Professor, Universität Wien*

Dr. Frieder R. Lang  
*Professor, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen- Nürnberg*







## Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</b>	<b>5</b>
<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>1. Einführung: Der luxemburgische Kontext</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Die demographische Situation in Luxemburg</b>	<b>14</b>
1.1.1 Einwohner und Grenzgänger	14
1.1.2 Demographische Zusammensetzung der Gesundheitsberufe in Luxemburg	16
<b>1.2 Zur Sprachsituation in Luxemburg</b>	<b>17</b>
<b>1.3 Kommunikation im Gesundheitswesen</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Herleitung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit</b>	<b>23</b>
<b>2. Interpersonale Kommunikation</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Kommunikation</b>	<b>27</b>
<b>2.2 Sprache und Semiotik</b>	<b>29</b>
2.2.1 Die Theorie von de Saussure	29
2.2.2 Morris' Zeichentheorie	30
2.2.3 Linguistische Relativität	30
<b>2.3 Psychologische Kommunikationstheorien</b>	<b>30</b>
<b>2.4 Communication Accommodation Theory</b>	<b>33</b>
2.4.1 Entwicklung und Darlegung der Accomodation Theory	34
2.4.2 Hauptkonzepte: Annäherung und Abweichung	34
2.4.3 Wahrnehmung und Bewertung von Anpassung und Abweichung	36
2.4.4 Formen der kommunikativen Anpassung und Abweichung	36
2.4.5 Anpassungsmotive	38
2.4.6 Die CAT und ihre Verbindung zu anderen Kommunikationstheorien	39
2.4.7 Begründung der Auswahl der CAT als theoretischen Rahmen dieser Arbeit	40
2.4.8 Die CAT im medizinischen Setting	41
<b>3. Arzt-Patienten-Kommunikation</b>	<b>47</b>
<b>3.1 Inhalte und Ziele der ärztlichen Untersuchung unter dem Blickpunkt der Kommunikation</b>	<b>48</b>
<b>3.2 Beziehungsmodelle und Kommunikationsstile</b>	<b>53</b>
3.2.1 Veränderungen der Behandlungsmodelle	54
3.2.2 Veränderungen in den Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Information	56
3.2.3 Veränderungen im Status und Machtgefälle zwischen Patient und Arzt	56
3.2.4 Patientenzentriertheit	59
3.2.5 Aktuelle Forschung zur Perspektive der Patienten	60
<b>3.3 Auswirkungen guter Arzt-Patienten-Kommunikation</b>	<b>62</b>
3.3.1 Studiendesign	62
3.3.2 Kommunikationsstrategien	62
3.3.3 Kontextvariablen	65
3.3.4. Operationalisierung von Prozess- und Effektvariablen der Arzt-Patient-Interaktion	65
<b>3.4 Folgen dysfunktionaler Kommunikation</b>	<b>66</b>
<b>3.5 Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation</b>	<b>66</b>
3.5.1 Einfluss des Geschlechts von Patient und Arzt auf A-P-Kommunikation	67

3.5.2 Weitere Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation	69
3.5.3 Das Modell der Einflussfaktoren auf Patientenzentriertheit nach Mead und Bower (2000)	71
<b>4. Interkulturelle Kommunikation im medizinischen Setting</b>	<b>73</b>
<b>4.1. Begriffsklärungen und Definitionen</b>	<b>73</b>
4.1.1 Definitionen von Kultur und Ethnizität	73
4.1.2 Interkulturelle Kommunikation und Akkulturation	76
4.1.3 Effektive interkulturelle Kommunikation	77
4.1.4 Sprache und Kultur	78
<b>4.2 Forschung zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting</b>	<b>79</b>
4.2.1 Folgen von Sprach- und Kulturbarrieren	82
4.2.2 Sprachbarrieren	83
4.2.3 Exkurs: Sprachliche Übersetzung in medizinischen Settings	87
4.2.4 Kulturbarrieren	88
4.2.4.1 Einfluss auf und Effekte der Arzt-Patienten-Interaktion nach Schouten und Meeuwesen (2006)	88
4.2.4.2 Der Inhalt der interkulturellen A-P-Kommunikation	90
4.2.4.3 Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient bezüglich demographischer und kognitiver Eigenschaften	94
<b>5. Interkulturelle Kompetenz</b>	<b>97</b>
<b>5.1 Begriffsbestimmung und Definition von interkultureller Kompetenz</b>	<b>97</b>
<b>5.2 Forschung zu interkultureller Kompetenz</b>	<b>100</b>
<b>5.3 Interkulturelle Sensitivität und interkulturelles Bewusstsein</b>	<b>103</b>
<b>5.4 Die Entwicklung interkultureller Kompetenz nach Thomas (2009)</b>	<b>105</b>
<b>5.5 Interkulturelle Kompetenz im medizinischen Kontext</b>	<b>108</b>
5.5.1 Theorien, Modelle und Konzepte zu interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen	109
5.5.2 Entwurf eines integrativ heuristischen Modells der interkulturellen Kompetenz	118
<b>6. Forschungsfragen</b>	<b>123</b>
<b>6.1 Forschungsfrage 1: Wie beschreiben Allgemeinmediziner in Luxemburg die Kommunikation mit ihren Patienten?</b>	<b>123</b>
<b>6.2 Forschungsfrage 2: Welches Bewusstsein bezüglich kultureller Themen und sprachlicher Aspekte während des ärztlichen Gesprächs besteht bei Allgemeinmedizinern in Luxemburg?</b>	<b>124</b>
<b>6.3 Forschungsfrage 3: Was sind die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz?</b>	<b>124</b>
<b>7. Methodologie und Methoden</b>	<b>127</b>
<b>7.1 Der Zusammenhang von Epistemologie, theoretischer Perspektive, Methodologie und Methode</b>	<b>127</b>
<b>7.2 Epistemologie</b>	<b>128</b>
<b>7.3 Der theoretische Rahmen und die Methodologie</b>	<b>130</b>
<b>7.4 Qualitative Forschung</b>	<b>132</b>
7.4.1 Was ist qualitative Forschung?	132
7.4.2 Quantitative und qualitative Forschung in der Gegenüberstellung	133
7.4.3 Gütekriterien qualitativer Forschung	134
<b>7.5 Methode</b>	<b>137</b>
7.5.1 Begründung der Methodenwahl	137

7.5.2 Das qualitative Interview	139
<b>8. Durchführung der Studie</b>	<b>141</b>
8.1 Theoretische Überlegungen zur Stichprobe	141
8.2 Kontaktierung der Studienteilnehmer	142
8.3 Durchführung der Interviews	143
8.4 Beschreibung der Stichprobe	144
8.5 Auswertung mit der qualitativen Inhaltsanalyse	147
8.5.1 Beschreibung der qualitativen Inhaltsanalyse	148
8.5.2 Die Auswertungskategorien und die Codierung	149
8.5.3 Interpretation	152
<b>9. Ergebnisse</b>	<b>155</b>
9.1 „Fallübersichten“ – Eine erste Klassifikation der Interviewpartner	155
9.1.1 Die „Kultur-Bewussten“	157
9.1.2 Die „Kommunikations-Bewussten“	158
9.1.3 „Neue Themen“	160
9.1.4 Relativierung von kulturellen Einflüssen auf A-P-Kommunikation	162
9.1.5 Fazit zu der ersten Klassifikation der Kommunikationspartner	164
9.2 Charakterisierung der A-P-Kommunikation aus Sicht der Ärzte	166
9.2.1 Erste Äußerungen zur verbalen Kommunikation im Interview	166
9.2.2 Faktoren, die einen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben können	168
9.2.2.1 Eigenschaften des Patienten	169
9.2.2.2 Eigenschaften des Arztes	173
9.2.2.3 Einflüsse des beruflichen Kontextes	176
9.2.2.4 Rahmenbedingungen der Sprechstunde	179
9.2.2.5 „Shapers“: Weitere Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation	182
9.2.2.6 Zusammenfassende Schlussfolgerungen zu den Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation	183
9.2.3 Inhalt und Komponenten der A-P-Kommunikation	184
9.3 Sprachliche und kulturelle Aspekte der A-P-Kommunikation aus der Sicht der Ärzte	190
9.3.1 Der wahrgenommene Einfluss sprachlicher Aspekte auf A-P-Kommunikation	190
9.3.1.1 Wird Sprache als Barriere wahrgenommen?	191
9.3.1.2 Beschreibung des Einflusses von Sprache auf die A-P-Konsultation	198
9.3.2 Lösungen für Sprachbarrieren	207
9.3.3 Beschreibung des Einflusses von Kultur auf die A-P-Kommunikation	208
9.3.4 Exkurs: Zur Rolle des Einflusses religiöser Aspekte auf die klinische Untersuchung und die medizinische Behandlung	211
9.3.5 „Kulturelle Unterschiede stellen kein Problem dar“	214
9.3.6 Positive Effekte eines multikulturellen und mehrsprachigen Settings	217
9.3.7 Personenorientierte Evaluierung des kulturellen Bewusstseins und der Sensitivität für kulturelle Themen - eine Metaperspektive	219
9.3.7.1 Gruppe 1: „Kultur ist nicht wichtig“	222
9.3.7.2 Gruppe 2: „Kultur hat einen Effekt, jedoch nicht bei mir“	224
9.3.7.3 Gruppe 3: „Kultur ist wichtig“	227
9.3.7.4 Zusammenhang von kulturellem Bewusstsein und Sensitivität mit ausgewählten Variablen	232
9.3.8 Interpretative Zusammenfassung der Ergebnisse zu Forschungsfrage 2	235
9.4 Interkulturelle Kompetenz aus der Sicht der Ärzte	246
9.4.1 Definitionen und Beschreibungen der Ärzte von interkultureller Kompetenz	246
9.4.2 Analyse des integrativ heuristischen Modells interkultureller Kompetenz	249
9.4.2.1 Kulturelles Wissen	249

9.4.2.2 Interkulturelle Fähigkeiten	255
9.4.3 Erwerb interkultureller Kompetenz	261
9.4.4 Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz	262
9.4.5 Interpretative Zusammenfassung der Ergebnisse zu Forschungsfrage 3	263
<b>10. Diskussion und Konklusion</b>	<b>267</b>
<b>10.1 Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>267</b>
10.1.1 Bedeutung der Ergebnisse für den luxemburgischen Kontext	267
10.1.2 Interkulturelle Kompetenz vs. Fach- und Kommunikationskompetenz in der medizinischen Konsultation	278
<b>10.2 Überlegungen zu den methodischen Ansätzen</b>	<b>283</b>
<b>10.3 Fazit und Ausblick</b>	<b>287</b>
<b>11. Zusammenfassungen</b>	<b>293</b>
11.1 Deutsche Zusammenfassung	293
11.2 English summary	295
<b>12. Anhang</b>	<b>297</b>
<b>Anhang A. Zusatzmaterial zu den Ergebnissen: Anpassung im Kommunikationsverhalten</b>	<b>297</b>
<b>Anhang B. Originalzitate</b>	<b>300</b>
<b>Anhang C. Studienplan der „Formation spécifique en médecine générale“ an der Universität Luxemburg</b>	<b>321</b>
<b>Anhang D. Interviewmaterialien</b>	<b>323</b>
D.1 Brief zur Kontakierung der Interviewteilnehmer	323
D.2 Interviewleitfaden	324
D.3 Fragebogen zu demographischen und beruflichen Angaben (deutsche und französische Version)	325
D.4 Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie	329
<b>13. Literaturverzeichnis</b>	<b>331</b>

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

### Tabellen

Tabelle 1. Luxemburgs Bevölkerung nach Nationalitäten (Peltier et al., 2012).....	15
Tabelle 2. Sprachbeherrschung nach Nationalitäten (Fehlen, 2009).....	19
Tabelle 3. Hauptsprachen in Luxemburg.....	19
Tabelle 4. Rangordnung der am besten gesprochenen Sprachen der Einwohner Luxemburgs (Fehlen, 2009) .....	19
Tabelle 5. Formen der kommunikativen Anpassung und Abweichung (Giles et al.,1991, S.5) .....	36
Tabelle 6. Vergleich der Bestandteile des Kalamazoo Consensus Statement und des „Six function model of medical communication“.....	53
Tabelle 7. Beispiele für Verhaltensweisen innerhalb der Kommunikationsfähigkeiten und der Funktionen von A-P-Kommunikation (Teal & Street, 2009) .....	114
Tabelle 8. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services (Campinha-Bacote, 2002) .....	116
Tabelle 9. Beschreibung und Herleitung der Komponenten des integrativ heuristischen Modells zu interkultureller Kompetenz.....	119
Tabelle 10. Kernkriterien qualitativer Forschung nach Steinke (2010).....	136
Tabelle 11. Merkmale qualitativer Interviews (Lamnek, 2010).....	140
Tabelle 12. Demographische Daten der Ärzte in der Stichprobe.....	145
Tabelle 13. Sprachkenntnisse der Ärzte in der Stichprobe .....	146
Tabelle 14. Nationalitäten, Geburtsländer und Ausbildungsort (Medizinstudium) der Ärzte in der Stichprobe.....	147
Tabelle 15. Überschriften und Überkategorien zu den durchgeführten Interviews .....	156
Tabelle 16. Bedeutung der Transkriptionszeichen (Kruse, 2008) .....	166
Tabelle 17. Die Eigenschaften des Patienten als Einflussvariable auf A-P-Kommunikation .....	170
Tabelle 18. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Eigenschaften des Patienten .....	172
Tabelle 19. Die Eigenschaften des Arztes als Einflussvariablen auf A-P-Kommunikation .....	174
Tabelle 20. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Eigenschaften des Arztes.....	175
Tabelle 21. Einflüsse des beruflichen Kontextes auf A-P-Kommunikation .....	177
Tabelle 22. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Einflüssen des beruflichen Kontextes .....	179
Tabelle 23. Die Rahmenbedingungen der Sprechstunde als Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation ..	180
Tabelle 24. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Rahmenbedingungen der Sprechstunde .....	181
Tabelle 25. Shapers: "Weitere Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation" .....	182
Tabelle 26. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den "Shapers" .....	183
Tabelle 27. Personenorientierte Evaluierung der Sprache als Barriere .....	191
Tabelle 28. Nationalität/ gesprochene Sprache der Patienten, bei denen von Sprachproblemen berichtet wird .....	199
Tabelle 29. Definition der drei Ausprägungen der Kategorie „kulturelles Bewusstsein und Sensitivität“	220
Tabelle 30. Personenorientierte Evaluierung des kulturellen Bewusstseins und kultureller Sensitivität..	221
Tabelle 31. Statistische-tabellarische Darstellung der Zusammenhänge des kulturellen Bewusstseins, des Geschlechts, der Ethnizität und des Alters .....	233
Tabelle 32. Kreuztabelle zur Verteilung des Alters und des Geschlechts innerhalb der Stichprobe.....	233
Tabelle 33. Ergebnisse aus früheren Studien zum Kommunikationsverhalten von Ärzten und Patienten	236
Tabelle 34. Statistisch-tabellarische Darstellung der Zusammenhänge der Wichtigkeit interkultureller Kompetenz, des Geschlechts, der Ethnizität und des Alters.....	262
Tabelle 35. Induktiv gebildete Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation.....	277

## Textboxen

<i>Textbox 1. Elemente des Kalamazoo Consensus Statement (KCS)</i> .....	52
<i>Textbox 2. Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Komponenten der A-P-Kommunikation</i> .....	185
<i>Textbox 3. Interkulturelle Fähigkeiten aus der Sicht der Mediziner</i> .....	256
<i>Textbox 4. Zusammenfassung der Hauptergebnisse der Studie</i> .....	291

## Abbildungen

<i>Abbildung 1. Nationalitäten der Krankenpfleger in Luxemburg (ANIL, 2011)</i> .....	16
<i>Abbildung 2. Nationalitäten der Mitarbeiter im Hôpital St. Louis (Ettelbrück)</i> .....	17
<i>Abbildung 3. Die drei Ebenen interkultureller Arzt-Patienten-Kommunikation (CAT) (Jain &amp; Krieger, 2010)</i> .....	44
<i>Abbildung 4. Ebenen der Arzt-Patienten-Kommunikation (Ong et al., 1995)</i> .....	48
<i>Abbildung 5. Enhanced Calgary-Cambridge Guide (Kurtz et al., 2003)</i> .....	49
<i>Abbildung 6. Direkte und indirekte Auswirkungen von Kommunikation auf Gesundheit (Street et al., 2009)</i> .....	64
<i>Abbildung 7. Potentielle Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation (soziodemographische Eigenschaften und Kommunikationsstil)</i> .....	67
<i>Abbildung 8. Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation nach Bertakis (2009)</i> .....	69
<i>Abbildung 9. Einflussfaktoren auf Patientenzentriertheit (Mead &amp; Bower, 2000)</i> .....	72
<i>Abbildung 10. Einflussfaktoren auf und Effekte der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation (Schouten &amp; Meeuwesen, 2006)</i> .....	88
<i>Abbildung 11. Integratives Modell zu Einflussfaktoren auf und Auswirkungen der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation (Makoul, 2001; Schouten &amp; Meeuwesen, 2006; eigene Darstellung)</i> .....	91
<i>Abbildung 12. Entwicklung Interkultureller Sensitivität (Bennett, 1986)</i> .....	105
<i>Abbildung 13. Die Entwicklung interkultureller Kompetenz (Thomas, 2009)</i> .....	105
<i>Abbildung 14. Modell der kulturell kompetenten Kommunikation von Teal &amp; Street (2009)</i> .....	115
<i>Abbildung 15. Kaleidoscope Model of Health Communication (Fitzpatrick &amp; Vangelisti, 2001)</i> .....	117
<i>Abbildung 16. Integrativ heuristisches Modell zu interkultureller Kompetenz</i> .....	118
<i>Abbildung 17. Forschungsthemen der vorliegenden Studie</i> .....	125
<i>Abbildung 18. Die vier Elemente des Forschungsprozesses (Crotty, 1998)</i> .....	128
<i>Abbildung 19. Sieben Formen der Auswertung und Ergebnisdarstellung bei einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012, S. 94)</i> .....	153
<i>Abbildung 20. Sieben Formen der Auswertung und Ergebnisdarstellung bei einer evaluativen/skalierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012, S. 108)</i> .....	153
<i>Abbildung 21. Ergebnisse zu den Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation</i> .....	184
<i>Abbildung 22. Integratives Modell zu Einflussfaktoren auf und Auswirkungen der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation (Makoul, 2001; Schouten &amp; Meeuwesen, 2006; eigene Darstellung)</i> .....	209
<i>Abbildung 23. Klassifikationsmöglichkeiten interkulturellen Wissens</i> .....	250

## Einleitung

Arzt-Patienten-Kommunikation kommt in ärztlichen Konsultationen eine tragende Rolle zu, da rund 50% aller Diagnosen allein durch die in der Anamnese gewonnenen Informationen gestellt werden (Faller & Lang, 2010). Zudem sollten weitere Kommunikationsaufgaben, wie der Beziehungsaufbau zum Patienten<sup>1</sup> sowie die Mitteilung von Information und Behandlungsplänen ausreichend Raum in Konsultationen einnehmen, damit letztere als effektiv vom Patienten bewertet wird (Kurtz, Silverman, Benson & Draper, 2003). Arzt-Patienten-Kommunikation (A-P-Kommunikation) gilt als gut, wenn sie zu einer besseren Krankheitsbewältigung, zu Compliance und einem besseren Verstehen führt (Bensing & Langewitz, 2003). Allerdings kann die Qualität der Kommunikation durch mehrere Einflussfaktoren negativ beeinflusst werden. In zahlreichen Studien (z. B. Deumert, 2010; Roberts, Sarangi & Moss, 2004; Schouten & Meeuwesen, 2006) wurden negative Folgen aufgrund von Sprach- und Kulturbarrieren hervorgehoben. Diese beinhalten unter anderem Unzufriedenheit der Patienten und Mediziner, Missverständnisse bei Arzt und Patient, Einflüsse auf Diagnose und Behandlung sowie im schlimmsten Fall schwerwiegende falsche medizinische Entscheidungen.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Wahrnehmung von A-P-Kommunikation von in Luxemburg tätigen Allgemeinmediziner\*innen zu untersuchen. Luxemburg hat – betrachtet man nur die OECD-Mitgliedstaaten – den höchsten Prozentsatz (43,1%) an Einwohnern, die nicht in dem Land geboren sind, in dem sie wohnhaft sind (OECD, 2013). Neben seiner heterogenen demographischen Bevölkerungsstruktur zeichnet sich das Großherzogtum durch die Mehrsprachigkeit seiner Einwohner aus. Diese beruht darauf, dass in Luxemburg drei Nationalsprachen (Luxemburgisch, Deutsch und Französisch) anerkannt sind. Im Land gibt es unterschiedliche Sprachprofile, d.h. einige Einwohner bevorzugen Deutsch, während andere Französisch besser beherrschen. Zudem gibt es eine bedeutende Anzahl an Personen, die eine andere Sprache als eine der drei Nationalsprachen, zu ihrer am besten beherrschten Sprache zählen (Fehlen, 2009). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass es in Luxemburg, sowohl im privaten als im beruflichen Alltag, eine hohe Anzahl an interkulturellen Kommunikationssituationen, in denen Menschen mit

---

<sup>1</sup> Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wird sowohl für die männliche wie die weibliche Form die männliche Form verwendet.

unterschiedlichen Sprachkompetenzen aufeinandertreffen, gibt. Diese sprachliche und kulturelle Heterogenität Luxemburgs findet sich ebenfalls im Gesundheitswesen des Landes wieder. So hat rund ein Drittel der in Luxemburg tätigen Allgemeinmediziner nicht die luxemburgische Nationalität (Rinaldetti & Jung, 2011). Folglich kann davon ausgegangen werden, dass in Luxemburg häufig Patienten mit verschiedenen kulturellen und sprachlichen Hintergründen Ärzte mit unterschiedlicher Herkunft und Sprachkompetenzen konsultieren.

Es liegt noch keine wissenschaftliche Forschung zur Mehrsprachigkeit und Multikulturalität im Luxemburger Gesundheitswesen vor und insgesamt besteht zu diesem Punkt eher wenig Diskurs in der luxemburgischen Öffentlichkeit. Allerdings wurde vor kurzem (im Februar 2014) von den Luxemburger Medien die Frage aufgegriffen, ob es ein Sprachproblem im Luxemburger Gesundheitswesen gebe, wobei jedoch keine eindeutige Antwort gefunden wurde ("Die Kruz mit dem Sprachenmix," 2014).



("Die Kruz mit dem Sprachenmix," 2014)

In der vorliegenden Arbeit gehen wir demnach der Frage nach, inwiefern in Luxemburg tätige Allgemeinmediziner in ihren Konsultationen Sprach- und Kulturbarrieren wahrnehmen. Dabei wird ebenfalls die Wahrnehmung von A-P-Kommunikation im Allgemeinen, einschließlich weiterer potentieller Einflussfaktoren (z. B. weitere Eigenschaften von Arzt und Patient oder beruflicher Kontext) berücksichtigt. In diesem Zusammenhang stellt sich zudem die Frage, welche Vorstellungen die Allgemeinmediziner zu interkultureller Kompetenz, d.h. „der Kompetenz einer Person in interkulturellen Überschneidungssituationen erfolgreich handeln zu können“ (Thomas & Simon, 2007, S. 136), haben.

Diese Forschungsziele werden in der vorliegenden Studie anhand von qualitativen Interviews mit 16 in Luxemburg tätigen Allgemeinmedizinerinnen, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet werden, behandelt. Zum einen erlauben diese Ergebnisse, die Besonderheiten der A-P-Kommunikation im Rahmen des luxemburgischen Settings aus der Perspektive von Allgemeinmedizinerinnen aufzuzeigen. Zum anderen gliedert sich die vorliegende Studie in die internationale Forschung ein und trägt zu der Erweiterung von Modellen der (interkulturellen) A-P-Kommunikation und interkultureller Kompetenz bei. Die Fragestellungen der vorliegenden Studie umfassen demnach: (1) wie Allgemeinmediziner in Luxemburg die Kommunikation mit ihren Patienten beschreiben, (2) welches Bewusstsein diese bezüglich kultureller Themen und sprachlicher Aspekte während des ärztlichen Gesprächs haben und (3) was die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz sind.

Im Folgenden werden im Rahmen von Kapitel 1 zunächst die Charakteristika des luxemburgischen Settings und die darauf aufbauende Herleitung der Fragestellungen präzisiert. In Kapitel 2 werden Modelle zu interpersonaler Kommunikation dargestellt, wobei die *Communication Accommodation Theory* (Giles et al., 1991) und die *drei Ebenen interkultureller A-P-Kommunikation* (Jain & Krieger, 2011) ausführlich erläutert werden. In einem dritten Kapitel werden Modelle zu A-P-Kommunikation dargestellt. Hier sei im Speziellen auf das *Kalamazoo Consensus Statement* (Makoul, 2001), welches die wichtigsten Elemente der Arzt-Patienten-Kommunikation aufzeigt und das *Modell der Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation* nach Mead und Bower (2000) verwiesen. Viertens wird der aktuelle Forschungsstand zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting dargelegt. Im letzten Theoriekapitel werden allgemeine Konzepte zu interkultureller Kompetenz und spezifische Konzepte zu interkultureller Kompetenz im medizinischen Setting erklärt. Aus einer Synthese dieser Modelle erstellen wir ein integrativ heuristisches Modell interkultureller Kompetenz, das ihre Vorbedingungen und Komponenten enthält. Während in Kapitel 6 die Forschungsfragen der vorliegenden Studie weiter spezifiziert werden, enthalten die Kapitel 7 und 8 die in der Studie angewandte Methodologie und Methoden bzw. eine Beschreibung der empirischen Durchführung. In Kapitel 9 sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie für jede Fragestellung dargestellt. In Kapitel 10 werden zwei Themenschwerpunkte der vorliegenden Studie diskutiert: Die Bedeutung der Ergebnisse für den Luxemburger Kontext und inwiefern sich interkulturelle

Kompetenz von allgemeiner Fach- und Kommunikationskompetenz in der medizinischen Konsultation abhebt. Schließlich wird aufbauend auf den Befunden der vorliegenden Studie ein Ausblick für zukünftige Forschung dargelegt.

# ***I. Theorie***



## 1. Einführung: Der luxemburgische Kontext

Im Ländervergleich zwischen den OECD-Mitgliedsstaaten verfügt das Großherzogtum Luxemburg über den höchsten Prozentsatz an Migranten und somit über eine äußerst multi-ethnische Bevölkerungsstruktur (OECD, 2013). Zusätzlich tragen die drei offiziellen Landessprachen (Luxemburgisch, Französisch, Deutsch) zu der Mehrsprachigkeit seiner Bewohner bei. Diese demographischen und sprachlichen Konstellationen führen dazu, dass die Bewohner und Arbeitnehmer Luxemburgs häufig multikulturellen- und multilingualen Interaktionen im Alltag und im Berufsleben ausgesetzt sein können.

In der vorliegenden Arbeit soll die Kommunikation im medizinischen Setting in Luxemburg fokussiert werden. Es dürfte unmittelbar offensichtlich sein, dass im Rahmen dieses Settings der interkulturellen Interaktion und den verwendeten Sprachen besondere Aufmerksamkeit zukommt. Kommunikation ist ein bedeutender Bestandteil medizinischer Behandlung, jedoch kann sie verschiedenen Barrieren ausgesetzt sein (s. Kapitel 3). Sprache und kultureller Hintergrund könnten solche Barrieren darstellen (s. Kapitel 4). Mit der luxemburgischen Bevölkerungsstruktur geht einher, dass der Anteil an Medizinern mit nichtluxemburgischer Nationalität vergleichsweise hoch ist. Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass sowohl Patienten als auch medizinisches Personal kulturellen und sprachlichen Barrieren in ärztlichen Konsultationen ausgesetzt sind. Ihre tatsächliche Bedeutung für die im Setting agierenden Personen (sowohl Kliniker als auch Patienten) ist jedoch unbekannt, da bis zum heutigen Zeitpunkt die Kommunikation im medizinischen Setting in Luxemburg noch nicht wissenschaftlich untersucht wurde.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Interaktions- und Kommunikationsprozesse im medizinischen Setting aus der Sicht von Patienten und Ärzten zu untersuchen, um so zentrale Aspekte eines solchen Austauschs zu identifizieren. Ein weiterer Schwerpunkt wird auf den verwandten Begriff der interkulturellen Kompetenz, d.h. „die Kompetenz einer Person in interkulturellen Überschneidungssituationen erfolgreich handeln zu können“ (Thomas & Simon, 2007, S. 136), gelegt. Dabei wird den Fragen nachgegangen, wie diese in einem solchen Setting von Arzt und Patient interpretiert wird und als wie wichtig sie wahrgenommen wird.

Luxemburg ist weltweit eine der wenigen Regionen, in denen eine derartig hohe Anzahl von Nationalitäten, Kulturen und Sprachen aufeinandertreffen. Die Phänomene „interkulturelle Interaktion“ und „interkulturelle Kompetenz“ in einem solchen Kontext zu untersuchen, wird es erlauben neue Erkenntnisse über diese zu gewinnen, vor allem da viele Studien in monolingualen Kontexten mit weniger kulturellen Diversität durchgeführt werden (s. Kapitel 4). Da in Luxemburg ein großer Anteil der Ärzte Migrationshintergrund hat (s. Kapitel 1.1.2), ist dieser Forschungskontext nahezu optimal, um auch die Kommunikation von Ärzten, die einer ethnischen Minorität angehören, zu erforschen - eine Sichtweise, die in vielen Studien oft unberücksichtigt bleibt. Neben der Bedeutsamkeit, die die vorliegende Studie für den nationalen Kontext haben dürfte, sollten die Forschungsergebnisse daher auch generell für die Kommunikation und Interaktion in multikulturellen Kontexten bedeutsam sein, zumal solche Interaktionen in den meisten west-europäischen Ländern aufgrund verstärkter Migration zunehmen werden.

Im Folgenden soll in einem ersten Schritt die Sprachsituation und die Demographie der ansässigen Bevölkerung und der Arbeitnehmer in Luxemburg beschrieben werden. Vor diesem Hintergrund sollen dann anschließend die bereits oben umrissenen Fragestellungen näher ausgeführt werden.

## **1.1 Die demographische Situation in Luxemburg**

### **1.1.1 Einwohner und Grenzgänger**

Im Jahr 2011 umfasst Luxemburgs Bevölkerung 512.353 Personen, wovon 61, 2% einen direkten oder indirekten (durch die Eltern) Migrationshintergrund haben und 43% nicht über die luxemburgische Nationalität verfügen; ungefähr 170 Nationalitäten sind insgesamt im Land vertreten (Allegrezza, Ferring, Willems & Zahlen, 2014; Peltier, Thill & Heinz, 2012, 2013). Die Bevölkerungsstruktur kann im Vergleich zu anderen europäischen Ländern insofern als ungewöhnlich beschrieben werden, als das Land nicht nur über einen hohen Ausländeranteil verfügt, sondern auch die Zusammensetzung der Immigrantenvölkerung unüblich ist (s. Tabelle 1). Im Gegensatz zu Deutschland, Belgien und Frankreich, wo die meisten Einwanderer Personen türkischen oder nordafrikanischen Ursprungs sind, stammt der größte Anteil der Einwanderer in Luxemburg aus EU-Ländern. Von diesen stammt der Großteil aus Portugal und macht 16% der Bevölkerung aus. Der Migrationsstatus dieser bedeutenden Minderheit ist sehr unterschiedlich. Ein Teil der Personen ist in der

zweiten oder bereits dritten Generation in Luxemburg wohnhaft und redet mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Luxemburgisch, Französisch und Deutsch, da sie das luxemburgische Schulsystem absolviert haben. Andererseits gibt es Personen, die gerade erst aus Portugal emigriert sind und daher keine der drei Sprachen beherrschen (Willems, Milmeister, Hartmann-Hirsch & Kollwelter, 2009).

**Tabelle 1. Luxemburgs Bevölkerung nach Nationalitäten (Peltier et al., 2012)**

Staatsangehörigkeit	Anzahl der Personen	Prozentualer Anteil in der Gesamtbevölkerung	Prozentualer Anteil in der ausländischen Bevölkerung	Durchschnittsalter
Total	512,353			38.74
Luxemburg	291,831	59.96%		41.33
Andere EU-Mitgliedsländer	191,685	37.41%	86.92%	35.82
Portugal	82,363	16.08%	37.35%	32.91
Frankreich	31,456	6.14%	14.26%	34.74
Italien	18,059	3.52%	8.19%	45.22
Belgien	16,926	3.30%	7.68%	39.34
Deutschland	12,049	2.35%	5.46%	42.08
Großbritannien	5,471	1.07%	2.48%	35.82
Niederlande	3,891	0.76%	1.76%	41.82
Spanien	3,657	0.71%	1.66%	36.88
Polen	2,709	0.53%	1.23%	31.19
Andere europäische Länder	14,058	2.74%	6.37%	30.38
Montenegro	3,814	0.74%	1.73%	26.63
Afrikanische Länder	5,565	1.09%	2.52%	31.02
Cap Verde	2,472	0.48%	1.12%	31.34
Karibische Länder, süd- oder zentralamerikanische Länder	2,146	0.42%	0.97%	32.47
Brasilien	1,203	0.23%	0.55%	30.65
Nordamerikanische Länder	1,671	0.33%	0.76%	37.65
USA	1,295	0.25%	0.59%	38.04
Asien	4,963	0.97%	2.25%	33.13
China	1,610	0.31%	0.73%	34.29
Ozeanische Länder	187	0.04%	0.08%	36.43
Staatenlose Personen	197	0.04%	0.09%	21.67
Keine Angabe	50	0.01%	0.02%	45.40

Aufgrund der zentralen Position Luxemburgs in der *Großregion*, die sich zwischen der Wallonie, Rheinland-Pfalz, dem Saarland, Lothringen und Luxemburg aufspannt, und vor allem wegen seines attraktiven wirtschaftlichen Umfelds, stellt Luxemburg ein Anziehungspunkt für viele Grenzgänger dar. Im Jahr 2011 pendelten 153.300 Personen aus Frankreich (75.700), Belgien (38.900) und Deutschland (38.700) zwischen Luxemburg und ihrem Heimatland (Löh, 2011).

### 1.1.2 Demographische Zusammensetzung der Gesundheitsberufe in Luxemburg

Die beschriebene Bevölkerungsstruktur und die hohe Anzahl an Arbeitspendlern tragen zu einer heterogenen nationalen Komposition der im Gesundheitswesen tätigen Personen und ihrer Patienten bei.

Bei den **Krankenpflegern** für allgemeine Pflege („Infirmiers en soins généraux“) gibt es derzeit einen Anteil von 31,05 % Luxemburgern, bei den spezialisierten Krankenpfleger („Infirmiers spécialisés“) einen Anteil von 34,89% Luxemburgern, wobei dieser prozentuale Anteil jährlich abnimmt. Der restliche Prozentsatz der Krankenpfleger haben größtenteils die deutsche, französische oder belgische Staatsbürgerschaft (s. Abbildung 1; Association Nationale des Infirmiers et Infirmières Luxembourgeois(es) (ANIL), 2011).

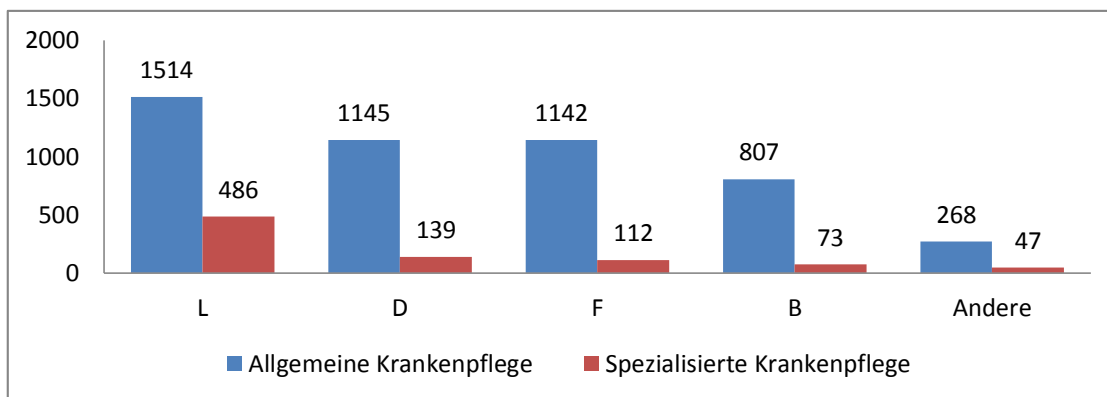


Abbildung 1. Nationalitäten der Krankenpfleger in Luxemburg (ANIL, 2011)

Exemplarisch für andere Krankenhäuser in Luxemburg ist die Verteilung der Nationalitäten der Mitarbeiter eines Krankenhauses - des „Hôpital St. Louis“ in Ettelbrück - dargestellt (Abbildung 2). Insgesamt machen die Luxemburger dort, wie in der allgemeinen Bevölkerung auch, 67% aus.

Bei den in Luxemburg zugelassenen **Ärzten** aller Fachrichtungen und Spezialisierungen ist sowohl die Anzahl der Ärzte mit luxemburgischer Staatsbürgerschaft als auch die Anzahl der Ärzte anderer Nationalitäten steigend, wobei die Zunahme der ausländischen Ärzte stärker ist als die der luxemburgischen Ärzte. Derzeit stehen 55,5% luxemburgische Ärzte einem Prozentsatz von 45,5% nicht-luxemburgischen Ärzten gegenüber. Unter den Allgemeinmedizinerinnen haben 68% die luxemburgische Nationalität, während 32% eine ausländische Staatsbürgerschaft haben. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass im Moment noch

bedeutend mehr männliche (68%) als weibliche Ärzte (32%) praktizieren, die Tendenz geht jedoch in den jüngeren Kohorten in die entgegengesetzte Richtung: Während in der Altersgruppe der 55-59-jährigen das Geschlechterverhältnis 1:4 zugunsten der Männer ausfällt, gibt es bei den unter 34-jährigen mit 56% schon geringfügig mehr praktizierende Ärztinnen. Bei den Allgemeinmedizinern liegt das Verhältnis bei 39% Frauen und 61% Männer (Rinaldetti & Jung, 2011).

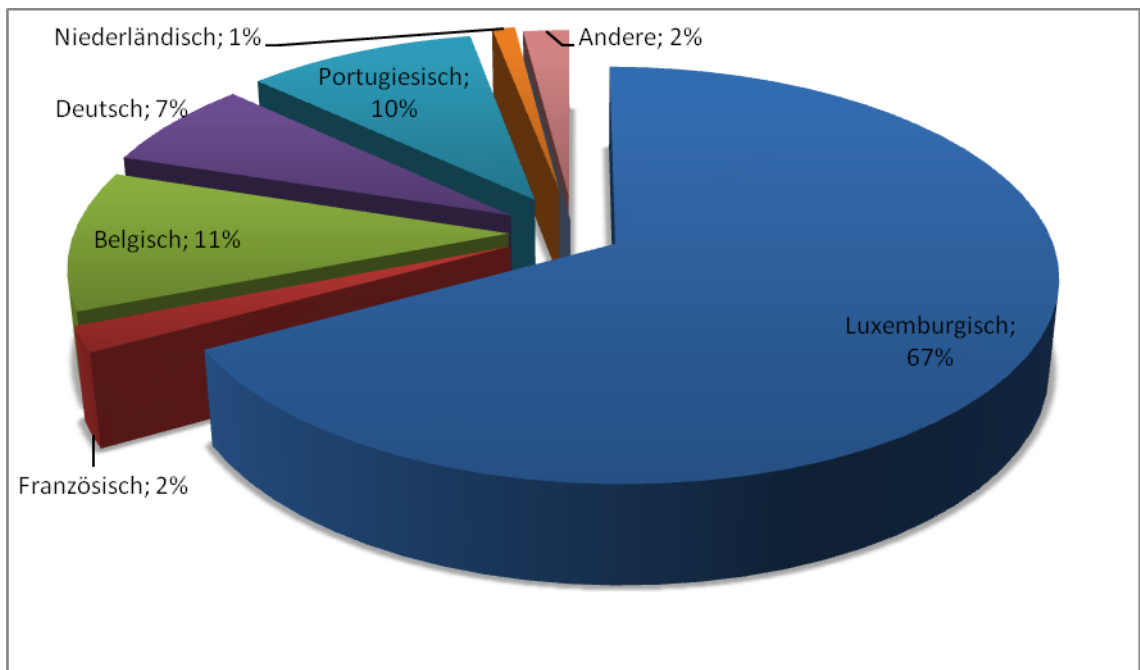


Abbildung 2. Nationalitäten der Mitarbeiter im Hôpital St. Louis (Ettelbrück)

## 1.2 Zur Sprachsituation in Luxemburg

In Luxemburg sind seit 1984 drei Nationalsprachen gesetzlich anerkannt: Luxemburgisch, Deutsch und Französisch. Luxemburgisch ist der Gruppe der moselfränkischen Sprachen zugeordnet und bekam 1984 den Status als Nationalsprache. Das Großherzogtum ist nicht in „Sprachregionen“ eingeteilt, es herrscht vielmehr eine Mehrsprachigkeit bei der gesamten Population vor. Es ist für viele Bewohner Luxemburgs üblich, mehrere Sprachen im Alltag (d.h. Zuhause und im Beruf, sogenannte Umgangssprachen) zu benutzen. Mehr als ein Viertel (26%) benutzen regelmäßig zwei Sprachen und 17,4% nennen drei Umgangssprachen. Die am Häufigsten genannte Umgangssprache war Luxemburgisch (70,5%), gefolgt von Französisch (55%), Deutsch (30,6%), Englisch (21%) und Portugiesisch (20%; Fehlen, Heinz, Peltier & Thill, 2013). Das Erlernen der verschiedenen Nationalsprachen

geschieht auf unterschiedliche Weise. Für gebürtige Luxemburger ist Luxemburgisch die Muttersprache, Deutsch und Französisch werden in der Schule erlernt.

Französisch wird beim offiziellen Schriftwechsel, oder bei der Verfassung von Gesetzen verwendet. Derzeit wird Französisch als Umgangssprache -im Gegensatz zu Schulsprache- stärker als jemals zuvor von einem größeren Anteil der ansässigen Bevölkerung und innerhalb des Arbeitssektors gesprochen. In den schriftlichen Medien (Print und Online) wird vorwiegend Deutsch verwendet, wobei die Anzahl an französisch-, englisch- und portugiesisch-sprachigen Angeboten ansteigt. Eine Zunahme erlebt auch das Schreiben des Luxemburgischen (Horner & Weber, 2008).

Auch wenn ein Großteil der Bevölkerung mindestens drei Sprachen beherrscht, gilt dies nicht für alle ansässigen Personen, zudem sind die Sprachniveaus unterschiedlich. In Tabelle 2 und in Tabelle 3 werden die Hauptsprachen und die beherrschten Sprachen in Luxemburg dargelegt.

In Tabelle 4 sind die ersten fünf am besten gesprochenen Sprachen (Selbsteinschätzung) nach Nationalitäten zusammengefasst. Darin ist klar ersichtlich, dass es im Land unterschiedliche Sprachprofile gibt (z. Bsp. jene, die eher Deutsch oder Französisch bevorzugen).

Dies liegt unter anderem daran, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Besitz der luxemburgischen Staatsbürgerschaft mit Luxemburgisch als (alleiniger) Muttersprache einhergeht (Horner & Weber, 2008), da 18,7 % der Bevölkerung Luxemburger mit direkten oder indirektem (d. h. mindestens einer der beiden Elternteile ist im Ausland geboren) Migrationshintergrund sind.

Schließlich trägt auch der große Anteil an Personen mit nicht-luxemburgischer Staatsbürgerschaft und Grenzgängern zur Sprachenvielfalt bei. Da die erste Gruppe sehr heterogen ist, könnte ihre Zweitsprache Luxemburgisch, Deutsch, Französisch, Englisch oder sogar eine andere Sprache sein.

Tabelle 2. Sprachbeherrschung nach Nationalitäten (Fehlen, 2009)

Nationalität	Total	Franz.	Lux.	Deutsch	Englisch	Portug.	Ital.	Andere
Luxemburgisch	1788	96%	98%	92%	68%	5%	13%	10%
Ausländisch (zusammen)	1007	94%	54%	50%	48%	41%	20%	22%
Portugiesisch	378	96%	54%	38%	30%	95%	11%	13%
Französisch	204	97%	42%	50%	62%	6%	15%	17%
Italienisch	110	97%	54%	46%	45%	12%	93%	12%
Belgisch	103	99%	50%	58%	75%	5%	10%	53%
Total	2795	95%	80%	75%	60%	20%	16%	17%

Tabelle 3. Hauptsprachen in Luxemburg

Hauptsprache	L	P	F	D	I	UK
Gesamtbevölkerung	55,8%	15,7%	12,1%	3,1%	2,9%	2,1%

Tabelle 4. Rangordnung der am besten gesprochenen Sprachen der Einwohner Luxemburgs (Fehlen, 2009)

	Französisch	Luxemburgisch	Deutsch	Englisch	Portugiesisch	Italienisch
5.Stelle	1%	1%	2%	7%	2%	5%
4.Stelle	5%	3%	11%	34%	1%	3%
3.Stelle	28%	7%	29%	10%	2%	3%
2.Stelle	42%	10%	29%	8%	4%	2%
1.Stelle	20%	57%	4%	2%	11%	3%

### 1.3 Kommunikation im Gesundheitswesen

Kommunikation nimmt einen hohen Stellenwert bei medizinischen Untersuchungen ein. Für den Kliniker macht sie einen großen Teil der Anamnese aus und spielt sowohl bei der Informationsvermittlung, als auch dem Beziehungsaufbau mit dem Patienten eine große Rolle. Der Patient, seinerseits, kommuniziert seine Krankengeschichte und seine Anliegen. Außerdem wird erwartet, dass er Informationen aufnimmt und gegebenenfalls darauf reagiert (s. Kapitel 3). Sprachliche und kulturelle Divergenzen im medizinischen Setting können zu Missverständnissen und Unzufriedenheit seitens des Patienten führen, die dann im schlimmsten Fall das oberste Ziel medizinischer Behandlung und Betreuung –die Optimierung des Gesundheitsstatus des Patienten– gefährden können.

In Luxemburg kann es aufgrund der linguistisch und kulturell heterogenen Zusammensetzung der Bevölkerung häufig zu komplexen Kommunikationssituationen kommen, da die jeweils interagierenden Personen über verschiedene Sprachniveaus und kulturelle Hintergründe verfügen. Solche komplexen Kommunikationssituationen herrschen folglich auch im luxemburgischen Gesundheitswesen vor, wo die sprachlich und kulturell heterogene Bevölkerung -in

dem Fall als Patienten- auf ein ebenfalls sprachlich und kulturell heterogenes medizinisches Personal treffen kann.

Um möglichen Sprachdivergenzen entgegen zu wirken, ist in Luxemburg gesetzlich festgehalten, über welche sprachlichen Kompetenzen das medizinische Personal verfügen sollte. Für Ärzte und Zahnärzte in Luxemburg ist es vorgeschrieben, dass sie über die notwendigen sprachlichen Kenntnisse in Deutsch oder Französisch verfügen und die drei administrativen Sprachen des Landes verstehen oder die Fähigkeiten erlangen, diese zu verstehen (Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 2010). Das Gesetz für Krankenpfleger und Krankenschwestern ist etwas unspezifischer und besagt, dass diese über die notwendigen sprachlichen Kompetenzen verfügen müssen, wobei dies nicht näher erklärt wird (Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 2011). Das Gesetz verlangt demnach keine vollständige aktive und passive Kompetenz aller drei Landessprachen und daher können sprachliche Divergenzen im Kontext der Pflege nie ausgeschlossen werden.

Gilles und Moulin (2009) beschreiben die sprachliche Situation im Pflege- und Sozialsektor, wobei sie im Einklang mit dem Gesetz die Wichtigkeit der mehrsprachigen Kompetenzen der im Feld tätigen Personen betonen, v.a. auch im Luxemburgischen. Das aus den romanisch-sprachigen Ländern stammende Pflegepersonal spreche eher kein Luxemburgisch und im Kontakt zu luxemburgischen Patienten könnte es hier zu Konflikten und ungünstiger Kommunikation kommen. Dies trifft zum einen für Personen der älteren Generation zu, die aufgrund der Nazi-Okkupation während des zweiten Weltkrieges über weniger Französisch-Kenntnisse verfügen; zum anderen sind hier auch jüngere Luxemburgophone involviert, „da Luxemburgisch oft eine nächstsprachliche Funktion übernimmt, die anderen Sprachen (insbesondere dem Französischen) in dieser Funktion nicht zukommen“ (Gilles & Moulin, 2009, S. 193). Das Personal im sozialen Sektor benötige daher sowohl Sensitivität für die soziale Brisanz der mehrsprachigen Situation, als auch angepasste Sprachenkenntnisse vor allem im Luxemburgischen (Gilles & Moulin, 2009). Ein Projekt, das diese Problematik aufgriff und Schulungsmaterial für spezifische Zielgruppen (in diesem Fall Krankenhaus- und Altersheim-Mitarbeiter) zusammengestellt, ist das „Projet Moien“ (Bemtgen, Madert, Mathey & Weber-Messerich, o.J.; Bemtgen & Weber-Messerich, o.J.).

Die ANIL (2011) beschreibt die sprachliche und kulturelle Diversität wie folgt. Vor allem die internationale Zusammensetzung der Krankenpflege-Teams mit Personen aus unterschiedlichen Kulturen, Religionen und Weltanschauungen sei eine Herausforderung für die zu pflegenden Menschen und auch für das Team selbst. Durch die nicht kompatiblen Sprachkompetenzen bestehe insgesamt die „Gefahr“, dass weder ausländische, noch luxemburgische Patienten von Personen, die ihre Muttersprache beherrschen, betreut werden. Ein möglicher Lösungsansatz bestehe darin, dass Pfleger mit Migrationshintergrund die Patienten mit Migrationshintergrund betreuen; ein Punkt, der noch in Kapitel 4 diskutiert wird. Um die optimale Betreuung der Personen mit luxemburgischer Muttersprache zu gewährleisten, werden derzeit zum einen ausländische Pfleger ermutigt, die luxemburgische Sprache zu erlernen und zum anderen gibt es Bemühungen, in Luxemburg mehr Krankenpfleger auszubilden. Die ANIL verweist darauf, dass momentan die Anzahl der Ausbildungsabschlüsse der Pfleger in Luxemburg zurückgeht, während es eine Zunahme von in Luxemburg beschäftigten Pflegekräften aus den grenznahen Gebieten gibt. Gleichzeitig unterstreicht die ANIL aber auch die positiven Seiten und insbesondere den „kulturellen Reichtum“, der sich in der Zusammenarbeit vieler Nationen ergeben kann (ANIL, 2011).

Die vorangegangenen Beschreibungen von Gilles und Moulin (2009) und der ANIL (2011) sind einige der wenigen Ausführungen bezüglich Sprache und Kultur, die die Interaktion im Gesundheitswesen in Luxemburg aufgreifen. Insgesamt besteht daher wenig Diskurs bezüglich der sprachlichen und kulturellen Heterogenität im medizinischen Setting in der luxemburgischen Öffentlichkeit (z. Bsp. Medien oder offizielle Berichte der Berufsverbände). Auch liegt bislang in Luxemburg noch keine Forschungsarbeit vor, die die aus der Mehrsprachigkeit resultierenden komplexen Interaktionssituationen im sozialen Sektor (z. Bsp. Krankenhäusern, Pflegeinstitutionen und Beratungsstellen) beschreibt. Folglich steht auch noch die Entwicklung von Handlungsempfehlungen (« Best practices ») für das dort tätige Personal aus (Gilles & Moulin, 2009). Umfragen beziehen sich auf eher allgemeinere Aspekte, wie zum Beispiel die kürzlich erschienene Umfrage von TNS ILRES und dem Gesundheitsministerium (Margue & Messaoudi, 2011), in der die Zufriedenheit der Patienten mit dem zuletzt besichtigten Arzt ausschließlich im allgemeinen Sinn erfasst wurde. Sprachliche Aspekte wurden in dieser Umfrage nicht thematisiert.

Sprach- und Kulturdifferenzen zwischen Patienten und Ärzten können in Abhängigkeit des Settings unterschiedlich ausgeprägt sein (s. Kapitel 4). In Luxemburg können Patienten ihren Hausarzt frei auswählen („libre choix du prestataire par le patient“; Portail Santé.lu, 2013) und daher kann davon ausgegangen werden, dass in dem Fall sprachliche und kulturelle Barrieren zwischen den beiden Parteien niedriger sind als in anderen Situationen, in denen der Arzt dem Patienten zugeteilt wird (zum Beispiel bei Arztvisiten in Altersheimen oder bei Notfällen). Bei Überweisungen zu spezialisierten Ärzten oder in Krankenhäuser können noch auf Präferenzen des Patienten Rücksicht genommen werden, jedoch ist dies in Abhängigkeit der Beschwerden des Patienten oder der Verfügbarkeit des Arztes nicht immer möglich.

Damit Sichtweisen vergleichbar bleiben, wurde in der vorliegenden Arbeit nur ein Vertreter der Gesundheitsberufe ausgewählt, dessen Sicht analysiert wird. Aus verschiedenen Gründen fiel die Wahl dabei – als eine erste Annäherung an das Thema – auf die Allgemeinmediziner:

- Aus allen Fachbereichen innerhalb der Medizin wurde die Gruppe der Allgemeinmediziner ausgewählt, da sie oft die Vermittler zwischen Fachärzten und anderen Berufsgruppen, wie Ergo- und Physiotherapeuten oder Psychologen sind, und somit eine wichtige Weiche im Gesundheitswesen darstellen.
- Allgemeinmediziner behandeln eine größere Bandbreite an Krankheiten und Gesundheitsproblemen als Mediziner anderer Fachbereiche. Sie sind häufig die erste Anlaufstelle bei Gesundheitsbeeinträchtigungen, welche vielfältiger Natur sein können. Die Anforderungen an ihre Kommunikationsfähigkeiten sind sehr hoch, da sie über die verschiedensten Anliegen mit ihren Patienten kommunizieren müssen (über Erkältungen bis hin zu psychologischen Problemen). In anderen medizinischen Fachbereichen dürfte die Bandbreite der besprochenen Themen innerhalb der Konsultation kleiner sein. Die genauen Inhalte und Ziele allgemeinmedizinischer Untersuchungen werden in Kapitel 3 dargestellt.
- Aus dem vorherigen Punkt ergibt sich in gleicher Weise, dass die demographischen Eigenschaften (wie Alter und Geschlecht) der Patienten bei Allgemeinmediziner stärker variieren dürften, als bei Ärzten anderer Fachrichtungen (z. Bsp. Gynäkologie, Pädiatrie).

- Mit der Auswahl von Allgemeinmedizinern für die Stichprobe der vorliegenden Arbeit ergibt sich, dass wir uns mit einer bestimmten Form von Kommunikation im medizinischen Kontext beschäftigen, nämlich der Arzt-Patienten-Kommunikation.

In Luxemburg wurde im Zuge der letzten Gesundheitsreform das Referenzarztsystem<sup>2</sup> eingeführt, welches einen Einfluss auf die Arbeitsweise und damit ebenfalls auf die Kommunikation von Hausärzten haben könnte. Im Juli 2012 trat das System in Kraft und wird progressiv bis Juni 2015 umgesetzt. Die Wahl eines Referenzarztes ist freiwillig und betrifft an erster Stelle Personen mit einer chronischen Krankheit. Demnach gibt es derzeit eine Transitions-Phase bis 2015, in der das Modell getestet wird (Caisse Nationale de Santé, 2013; Santé.lu, 2013). Da das Modell noch nicht implementiert ist, kann das Referenzarzt-System derzeit noch nicht empirisch untersucht werden und wird folglich auch in der vorliegenden Studie nicht aufgegriffen. Es kann jedoch für die Zukunft angenommen werden, dass sich Arbeitsweisen von Medizinern aufgrund des Referenzarztsystems verändern werden

#### 1.4 Herleitung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Aufgrund der kaum vorhandenen Diskussion und der nicht vorhandenen Forschung zu Mehrsprachigkeit und Multikulturalität im Gesundheitswesen in Luxemburg, liegt wenig Evidenz darüber vor, wie diese von den Leistungserbringern im Gesundheitssystem und den Patienten wahrgenommen und bewertet werden. Unklar bleibt auch, inwiefern eine Sensitivität und ein Bewusstsein für interkulturelle und -

---

<sup>2</sup> Allgemeine Aufgaben des Referenzarztes (Guichet.lu, 2012):

- Er gewährleistet die erste Stufe der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und präventive Gesundheitsleistungen.
- Er überprüft regelmäßig den Inhalt der Patientenakte, in der alle Informationen zur medizinischen Versorgung und zum Gesundheitszustand des Patienten zentral gesammelt werden (Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Behandlungen usw.).
- Er überwacht den Weg des Patienten durch das Gesundheitssystem. Gleichzeitig soll er beim Patienten für Themen wie doppelte Untersuchungen, übermäßigen Konsum und Nebenwirkungen von Medikamenten, Untersuchungen oder Behandlungen Bewusstsein schaffen.
- Bei schweren bzw. chronischen Krankheiten oder längerfristigen Behandlungen übernimmt er eine Koordinatoren-Rolle.
- Er informiert, berät und orientiert den Patienten, wenn andere Akteure aus dem Gesundheitsbereich einbezogen werden müssen (Fachärzte, Krankengymnasten usw.). Die Rolle des Referenzarztes besteht also in der **zentralen Betreuung** und **fachlichen Begleitung** - vor allem, jedoch nicht ausschließlich - von Menschen mit schweren oder chronischen Krankheiten. Ziel ist es dabei, die unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustands angemessenste medizinische Versorgung zu gewährleisten. Hierzu stehen dem Referenzarzt verschiedene Instrumente zur Verfügung.

sprachliche Prozesse ausgebildet sind. Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patienten in multikulturellen und multilingualen Settings mit Blick auf die Etablierung eines gemeinsamen Verständnisses uneffektiver ist als zwischen Personen, die der gleichen Kultur angehören bzw. die gleiche Muttersprache sprechen (s. Kapitel 4). Insbesondere für den mehrsprachigen Luxemburger Kontext könnte angenommen werden, dass dies häufiger der Fall ist als in linguistisch und kulturell homogeneren Kontexten.

Interessant am luxemburgischen Setting ist – im Gegensatz zu einer Mehrheit an anderen Settings, in denen entsprechende Studien stattfanden – dass ein bedeutender Anteil der Mediziner über eine ausländische Staatsangehörigkeit verfügt. Dies könnte es ermöglichen, neue Erkenntnisse zu gewinnen, da bisher weitgehend unberücksichtigte Perspektiven, nämlich die von Ärzten mit Migrationshintergrund, beachtet werden können.

Viele wissenschaftliche Publikationen zu A-P-Kommunikation stammen aus dem anglophonen Sprachraum. Mehrheitlich wird in diesen Studien die Sichtweise vom medizinischen Personal erfasst, das der ethnischen Mehrheit angehört. Die Sicht des Personals, das der ethnischen Minderheit angehört, wird hingegen nur wenig untersucht. Daher ist es zum einen ein Ziel dieser Arbeit, mehr über die Perspektive der Ärzte, die der ethnischen Minderheit angehören (d.h. die nicht die luxemburgische Nationalität oder einen Migrationshintergrund haben) auf ärztliche Kommunikation in Luxemburg zu erfahren. Zum anderen sollte aber auch – wie in den entsprechenden schon erschienenen Publikationen – die Sichtweise des Personals, das der ethnischen Mehrheit angehört, eingefangen werden. Dies ermöglicht es, die Aussagen beider Gruppen miteinander in Beziehung setzen zu können.

Diese Überlegungen werden im Rahmen dieser Arbeit in einer explorativen Studie aufgegriffen und untersucht. Ein erstes Ziel dieser Studie ist es, die **Wahrnehmung von Allgemeinmedizinern mit und ohne Migrationshintergrund auf ihre Arzt-Patienten-Kommunikation** zu erfassen und zu analysieren. Aufgeworfen werden die Fragen, welche professionellen Strategien und welche „*mental maps*“ Personen haben, die beruflich tagtäglich mit Patienten kommunizieren. Zu diesem Zweck sollen qualitative Interviews mit medizinischem Fachpersonal über Arzt-Patienten-Kommunikation geführt werden. Die Wahl der Methodik und Methode der vorliegenden Studie wird in Kapitel 7 begründet.

Zudem sollen **Einflussfaktoren** und eventuelle Hindernisse auf Kommunikation im medizinischen Kontext aus der Sicht von Fachpersonen erhoben werden. Diesbezüglich werden wir uns in erster Linie auf das Modell der Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation von Mead und Bower (2000) beziehen (s. Kapitel 2.5.3). Dabei wird berücksichtigt, in welchen Situationen die Kommunikation aus der Perspektive der Fachpersonen eher gut und wann sie ungünstig verläuft. Zudem wird die **Wahrnehmung der einzelnen Elemente der A-P-Kommunikation** (Makoul, 2001), wie etwa Informationssammlung oder Informationsweitergabe, einzeln untersucht (s. Kapitel 3.1). Als theoretischer Rahmen, um die Kommunikationsprozesse zu beschreiben, wird vor allem die Communication Accommodation Theory (CAT), eine Theorie, die kommunikative Anpassung in verschiedenen Situationen beschreibt und erklärt, herangezogen.

In Forschungsprojekten und Studien zu A-P-Kommunikation findet **interkulturelle Kompetenz** immer mehr Beachtung, so dass derzeit schon recht viel wissenschaftliche Literatur hierzu vorliegt (s. Kapitel 5). Es wird angenommen, dass diese Art von Kompetenz eine Fähigkeit ist, über die Ärzte entweder verfügen sollen oder die sie sich aneignen müssten, um potentiellen Missverständnissen in einem Arzt-Patienten-Gespräch, an dem Angehörige verschiedener Kulturen teilnehmen, entgegen zu wirken. A-P-Kommunikation ist jedoch immer einer hohen Anzahl an potentiellen Einflussfaktoren ausgesetzt (z. Bsp. den Rahmenbedingungen der Sprechstunde oder Eigenschaften der Arztes und Patienten, wie Alter und Geschlecht, s. Kapitel 3), so dass unklar bleibt, welche Rolle und welches Gewicht hier der interkulturellen Kompetenz des Arztes zugeschrieben werden kann. Es stellt sich somit die Frage, ob ein Arzt wirklich über interkulturelle Kompetenz verfügen muss, damit eine interkulturelle Sprechstunde erfolgreich verläuft. Die Beantwortung dieser Frage wird dadurch erschwert, dass interkulturelle Kompetenz ein nicht eindeutig definiertes Konzept ist und mit anderen Konzepten überlappt (wie zum Beispiel Kommunikationsfähigkeiten im Allgemeinen, s. Kapitel 3). Hieraus ergibt sich, dass neben der Frage nach der Bedeutung interkultureller Kompetenz im Allgemeinen, die Bedeutung einzelner Komponenten dieser Kompetenz, wie kulturelles Wissen und kulturelle Fähigkeiten, unklar bleiben. Insgesamt bietet Luxemburg ein ideales Setting um die Sicht auf interkulturelle Kompetenz von Klinikern zu erfassen, die regelmäßig in einem multilingualen und multikulturellen Setting praktizieren.

Die schon thematisierten Forschungsziele sollen im Folgenden in Form von konkreten Forschungsfragen genannt werden, bevor deren theoretische Herleitung in Kapitel 6 genauer erläutert wird. Wie vorhin dargelegt wurde, ist das primäre Forschungsziel der vorliegenden Arbeit, Sprache und Kultur als potentielle Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation aus der Sicht von Allgemeinmedizinerinnen zu untersuchen. Berücksichtigt werden soll dabei auch ihre Sichtweise auf interkulturelle Kompetenz. Zudem werden weitere potentielle Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation und die Sicht auf die Rolle und die Bestandteile der Kommunikation in der Konsultation mit einbezogen. Diese umfassende Erfassung der Sicht von Ärzten auf A-P-Kommunikation ist notwendig, da die Faktoren Sprache und Kultur in ihrem gesamten Kontext betrachtet werden sollen. Da die Studie zudem explorativ angelegt ist, sollen die Fragestellungen auch induktive Schlüsse zu lassen. Folgendes sind die konkreten Forschungsfragen:

- Wie beschreiben Allgemeinmediziner in Luxemburg die Kommunikation mit ihren Patienten?
- Welches Bewusstsein bezüglich kultureller Themen und sprachlicher Aspekte während des ärztlichen Gesprächs besteht bei Allgemeinmedizinerinnen in Luxemburg?
- Was sind die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz?

Nachdem die konkreten Forschungsfragen für das vorliegende Projekt formuliert worden sind, werden in den folgenden Kapiteln nun die theoretischen Grundlagen der Forschungsfragen dargelegt. Diese Kapitel werden sich auf interpersonale Kommunikation, Arzt-Patient-Kommunikation, interkulturelle Kommunikation im medizinischen Setting und interkulturelle Kompetenz beziehen. In Kapitel 6 schließlich werden die Forschungsfragen auf Grundlage der in den folgenden Kapiteln dargestellten theoretischen Inhalte genauer spezifiziert.

## 2. Interpersonale Kommunikation

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, aus psychologischer Sicht zu analysieren und zu verstehen, wie Kommunikation im medizinischen Setting abläuft. Arzt-Patient-Kommunikation ist eine Form von interpersonaler Kommunikation, zu dieser werden daher in diesem Kapitel grundlegende psychologische Theorien und Modelle dargestellt. Besonders fokussiert wird dabei die *Communication Accomodation Theorie (CAT)*, da sie es erlaubt, das Kommunikationsverhalten in medizinischen und interkulturellen Kontexten, also allen Hauptinteressenspunkten der vorliegenden Arbeit umfassend zu beschreiben. Neben der Kommunikation wird in diesem Kapitel auch „Sprache“ behandelt werden. Erstens ist Sprache ein Kommunikationswerkzeug. Zweitens sind Sprachen, im Sinn von Fremdsprachen, in dieser Arbeit aufgrund des multilingualen Kontextes, der betrachtet werden wird, thematisch relevant.

### 2.1 Kommunikation

*Kommunikation* ist ein sehr weitläufiger Begriff und daher schwierig zu definieren und einzugrenzen. Menschliche Kommunikation ist Forschungsgegenstand in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen (z. Bsp. Psychologie, Linguistik, Kulturwissenschaften, ...), innerhalb derer die Definition enger gefasst und bestimmt wird. Hier sollen vor allem die psychologischen Aspekte der Kommunikation thematisiert werden. Es wird zwischen verschiedenen Kommunikationsformen unterschieden. Zwei Gegenpole sind zum Beispiel die Massenkommunikation per Medien und die *interpersonale Kommunikation* zwischen zwei Individuen (Fischer & Wiswede, 2009). Die Kommunikation zwischen Patient und Kliniker ist eine Form interpersonaler Kommunikation und daher wird im Folgenden nur diese Kommunikationsform thematisiert werden.

Ehe wir uns der Definition von Kommunikation zuwenden, soll noch die *Kommunikation* von der *Interaktion* abgegrenzt werden. In Vorgängerstudien (s. Kapitel 3) wurden sowohl die Interaktion als auch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient untersucht. Die vorliegende Studie fokussiert sich explizit auf die Kommunikation. Kommunikation wird als Komponente von Interaktion angesehen, wobei letztere die Übertragung von vielfältigen Elementen, wie Informationen, Emotionen, Diensten oder auch Gütern bezeichnet (Fischer & Wiswede, 2009). Kommunikation beinhaltet ebenfalls Übertragungsprozesse, jedoch in einem engeren

Sinn als die Interaktion. Es bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, was bei Kommunikation übertragen wird. In Sender-Empfänger-Definitionen wird interpersonale Kommunikation ausschließlich auf den Austausch bzw. Übertragung von Information zwischen einem Kommunikator und einem Rezipienten reduziert. Diese Definition wird von Heringer (2007) als das Transportmodell der Kommunikation bezeichnet: Von mir zu dir. Was jedoch außen vor bleibt, ist ob der Sinn oder die Intention, die Person A im Kopf hatte, auch bei Person B ankommt. Dazu stellt sich noch die Frage, wie man überhaupt feststellen kann, was in A's Kopf ursprünglich vorhanden war?

Frindte (2001) betont daher, dass Kommunikation nicht immer eine Übermittlung der tatsächlichen Inhalte (Bilder, Vorstellungen, etc.), die Personen im Kopf haben, sei, sondern, dass Kommunikation eine bewusste oder unreflektierte Konstruktion von Wirklichkeit ist, welche individuell und sozial geschaffen wird. Neben diesem Attribut nennt er als zweites Merkmal von Kommunikation die „soziale Wechselseitigkeit“, d.h. die Gesprächspartner reagieren auf das Gesagte des Anderen. Zusammenfassend ist Kommunikation für ihn „ein sozialer Prozess, in dessen Verlauf sich die beteiligten Personen wechselseitig zur Konstruktion von Wirklichkeit anregen“ (Frindte, 2001, S. 17). Laut dieser Definition von Kommunikation ist es unerlässlich, ob der genaue Sinngehalt, der eine Person A im Kopf hatte, zu Person B übertragen wurde. Die Wirklichkeit wird aufgrund der jeweiligen Handlungsgründe, Einstellungen, Motive und Vorstellungen der Personen erzeugt (Frindte, 2001). Von der ersten dargestellten Sichtweise über Kommunikation (Sender-Empfänger-Definition), bis zur zweiten (Konstruktion von Wirklichkeit) ist es ein weiter Sprung, der im Unterpunkt 2.3 anhand ausgewählter Kommunikationsmodelle näher ausgeführt werden soll.

Als letzter Punkt in diesem Abschnitt soll noch die Aufmerksamkeit auf die Unterteilung von Kommunikation in verbale und nonverbale Kommunikation gerichtet werden. Unter nonverbaler Kommunikation werden *Körperbewegungen bzw. kinästhetisches Verhalten*, wie zum Beispiel Gestik, Körperhaltung, Gesichtsausdruck, Augenbewegung und Kopfhaltung verstanden. Zu nonverbaler Kommunikation gehören ebenso *paralinguistische Qualitäten* (Töne und Laute des Sprech- und Stimmapparates), also auch Aspekte des verbalen Verhaltens (Kubinger, 2006).

Im folgenden Kapitel wird das Werkzeug bzw. der Inhalt der verbalen Kommunikation, die Sprache diskutiert.

## 2.2 Sprache und Semiotik

In diesem Kapitel werden ausgewählte Theorien zu Sprache und Semiotik dargestellt: Die Theorie von de Saussure, Morris' Zeichentheorie, Peirces Zeichentheorie, sowie die Theorie der linguistischen Relativität. Einleitend sollen zunächst Sprache und Semiotik definiert werden.

*Sprache* macht einen bedeutenden Teil der interpersonalen Kommunikation aus. Sprachen werden von den meisten klassischen Definitionen als Symbolsysteme gesehen, die zum Kommunikationszweck entwickelt wurden (Lyons, 1981). Sie bestehen aus verschiedenen Komponenten, wie in den verschiedenen sprachwissenschaftlichen Konzepten, die im folgenden Abschnitt kurz angerissen werden, deutlich wird. *Semiotik* hingegen, wird als Wissenschaft, die sich mit Zeichensystemen aller Art beschäftigt, definiert (Trabant, 1996).

### 2.2.1 Die Theorie von de Saussure

Ferdinand de Saussure ist der Begründer der modernen europäischen Sprachwissenschaft und Semiotik. Saussures Werk beinhaltet ausführliche Beschreibungen und Einteilungen von Sprache. Aus dem Werk wird hier nur ein Teilstück wiedergegeben, das bei der Analyse – wie von Gregg und Saha (2007) dargestellt – von sprachlichen und kulturellen Aspekten nützlich ist. De Saussure (1916/2011) unterteilt Sprache in *langue* und *parole*. Als *langue* bezeichnet der Autor die Sprachen wie Englisch, Spanisch, Russisch, usw. *Parole* hingegen meint den Gebrauch der Sprache, also die exekutive Funktion der Sprache. Sprache im Sinn von *parole* ist ein weit dynamischeres Medium als im Sinne von *langue*. Sie verändert sich konstant und ist abhängig davon, wer die Sprache gebraucht und zu welchem Zweck dies geschieht. Durch die *parole* kann unter anderem Zugehörigkeit zu einer Gruppe demonstriert werden. Ein Arzt kann zum Beispiel durch Gebrauchen medizinischer Fachtitel oder dem Benutzen medizinischen Jargons zeigen, dass er zur Gruppe der Mediziner gehört. Laut Gregg und Saha (2007) ist es im Rahmen der Forschung zu Sprachbarrieren wichtig, diese beiden Aspekte zu unterscheiden. Sprachbotschaften können mehr transportieren als bloße Informationen, etwa können sie auch Werthaltungen, welche kulturell bedingt sein können, implizieren.

### 2.2.2 Morris' Zeichentheorie

Morris (1938) nennt in seiner Zeichentheorie drei wesentliche Charakteristika eines sprachlichen Zeichens. Die *Syntaktik* bezeichnet das Regelwerk der Zeichen. Die *Semantik* behandelt die Bedeutung der Zeichen. Die *Pragmatik*, d.h. die angewandte Kommunikation, betitelt Morris als die Wissenschaft von der Beziehung der Zeichen zu ihren Interpreten. Die Bedeutung der Pragmatik ist in der aktuellen linguistischen Diskussion jedoch noch immer unklar. Man verstehe unter Pragmatik vor allem die Analyse von Sprech-Aktionen, wie z. B. die Handlung des Befehlens, Behauptens, Aufforderns, Fragens, Verbotens, sowie Wünschens (Trabant, 1996). Kommunikative Prozesse umfassen zufolge der pragmatischen Perspektive nicht nur die Encodierung und Decodierung der Bedeutung einer Botschaft, sondern auch Schlussfolgerungen, die über die wörtliche Bedeutung hinausgehen (Freitag & Fiedler, 2007). Diese Sicht wird auch von verschiedenen Kommunikationsmodellen (z. Bsp. der „Inhalts- und Beziehungsaspekt“ (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969/2003), siehe unten) aufgegriffen.

### 2.2.3 Linguistische Relativität

Das linguistische Relativitätsprinzip besagt, dass die semantischen Strukturen verschiedener Sprachen nicht vergleichbar sind. Dies kann Konsequenzen auf die Art und Weise, wie die die jeweiligen Sprachen sprechenden Personen handeln und denken, haben. Diese Idee geht auf unter anderem Humboldt, Boas, Sapir sowie Whorf zurück (Gumperz & Levinson, 1996). Sapir stellte Überlegungen zur Verbindung von Sprache, Kultur und Psychologie an, welche Whorf aufgriff (Whorf, 1939/1956) und in Richtung des linguistischen Relativitätsprinzip weiterentwickelte, daher wird dieses auch noch als Sapir-Whorf-Hypothese bezeichnet.

## 2.3 Psychologische Kommunikationstheorien

In diesem Kapitel wird eine Auswahl an Kommunikationstheorien dargelegt; im Zuge dessen eine Theorie im Detail dargestellt wird, die Communication Accommodation Theory (CAT). Diese Theorie beschreibt die vorhin angedeuteten individuellen, rollenbezogenen, sprach- und kulturbezogenen Anpassungsprozesse im Kommunikationsverhalten. Die zum Teil in diesem Kapitel verwendete Gliederung der Kommunikationstheorien lehnt sich an Frindte (2001) an. Die Auswahl der Theorien wurde hinsichtlich ihrer inhaltlichen Verbindung mit der CAT getroffen.

Ein vergleichsweise simples Kommunikationsmodell ist das Sender-Empfänger-Modell der Kommunikation. Diese Theorie sieht menschliche Kommunikation als Sequenz von Nachrichtenübermittlung zwischen Individuum A und B an. Dabei nehmen die beiden Kommunikationspartner alternierend die Rolle von Empfänger und Sender von Kommunikationseinheiten ein (Heringer, 2007). Klassische Kommunikationstheorien, wie jene von Bühler (1934/1982) und Watzlawick et al. (1969/2003) beschreiben, dass diese Kommunikationseinheiten auf unterschiedliche Art und Weise ausgedrückt und interpretiert werden können. Bühler geht in seiner Theorie von Platon aus, der Sprache als *organum* sah. Letzterer nannte drei Beziehungsfundamente: einer – dem andern – über die Dinge. Organum wird dabei als „Organ“ gesehen, nicht als Werkzeug. Platon nahm also an, dass Sprache funktional sei und die kommunikativen Zwecke evolutionär entstanden, d.h. die Sprache bildete sich beim Menschen nicht primär als Kommunikationsmittel aus (Heringer, 2007). Bühler (1934/1982) differenziert das Modell weiter, er beschreibt in seinem Organon-Modell die Darstellungs-, Ausdrucks- und Appellfunktion von Sprache. Watzlawick et al. unterscheiden an Anlehnung an diese Theorie zwischen dem Inhalts- und Beziehungsaspekt, wobei letzterer Bühlers Ausdrucks- und Appellfunktion beinhaltet. Insbesondere der Beziehungsaspekt lässt sich nonverbal ausdrücken (z. Bsp. spöttischer Gesichtsausdruck). Schon allein anhand dieses Modells kann illustriert werden, inwiefern es bei Kommunikationsprozessen zu Missverständnissen kommen kann. Der Sender könnte zum Beispiel die Intention haben, den Inhaltsaspekt einer Botschaft zu kommunizieren; der Empfänger jedoch den Beziehungsaspekt wahrnehmen (Fischer & Wiswede, 2009). Alle drei Sprachfunktionen spielen bei jeder Kommunikation gleichzeitig eine Rolle. Jedoch kann jede der einzelnen Funktionen jeweils im Vordergrund stehen (Herkner, 2001). Schulz von Thun (1981) beschreibt in seinem „4-Ohren-Modell“ folgende Seiten einer Nachricht: Sachverhalt, Beziehung, Appell und Selbstoffenbarung

In den bisher beschriebenen Modellen steht die Kommunikation eines Individuums im Zentrum der Aufmerksamkeit. Andere Modelle richten ihre Aufmerksamkeit auf die Interaktion der Gesprächspartner und die soziale Situation. Der Sinn einer Botschaft vom Sender an den Empfänger wird erst im Prozess der Kommunikation gebildet und ist auch nur in diesem Rahmen plausibel und interpretierbar (Frindte, 2001). Herkner (2001) erläutert, dass Rommetveit (1986) infolgedessen das Bühlersche Kommunikationsmodell um einen wesentlichen Aspekt erweiterte, das *gemeinsame kognitive Feld* von Empfänger und Sender. Nur im Rahmen von gemeinsamem Wissen

können bestimmte Wörter angewendet werden (Wörter wie hier, dort, jetzt, später, etc.).

Dieses Wissen wird von Clark (1996) als *common ground* bezeichnet. Kommunikationspartner treffen Annahmen darüber, was gemeinsames Wissen zwischen ihnen und ihrem Gesprächspartner ist. Dabei lassen sie sich von bestimmten Heuristiken leiten. Laut der Heuristik der *physikalischen Kopräsenz* gehören alle Dinge, die man selbst und der Gesprächspartner sensorisch wahrnehmen können, zum Common Ground. Die Heuristik der *linguistischen Kopräsenz* besagt, dass alles, was zu einem früheren Zeitpunkt dem Gegenüber kommuniziert wurde, ebenfalls zum Common Ground gehört. Die Heuristik der „*Community Membership*“ beschreibt Annahmen über das Wissen einer Person durch eine Zugehörigkeit zu einer bestimmten „Community“. Zum Beispiel könnte bei einer Studentin die Annahme getroffen werden, dass sie weiß, was eine Mensa ist (Schwan & Buder, 2007). Ein anderes Beispiel für Community Membership könnte höheres Alter sein, also die Zugehörigkeit, zur Community der „Älteren“. Auch hier können Annahmen über das Wissen und das Kommunikationsverhalten von älteren Personen getroffen werden, welche auf Seiten der Gesprächspartner zu einer kommunikativen Anpassung führen (Filipp & Mayer, 1999). Anpassungsstrategien von Gesprächspartnern werden auch durch die CAT beschrieben (Speechaccommodation). Dabei sollen oft Annahmen, Stereotype und Vorurteile im Vordergrund stehen (s. Abschnitt 2.4).

Kommunikation ist dann gelungen, wenn Sender und Empfänger in der Kommunikation eine Einigung, einen Konsens, über das Gesprochene herstellen. Es sollen dabei nicht nur richtige Annahmen über das Vorwissen des Kommunikationspartners getroffen werden, sondern es sollte zwischen den Kommunizierenden auch Motivation zu kooperieren, da sein (Herkner, 2001). Grice (1975) postuliert daher das *Kooperationsprinzip*: Jeder Beitrag zu einer Konversation sollte so gestaltet werden, wie es zum Zeitpunkt, an dem er auftritt und für die von beiden Partnern angestrebten Ziele für die Kommunikation notwendig ist. Vier Maxime sind dabei von Bedeutung:

1. Die *Quantitätsmaxime*: Sei so informativ wie es notwendig, aber nicht informativer als nötig.
2. Die *Qualitätsmaxime*: Sag immer die Wahrheit.

3. Die *Relevanzmaxime*: Sei relevant. Man soll nicht über Themen sprechen, die nicht Gegenstand des Gesprächs sind.

4. Die *Klarheitsmaxime*: Sei klar und deutlich. Man soll keine unklaren und mehrdeutigen Ausdrücke verwenden, und die Formulierungen sollen so kurz wie möglich sein.

Ein Kritikpunkt an diesen Maximen wäre, dass Kommunikation zu komplex ist, um sie durch Regeln zu beschreiben. Ebenfalls kritisiert werden kann, dass die Regeln nicht eindeutig sind. Dies lässt sich an der Relevanzmaxime illustrieren: Wer entscheidet, was nicht Gegenstand des Gesprächs ist? Die Interpretation dieser Maxime könnte sowohl durch den persönlichen Kommunikationsstil, als auch auf kulturelle Normen zurückgeführt werden (s. Kapitel 4). Zudem sind die Regeln im Alltag nur im begrenzten Ausmaß realisierbar. Schon alleine das Einhalten von Höflichkeitsregeln führt dazu, dass ein Mehr an Kommunikation notwendig ist. Die Theorie fokussiert nahezu ausschließlich die Inhaltsebene von Kommunikation und lässt den Beziehungsaspekt außer Acht. Hier wird nicht berücksichtigt, dass das Reden schon Zweck an sich sein kann (Beispiele hierfür: Psychotherapie, Selbstoffenbarung bei älteren Personen, Wutausbrüche im Allgemeinen; Frindte, 2001). Als Beispiel wird hier Psychotherapie aufgegriffen. Im Rahmen der klientenzentrierten Psychotherapie, wie sie von Carl Rogers begründet wurde, sollte der Klient den Therapeuten, als empathisch und bedingungslos akzeptierend wahrnehmen können. Dies erfordert Kommunikation, die über ein reines Informationsvermitteln hinausgeht (zum Beispiel aktives Zuhören; Keil, 2013). Eines der Hauptziele der Verbesserung von medizinischen Konsultationen, welche vom *Institute of Medicine* vorgeschlagen wurde, die Patientenzentriertheit, enthält Ideen der klientenzentrierten Psychotherapie (s. Kapitel 3). Somit stellt sich auch hier die Frage, wie optimale Kommunikation definiert werden kann. Überlegungen hierzu werden auch im Kapitel zur interkulturellen Kompetenz gestellt, was es bedeuten kann, eine interkulturelle Situation erfolgreich zu meistern (s. Kapitel 5).

## 2.4 Communication Accommodation Theory

Im Überblick über Kommunikationstheorien wurde ersichtlich, dass diese Theorien jeweils verschiedene Aspekte der Kommunikation betonen. Hier wird nun eine Theorie aufgegriffen, die die kommunikative *Anpassung* in bestimmten Situationen an bestimmte Gesprächspartner fokussiert: die Communication Accommodation Theory

(CAT). Die CAT entwickelte sich aus der Speech- Accommodation- Theorie (SAT) und wurde zum ersten Mal bei Giles, Mulac, Bradac und Johnson (1987) erwähnt. Howard Giles, Coupland und Coupland (1991) fassen beide Theorien, inklusive weiterer theoretischer Ergänzungen, als Accommodation Theory zusammen. Neben einer ausführlichen Beschreibung der Accommodation Theory und der Begründung, warum ihr in der vorliegenden Arbeit ein theoretischer Schwerpunkt zukommt, wird auch ein Bezug zu den im vorherigen Kapitel genannten Kommunikationstheorien hergestellt.

#### 2.4.1 Entwicklung und Darlegung der Accomodation Theory

In ihren Pionierjahren fokussierte sich die Speech Accomodation Theory (SAT) auf jene sozial-kognitiven Prozesse, die einen Mediator für die Wahrnehmung von Individuen von ihrer Umwelt und ihren Sprachstilen darstellen sollen. Die Theorie sollte die kognitiven und affektiven Prozesse, welche der (Sprach-) Annäherung (auf Englisch: convergence) und (Sprach-) Abweichung (auf Englisch: divergence) in Bezug auf den jeweiligen Kommunikationspartner zugrunde liegen, erklären. Um im Rahmen der SAT die sprachlichen Anpassungsstrategien zwischen Personen verschiedener Sprachgruppen zu analysieren, wurden in mehrsprachigen Regionen und Ländern Studien durchgeführt (zum Beispiel in Belgien von Bourhis, Giles, Leyens und Tajfel (1979) oder in Wales von Bourhis und Giles (1977)). Später wandte die SAT sich auch der Erforschung nonverbaler und weiterer Komponenten (z. Bsp. Akzent, Sprachstil, Gesprächstempo,...) der interpersonalen Kommunikation zu. Dadurch entstand aus der SAT die umfassendere Communication Accommodation Theory (CAT; Giles et al., 1991)

#### 2.4.2 Hauptkonzepte: Annäherung und Abweichung

Wie vorhin angedeutet, sind Annäherung und Abweichung die zentralen Begriffe der Accommodation Theory, daher werden sie im Folgenden genauer erklärt (nach Giles et al., 1991).

**Convergence (Konvergenz/Annäherung)** wurde als Strategie definiert, mit der Individuen sich gegenseitig an ihr jeweiliges Kommunikationsverhalten mittels eines weiten Spektrums an linguistischen, nonverbalen und paraverbalen Merkmalen anpassen (z. Bsp. Akzent, Sprachtempo, Lautstärke, sprachunterstützende Gesten,...).

**Divergence (Divergenz/Abweichung)** bezeichnet die Strategie, mit der Personen sprachliche und nonverbale Unterschiede zwischen ihnen selbst und anderen betonen

(wurde z. Bsp. in Studie von Bourhis und Giles, 1977 bei walisischer Bevölkerung sowie bei Bourhis et al, 1979 in Belgien nachgewiesen).

Annäherung ist eine Identifizierungsstrategie mit den Kommunikationsmustern des Gesprächspartners, wohingegen Divergenz eine Identifizierungsstrategie mit den linguistischen kommunikativen Normen einer Referenzgruppe außerhalb der unmittelbaren Situation ist. Diese Annahmen gründen auf Tajfels und Turners (1979) Theorie der sozialen Identität (SIT).

Sowohl Annäherung als auch Abweichung können aufwärts (im Sinne der sprachlichen Verschiebung zu einem sozial gehobenen Sprachstil) als auch abwärts (im Sinne der sprachlichen Verschiebungen zu einem sozial weniger angesehenen Sprachstil) sein. Außerdem können Konvergenz und Divergenz symmetrisch oder asymmetrisch sein, d.h. sie können beide oder nur einen Gesprächspartner betreffen. Zudem kann es auch zu einer *Überanpassung* kommen, was unten in Abschnitt 2.4.9 näher ausgeführt wird. Des Weiteren gibt es objektive und subjektive Anpassung. Erstere beschreibt *tatsächliche, beobachtbare Veränderungen* im Gespräch, seien es Annäherungen oder Abweichungen. Subjektive Anpassung beinhaltet *Annahmen* darüber, ob der Gesprächspartner sich an das eigene Kommunikationsverhalten anpasst oder davon abweicht.

Änderungen des Sprachstils finden nicht nur aufgrund tatsächlicher Unterschiede im Kommunikationsverhalten statt, sondern können auch durch Stereotype beeinflusst sein. Darauf wird häufiger in Bezug auf Kommunikation mit älteren Personen oder Kindern hingewiesen. Zum Beispiel könnten Kommunikationspartner von älteren Person Stereotype über diese haben und dann ihr eigenes Kommunikationsverhalten an diese Stereotype anpassen. Street (1991) unterscheidet zwischen Anpassung (accommodation) und Komplementarität (complementarity). Komplementarität tritt auf, wenn beide Interagierende versuchen ihre sozialen Unterschiede in der Kommunikation aufrecht zu erhalten.

Um die interpretativen Kompetenzen ihrer Gesprächspartner einordnen zu können, müssen Individuen unter anderem einschätzen, zum welchen Ausmaß diese über dasselbe Hintergrundwissen bezüglich der für das Gesprächsthema relevanter Themen verfügen und was ihre affektive Orientierung hierzu ist (Street, 1991). Hier schließt sich der Kreis zu Clark (1996), der mit seinem Konzept des sogenannten „Common grounds“ ähnliches betont.

### 2.4.3 Wahrnehmung und Bewertung von Anpassung und Abweichung

Anpassung bzw. Abweichung kann unterschiedlich bewertet werden. So kann das Sprechen eines bestimmten Dialektes einerseits als kompetent, jedoch andererseits als wenig freundlich wahrgenommen werden. Auch zu viel an Anpassung kann negativ aufgefasst werden, eine nur teilweise Anpassung wird häufig positiver bewertet (Giles et al., 1991) Im Rahmen von Arzt-Patienten-Kommunikation werden sowohl Anpassung als auch Komplementarität des Arztes als essentiell für Patientenzufriedenheit und Compliance gesehen (Street, 1991).

### 2.4.4 Formen der kommunikativen Anpassung und Abweichung

Annäherung und Abweichung kann sich durch eine Vielzahl an verschiedenen verbalen und nonverbalen Kommunikationsformen äußern. Tabelle 1 gibt einen Überblick der Studien, die verschiedene Formen von Annäherung und Abweichung nachwiesen. Dargelegt werden auch die in den jeweiligen Studien erfassten Komponenten bezüglich kommunikativer Anpassung. Es sei jedoch angemerkt, dass nicht alle Studien explizit aus einer CAT-Perspektive konzipiert und interpretiert wurden (Giles et al., 1991).

**Tabelle 5. Formen der kommunikativen Anpassung und Abweichung (Giles et al., 1991, S.5)**

Länge der Äußerung	Matarazzo et al. (1968)
Sprechgeschwindigkeit	Street (1983)
Informationsdichte	Aronsson et al. (1987)
Stimmintensität	Natale (1975a)
Häufigkeit und Längen der Pausen	Jaffe and Feldstein (1970)
Antwortlatenz	Cappella & Planalp (1981)
Selbstoffenbarung	Ehrlich & Graeven (1971)
Scherze, Solidarität, Meinungen und Orientierungen ausdrücken	Bales (1950)
Gesten	Mauer & Trindall (1983)
Kopfnicken und Gesichtsaffekt	Hale & Burgoon (1984)
Haltung	Condon & Ogston (1967)
Sprachstil und Akzent	Giles (1973)

Es wird ersichtlich, dass CAT- Verhaltensweisen sehr viele verschiedene Kommunikationsaspekte umfassen. Die Verhaltensweisen umfassen sowohl die Inhalte als auch die nonverbalen und paraverbalen Aspekte von Kommunikation. Die genannten Studien verwendeten allerdings immer nur einzelne Annäherungs- und Abweichungsstrategien und boten keine Übersicht über die ganze Bandbreite der Strategien. Daher erstellten Jones, Gallois, Callan und Barker (1999) ein Code-System, um mehrere kommunikative Anpassungsstrategien zu operationalisieren. Die Autoren unterteilten die verschiedenen Strategien dabei in die folgenden Kategorien:

- **Approximation (Annäherung):**

Diese Kategorie umfasst nonverbale und paraverbale Komponenten der kommunikativen Annäherung bzw. Abweichung zwischen zwei Kommunikationspartnern: Länge der Äußerungen, Antwortzeit, Sprechrate, Unterbrechungen, simultane Rede, kurze und lange Pausen, Kopfnicken, Gesten während des Sprechens, Zuhören, Lachen, Lächeln und Haltung.

- **Interpretability (Interpretierbarkeit):**

In dieser Kategorie werden jene Kommunikationsverhaltensweisen zusammengefasst, die Gesprächspartner verwenden, damit die Wahrscheinlichkeit, dass ihr Gegenüber sie besser versteht, erhöht wird:

- Anpassen des eigenen Sprechverhaltens (zum Beispiel Sprechgeschwindigkeit verlangsamen, längere Antwortzeiten, oder häufigere Sprechpausen)
- Auswahl an Gesprächsthemen über die der Gesprächspartner an Wissen verfügt.
- Eigenes Verständnis oder Verständnis des anderen durch Fragen oder Zusammenfassungen nachprüfen.
- Mehr zusätzliche Informationen mitteilen, damit das Gesagte besser verstanden wird.
- Gespräch über Themen, an denen der Gesprächspartner interessiert ist.

- **Discourse management (Diskursführung)**

Unter diesem Aspekt wird zusammengefasst, wer Gesprächsthemen auswählt und wie sie in die Diskussion eingeführt und weiter entwickelt werden.

- **Interpersonal control (Interpersonelle Kontrolle)**

Mit dieser Kategorie werden die Rolle der Gesprächspartner während der Kommunikation und daran gekoppelte Verhaltensweisen beschrieben. Strategien der interpersonellen Kontrolle erhöhen oder setzen die Bereitschaft der anderen Person herab, Rollen zu ändern. Interpersonale Kontrolle kann positiv sein, wenn sie Personen die Freiheit gibt, ihre jeweiligen Rollen zu verlassen. Ein negatives Beispiel für interpersonelle Kontrolle wäre hingegen das Versetzen einer älteren Person in die Rolle eines Kindes.

Ein anderes Beispiel für interpersonelle Kontrolle hingegen, wäre wenn die Kommunikation zwischen Angehörigen einer Gruppe stattfindet und die Etablierung einer gemeinsamen Gruppenidentität miteinschließt.

#### 2.4.5 Anpassungsmotive

Inwiefern sich jemand in seinem Kommunikationsverhalten an eine andere Person im Gespräch annähert, bzw. von ihr abweicht, hängt von verschiedenen Motiven ab (Giles et al., 1991):

- **Bedürfnis nach sozialer Integration**

Im Rahmen des Konzeptes der *similarity attraction* von Byrne wird angenommen, dass je größer eine tatsächliche oder wahrgenommene Ähnlichkeit zu einer Person ist, desto eher man von ihr gemocht wird. Sprachliche Annäherung bietet eine Möglichkeit eine größere Ähnlichkeit zu einer anderen Person herzustellen (z. Bsp. indem man sich ihrem Sprachstil anpasst). Demgemäß geht die CAT davon aus, dass Sprachannäherung an eine andere Person (oft unbewusst) ein Bedürfnis eines Individuums für soziale Integration darstellt. Daher kann man schlussfolgern, dass je grösser der Wunsch des Sprechenden ist, soziale Zustimmung zu erhalten und sich sozial zu integrieren, desto eher er sich in seiner Kommunikation an seine Gesprächspartner anpassen wird.

- **Macht**

Ein anderes Motiv kann die von einer Person ausgehende Macht sein. In verschiedenen Studien konnte die Annäherung an beruflich oder sozial höher gestellte Personen innerhalb einer Kommunikationssequenz nachgewiesen werden. Das Machtmotiv könnte auch bei der Arzt-Patienten-Kommunikation zum Tragen kommen, da diese durch ein Machtgefälle gekennzeichnet sein kann. (Näheres dazu in Abschnitt 2.4.8)

- **Soziale Normen**

In einigen Situationen findet Anpassung aufgrund von sozialen Normen und Rollen statt. Ein Beispiel wären Kommunikationssequenzen zwischen Verkäufern und Kunden. Ein Verkäufer sollte freundlich zum Kunden sein und sich in der Kommunikation an ihn anpassen, wenn er den Verkauf seiner Waren begünstigen möchte.

- **Kognitive Organisation**

Ein weiteres Motiv für kommunikative Anpassung wäre die Erhöhung der eigenen Verständlichkeit. Ereignisse werden in für den Gesprächspartner sinnstiftenden sozialen Kategorien organisiert, damit Informationen verständlicher werden. Dies spielt auch bei der Arzt-Patienten-Kommunikation eine bedeutende Rolle, da es hier wichtig ist, dass Patienten die gesagten Inhalte des Arztes verstehen.

- **Erhalt der Identität:**

Nach Tajfels und Turners (1979) Theorie der sozialen Identität<sup>3</sup> kann, um die eigene Gruppenzugehörigkeit zu verstärken, ein zum Gesprächspartner abweichendes Kommunikationsverhalten hergestellt werden.

#### 2.4.6 Die CAT und ihre Verbindung zu anderen Kommunikationstheorien

Die CAT verknüpft mehrere Aspekte der in Abschnitt 2.3 beschriebenen Kommunikationstheorien (Giles et al, 1991). Zentrale Termini der CAT (Accommodation, Convergence, Divergence) überlappen zum Beispiel mit dem Prinzip der Kooperation nach Grice. Beide Theorien beinhalten das Grundprinzip, dass Gesprächspartner sich bezüglich ihrer gemeinsamen Ziele aneinander anpassen. Das Kooperationsprinzip könnte jedoch als einseitiger angesehen werden als die CAT, da es lediglich eine Kommunikationsoptimierung beschreibt. Die Motive für Anpassung, die die CAT nennt, umfassen ein größeres Spektrum; hier ist Gesprächsoptimierung nur ein Ziel von mehreren.

Ein weiteres überlappendes Konstrukt ist ein Aspekt der vor allem anhand der Gesprächstherapie nach Rogers thematisiert wird: die Perspektivenübernahme des Gesprächspartners. Anpassungsprozesse im Rahmen der CAT werden durch Perspektivenübernahmen ausgelöst. Der Sender könnte zum Beispiel Annahmen darüber haben, wie der Empfänger kommunizierte Inhalte aus seiner Perspektive verstehen und interpretieren könnte und daher könnte der Sender sein Kommunikationsverhalten anpassen.

---

<sup>3</sup> *Soziale Identität* ist ein Teil des Selbstbildes, nämlich das Wissen über die Zugehörigkeit zu einer (oder mehreren Gruppen). Demnach besteht das Selbstbild aus zwei Komponenten: aus der persönlichen Identität und der sozialen Identität (Herkner, 2001). Die *Theorie der sozialen Identität* (Tajfel & Turner, 1979) konzentriert sich auf negative Beziehungen zwischen Gruppen. Die zentrale Hypothese der Theorie ist die Annahme eines Motivs nach positiver sozialer Identität. Um dieses Ziel zu erreichen, werden Vergleiche der eigenen Gruppe mit anderen Gruppen vorgenommen, die für die eigene Gruppe positiv ausfallen sollen.

Auch die Unterteilung von Kommunikation in Inhalts- oder Beziehungsaspekt scheint im Rahmen der CAT sinnvoll, da Kommunikationsverhalten dahingehend angepasst werden kann, ob Inhalts- oder Beziehungsaspekte im Vordergrund stehen. In der Arzt-Patienten-Kommunikation kann der Arzt sein Kommunikationsverhalten zum Beispiel dahingehend anpassen, dass die Herstellung einer Beziehung zum Patienten oder die Vermittlung von Inhalten im Vordergrund stehen.

Eine weitere Verschränkung besteht zwischen der CAT und dem Prinzip des Common Grounds. Diese wurde oben schon ausführlicher beschrieben, daher wird diese Überlegung hier nur kurz zusammengefasst. Nach der CAT findet Anpassung, bzw. Abweichung vom eigenen Kommunikationsverhalten nach Abklärung des sogenannten *Common Grounds* zwischen einem selbst und dem Kommunikationspartner statt (Giles et al., 1991).

#### **2.4.7 Begründung der Auswahl der CAT als theoretischen Rahmen dieser Arbeit**

Die Communication Accommodation Theory will erklären, *wie* und *warum* Menschen auf eine bestimmte Art und Weise kommunizieren. Sie wird als interaktionszentrierte Theorie eingeordnet im Gegensatz zu individuums- und beziehungsorientierten Theorien. Interaktionszentrierte Theorien fokussieren sich auf den Diskurs oder die Interaktion. Sie beschreiben interpersonale Kommunikation als eine Nachricht, einen Diskurs (d.h. ein Bedeutungssystem) oder eine gemeinsame Handlung, die zwischen Personen ausgeführt wird. Individuums-zentrierte Theorien beziehen sich darauf, wie Individuen interpersonale Kommunikationsnachrichten planen, produzieren und verarbeiten. Beziehungszentrierte Theorien interpersonaler Kommunikation hingegen fokussieren sich auf die Rolle der Kommunikation in der Entwicklung, Aufrechterhaltung, und Beendigung sozialer und persönlicher Beziehungen (Braithwaite & Baxter, 2008). Da die vorliegende Studie Interaktion und Kommunikation in den Mittelpunkt rückt, erschien es sinnvoll eine theoretische Perspektive zu wählen, die sich ebenfalls auf die Kommunikation als Handlung bezieht.

Ein zweiter Punkt, warum die CAT eine angemessene theoretische Rahmung für die vorliegende Studie darstellt, ist, dass sie sich unter anderem auf Anpassungsstrategien in der Kommunikation zwischen Individuen, die sich in unterschiedlichen sozialen Kategorien wahrnehmen (intergroup communication), bezieht. Die Schwerpunkte der

vorliegenden Arbeit- Arzt-Patienten-Kommunikation, intergenerationale Kommunikation, als auch internationale Kommunikation- stellen eine ebensolche Kommunikation zwischen Gruppen (*intergroup*) dar.

Ein dritter Punkt, warum die CAT sich als theoretischen Bezugspunkt eignet, ist, dass sie ursprünglich entwickelt wurde, um rein sprachliche Anpassungsprozesse zu beschreiben. In der vorliegenden Studie liegt ein wichtiger Fokus auf dem sprachlichen Aspekt und daher liegt es auf der Hand eine Theorie als Basis zu nehmen, die ihren Ursprung bei sprachlichen Anpassungsprozessen hat.

Viertens sind Anpassungsprozesse ebenfalls im Rahmen interkultureller Kompetenz von Bedeutung. Anpassung stellt eine Komponente interkultureller Kompetenz dar (s. Kapitel 5).

#### 2.4.8 Die CAT im medizinischen Setting

Die Annahmen der CAT dürften für viele Settings gültig sein. Dies gilt auch für das medizinische Setting, da es hier einige Spezifitäten gibt, die eine Anpassung der Kommunikation zwischen Mediziner und Patient erforderlich machen sollen.

In den europäischen Arztpraxen verändert sich momentan die Art und Weise, wie die Arzt-Patienten-Beziehung gestaltet wird. Viele Ärzte bevorzugen mittlerweile das partnerschaftliche Modell gegenüber dem paternalistischen Modell (s. Kapitel Arzt-Patienten-Kommunikation). Dies hat zur Folge, dass die „Machtverhältnisse“ zwischen Patienten und Ärzten eventuell nicht mehr so eindeutig sind, wie sie es im Rahmen des paternalistischen Modells waren.

Im diesem Modell wird davon ausgegangen, dass sowohl der Arzt als auch der Patient ihr Kommunikationsverhalten nach ihren jeweiligen traditionellen Rollen richten. Dies bedeutet, dass der Arzt der eindeutig dominanterer Gesprächspartner ist und der Patient sich daran anpasst; beide spiegeln also ihre rollenbezogenen Unterschiede wieder. Verzichtend auf Anpassung, halten der Arzt und der Patient halten ihre „kommunikative Verschiedenheit oder Komplementarität“ (*communicative dissimilarity* oder *complementarity*) aufrecht (Street, 1991).

Die Arzt-Patienten-Kommunikation im paternalistischen Modell ist für den Arzt allerdings durch multiple Ziele charakterisiert. Ein erstes Ziel ist es seinen Status und die Autorität gegenüber dem Patienten beizubehalten, was die geschilderten divergenten oder komplementären Kommunikationsmuster bewusst oder unbewusst auslöst. Ein zweites Ziel des Arztes ist es, gleichzeitig sich dem Patienten insoweit

kommunikativ anzunähern, als es für einen Informationsaustausch notwendig und einen Beziehungsaufbau notwendig ist. Die beiden Kommunikationsmuster bilden sich wie folgt im Verhalten ab:

- Komplementarität äußert sich durch Verhaltensweisen, die in Beziehung mit Kontrolle, Dominanz und der Arztrolle stehen (zum Beispiel Sprechlänge, Unterbrechungen, Gesprächsthemeneinführung).
- Annäherung kann sich mittels Körperposition, Sprachtempo oder Gesichtsausdruck manifestieren.

Bei einigen Patienten können Ärzte mehr Kontrolle und weniger Annäherung als bei anderen Patienten zeigen. Diese Abweichungen können von bestimmten Eigenschaften der Patienten, wie zum Beispiel Alter, Bildung, soziale Klasse, Ängstlichkeit, Beziehung zum Arzt (Street et al., 1991) und Kultur (Dorgan, Lang, Floyd & Kemp, 2009) abhängig sein (siehe hierzu auch das Kapitel 3). Im Rahmen des paternalistischen Modells wird davon ausgegangen, dass der Patient sich in seiner Kommunikation an den Arzt anpasst, da er ihm Macht zuschreibt (Street et al., 1991). Im Rahmen von partnerschaftlichen Modellen hingegen kann angenommen werden, dass Anpassungsprozesse hier wahrscheinlich weniger aufgrund von Rollenzuschreibungen, sondern durch andere Faktoren ausgelöst werden, wie zum Beispiel Persönlichkeitseigenschaften des Arztes und des Patienten.

Mehrere Studien zu Arzt-Patient-Kommunikation wählten die CAT als Bezugsrahmen. Um nonverbale Anpassungsprozesse von Patienten und Ärzten zu erfassen, wurde ein Code-System erstellt (D'Agostino & Bylund, 2011). Zudem wurde die CAT angewandt, um Strategien abzuleiten, die förderndes („nurturing“) Verhalten von Klinikern gegenüber ihren Patienten beschreiben (Watson & Gallois, 1998).

Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass kommunikative Anpassung im Sinne der CAT nicht immer die günstigste Strategie für Ärzte sein muss, um mit Patienten eine Beziehung aufzubauen. Jain und Krieger (2011) beziehen in ihrer Studie, in der sie Interviews mit 12 in den USA tätigen Ärzten mit Migrationshintergrund führten, auf die folgenden Beispiele. Eine Ärztin sagte etwa, dass sie ihren Akzent in ärztlichen Untersuchungen beibehält, und sich demnach auf dieser Ebene nicht dem Patienten anpasst. Sie bewertet diese Strategie als positiv, weil sie sie als einen potentiellen „Eisbrecher“ im Gespräch sähe. Insgesamt unterstreicht die Studie jedoch die Rolle von

kommunikativen Anpassungs-Strategien, die die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern können. Die interviewten Ärzte nannten hier folgende Strategien:

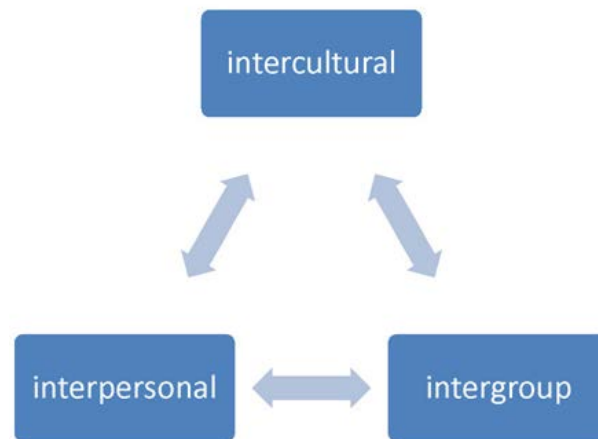
- Verbal: zum Beispiel Wiederholung von Informationen und Änderung von Sprachstil;
- Non-verbal: zum Beispiel Augenkontakt;
- Emotionen: verbal (Versuche den Patienten zu beruhigen und ihm Mut zu machen); non-verbal (Berührungen, Augenkontakt und respektvolles Schweigen).

Die wahrgenommenen Barrieren der Ärzte in der Kommunikation waren:

- Akzent des Patienten
- Vokabular des Patienten
- Macht- und die Rollenverteilung, sowie Gesprächsnormen, die anders als im Heimatland des Patienten ausgebildet sind
- Unklarheiten darüber, ob auch den Verwandten des Patienten medizinische Befunde mitgeteilt werden sollen

Wie vorhin beschrieben, betrachtet die CAT Kommunikation zwischen zwei Individuen sowohl auf individueller Basis, als auch als Kommunikation zwischen zwei Angehörigen verschiedener sozialer Gruppen. Jain und Krieger (2010) weiten diese Überlegung aus und fügen noch eine dritte Ebene hinzu, die interkulturelle Ebene.

Arzt-Patienten-Kommunikation mit Gesprächspartnern, die unterschiedlichen Ethnizitäten oder Nationalitäten angehören, lässt sich diesen Antworten zufolge somit auf drei verschiedenen Dimensionen abbilden und wahrnehmen: der interkulturellen, interpersonalen und der Intergruppenebene (s. Abbildung 1). Es wird davon ausgegangen, dass der Arzt und der Patient sich in ihrer Kommunikation an die jeweilige Ebenen anpassen, die sie bei der anderen Person wahrnehmen. Auf der Intergruppen-Ebene nehmen sich Arzt und Patient als Angehörige verschiedener Gruppen wahr, welche durch ihre jeweilige Arzt- oder Patientenrolle definiert wird. Es ist also eine Kommunikation zwischen Personen, die verschiedene Rollen einnehmen. Sowohl Ärzte als auch Patienten könnten sich, wie oben beschrieben, an tatsächliche oder wahrgenommene Machtverteilungen anpassen.



**Abbildung 3.** Die drei Ebenen interkultureller Arzt-Patienten-Kommunikation (CAT) (Jain & Krieger, 2010)

Jain und Krieger (2010) gehen davon aus, dass bei Arzt-Patienten-Kommunikation, mit Personen, die verschiedenen Nationalitäten angehören, die Gesprächspartner sich im ersten Moment als Angehörige verschiedener Kulturen wahrnehmen. Diese Wahrnehmung sollte laut den Autoren jedoch überwunden werden und die zweite Ebene, die Intergruppen-Ebene erreichen, das heißt dass Arzt und Patient sich dann auf dieser Ebene wahrnehmen. Im Rahmen des partnerschaftlichen Modells sollte jedoch das Machtverhältnis zwischen Arzt und Patient die Kommunikation nicht zu sehr beeinflussen und daher sollte das Gespräch schließlich auf die dritte Stufe, die interpersonale Ebene gehen. Allerdings liegt nicht immer eine solche Abfolge vor und manchmal wird zum Beispiel die interkulturelle Ebene bewusst beibehalten. Jain und Kriegers Ausführungen werden als Rahmenmodell für die empirische Studie dieser Arbeit aufgegriffen.

Eine weitere Ebene, die allerdings in der vorliegenden Arbeit nicht so tiefgehend wie die eben beschriebenen Komponenten analysiert werden wird, ist der Gebrauch von Alltags- bzw. medizinischer Fachsprache des Gesundheitspersonals. Auch auf dieser Ebene kann es zu kommunikativer Anpassung kommen. Das Gesundheitspersonal kann sich zum Beispiel dem Patienten anpassen, indem es weniger Fachsprache benutzt und Informationen in einer, für den jeweiligen Patienten verständliche Weise vorgibt. Dies kann die Qualität von Arzt-Patienten-Kommunikation in bedeutender Weise mitbestimmen. Verschiedene Faktoren können diese Anpassungsprozesse beeinflussen: (1) Sprachkenntnisse der Patienten und des Gesundheitspersonals, sowohl in Alltagssprache als auch in medizinischer Fachsprache, (2) Motivation des Sprechers, kommunikative Anpassungs- oder Abweichungsprozesse bei dem

Gesprächspartner anzuwenden, (3) Kommunikative Normen im Krankenhaussetting, (4) Die für ein Krankenhaus üblichen Status und Machtdifferenzen bei Patienten-, Krankenschwestern- und Ärztebeziehungen.

Nachdem wir in dem vorliegenden Kapitel allgemeine Kommunikationstheorien darlegten und ihren Bezug (v.a. für die CAT) zu medizinischer Kommunikation herstellten, gehen wir im folgenden Kapitel auf spezifische Konzepte und Modelle zu A-P-Kommunikation ein.



### 3. Arzt-Patienten-Kommunikation

In der medizinischen Behandlung wird der Arzt-Patienten-Kommunikation, als Teil der dyadischen Arzt-Patienten-Beziehung, zunehmend mehr Beachtung geschenkt. Die Bedeutung, die der Arzt-Patienten-Kommunikation mittlerweile beigemessen wird, zeigt sich unter anderem auch an der Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen, die sich diesem Thema widmen und es aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. In zahlreichen Studien wird die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation für eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Patienten beschrieben (z. Bsp. Novack, 1987; Stewart, 1995). Die Begegnung zwischen medizinischem Versorger und Patient gestaltet sich gegebenermaßen als interpersonelle Kommunikation. Obwohl es eine umfassende Sammlung interpersoneller Kommunikationstheorien gibt (vgl. Kapitel 2), stehen allerdings nur wenige dieser Theorien explizit in Verbindung mit der Kommunikation in Kontexten der Gesundheitsversorgung (Bylund, Peterson & Cameron, 2012).

Damit das Phänomen „Arzt-Patienten-Kommunikation“ umfassend beschrieben und erklärt werden kann, sollten alle hier beteiligte Komponenten betrachtet werden. Ong, de Haes, Hoos und Lammes (1995) haben hierzu ein Modell ausgearbeitet, das in Abbildung 4 dargestellt ist. Im Einzelnen werden hier *Hintergrund- oder Einflussvariablen* (Background variables), die *Inhalte der Kommunikation* (Content of communication), sowie *Auswirkungen für den Patienten* (Patient outcomes) voneinander abgehoben (Ong et al., 1995). In Folgenden werden wir auf alle drei Komponenten näher eingehen und deren Rolle in der A-P-K diskutieren. Dabei werden die im Modell von Ong et al. dargestellten Unterkategorien mitberücksichtigt.

Zunächst werden wir die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung, die Rolle der Kommunikation innerhalb dieser Beziehung und die Inhalte der A-P-Kommunikation thematisieren. In den Abschnitten 3.3, 3.4 bzw. 3.5 wird anschließend diskutiert, inwiefern eine „gute“ Kommunikation den Gesundheitsstatus des Patienten beeinflussen kann und welche Faktoren einen Einfluss auf die Güte der Kommunikation haben können.

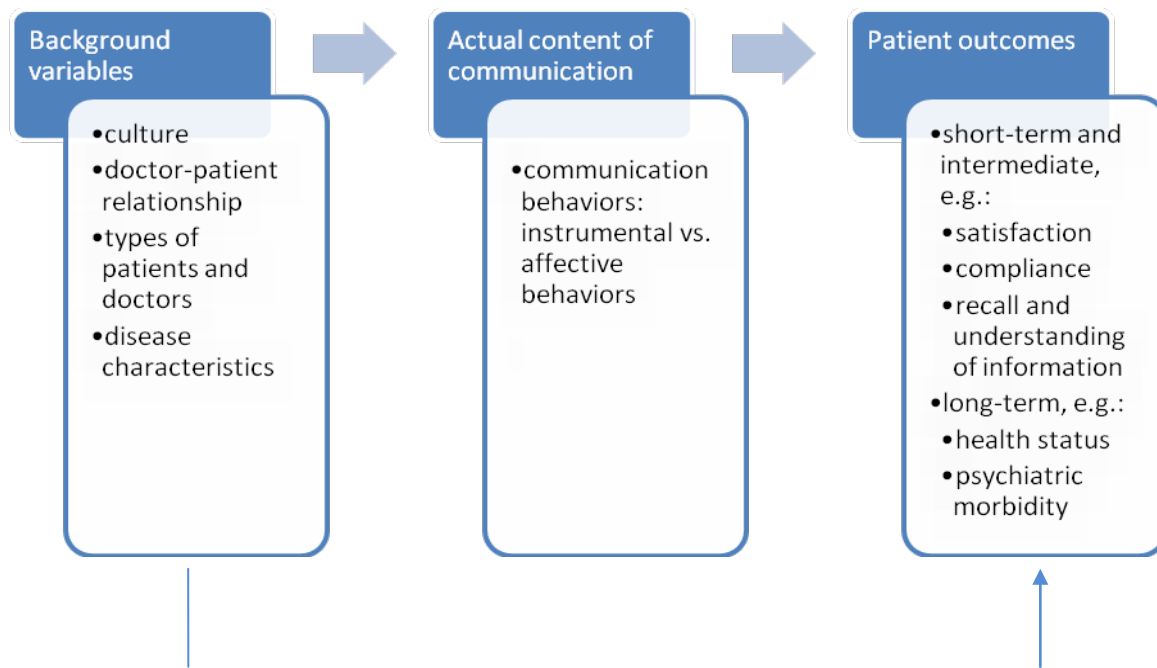


Abbildung 4. Ebenen der Arzt-Patienten-Kommunikation (Ong et al., 1995)

### 3.1 Inhalte und Ziele der ärztlichen Untersuchung unter dem Blickpunkt der Kommunikation

In dem vorliegenden Kapitel werden die Inhalte und Ziele einer ärztlichen Untersuchung beschrieben. Da die empirische Studie, die den Gegenstand der vorliegenden Arbeit ausmacht, die Kommunikation von Allgemeinmedizinern mit Patienten analysiert, wird in der folgenden theoretischen Analyse die Kommunikation des medizinischen Fachpersonals fokussiert. Auch wenn Patienten verschiedene Beweggründe für einen Arztbesuch haben (z. Bsp. chronische Krankheiten, Notfälle, Routineuntersuchungen), so können dennoch jene gleichsam universelle Inhalte und Ziele, die für die meisten allgemeinärztlichen Konsultationen gelten, herausgefiltert werden.

Der *Enhanced Calgary-Cambridge Guide* (Kurtz et al., 2003) zählt in diesem Sinne die folgenden Elemente auf, die eine medizinische Untersuchung kennzeichnen (s. auch Abbildung 5):

1. Die Sitzung beginnen;
2. Informationen sammeln;
3. Körperliche Untersuchung;
4. Erklären und Planen;
5. Die Sitzung beenden.

Als NebenkompONENTEN, die diese fünf Hauptkomponenten begleiten, werden das Geben von Struktur (*providing structure*) und der Aufbau einer Beziehung genannt (*building the relationship*).

Eine medizinische Konsultation enthält also sowohl Kommunikationselemente als auch die Elemente der körperlichen Untersuchung (Silverman et al., 2005). Dem Ablauf und der Gestaltung dieser beiden Bestandteile dürfte ein erheblicher Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung zukommen. Bei der körperlichen Untersuchung steht häufig eine korrekte- d.h. den medizinischen Standards entsprechende - Ausführung im Mittelpunkt. Öfters wird dabei nicht beachtet, dass es sich bei der körperlichen Untersuchung um einen für den Patienten, ungewohnten und ungewöhnlichen körperlichen Kontakt handeln kann, der die persönlichen Grenzen der Intimität und Scham überschreiten kann. Die körperliche Untersuchung kann in diesem Sinne höchst negative Gefühle beim Patienten auslösen. In interkulturellen Kontexten kann dieser Komponente noch eine verstärkte Bedeutung zukommen, da Schamgrenzen auch kulturell bestimmt sind bzw. mit kulturell geteilten Werten in Zusammenhang stehen. Ein Arzt oder ein Ärztin könnte kulturell bedingte Barrieren bei einem Patienten überschreiten, ohne dass ihm oder ihr dies notwendigerweise bewusst ist.; (s. Kapitel 4; Buddeberg, 1998).

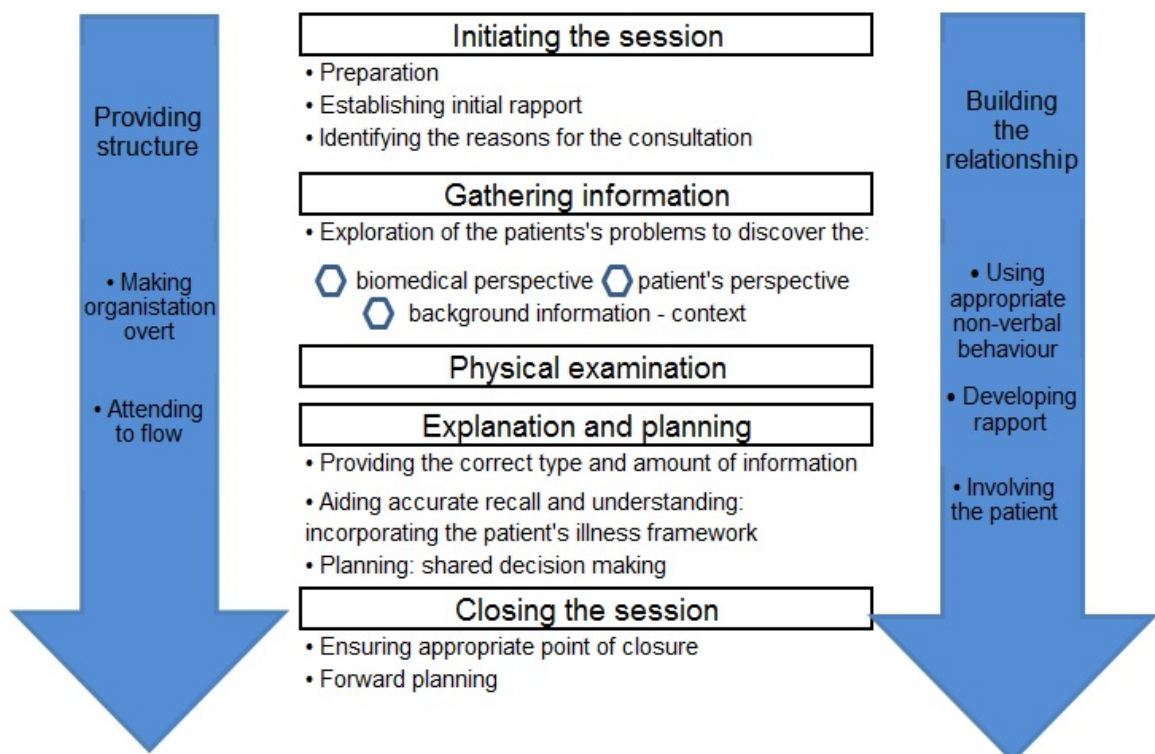


Abbildung 5. Enhanced Calgary-Cambridge Guide (Kurtz et al., 2003)

Der zweite Bestandteil der medizinischen Untersuchung, die Kommunikation, macht den größeren Teil der Untersuchung aus und ihr kommt damit eine große Bedeutung für die Arzt-Patienten-Beziehung zu. Die Bedeutung der Kommunikation ist auch an den Ergebnissen dieser Interaktion festzumachen: Rund 50% aller Diagnosen können allein durch die in der Anamnese gewonnen Informationen gestellt werden und etwa 80% der Diagnosen stehen schließlich nach Anamneseerhebung und der körperlichen Untersuchung fest (Faller & Lang, 2010).

Tendenziell wird die Rolle der Kommunikation in einer medizinischen Konsultation jedoch von Medizinern eher unterbewertet. Positive Gesundheitsauswirkungen beim Patienten werden häufig ausschließlich klinischen Interventionen zugeschrieben und nicht dem Fakt, dass ein Patient sich ernst genommen und versorgt gefühlt hat (Bensing & Langewitz, 2003). In Lehrgängen für Mediziner macht Kommunikation als Fach, prozentual gesehen nur einen kleinen Teil des Studiums aus. Zum Beispiel stellt in der *Formation spécifique en médecine générale* (eine postgraduale Ausbildung in Allgemeinmedizin an der Universität Luxemburg) Kommunikation als Fach nur ca. 5% des gesamten Studiengangs dar (siehe Anhang A).

Die Qualität der Kommunikation kann jedoch sowohl implizit wie auch explizit eine ganz entscheidende Bedeutung für den Erfolg einer Interaktion haben, da sie beim Aufbau der Arzt-Patient-Beziehung, in der Bedeutungsgebung von bestimmten Symptomen, sowie in der Therapie einer Erkrankung von zentraler Bedeutung ist. Die Rolle der Kommunikation ist als erfolgreich oder als positiv zu bewerten, wenn sie zu einem besseren Verstehen, zu einer besseren Krankheitsbewältigung, zu besseren Behandlungsentscheidungen und zu Compliance führt. Kommunikation kann allerdings auch negative Folgen haben: Hier sind z.B. Unzufriedenheit der Patienten und Mediziner sowie Missverständnisse bei Arzt und Patient zu nennen, die zu nicht-zutreffenden medizinischen Entscheidungen führen können (Bensing & Langewitz, 2003). Damit die Rolle der Kommunikation positiv ausfallen kann, sollten Mediziner bestimmte Kommunikationsfähigkeiten aufweisen, die sich nach Silverman, Krutz und Draper (2005) als Inhalts-, Prozess- und Wahrnehmungsfähigkeiten unterscheiden lassen:

1. Inhalts-Fähigkeiten („Content skills“) beschreiben „Was Kliniker kommunizieren“, also der Fragen- und Antwortinhalt; die Informationen, die gesammelt und gegeben werden; die Behandlungsmöglichkeiten, die angesprochen und diskutiert werden.

2. Prozess-Fähigkeiten („Process skills“) beschreiben *„Wie die Kliniker kommunizieren“*. Hierunter werden gefasst: die Art und Weise, in der Kliniker mit Patienten kommunizieren; wie die Krankengeschichte erhoben wird und wie Informationen gesammelt werden; die verwendeten verbalen und nonverbalen Fähigkeiten, mit denen die Beziehung mit dem Patienten gestaltet wird, sowie die Art, wie die Kommunikation organisiert und strukturiert wird.

3. Wahrnehmungsfähigkeiten („Perceptual skills“) beschreiben *„Was die Kliniker denken und fühlen“*. Im Einzelnen werden hierunter gefasst: das Treffen von Entscheidungen; inneres klinisches Argumentieren und Fähigkeiten zum Problemlösen; Einstellungen; Bewusstsein über eigene Gefühle und Gedanken über den Patienten, die Krankheit und andere Themen, die die Patienten betreffen könnten; das eigene Selbstkonzept; eigene Verzerrungen und Fehlwahrnehmungen.

Alle drei Kommunikationsfähigkeiten werden in dem im Folgenden dargestellten *Kalamazoo Consensus Statement* (Makoul, 2001) angesprochen. Beim diesem Statement handelt es sich um Leitlinien, die das Ziel verfolgen, das Lehren, das Assessment und die Evaluation von Kommunikation im medizinischen Kontext zu vereinfachen. In den Leitlinien werden die Elemente genannt, die unbedingt in einem Arzt-Patienten-Gespräch enthalten sein sollten, damit der Kliniker eine gute Beziehung zum Patienten aufbauen kann. Wie die folgende Auflistung zeigt, handelt es sich dabei um eine Synthese von fünf Modellen, bei denen ebenfalls der oben bereits vorgestellte Calagary-Cambridge Observation Guide vertreten ist (Makoul, 2001):

- Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model
- Three Function Model/Brown Interview Checklist
- The Calagary-Cambridge Observation Guide
- Patient-centered clinical method
- SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills

Das Kalamazoo Consensus Statement (KCS) stellt den Aufbau einer guten, therapeutischen und effektiven Beziehung zum Patienten in den Vordergrund. Befürwortet wird dabei ein Patienten- oder Beziehungszentrierter Zugang zur Behandlung, bei dem sowohl die Gesundheitsprobleme des Patienten als auch die Art und Weise, wie er seine Krankheit wahrnimmt, berücksichtigt werden. Das Statement fordert ein Bewusstsein dafür, dass sowohl die Ideen, Gefühle und Werte des Patienten wie auch die des Mediziners die Beziehung beeinflussen können. Neben dem Aufbau

einer Beziehung als generelle Zielsetzung werden weitere spezifische Aufgaben innerhalb eines Arzt-Patienten-Gesprächs genannt, die alle stets in Bezug mit dem Beziehungsaufbau stehen sollen. Diese Aspekte sind im Folgenden zusammengefasst.

**Textbox 1. Elemente des Kalamazoo Consensus Statement (KCS)**

<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Beziehungsaufbau</b></li> <li><b>2. Eröffnung der Diskussion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dem Patienten ermöglichen, seine erste Aussage vollständig vorzutragen,</li> <li>• Alle Bedenken des Patienten erfassen,</li> <li>• Eine persönliche Verbindung zum Patienten herstellen/erhalten.</li> </ul> </li> <li><b>3. Informationssammlung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offene und geschlossene Fragen in angemessener Weise verwenden,</li> <li>• Information abklären, strukturieren und zusammenfassen,</li> <li>• Aktives Zuhören durch Benutzung nonverbaler und verbaler Techniken .</li> </ul> </li> <li><b>4. Die Perspektive des Patienten verstehen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontextabhängige Faktoren explorieren (zum Beispiel Familie, Kultur, Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status und Spiritualität),</li> <li>• Überzeugungen, Sorgen und Erwartungen des Patienten über seinen Gesundheitsstand explorieren,</li> <li>• Die Ideen, Gefühle und Werte des Patienten anerkennen und auf diese eingehen.</li> </ul> </li> <li><b>5. Informationen weitergeben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine für den Patienten verständliche Sprache verwenden,</li> <li>• Das Verständnis des Patienten überprüfen,</li> <li>• Den Patienten zum Nachfragen anregen.</li> </ul> </li> <li><b>6. Bezüglich Problemen und Plänen übereinstimmen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den Patienten ermutigen an Entscheidungen zu dem Ausmaß Teil zu nehmen, wie er es möchte,</li> <li>• Die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten, dem Therapieplan zu folgen, überprüfen,</li> <li>• Ressourcen und Unterstützung identifizieren und auflisten.</li> </ul> </li> <li><b>7. Gesprächsabschluss</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachfragen, ob der Patient andere Belange oder Sorgen hat,</li> <li>• Den Therapieplan zusammenfassen und bekräftigen,</li> <li>• Das weitere Vorgehen (zum Beispiel: nächste Visite, Plan für Unvorhersehbarkeiten) besprechen.</li> </ul> </li> </ol>
--

Ein weiterer Vorschlag zur Beschreibung der Arzt-Patienten-Kommunikation stammt von De Haes und Bensing (2009), die ebenfalls Richtlinien unter dem Namen „Six function model of medical communication“ zusammenfassten, dabei allerdings das KCS nicht miteinschlossen. In Tabelle 5 werden die beiden Modelle miteinander verglichen.

**Tabelle 6. Vergleich der Bestandteile des Kalamazoo Consensus Statement und des „Six function model of medical communication“**

Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement (Makoul, 2001)	Six function model of medical communication (De Haes & Bensing, 2009)
Build a Relationship: The Fundamental Communication Task	Fostering the relationship(s)
Open the Discussion	
Gather Information	Gathering information
Understand the Patient's Perspective	
Share Information	Providing information
Reach Agreement on Problems and Plans	Decision making
	Enabling disease & treatment related behavior
	Responding to emotions
Provide Closure	

Neben einigen Überschneidungen weisen die Modelle jedoch auch eigene und zusätzliche Unterpunkte, die nicht in der jeweiligen anderen Auflistung vertreten sind. Im Vergleich zeigt sich, dass das KCS umfangreicher ist, da es noch die Punkte „Diskussionseröffnung“ und „Gesprächsabschluss“ enthält.

Aufgrund seiner Vollständigkeit wird das *Kalamazoo Consensus Statement* in der vorliegenden Arbeit als theoretisches Rahmenmodell verwendet, um die empirisch beobachteten Inhalte der Arzt-Patienten-Kommunikation zu analysieren. Im dem nun folgenden Kapitel werden Beziehungsmodelle zwischen Arzt und Patient und daraus resultierende Kommunikationsstile der Mediziner diskutiert.

### 3.2 Beziehungsmodelle und Kommunikationsstile

In der einschlägigen Literatur wird übereinstimmend festgehalten, dass die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung in den vergangenen Jahrzehnten einem Wandel unterzogen war. Sie ordnete sich neu, weil Erwartungen und Einstellungen seitens der Ärzte und Patienten sich änderten und mittlerweile andere Krankheiten als früher vorherrschen. Die vor Jahrzehnten überwiegenden Infektionskrankheiten führten dazu, dass der Arzt vor allem ein Heiler und Helfer in einer akuten Notlage war, was heutzutage nicht mehr ausschließlich der Fall ist. Gegenwärtig behandeln Mediziner vermehrt chronische Krankheiten und arbeiten zunehmend präventiv. Außerdem müssen Ärzte sich heutzutage sowohl gegenüber gut informierten Patienten, als auch paramedizinischen Anbietern und Kollegen behaupten (Buddeberg, 1998). Demgegenüber fiel die Arzt-Patienten-Beziehung in früheren Zeiten klar asymmetrisch aus. In einem solch paternalistischen Modell fiel die Entscheidungskompetenz, als

auch das Autoritäts- und das Wissensgefälle stets zugunsten des Arztes aus (Buddeberg, Laederach & Buddeberg-Fischer, 1998)

Momentan geht die Tendenz weg von einem paternalistischen Modell hin zu einem partnerschaftlichen Modell (eine detaillierte Beschreibung der Modelle findet sich weiter unten unter Punkt 3.2.3). Dies führt dazu, dass der Stellenwert der Kommunikation für die medizinische Konsultation noch bedeutender wird, als sie es ohnehin schon ist.

Zusammenfassend sind es vor allem die folgenden drei Änderungen, die für die Neuordnung der Arzt-Patient-Beziehung und für die Entwicklung neuer Kommunikationsstile verantwortlich gemacht werden können: Veränderungen in der Morbidität und damit eine Veränderung der Behandlungsmodelle, Veränderungen im Machtgefälle zwischen Patient und Arzt und Veränderungen in den Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Information (Bensing & Langewitz, 2003). Auf alle drei Faktoren soll im Folgenden gesondert eingegangen werden.

### 3.2.1 Veränderungen der Behandlungsmodelle

Szasz und Hollender (1956) erkannten schon zu einer Zeit, als der Arzt-Patienten-Beziehung weniger Beachtung als heute geschenkt wurde, dass verschiedene Typen von Arzt-Patient-Beziehungen für verschiedene Umstände notwendig sind. Sie unterscheiden dabei zwischen den folgenden Beziehungen und Beziehungsdimensionen:

(a) Aktivität-Passivität („activity-passivity). Ein Beispiel für hohe Passivität wäre ein hilfloser, komatöser Patient, für dessen Behandlung der Mediziner die Entscheidungen treffen muss.

(b) Beratung-Kooperation („guidance-cooperation). Ein Beispiel hierfür wäre ein Patient mit einer akuten Infektion, der Hilfe sucht und zur Kooperation bereit ist. Er wendet sich an den Arzt, um Unterstützung zu bekommen

(c) Gegenseitige Teilnahme. („mutual participation“) Als Beispiel wird hier ein Patient mit einer chronischen Erkrankung genannt, dem geholfen wird, damit er sich selbst helfen kann.

Gegenwärtig sind die Überlegungen und Forderungen, die Szasz und Hollender formuliert haben, weitgehend in verschiedene Richtlinien zur Arzt-Patienten-

Kommunikation aufgenommen worden. Generell wird dabei empfohlen, dass Ärzte ihren Kommunikationsstil an die Bedürfnisse ihrer Patienten anpassen sollen.

Rückblickend gesehen, hat sich die Medizin lange Zeit an einem biomedizinischen Modell orientiert, in dem die medizinische Diagnose den wichtigsten Aspekt darstellt. Oberstes Ziel dieses Modells ist es, die Ursachen einer Erkrankung zu identifizieren, um daraus die Behandlung abzuleiten. Es wird daher auch noch als Diagnose-Therapie-Modell bezeichnet. Das Modell und seine Implikationen sind jedoch nicht für alle Krankheitsbilder angemessen. Bei chronischen Krankheiten sollte eher mit dem Krankheits-Belastungsmodell (*burden-of-disease model*) gearbeitet werden. In diesem Rahmenwerk sollen die Kommunikationsstrategien den veränderten Zielen der Arzt-Patienten-Kommunikation angepasst werden. Hier geht es nicht mehr ausschließlich um die Diagnosestellung und Therapieeinleitung, sondern um eine Entlastung des Leidens des Patienten.

Insgesamt hat die Veränderung der Morbidität zur Folge, dass eine Mehrzahl der Gesundheitsprobleme nicht mehr mit dem biomedizinischen Modell erklärt und behandelt werden können. Vielmehr müssen zunehmend auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt werden (Bensing & Langewitz, 2003). In diesem Zusammenhang kommt auch der Prävention im Rahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation immer mehr Bedeutung zu. Abschließend sei hier auf das *motivational interviewing*<sup>4</sup> (motivierende Gesprächsführung) verwiesen - ein integrativer Ansatz, mit dem sowohl präventiv als auch therapeutisch gearbeitet werden kann. Über einen beratenden Gesprächsstil soll der Patient hier motiviert werden, ein Problemverhalten (e.g. Rauchen) zu verändern.

---

<sup>4</sup> *Motivational Interviewing* ist eine

- klientenzentrierte  
(= Die Sichtweise und das Erleben des Klienten sind entscheidend)
- und zielorientierte Methode,  
(= zielgerichtetes Vorgehen, Erkundung der positiven und negativen Seiten des Verhaltens)
- die die intrinsische Motivation für eine Veränderung erhöhen soll  
(= die im Klienten schlummernden Veränderungsimpulse werden freigesetzt - er wird Fürsprecher der eigenen Veränderung)
- durch Erkundung und Auflösung der Änderungsambivalenzen des Klienten.  
(= die innere Zwiespältigkeit - „einerseits möchte ich etwas ändern, andererseits aber auch nicht“  
- wird systematisch erkundet)  
(Motivational-interview.de, 2013)

### 3.2.2 Veränderungen in den Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Information

Immer mehr Patienten recherchieren im Internet, ehe sie ihren Arzt aufsuchen. Der Vorteil hiervon ist, dass Patienten mehr Information haben, dass sie zwischen mehreren Möglichkeiten wählen können und dadurch auch besser auf Entscheidungen vorbereitet sind. Nachteile sind, dass nur ein kleinerer Teil der Patienten über ihre Recherchen Auskunft geben, so dass die Ärzte oft nicht wissen, wie gut ihr Gegenüber informiert ist. Überdies haben nicht alle Patienten einen Zugang zum Internet, so, dass hier zwei Klassen von Patienten resultieren können, die sich in ihrem Vorwissen stark unterscheiden. Die Informationsrecherche im Internet hat jedoch nicht ausschließlich positive Seiten. Die im Netz gefundenen Informationen sind nicht immer korrekt, zudem kann die Informationsflut Unsicherheit und Angst bei den Patienten auslösen (Bensing & Langewitz, 2003).

### 3.2.3 Veränderungen im Status und Machtgefälle zwischen Patient und Arzt

Aufgrund eines allgemein höheren Bildungsniveaus und besseren Informationsmöglichkeiten (siehe unten) ist der Arzt nicht mehr die alleinige Autorität und Informationsquelle. Hierzu trägt auch bei, dass in vielen Ländern die Position des Patienten, in Form von Patientenvereinigungen gestärkt wurde<sup>5</sup>. Diese Entwicklungen begünstigten den Umschwung von dem paternalistisch geprägten zu dem partnerschaftlichen Modell (Bensing & Langewitz, 2003).

Die traditionelle Form der Arzt-Patient-Beziehung wird als **paternalistisches Modell** bezeichnet. Hier trifft der Arzt im Interesse des Patienten die Entscheidungen, während dem Patienten eine passive Rolle zukommt. Dieses Modell ist aufgrund der heutzutage gegenwärtigen Krankheitsbildern und Informationsmöglichkeiten für Patienten nicht mehr zeitgemäß. Berechtigung hat das paternalistische Modell allerdings noch in Situationen, in denen der Patient nicht mehr in der Lage ist, autonom Entscheidungen zu treffen (z. Bsp. Notfall, akute Psychose) oder es Entscheidungen zu treffen gilt, die den Patienten überfordern, da er ihre Tragweite nicht einschätzen kann (Faller & Lang, 2010).

Das **partnerschaftliche Modell** könnte man wohl als das „State of the art“-Modell bezeichnen. Eine Arzt-Patienten-Beziehung nach dem partnerschaftlichen Modell wird als erstrebenswert angesehen (s. dazu auch die Ausführungen zu

---

<sup>5</sup> In Luxemburg gibt es die *Patiente Verriedung a.s.b.l.*

Patientenzentriertheit). Dieses Modell sieht vor, dass Arzt und Patient über Gesundheitsverhalten und Behandlungsmethoden diskutieren. In dieser Diskussion lässt der Arzt sein Expertenwissen einfließen und gibt Empfehlungen, wobei die Sichtweise des Patienten nicht außer Acht gelassen wird. Der Patient soll im Sinne von Empowerment befähigt werden, zwischen Behandlungsmöglichkeiten auszuwählen. Auch wenn das partnerschaftliche Modell allgemein als erstrebenswert angesehen wird, so muss es jedoch nicht für jeden Patienten und jede Situation die beste Vorgehensweise sein. Bestimmte Patienten könnten es bevorzugen wenn Ihnen Entscheidungen abgenommen werden; dies kann unter anderem mit den persönlichen Eigenschaften der Patienten oder auch ihrem Krankheitsbild zusammenhängen (Faller & Lang, 2010).

Das Kommunikationsverhalten des Arztes spiegelt das Modell wieder, an dem er sich orientiert. In den Termini der CAT ausgedrückt, kann je nachdem bei welchem Modell ein Arzt sich verortet, sein Kommunikationsverhalten eher komplementär oder an den Patienten angepasst sein.

Einen Meilenstein im Umschwung vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Modell markiert die *Charta of medical professionalism*, in welcher die Notwendigkeit für diesen paradigmatischen Wechsel begründet und gefordert wird. Folgende drei fundamentale Prinzipien nennt die Charta (Sox, 2002):

(1) Prinzip der Vorrangigkeit des Wohlbefindens des Patienten (*Principle of primacy of patient welfare*):

Vorrangig sollte dem Interesse des Patienten gedient werden und der Arzt sollte eher altruistisch agieren. Marktkräfte, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht gefährden.

(2) Prinzip der Patientenautonomie (*Principle of patient autonomy*)

Mediziner sollten die Patientenautonomie respektieren. Sie sollten ehrlich mit ihren Patienten sein und sie ermächtigen, eigene und fundierte Entscheidungen über ihre Behandlung treffen zu können. Die Entscheidungen der Patienten müssen vorrangig sein, solange die Entscheidungen ethisch vertretbar sind und zu einer angemessenen Behandlung führen.

(3) Prinzip der sozialen Gerechtigkeit (*Principle of social justice*)

In der Medizin sollte Gerechtigkeit - einschließlich der fairen Verteilung von Gesundheitsressourcen im Gesundheitssystem - gefördert werden. Ärzte sollten aktiv an der Eliminierung von Diskrimination im Gesundheitswesen arbeiten, unabhängig davon ob diese auf Ethnizität, Geschlecht, sozioökonomischen Status, Religion, oder jeder anderen sozialen Kategorie begründet sind.

Die drei Prinzipien beschreiben einen Umgang mit dem Patienten, bei dem dessen Wohlbefinden, dessen Autonomie und die soziale Gerechtigkeit in den Vordergrund gestellt werden - alles Prinzipien, die dem partnerschaftlichen Modell zugrunde liegen. Herausragendes Merkmal des partnerschaftlichen Modells ist demnach *Patientenzentriertheit*, die die Perspektive des Patienten in den Vordergrund rückt (Herzog, 2007). Patientenzentriertheit ist auch eines der sechs Ziele, die für eine Verbesserung des Gesundheitssystems vom Institute of Medicine (2001) vorgegeben werden. Diese Empfehlungen betreffen alle Beteiligten in der Gesundheitsversorgung: das Gesundheitspersonal, Gesetzgeber, private und öffentliche Bezieher von Pflege, Behörden, Unternehmensmanager, Verwaltungsräte und Konsumenten. Neben der Patientenzentriertheit werden hier die folgenden weiteren Ziele genannt:

- Sicherheit: Die Sicherheit der Patienten muss im Rahmen der Behandlung gewährleistet sein.
- Effektivität: Auf wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Behandlungen anbieten, wenn ein Nutzen erkennbar ist, bzw. Behandlungen vermeiden, wenn kein Nutzen vorhanden ist.
- Termingerechtigkeit: Wartezeiten und potentiell schädliche zeitliche Verzögerungen sowohl für den Empfänger als auch den Anbieter der Pflege reduzieren.
- Effizienz: Verschwendung von Ausrüstung, Materialien, Ideen und Energie vermeiden.
- Gerechtigkeit: Eine Behandlung anbieten, deren Qualität nicht durch persönliche Eigenschaften des Patienten, wie Geschlecht, Ethnizität und sozioökonomischem Status beeinflusst wird.

Da vor allem Patientenzentriertheit eine immer größere Rolle in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung spielt (Beach, Saha & Cooper, 2006; Finset & Visser, 2009), sollte sie bei der Erforschung einer optimalen Kommunikation in der Patient-Kliniker-

Beziehung einen zentralen Stellenwert einnehmen. In vielen Studien wird Patientenzentriertheit mit „guter“ Kommunikation gleich gesetzt, wie im Folgenden weiter ausgeführt werden wird.

### 3.2.4 Patientenzentriertheit

Das Konzept Patientenzentriertheit hat seinen Ursprung bei Edith Balint (1969), die es als „*understanding the patient as a unique human being*“ definierte. Seitdem wurde das Konzept von verschiedenen Autoren mit unterschiedlichen Akzenten beschrieben und definiert, und in der Zwischenzeit gibt es daher eine fast schon unübersichtliche Anzahl an Definitionen der Patientenzentriertheit. Mead und Bower (2000) analysierten die bis dahin erschienenen konzeptuellen und empirischen Artikel. Die Autoren identifizierten dabei die folgenden fünf konzeptuellen Dimensionen:

1. *Biopsychosoziale Perspektive*

2. *„Patient-als-Person“*

Neben der biopsychosozialen Sicht auf den Patienten muss auch die Biographie der Person beachtet werden.

3. *Teilung von Macht und Verantwortlichkeit*

In einer patientenzentrierten Behandlung soll die Patient-Arzt-Beziehung ausgeglichen sein.

4. *Die therapeutische Allianz*

Der Arzt sollte in der Kommunikation die Prinzipien der Gesprächstherapie von Rogers befolgen: Empathie, Kongruenz und Wertschätzung.

5. *„Arzt-als-Person“*

Nicht nur professionelle sondern auch persönliche Eigenschaften des Arztes werden berücksichtigt.

An der von Mead und Bower (2000) vorgelegten Definition der Patientenzentriertheit lässt sich kritisieren, dass eine konkrete Beschreibung von patientenzentrierten Verhaltensweisen fehlt.

Auch wenn ein allgemeiner Konsens besteht, dass medizinisches Personal patientenzentriert sein sollte, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, so konnte dies in Studien nicht immer eindeutig empirisch nachgewiesen werden. Ein Hauptproblem dabei sind die uneinheitliche Definition und Operationalisierung des

Konzepts der Patientenzentriertheit, wie auch seiner Auswirkungen und Effekte (Mead & Bower, 2002). Smith et al. (2010) griffen dieses Problem auf und analysierten Studien, in denen Patientenzentriertheit auf der Verhaltensebene definiert ist, um dann zwei Modelle daraus zu bilden. Das erste Modell beschreibt die patientenzentrierte Informationssammlung und den Umgang mit Emotionen und betrifft dabei nahezu alle Interaktionen und alle Behandlungsinterventionen. Das zweite Modell beschreibt Situationen, in denen die Informationsvermittlung und das Motivieren von Patienten im Vordergrund stehen (Smith et al., 2010). Die Komponenten des ersten Modells sind daher stets auch in das zweite Modell integriert; beide umfassen die Basisinhalte eines medizinischen Interviews, wie sie oben beschrieben wurden.

Abschließend sei auch noch auf die Arbeiten von Michael Balint verwiesen, der bereits 1927 durch die Gründung der sogenannten Balint-Gruppen den Fokus sowohl auf die Wichtigkeit von Patientenzentriertheit als auch auf eine ganzheitliche (bio-psycho-soziale) Sichtweise richtete. In den Balint-Gruppen treffen sich Allgemeinmediziner, um die Arzt-Patienten-Beziehung und der Umgang mit « schwierigen Patienten » zu diskutieren (Söllner, Pieringer, Springer-Kremser, Schüßler & Wesiack, 2002).

Bisher wurden die Inhalte der Arzt-Patienten-Kommunikation ausschließlich aus der Sicht der Kliniker oder als theoretische Konstruktionen wiedergeben. Im folgenden Kapitel werden wir die Perspektive der Patienten mit einbeziehen.

### 3.2.5 Aktuelle Forschung zur Perspektive der Patienten

In den einschlägigen Studien zur Patientensicht gibt es wesentliche Unterschiede in den Ergebnisprofilen, wie sie in qualitativen und quantitativen Studien ermittelt wurden (Bensing, Rimondini & Visser, 2013). Qualitative Studien fanden im Vergleich zu quantitativen Studien fast doppelt so viele Erwartungen von Patienten an eine medizinische Konsultation (68 bzw. 38 Erwartungen). In Studien zur Kommunikationsqualität, wie Patienten sie sehen, sind vor allem zwei Funktionen der medizinischen Konsultation (vgl. Abschnitt 3.1) vertreten: « Beziehungsförderung » und das « Geben von Informationen ». In qualitativen Studien war die « Beziehungsförderung » die wichtigste Funktion, wobei hier als Unterpunkte vor allem persönliche Aufmerksamkeit, Wärme und Empathie genannt wurden. Weitere Erwartungen der Patienten an die Ärzte waren, dass sie freundlich, respektvoll, interessiert, nicht bewertend und sensibel sind, sowie, dass sie Patienten als Person

und als Partner betrachten. Aus quantitativ angelegten Studien gingen diese Erwartungen weniger häufig hervor.

Erwartungen zu Emotionserwiderung, Beschaffungen und Bereitstellen von Information und dem Treffen von Entscheidungen wurden in einem ähnlichen Ausmaß in qualitativen und quantitativen Studien genannt, obschon es bezüglich einiger Unterpunkte Unterschiede gab. Bei der Funktion Emotionserwiderung zum Beispiel, war in qualitativen Studien der Unterpunkt empathische Körpersprache wichtiger als der Umgang mit emotionalen Angelegenheiten, der in quantitativen Studien vorherrschend war. Innerhalb der Funktion «Informationen geben» dominierten in quantitativen Studien Erwartungen (z.B. das Vorgehen beim Geben von Informationen), während «verständliche Sprache» fast ausschließlich in qualitativen Studien vorkommt. In der Funktion «Informationssammlung» beinhalten die am häufigsten erwarteten Verhaltensweisen in qualitativen als auch in quantitativen Studien «Fragen stellen», «Sammlung der medizinischen und sozialen Geschichte des Patienten», «Auf das Verstehen der Probleme des Patienten fokussieren» und «die richtige Diagnose gestellt bekommen». In qualitativen Studien unterscheiden sich die Patientenerwartungen bezüglich des Treffen von Entscheidungen nicht mit Blick auf die „Einbeziehung in die Konsultation“ und des „Entscheidungsprozesses“. Dies ist jedoch bei quantitativen Studien der Fall. Sowohl in den qualitativen als auch den quantitativen Studien hatten Erwartungen, die sich auf «Instruktionen oder Ratschläge zur Verbesserung oder Prävention von Krankheiten» und auf die «Ermöglichung von Krankheits- und Behandlungsbezogenem Verhalten» bezogen, die niedrigste Priorität (Bensing et al., 2013; Deledda, Moretti, Rimondini & Zimmermann, 2013).

Nicht nur zwischen quantitativen und qualitativen Studien gibt es Unterschiede in der Einstellung zur Kommunikation in einer Konsultation, sondern auch zwischen den Wahrnehmungen von Medizinern und Patienten. In einer quantitativen Studie wurde festgestellt, dass Ärzte ihre Kommunikationsqualität als stabiler einschätzen, als ihre Patienten dies tun. Einige Ärzte schätzen sich als im Allgemeinen gut bzw. schlecht in der Kommunikation mit all ihren Patienten ein. Die Patienten der jeweiligen Ärzte allerdings bewerteten diese unterschiedlich; das heißt, dass der gleiche Arzt von einem Patienten als gut in der Kommunikation bewertet wurde und von einem anderen Patienten als schlecht. Neben der Übereinstimmung der Urteile gab es auch Kombinationen, dass ein Arzt sich gute/schlechte Kommunikationsfähigkeiten

zuschrieb und der Patient ihn abweichend hiervon negativ oder positiv bewertete (Kenny et al., 2009).

### 3.3 Auswirkungen guter Arzt-Patienten-Kommunikation

Im vorigen Abschnitt wurde beschrieben, welche Strategien im Arzt-Patienten-Gespräch als günstig angesehen werden können. Tendenziell spricht die Befundlage dafür, dass eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation und Patientenzentriertheit positive Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus des Patienten haben (z. Bsp. Hesson, Sarinopoulos, Frankel & Smith, 2012; Stewart, 1995).

Jedoch gibt es hierzu auch widersprüchliche empirische Ergebnisse und einige Studien zeigen geringere bzw. keine Effekte einer verbesserten Kommunikationsstrategie auf den Gesundheitsstatus des Patienten. In Anlehnung an Street, Makoul, Arora und Epstein (2009) lassen sich die folgenden vier Gründe hierfür nennen.

#### 3.3.1 Studiendesign

Studienergebnisse können erstens aufgrund des Studiendesigns differieren. In verschiedenen Studien konnte nicht immer ein Effekt von verbesserten Kommunikationsstrategien (welche nach einem Kommunikationstraining für die Ärzte angenommen wurde) auf den Gesundheitsstatus nachgewiesen werden. So wurden nach einem ähnlichen Kommunikationstraining unterschiedliche Effekte zwischen verschiedenen Studien gefunden (Griffin et al., 2004). Bei *Randomized-Controlled-Trials*-Studien können dies unterschiedliche Operationalisierungen der Auswirkungsvariablen und zu kleine Stichproben sein. Bei deskriptiven Querschnittstudien hingegen lassen sich die nur teilweise gefundenen Zusammenhänge zwischen Kommunikationsstrategien und Auswirkungen nicht kausal erklären. Es ist nicht feststellbar, ob bestimmte Auswirkungen schon vorher vorhanden waren, bzw. was die Baseline der Kommunikationsfähigkeiten war.

#### 3.3.2 Kommunikationsstrategien

Aus den Studien geht nicht immer hervor, welche Kommunikationsstrategien die günstigsten sind, bzw. durch welche Weise eine bestimmte Strategie zu einem verbesserten Gesundheitsstatus führen kann. In vielen Studien werden die konkreten Verbindungen zwischen Kommunikation und Auswirkung nicht dargestellt. Street et al. (2009) stellten daher ein zusammenfassendes Modell auf, anhand dessen sie aufzeigen, dass Kommunikation einerseits einen direkten therapeutischen Einfluss,

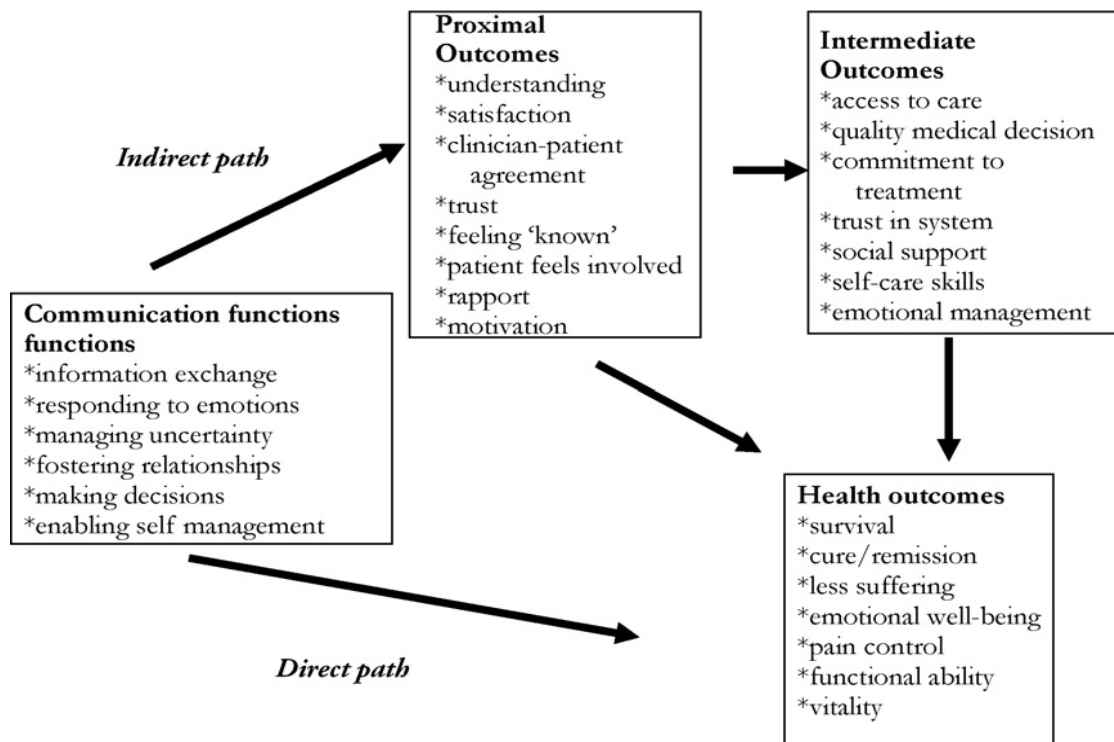
andererseits jedoch auch indirekte Auswirkungen („Outcomes“) haben kann (Abbildung 6).

Folgende Kommunikationsfunktionen werden im Modell definiert:

- Informationsaustausch;
- Eingehen auf Emotionen;
- Umgang mit Unsicherheit;
- Das Pflegen von Beziehung;
- Treffen von Entscheidungen;
- Ermöglichung von Selbstmanagement.

Um ein Beispiel aus dem Schema herauszugreifen: Reden kann in dem Sinne therapeutisch wirken, dass ein Arzt, der auf die Emotionen der Patienten eingeht, ihnen zu mehr psychischem Wohlbefinden verhilft (d.h. Verringern von negativen Emotionen wie Angst und Steigern von positiven Emotionen wie Hoffnung, Optimismus und Selbstwert). Auch nonverbales oder paraverbales Verhalten, wie Berührung oder der Tonfall, können das Wohlbefinden des Patienten erhöhen, indem sie seine Ängstlichkeit verringern.

In dem meisten Fällen dürfte die Kommunikation die Gesundheit eines Patienten jedoch durch indirekte Wege beeinflussen. Das Modell differenziert hier zwischen „*proximal outcomes*“ (z.B. Zufriedenheit mit der Behandlung), die dann zu den „*intermediate outcomes*“ führen (z. B. Compliance), die wiederum zu den eigentlichen Gesundheitsauswirkungen führen. Beispielweise können klare Erklärungen und das Angebot von Unterstützung zu einem größeren Vertrauen des Patienten und einer Vereinbarung von Behandlungsoptionen führen (eine proximale Auswirkung). Dies kann dann die Durchführungen der empfohlenen Therapie vereinfachen, was wiederum bestimmte Gesundheitsauswirkungen verbessert (zum Beispiel Schmerzkontrolle und emotionales Wohlbefinden; Street et al., 2009)



**Abbildung 6.** Direkte und indirekte Auswirkungen von Kommunikation auf Gesundheit (Street et al., 2009)

Williams, Weinman, und Dale (1998) fokussierten in ihrem Review den Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit des Patienten und den Kommunikationsweisen des Arztes (und zu einem geringeren Ausmaß des Patienten). Die Autoren teilten Arzt-Patient-Kommunikation in folgende Kategorien auf: (1) Mitteilen und Erfragen von Informationen, (2) Gestaltung der *Arzt-Patient-Beziehung* und das *Ausdrücken von negativen oder positiven Gefühlen* von Seiten der beiden Gesprächsteilnehmern und (3) Kommunikationsstil des Arztes.

Zu (1): Es gibt Hinweise darauf, dass das Weitergeben von Informationen des Arztes während den Arzt-Patient-Gesprächen in einem positiven Zusammenhang mit Zufriedenheit steht. Auch das Mitteilen von Informationen von Seiten des Patienten steht meistens in einem positiven Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit. Allerdings gibt es hier auch widersprüchliche Ergebnisse (Zum Beispiel wurden sowohl positive als auch negative Zusammenhänge zwischen der Zeit, die der Geschichte des Patienten gewidmet war und Patientenzufriedenheit festgestellt). Widersprüchliche Ergebnisse gab es auch bezüglich der Art und Weise, wie der Arzt Fragen stellt, und Patientenzufriedenheit (einmal wurden weniger Fragen bevorzugt, ein anderes Mal offene Fragen), sowie dem Raum, der dem Patienten für Fragestellen gegeben wurde.

Zu (2): Die Äußerung von Emotionen während der ärztlichen Behandlung und die Beziehung zwischen Arzt und Patient sind wichtige Faktoren für die Patientenzufriedenheit. Ein negativer Affekt des Arztes steht sowohl in einem negativen als auch positiven Zusammenhang mit Patientenzufriedenheit. Dass ein negativer Affekt des Arztes in Zusammenhang mit Patientenzufriedenheit steht, wird darauf zurückgeführt, dass dieser für einen Patienten Seriosität und das Interesse eines Arztes widerspiegeln könnte. Bezüglich der Beziehungsfaktoren zeigt sich, wie Empathie, Aufbau einer Partnerschaft, das Mögen des Arztes des Patienten als Person und Vertrauen in Ärzte mit Patientenzufriedenheit korrelieren. Zu (3): Viele Studien zeigten, dass eine höhere Patientenzentriertheit und Empathie mit hoher Patientenzufriedenheit korrelieren. Jedoch wurde für Patienten mit physischen Problemen festgestellt, dass diese einen direktiven gegenüber einem partnerschaftlichen Stil bevorzugen (Williams et al., 1998).

### 3.3.3 Kontextvariablen

Die Kommunikation zwischen Gesundheitsversorger und Patient ist keine alleinstehende Variable und muss immer in ihrem jeweiligen Kontext betrachtet werden. Einerseits bringen die an der Kommunikation beteiligten Personen immer ihre persönlichen Eigenschaften und Stimmungen mit in die Kommunikationssituation. Auch Kontextvariablen, die in Kapitel 3.5.2 beschrieben werden, dürfen nicht außer Acht gelassen werden; zum Beispiel hat der nationale Kontext (in Form von gesetzlichen Bestimmungen etc.), in dem die Studie durchgeführt wird, einen Einfluss auf das Ergebnis (Street et al., 2009).

### 3.3.4. Operationalisierung von Prozess- und Effektivariablen der Arzt-Patient-Interaktion

Die Methoden, um den Prozess und die Effekte der Arzt-Patienten-Kommunikation zu erheben, variieren aus zwei Gründen. Zum einen gibt es unterschiedliche Definitionen zentraler Konzepte der Patientenzentriertheit und des Kommunikationsverhalten, was direkte Konsequenzen für ihre Operationalisierung und die Vergleichbarkeit der Befunde hat. Zum anderen werden den unterschiedliche Messmethoden und methodische Zugänge gewählt (z. Bsp. Selbstberichte vs. Observieren), was die Vergleichbarkeit der Befunde weiter erschwert.

Auch mit Blick auf die abhängigen Variablen oder Effektmerkmale der A-P-Kommunikation können unterschiedliche Kriterien gewählt werden wie z.B. der

objektive Gesundheitsstatus oder die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung (Street et al., 2009). Einige Studien erfassen zudem das Vertrauen der Patienten (zum Beispiel Thom & Tirado, 2006).

### 3.4 Folgen dysfunktionaler Kommunikation

Die American Medical Association Foundation und American Medical Association (2006) zeigen die zahlreichen Auswirkungen dysfunktionaler Kommunikation auf. Demzufolge können Missverständnisse zu verschiedenen Aspekten wie Gesundheitsversorgung, Instruktionen, Verschreibungen und Terminen auftreten. Die Folgen von solchen Missverständnissen können beinhalten, dass die Konsultationen länger werden und mögliche Unsicherheit und Frustration auf einer oder beiden Seiten auftauchen (Roberts, Moss, Wass, Sarangi & Jones, 2005). Behandlungsfehler sind weitere mögliche Konsequenzen auf der Seite des Arztes; wohingegen sich bei den Patienten weniger Compliance und mehr Vermeidungsverhalten zeigen könnten. Alle aufgezeigten Folgen haben negative Auswirkungen auf die Gesundheit der einzelnen Patienten und fördern staatliche finanzielle Ausgaben.

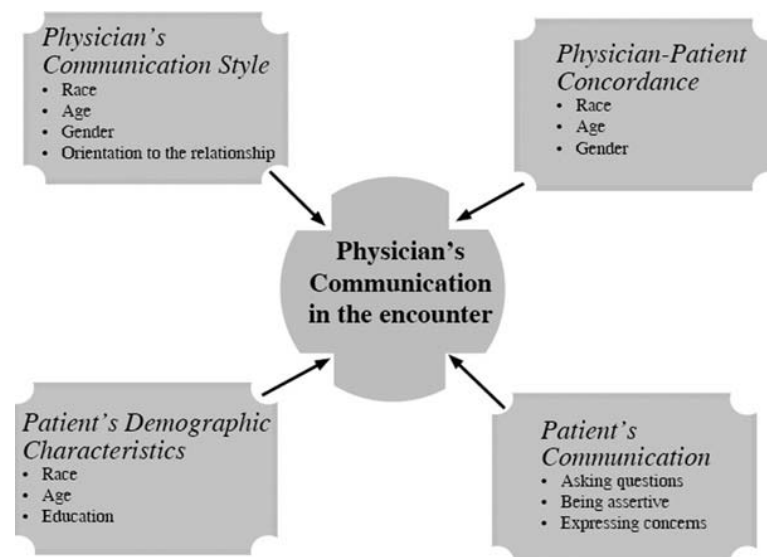
### 3.5 Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation

Wie schon angedeutet wurde, beeinflussen eine Vielzahl an verschiedenen Faktoren die Arzt-Patienten-Kommunikation (Personenfaktoren, externe Faktoren,...). Aufgrund ihrer hohen Anzahl können in der vorliegenden Arbeit nicht alle im Detail dargelegt werden. Daher sollen hier ausgewählte, einzelne Einflussfaktoren exemplarisch dargelegt, sowie ein für die vorliegende Studie wichtiges Referenzmodell dargestellt werden. Den potentiellen Einflussfaktoren Kultur, Sprachen, sowie Alter wird jeweils ein eigenes Kapitel gewidmet.

Studien zu Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation variieren in der Hinsicht, welche Einflussfaktoren einbezogen werden. Fest steht, dass Arzt-Patienten-Kommunikation keine isolierte Situation darstellt und daher immer verschiedene Einflussfaktoren berücksichtigt werden sollten.

Street, Gordon und Haidet (2007) stellten ein theoretisches Modell auf, das den Einfluss von soziodemographischen Eigenschaften und des Kommunikationsstils von Patient und Arzt auf die Art und Weise, wie der Kliniker in der Sprechstunde kommuniziert, berücksichtigt (Abbildung 7). In der Prüfung des Modells über Videoanalysen stellen sich die Kommunikationsweise des Patienten, die Ethnizität des

Patienten und die Einstellung des Mediziners zum Arzt-Patienten-Gespräch als wichtigste Einflussvariablen auf die Qualität der Interaktion heraus. Videoanalysen zeigten, dass Ärzte patientenzentrierter bei den Patienten agierten, denen sie hohe kommunikative Fähigkeiten zuschrieben. Die Einschätzung der Ärzte hierzu ging in die gleiche Richtung: Sie gaben an, Patienten, die in der Konsultation mehr positiven Affekt ausdrückten und involvierter waren, als positiver wahrzunehmen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass es einen starken gegenseitigen Einfluss der Gesprächspartner gibt, d.h. dass positive Kommunikation (z. Bsp. mit mehr positiven Affekt) von einem Teilnehmer zu ähnlichen Reaktionen eines anderen Gesprächspartners führen kann. Mit Blick auf die demographischen Eigenschaften der Patienten und die Übereinstimmung der demographischen Eigenschaften von Ärzten und Patienten resultierten eher kleine Effekte auf die Kommunikation und die Wahrnehmung der Konsultation von Seiten der Ärzte (Street et al., 2007).



**Abbildung 7. Potentielle Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation (soziodemographische Eigenschaften und Kommunikationsstil)**

### 3.5.1 Einfluss des Geschlechts von Patient und Arzt auf A-P-Kommunikation

Innerhalb der demographischen Variablen ist vor allem das Geschlecht von Patient und Arzt häufig untersuchter Einflussfaktor auf die Arzt-Patienten-Kommunikation und Befunde hierzu sollen im Folgenden etwas differenzierter dargestellt werden. Insgesamt scheinen sowohl das Geschlecht des Patienten als auch des Arztes einen bedeutenden Einfluss auf die Arzt-Patienten-Kommunikation zu haben. Je nachdem ob es sich bei der Arzt-Patient-Dyade um eine gegengeschlechtliche oder gleichgeschlechtliche Zusammensetzung handelt (wobei es hier auch noch Unterschiede zwischen rein weiblichen und rein männlichen Dyaden geben kann)

können verschiedene Elemente einer ärztlichen Konsultation anders ausgeprägt sein. Folgende Aspekte können aufgrund des Geschlechts des Patienten und des Arztes innerhalb einer Sprechstunde beeinflusst werden: die vorgetragenen Anliegen der Patienten, der Inhalt des Gesprächs, Kommunikationsstil, nonverbale Kommunikation, die Darstellung von Macht und Status, sowie die Länge der Konsultation.

Es gibt Hinweise darauf, dass es in gleichgeschlechtlichen Dyaden weniger Spannung bezüglich Macht und Status gibt, als in verschiedengeschlechtlichen Dyaden. Weiblich-männliche Dyaden können sich durch Spannungen auszeichnen, wenn die Frau sich in der dominanten professionellen Rolle befindet. Auch das Ansprechen bestimmter Themen kann in verschiedenen Dyaden-Zusammenstellungen vermieden werden. Zum Beispiel reden männliche Patienten mit männlichen Ärzten weniger über emotionale Themen als mit weiblichen Ärzten. Soziale Themen werden in rein männlichen Dyaden eher diskutiert als in jeder anderen Dyaden-Kombination. Dies könnte zum einen daran liegen, dass männliche Patienten mit dieser Taktik verhindern wollen, dass emotionale Angelegenheiten angesprochen werden. Zum anderen könnte dies darin begründet sein, dass männliche Patienten ihren Arzt weniger häufig aufsuchen, so dass Ärzte die Möglichkeit maximieren möchten, solche Themen zu diskutieren. Es gibt bedeutende Hinweise darauf, dass rein weibliche Dyaden die längsten Konsultationen - mit Blick auf die Zeit und die Anzahl von Äußerungen - aufweisen. Überraschenderweise konnte in Studien festgestellt werden, dass Ärztinnen mit Patientinnen zwar oft in einer warmen, patientenzentrierten Art kommunizieren, jedoch mehr technische, biomedizinische Begriffe verwenden als männliche Ärzte; ein Verhalten, das stereotypisch eher mit männlichen Klinikern assoziiert wird. Dies bietet Hinweise darauf, dass Frauen in der Kommunikation mit ihren Geschlechtsgenossinnen männlich stereotype Kommunikationsweisen übernehmen können (Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter & Kidd, 2009).

In einer Untersuchung zur Kommunikation von weiblichen und männlichen Gynäkologen, stellte sich heraus, dass Ärztinnen von den Patientinnen bevorzugt wurden, da sie als patientenzentrierter eingeschätzt wurden. Weitere wichtige Faktoren bei der Auswahl eines Gynäkologen waren Erfahrung und klinische Kompetenz. Unklar war hier, ob das Alter oder die Ethnizität der Patienten einen Ausschlag gab, ob die Patienten sich für einen männlichen oder weiblichen Patienten entschieden. (Janssen & Lagro-Janssen, 2012). Bei der Interpretation der Studie ließen

die Autoren allerdings eventuelle Schamgrenzen außer Acht, die beim Besuch einer Gynäkologin für Patientinnen niedriger liegen könnte, als bei der Konsultation eines Gynäkologen.

### 3.5.2 Weitere Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation

Das Modell, das Bertakis (2009) aufstellte, berücksichtigte neben den bisher genannten Variablen Kommunikationsstil, Geschlecht, Alter und Ethnizität noch weitere potentielle Einflussfaktoren, wie zum Beispiel sozioökonomischer Status und Erwartungen von Kliniker und Patient. Weitere Komponenten, die die Kommunikation auf Seiten des Arztes in Bertakis Modell bedingen, sind seine Spezialisierung sowie sein Ausübungsstil. Beim Patienten wird zusätzlich sein Gesundheitsstatus berücksichtigt. In dem Modell werden ebenso die Folgen der Arzt-Patient-Interaktion berücksichtigt (Sofortige, mittel- und langfristige Folgen für den Patienten, als auch die Zufriedenheit auf der Seite des Arztes). Von besonderer Wichtigkeit ist laut Bertakis das Geschlecht von sowohl des Patienten als auch des Arztes (s. Abbildung 8)

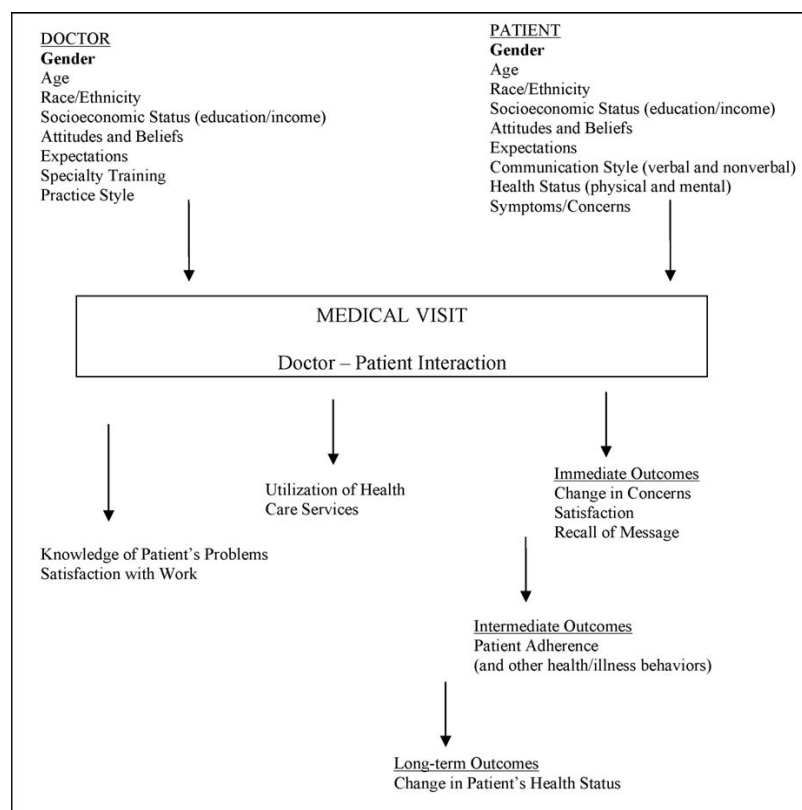


Abbildung 8. Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation nach Bertakis (2009)

Bis jetzt wurden in diesem Abschnitt nur Faktoren genannt, die in den teilnehmenden Personen selbst liegen, keine Faktoren, die von außen wirken. Externe Faktoren, wie

gesetzliche Regelungen dürfen jedoch nicht vernachlässigt werden. In einigen europäischen Ländern fungieren Hausärzte zum Beispiel als „Gatekeeper“. In den Gatekeeper-Ländern, wie den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Spanien sind die Patienten bei jeweils einem Allgemeinmediziner registriert, dem die Rolle des Vermittlers zu den spezialisierten Ärzten; d.h. des Gatekeepers zukommt. Es kann angenommen werden, dass in diesen Ländern die Allgemeinmediziner ihre Patienten besser kennen, als in Nicht-Gatekeeper-Ländern, da die Allgemeinmediziner in jedes medizinische Anliegen ihrer Patienten involviert sind. In Belgien, Deutschland und der Schweiz, die keine Gatekeeper-Länder sind, kann man hingegen einen Facharzt nur mit Überweisung von einem Allgemeinmediziner aufsuchen (Van den Brink-Muinen et al., 2000). Derzeit wird in Luxemburg das Modell des Referenzarztes eingeführt (siehe Kapitel 1), das zumindest momentan nur einige Personengruppen betreffen wird. Auch wenn die Patienten sich hier bei einem Referenzarzt registrieren lassen können, handelt es sich dabei nicht um ein Gatekeeper-Modell, da Patienten weiterhin einen Facharzt selbst auswählen und aufsuchen können (Portail Santé.lu, 2013). Der Luxemburger Kontext entspricht demzufolge den Nicht-Gatekeeper-Ländern. Ob ein Allgemeinmediziner die Rolle als Gatekeeper einnimmt oder nicht, ist ein wichtiger Faktor in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In beiden Modellen könnten die Erwartungen der Patienten an den Allgemeinmediziner höchst unterschiedlich sein. Es wird angenommen, dass Patienten von Allgemeinmedizinern, die keine Gatekeeper sind, mehr Betreuung als die Patienten von Gatekeeper-Medizinern erwarten.

Eine weitere Einflussvariable, die den Arbeitsstil des Allgemeinmediziners beeinflussen könnte, ist das Kostenrückerstattungssystem. In Deutschland, der Schweiz und Belgien wird ein Gespräch als Zusatz zu anderen Interventionen nicht zurückerstattet (Van den Brink-Muinen et al., 2000). Dies könnte einen Einfluss auf die Dauer reiner Kommunikation in Sprechstunden haben. Externe Faktoren dürften somit eine bedeutende Einwirkung auf die Arzt-Patienten-Kommunikation haben und demnach sollte bei der Interpretation von Studien berücksichtigt werden, ob diese zum Beispiel in Gatekeeper-Ländern durchgeführt wurden, oder welches Rückerstattungssystem sie haben.

### 3.5.3 Das Modell der Einflussfaktoren auf Patientenzentriertheit nach Mead und Bower (2000)

Ein sehr umfassendes (heuristisches) Modell bezüglich Einflussfaktoren auf Patientenzentriertheit - und somit den Kommunikationsstil des Arztes - stammt von Mead und Bower (2000). Als potentielle Einflussfaktoren auf die oben beschriebenen fünf Dimensionen von Patientenzentriertheit nennen die Autoren den beruflichen Kontext, die Eigenschaften des Arztes und des Patienten, Rahmenbedingungen der Sprechstunde und sogenannte „shapers“: kulturelle Normen, sozioökonomischer Hintergrund und Erfahrung/Wissen (s. Abbildung 9). Außerdem enthält das Modell noch eine Zeitdimension, die aussagt, dass die Wahrscheinlichkeit des Arztes, patientenzentriert zu sein, über die Zeit variieren kann. Einige Dimensionen der Patientenzentriertheit, wie zum Beispiel der Aufbau einer für beide Parteien zufriedenstellender Arzt-Patienten-Beziehung könnten viel Zeit benötigen und sich erst nach mehreren Sitzungen einstellen. In diesem Model werden die Variablen genannt, die die Wahrscheinlichkeit eines Arztes, patientenzentriert zu sein, sowohl innerhalb einer einzelnen Sprechstunde als auch über den Verlauf seiner gesamten Berufskarriere beeinflussen können. Die verschiedenen Einflussgrößen können auf unterschiedlichen Niveaus intervenieren. Die „Shapers“ haben laut den Autoren nur auf spezifische Determinanten, wie Geschlecht oder Einstellungen, einen direkten Einfluss. Zum Beispiel tolerieren die Normen westlicher Kulturen eher, dass Frauen ihre Emotionen äußern als Männer. Die Rahmenbedingungen der Sprechstunde haben den unmittelbarsten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Arztes, patientenorientiert zu sein und können durch demographische und psychologische Eigenschaften des Patienten oder Arztes mediiert werden. Zeit-oder Arbeitsbelastungen könnten zum Beispiel die Möglichkeit einer vollständigen Diskussion oder Lösung der Anliegen des Patienten einschränken (Mead & Bower, 2000).

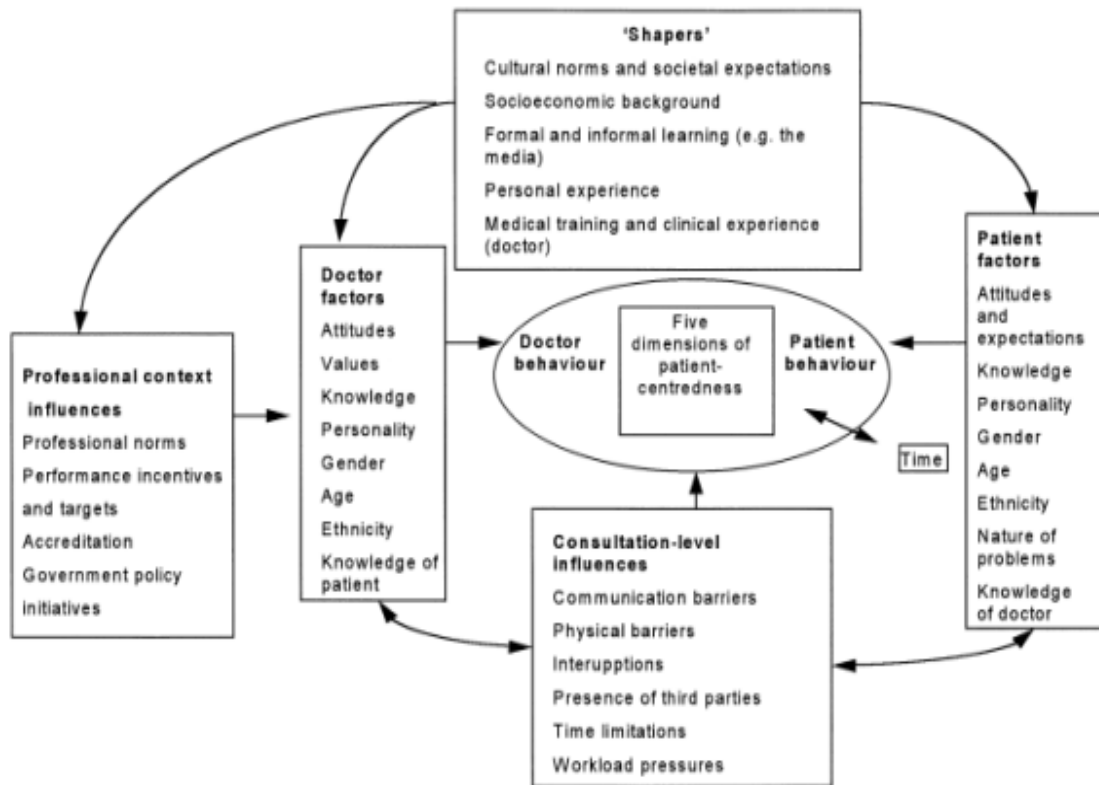


Abbildung 9. Einflussfaktoren auf Patientenzentriertheit (Mead & Bower, 2000)

Im vorliegenden Kapitel wurde die Wichtigkeit der Kommunikationsfähigkeiten der Mediziner betont, da diese einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit und Gesundheit der Patienten haben können. Dem zur Folge sollten bestimmte Komponenten, wie eine ausführliche Anamnese und eine angemessene Vermittlung von Diagnose und Therapieindikationen innerhalb von medizinischen Konsultationen gewährleistet sein, während gleichzeitig eine Beziehung zum Patienten hergestellt und aufrechterhalten werden sollte. Ebenfalls wurden zahlreiche Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation diskutiert. Das folgende Kapitel wird sich auf den potenziellen Einfluss von Kultur und Sprache auf die medizinische Kommunikation fokussieren.

## 4. Interkulturelle Kommunikation im medizinischen Setting

Im Folgenden werden wir interkulturelle Kommunikation und ihre Merkmale im Allgemeinen diskutieren. Des Weiteren werden wir kulturelle Barrieren im medizinischen Setting thematisieren.

### 4.1. Begriffsklärungen und Definitionen

Zunächst werden die Begriffe „Kultur“ und „Ethnizität“ definiert und abgegrenzt, danach wird das Forschungsgebiet der interkulturellen Kommunikation dargestellt.

#### 4.1.1 Definitionen von Kultur und Ethnizität

Die Definition und Operationalisierung des Begriffes „Kultur“ ist seit Langem in der psychologischen Forschung umstritten. Straub und Thomas (2003) führen z.B. aus, dass das Konzept zu vage und abstrakt sei und daher nicht operationalisiert und valide gemessen werden könne. Eine ausführliche Diskussion des Kulturbegriffs würde daher viel Raum einnehmen und über das Anliegen des vorliegenden Kapitels hinausgehen. Deswegen werden wir hier ausschließlich die Bedeutung, die das Kulturkonzept für unsere Studie hat, beschreiben. Dabei beziehen wir uns auf einige wenige Definitionen. Eine erste Definition stammt von Tylor (1871, S. 1): „Culture, or civilization, is that complex whole which includes knowledge, belief, art, law, morals, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society.“ Tylor beschreibt demnach die Komponenten von Kultur und stellt einen Bezug zwischen Kultur und Gesellschaft her. Straub und Thomas (2003, S. 37) thematisieren zum einen den Einfluss der Kultur auf den Menschen und zum anderen die Einflüsse auf die Kultur selbst: „Das in der zeitgenössischen Psychologie im Mittelpunkt stehende Interesse am Zusammenhang zwischen Kultur und Subjekt (bzw. dessen Erleben, Verhalten und Handeln) setzt die eigene Annahme der „Wechselseitigkeit“ (Interdependenz) voraus. Kultur wird demgemäß sowohl als Grundlage, Bedingung, Rahmen, Kontext, Feld oder Medium aller möglichen Aktivitäten, psychischer Strukturen, Prozesse und Funktionen, als auch als praktische Hervorbringung, Handlungsprodukt, Konsequenz oder Effekt von Verhalten aufgefasst“. Diese Definition ist insofern für unsere Arbeit interessant, als Kommunikation, als ein weiterer Themenschwerpunkt der vorliegenden Arbeit, ebenso wie Kultur durch Wechselseitigkeit geprägt ist:

Kommunikation ist ein Prozess, in dem sich die beiden Gesprächspartner gegenseitig zur Konstruktion von Wirklichkeit anregen (Frindte, 2001; Kapitel 2).

Die Begriffsbestimmung von Thomas (2003, S. 436-437) verschränkt die beiden vorhergehenden Definitionen, in dem er sowohl die Komponenten, den Geltungsbereich als auch die Effekte von Kultur beschreibt:

„Kultur ist ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem. Dieses Orientierungssystem wird aus spezifischen Symbolen gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft usw. tradiert. Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Kultur als Orientierungssystem strukturiert ein für die sich in der Gesellschaft zugehörig fühlenden Individuen spezifisches Handlungsfeld und schafft damit die Voraussetzungen zur Entwicklung eigenständiger Formen der Umweltbewältigung. [...] Die hier vorgestellte Definition schließt keineswegs psychologische Grundwahrheiten aus, wie z.B. die Tatsache, dass individuelles Wahrnehmen, Denken und Handeln und interpersonale Begegnungen immer einmalige Ereignisse sind, die von den beteiligten Personen geschaffen und ausgehandelt werden und so auch „Kultur“ und Formen von Interkulturalität immer wieder neu geschaffen werden. Sie fokussiert zugleich aber darauf, dass in sozialen Gemeinschaften (Nation, Staat, Clan, Familie, Gruppe) lebende Menschen spezifische Regelwerke entwickeln, die einen hohen Grad an Verbindlichkeit haben, um ein schnelles und relativ reibungsloses Kommunizieren und kooperieren untereinander zu garantieren.“

Kultur ist demnach ein aus zahlreichen Komponenten, wie Wissen, Werten, Überzeugungen, und Traditionen bestehendes komplexes Orientierungssystem einer Gruppe, Gesellschaft oder Organisation, das ihre Mitglieder in all ihren Tätigkeiten und Prozessen – darunter auch Kommunikation – beeinflusst und von ihnen beeinflusst wird. Hervorzuheben ist, dass Kultur, zum einen weiter gegeben wird und zum anderen immer wieder neu geschaffen und ausgehandelt wird.

Während der Kulturbegriff sich eher auf ein gemeinsames Orientierungssystem bezieht, hebt der Begriff der *Ethnizität* stärker den Herkunftsaspekt hervor. Unter Ethnizität wird die „ideelle Einheit einer Gruppe auf Grund von gemeinsamer Herkunft (Abstammung und Herkunftsregion), Geschichte, Sprache, Religion und

anderen gemeinsamen Segmenten einer geteilten Kultur verstanden“ (Schönpflug & Phalet, 2007, S. 7) Jedoch wird auch die Ethnizität nicht einheitlich definiert. Die American Psychological Association (2003) nennt etwa als weitere Komponenten von Ethnizität die Akzeptanz der Sitten und Gebräuche der jeweiligen Herkunftskultur, sowie ein gleichzeitiges Zugehörigkeitsgefühl zu dieser. Zudem können Individuen mehrere ethnische Identitäten haben, die unterschiedlich stark zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Vordergrund rücken können (American Psychological Association, 2003).

In bisher durchgeführten Studien zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting spiegelt sich die Uneinigkeit bezüglich des Kulturbegriffs und der Definition von Ethnizität wider. Im Rahmen der Studien orientiert sich die Zuordnung von Patienten zu bestimmten Kulturen häufig an ihrer ethnischen, nationalen oder „rassischen“<sup>6</sup> Herkunft.

In einigen Studien werden Skalen eingesetzt, die verschiedene Kulturdimensionen erfassen, hinsichtlich derer sich Menschen unterscheiden können. Eine solche Skala ist z.B., die „Patient’s Cultural Background Scale“ (PCBS; Harmsen et al. 2008), die sich an Hofstedes Kulturdimensionen orientiert. In den 1960er Jahren entwickelte Hofstede (2010) ein Indexsystem, das die Wertorientierungen verschiedener Kulturen messen soll und dabei fünf kulturelle Dimensionen abbildet:

- Machtdistanz
- Kollektivismus/Individualismus
- Maskulinität/Feminität
- Unsicherheitsvermeidung
- Langfrist-/Kurzfristorientierung

Die PCBS enthält die Dimensionen: (1) Maskulin-Feminine Rollenmuster (z.B. „Wer muss sich in einer Familie (Vater/Mutter/Kinder) um die Kinder kümmern?“), (2) Säkularisierung-Religiosität (z. B. „Es wäre unerfreulich, wenn mein Sohn ein Mädchen mit einer anderen Religionsangehörigkeit heirateten würde.“), (3) Individualismus-Kollektivismus (z.B. „Finden Sie es wichtig, dass 17-jährige Kinder

---

<sup>6</sup> Während im europäischen Raum der Rassenbegriff abgelehnt wird, wird er den U.S.A. weiterhin als Klassifizierungsmerkmal der US-amerikanischen Bevölkerung verwendet (Kattmann, 1999; United States Census Bureau, 2013). Im Rahmen von in den USA durchgeführten Studien wird die Herkunft der Studienteilnehmer zum Teil anhand ihrer «Rasse» (z. B. „Weiß“ oder „Schwarz“) beschrieben. Da viele der im Folgenden zitierten Studien in den USA durchgeführt worden sind, wird der Begriff «Rasse» an den entsprechenden Stellen benutzt.

ihren Eltern gehorchen?“), (4) andere moderne Meinungen (z.B. „Ausbildung ist wichtiger für Jungen als für Mädchen.“).

Eine Skala wie die PCBS erlaubt es, die Teilnehmer von Studien zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting auf Basis ihrer eigenen Selbsteinschätzung zu kulturellen Orientierungen in verschiedene Gruppen einzuordnen. Demzufolge werden die Teilnehmer nicht ausschließlich aufgrund ihrer ethnischen bzw. nationalen Angehörigkeit verschiedenen Stichprobengruppen zugeordnet. Dadurch können die kulturellen Dimensionen, hinsichtlich derer die Teilnehmer sich möglicherweise unterscheiden, genauer erfasst werden. Diesen Herangehensweisen liegen verschiedene Definitionen von Kultur zu Grunde. Im ersten Fall wird angenommen, dass Personen gleicher Herkunft unterschiedliche Ausprägungen hinsichtlich der Bewertung von Kulturdimensionen haben können. Im zweiten Fall werden Personen der gleichen Herkunft dieselben kulturellen Werte zugeschrieben. Dies zeigt, dass sowohl bei der Konzeption als auch bei der Rezeption von Studien zu interkultureller Kommunikation, sich bewusst gemacht werden sollte, welcher Kulturbegriff verwendet wurde.

#### **4.1.2 Interkulturelle Kommunikation und Akkulturation**

Das 1959 erschienene Buch von Edward T. Hall „The silent language“ wird als erstes wissenschaftliches Werk im Rahmen der Forschung zur interkulturellen Kommunikation gesehen. Seitdem gab es bedeutende Entwicklungen in der Generierung von Theorien zu interkultureller Kommunikation und die hier entwickelten Theorien lassen sich aufgrund ihrer verschiedenen Zugänge unterscheiden. Zwei grundsätzliche Schwerpunkte sollen hier hervorgehoben werden: (1) Theorien, die beschreiben oder erklären, inwiefern Kommunikation über alle Kulturen variiert (z. B. Hofstede (2010) Kulturdimensionen) und (2) Theorien, die sich auf die Kommunikation zwischen Personen verschiedener Kulturen beziehen. Innerhalb des zweiten Ansatzes liegen bedeutend mehr Theorien vor als innerhalb der ersten Schwerpunktsetzung. Auch die CAT, die zudem in einer weiteren Unterkategorie zu den Theorien, die sich auf Anpassung fokussieren, gezählt wird, wird dem zweiten Ansatz zugeordnet (Gudykunst, Lee, Nishida & Ogawa, 2005). Da unsere Arbeit die Effektivität interkultureller Kommunikation untersucht, werden wir uns vor allem mit den Prozessen beschäftigen, die die Kommunikation zwischen Angehörigen verschiedener Kulturen thematisieren.

Akkulturation stellt ein weiteres zentrales Konzept im Umfeld von interkultureller Kommunikation dar. Akkulturation bezeichnet alle Veränderungen, die nach einem Kontakt zwischen Individuen und Gruppen verschiedener kultureller Hintergründe auftreten können und stellt daher ein Effektmerkmal der interkulturellen Kommunikation dar. Solche Veränderungen können durch die Aneignung von verschiedenen Elementen einer fremden Kultur (z. B. Ideen, Wörter, Werte, Normen oder Verhalten) durch Personen, Gruppen oder einer bestimmten Kultur gekennzeichnet sein. Zudem kann es auch zu einer Ablehnung oder Resistenz von kulturell fremden Elementen kommen (Berry, 2006; Sam, 2006). Der so gefasste Akkulturationsgrad einer Person kann natürlich einen Einfluss auf die interkulturelle Kommunikation im medizinischen Kontext ausüben. Je weniger eine Person sich eine fremde Kultur angeeignet hat, desto eher dürften Barrieren in der Kommunikation mit Personen der Gastkultur zu erwarten sein (De Maesschalck, Deveugele & Willems, 2011).

#### 4.1.3 Effektive interkulturelle Kommunikation

Die Frage, was effektive interkulturelle Kommunikation ist, kann in Abhängigkeit davon, in welchem Kontext sie stattfindet (wie etwa dem medizinischen Kontext), auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden. Hinsichtlich allgemeiner Kommunikationskompetenz kann zwischen „Effektivität“ und „Angemessenheit“ unterschieden werden. Effektives Kommunizieren bezieht sich dabei auf die Fähigkeit, beabsichtigte Effekte durch die Interaktion mit der Umwelt hervorzurufen. Angemessenes Kommunizieren soll drei verschiedene Fähigkeiten beinhalten: Erstens die Fähigkeit, kontextgebundene Barrieren zu erkennen und unter Berücksichtigung dieser zu kommunizieren. Zweitens die Fähigkeit, unangemessene Reaktionen in der Kommunikation (z.B. grobe oder unverständliche Kommunikationsweisen) zu verhindern. Drittens die Beherrschung von Kommunikationsfähigkeiten, wie etwa Gesprächssteuerung oder das effektive Mitteilen von Gefühlen und Informationen (Chen & Starosta, 1996). Hier kann zum einen ein Bezug zu den in Kapitel 3 dargestellten Modellen zur A-P-Kommunikation und zum zweiten zu den Kooperationsmaximen von Grice (s. Kapitel 2) hergestellt werden.

Gelungene interkulturelle Kommunikation kann als Effekt der interkulturellen Kompetenz (IK) von Medizinern gesehen werden. Studien, die IK im medizinischen Kontext messen, wählten Effektvariablen, die auch in Studien zur allgemeinen

Zufriedenheit mit der medizinischen Kommunikation verwendet wurden (z. B. Street et al., 2009). Dies sind zum Beispiel Patientenzufriedenheit, das Vertrauen der Patienten zum Arzt, Berichte über die Auskünfte des Arztes, die Compliance der Patienten und Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten (Thom & Tirado, 2006).

#### 4.1.4 Sprache und Kultur

Sprache ist ein „System von konventionellen Zeichen und Regeln zur Mitteilung von Bedeutungen“ (Schuster, 2003, S.3). Genau wie Kommunikation spiegelt Sprache nicht eine objektive „Realität“ wider, sondern schafft sie, das heißt, sie konstruiert Wirklichkeit (s. Kapitel 2). Dieselben Objekte oder Gegebenheiten können von Menschen unterschiedlich beschrieben werden, wodurch verschiedene Realitäten kreiert werden. Der kulturelle Hintergrund kann einen Einfluss auf Sprache und damit auf die Herstellung von Sinn haben. Illustrieren lässt sich dies zum Beispiel an den sogenannten *Rich Points*, die Wörter oder Konzepte in einer bestimmten Sprache sind, für die es mehrere Definitionen und Erklärungen gibt und die sich nicht übersetzen lassen, da sie an einen bestimmten kulturellen Kontext gebunden sind. Das wienerische Wort „Schmäh“<sup>7</sup> ist ein ganz typisches Beispiel hierfür. Charakteristisch für *Rich Points* ist, dass nicht nur Definition- und Übersetzungsschwierigkeiten in Bezug auf andere Sprachen und Kulturen auftreten, sondern, dass auch Muttersprachler unterschiedliche Erklärungen und Definitionen für diese Wörter und Konzepte haben. Somit wird anhand der *Rich Points* nicht nur der kulturelle, sondern auch der individuelle Einfluss auf Sprache deutlich (Agar, 2006).

Ein weiteres Beispiel für den kulturellen Einfluss auf Sprache sind *Somatismen*, d.h., Redewendungen, die sich auf Körperteile beziehen und häufig nur in einer Sprache vertreten sind.<sup>8</sup> Des Weiteren können die gleichen Wörter in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Bedeutungen haben. So schließt das Wort „Freund“ auf Englisch

---

<sup>7</sup> Müller und Öhner erklären (zitiert nach Ralser, 2008) Wiener Schmäh wie folgt: „Zunächst kann man den Schmäh nur negativ definieren - d.h. ausschließen, was er nicht ist“, sagt Vräath Öhner: ‚Beispielsweise ist ein Schmäh kein Witz mit einer abgeschlossenen Pointe, der monologisch funktioniert. Vielmehr entsteht er in der Interaktion bzw. im Dialog.‘ Trotzdem wird der Schmäh ‚geführt‘ - eine nicht immer bewusste, aber stets aktiv-offensive Handlung - während man ‚komisch‘ auch unfreiwillig sein kann. ‚Wer Schmäh führt, testet aus, wie sein Gegenüber reagiert‘, erklärt Öhner. Außerdem setzt der Schmäh eine ironisch-zynische Distanzhaltung voraus - nicht umsonst wird er oft in Zusammenhang mit dem ‚kulturell Fremden‘ geführt: ‚Entweder von den „Zuagrasten“ selbst oder über sie“.

<sup>8</sup> Ein Beispiel hierfür wäre folgende englische Redewendung, die es in der Form nicht auf Deutsch gibt: „I can't put my finger on it“. Diese Redewendung sagt aus, dass man etwas nicht genau benennen kann.

(„friend“) oberflächliche Bekanntschaften mit ein, wohingegen „amigo“ in Südamerika ausschließlich für enge Freunde benutzt wird (Heringer, 2007). In Deutschland ist ein Konzept ein vollständig ausgearbeiteter Arbeitsplan, in Frankreich ist „concept“ lediglich eine Sammlung von Ideen (Müller-Jacquier, 2000). Interkulturell gesehen, gibt es auch Unterschiede, wenn es um die Reihenfolge der Themen im Gespräch geht. So gibt es Kulturen, in denen es wichtiger ist, zu Beginn einer Kommunikationssituation eine gute Beziehung zu etablieren, in anderen Kulturen wird es als wichtiger erachtet, zuerst zum Hauptanliegen zu kommen (Heringer, 2007).

Nicht nur verbale Aspekte, sondern auch nonverbale und paraverbale Elemente der Kommunikation können kulturell bestimmt sein. So werden häufig auch in der Benutzung von Fremdsprachen die in der eigenen Kultur typischen Ausdrucksmuster und Kommunikationskonventionen beibehalten. Dies zeigt sich beispielsweise beim sogenannten *turn-taking*, d.h. dem Sprecherwechsel. In Deutschland wird es, zum Beispiel, als unhöflich bewertet, den Gesprächspartner zu unterbrechen, in Frankreich und Spanien hingegen werden Unterbrechungen als Interesse an der Konversation gedeutet (Heringer, 2007).

In vielen Studien zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting werden vor allem die Unterschiede in der Kommunikation zwischen Menschen, die aus weiter auseinanderliegenden Kulturen stammen, wie etwa zwischen europäischen und nicht-westlichen Kulturen untersucht (z. Bsp. Meeuwesen, Tromp, Schouten & Harmsen, 2007). Da der Hauptanteil der Bürger mit Migrationshintergrund in Luxemburg aus EU-Ländern stammt, werden in der vorliegenden Studie zu einem großen Anteil kulturelle Unterschiede in der Kommunikation zwischen Personen, die europäischer Herkunft sind, thematisiert. Die Darstellungen im vorliegenden Kapitel zeigten, dass es auch Unterschiede in der Kommunikation von Personen aus verschiedenen europäischen Ländern geben kann, wenn auch in subtilerem Ausmaß als zwischen Personen aus weiter entfernten Kulturen.

## 4.2 Forschung zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting

Interkulturelle Kommunikation im medizinischen Setting wurde in zahlreichen Studien thematisiert und es zeigte sich, dass unterschiedliche kulturelle Hintergründe zwischen Vertretern des Gesundheitsdienstes und Patienten eine bedeutende Kommunikationsbarriere darstellen können. Sowohl der stattgefundenen

Kommunikationsablauf als auch die Bewertung des Gesprächs durch beide Teilnehmer können negativer ausfallen als bei einer Konstellation zwischen zwei Personen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund. Es kann zum Beispiel zu kulturell-bedingten Missverständnissen kommen, die dann zu einer negativen Bewertung der Kommunikation führen. Missverständnisse resultieren vor allem dann, wenn die Interagierenden nicht die gleiche Muttersprache haben, was ein häufiges Merkmal von interkulturellen Interaktionen ist. Daher wird in diesem Kapitel auch insbesondere auf Sprachbarrieren eingegangen. Das Forschungsdesign der Studien zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting kann sich in Bezug auf den nationalen Kontext, die Akteure und das medizinische Setting, das sie berücksichtigen, unterscheiden. Im Folgenden geben wir daher einen kurzen Überblick darüber, welche Variablen meistens zwischen den verschiedenen Untersuchungsdesigns variieren.

Mit Blick auf den **nationalen Kontext** wurde die Mehrheit der Studien im Bereich der interkulturellen Kommunikation innerhalb des medizinischen Settings in Europa und Nordamerika durchgeführt (Deumert, 2010). Letztere fokussieren dabei vor allem spanisch sprechende Patientenpopulationen (Deumert, 2010; Jacobs, Chen, Karliner, Agger-Gupat & Mutha, 2006). Eine weitere Kontextvariable, die die medizinische Kommunikation maßgebend beeinflussen kann, stellt das **nationale Gesundheitssystem** der (Gast-)Länder dar. Wie in Kapitel 1 ausgeführt, sucht ein Patient in einem Gatekeeper-Land (s. Kapitel 1) seinen Hausarzt öfter auf, was die A-P-Beziehung verstärkt kann. Durch diese kontextuelle Gebundenheit sind die Ergebnisse der Studien zu interkultureller Kommunikation somit nur bedingt auf andere nationale Kontexte übertragbar.

Neben dem Kontext, in dem die Untersuchungen zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting stattfanden, unterscheiden diese sich ebenfalls hinsichtlich **des ethnischen Hintergrundes der in den Studien untersuchten Personen**. In den meisten Studien werden die Perspektiven und das Handeln von Dienstleistern im Gesundheitssektor, die der ethnischen Mehrheit angehören, und Patienten, die zu der ethnischen Minderheit gezählt werden, erforscht. Medizinische Dienstleister mit Migrationshintergrund werden hingegen eher selten in wissenschaftlichen Studien berücksichtigt. An diesem Punkt knüpft auch die vorliegende Studie an, da sie die Perspektive von Ärzten mit Migrationshintergrund explizit mit einbezieht.

Eine weitere Untergliederung der Studien kann bezüglich des **medizinischen Behandlungskontextes** und der **Ausbildung des fokussierten medizinischen Personals** getroffen werden. Studien unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener Settings und den dort tätigen Gesundheitsdienstleistern (z. B. Ärzte oder Krankenpfleger), als auch hinsichtlich der Krankheitsbilder und dem Gesundheitsstatus der Patienten, die in die Stichprobe mit aufgenommen werden. So kann davon ausgegangen werden, dass es zwischen der Wahrnehmung und der Bewertung von Kommunikation in einem stationären Krankenhaussetting mit Krankenpflegern und von A-P-Kommunikation in einer Arztpraxis Unterschiede gibt.

Die letzte Unterteilung kann anhand der angewandten **Forschungsmethoden** vorgenommen werden. Hier können vor allem Studien unterschieden werden, die Verhalten, direkt erfassen („natürliche Daten“), oder mit Hilfe von Fragebögen oder Interviews registrieren (Silverman, 2006). Erstere Studien verwenden Methoden, wie etwa Beobachtung oder Ton- und Videoaufnahmen einer stattgefundenen Interaktionen zwischen Arzt und Patienten. Letztere Studien bedienen sich retrospektiver Methoden, bei denen die Wahrnehmung und Bewertung einer bereits stattgefundenen A-P-Kommunikation von Patienten und/oder Klinikern analysiert wird. Eine weitere grundsätzliche Unterscheidung kann hier auch hinsichtlich qualitativer und quantitativer Methoden getroffen werden.

In den meisten vorliegenden Studien wird die Kommunikation von Personen westlicher Herkunft mit Personen nicht-westlicher Herkunft untersucht. Allerdings werden wir diese empirischen Ergebnisse nur in einem eingeschränkten Ausmaß zu unserer Studie in Bezug stellen können. Die Demografie Luxemburgs, verweist darauf, dass 37.41% der Bewohner ausländische EU-Bürger sind, daher werden wir hier zu einem großen Teil die Kommunikation zwischen Personen aus dem europäischen Raum fokussieren.

Aufgrund der Unterschiede im Design der einschlägigen Studien zu interkultureller Kommunikation kann es nicht der Anspruch des vorliegenden Kapitels sein, einen vollständigen Überblick über alle bisher durchgeführten Studien über interkulturelle Kommunikation im medizinischen Setting zu bieten. Ein Großteil der Studien wird nicht direkt vergleichbar mit unserer Studie sein. Im Folgenden wird der Schwerpunkt der Darstellung auf die Studien und Modelle gelegt, die die theoretische Forschungsgrundlage für die vorliegende Studie bieten können.

Zunächst thematisieren wir dabei die potenziellen Folgen von Sprach- und Kulturbarrieren für Patienten, um die Relevanz der Forschung zu interkultureller Kommunikation weiter zu verdeutlichen.

#### 4.2.1 Folgen von Sprach- und Kulturbarrieren

Sprachbarrieren im medizinischen Setting können sowohl auf direktem als auch indirektem Weg negative Folgen für den Gesundheitsstatus eines Patienten haben. Im schlimmsten Fall können diese zu schwerwiegenden medizinischen Fehlern führen (z. Bsp. Divi, Koss, Schmaltz & Loeb, 2007). Unter Berufung auf eine Vielzahl von Studien aus dem europäischen und nord-amerikanischen Raum (Bischoff et al, 2003; Flores, 2005; Flores et al., 2008; Jacobs, Chen, Karliner, Agger-Gupta & Mutha, 2006; Karliner, Jacobs, Chen & Muha; Ku & Freilich, 2001; Leanza, 2005; Meuwesen, Harmsen, Bernsen & Bruijnzeels, 2006) stellt Deumert (2010) weitere indirekte und direkte Folgen von Sprachbarrieren zusammenfassend dar. Im Einzelnen sind dies:

- **Vermeidungsverhalten:** Patienten, die nicht gewohnt sind, in der Sprache des spezifischen Gesundheitsdienstes zu kommunizieren, bzw. sich unwohl bei der Kommunikation in dieser Sprache fühlen, nehmen weniger häufig medizinische Versorgung in Anspruch als Patienten mit entsprechender Sprachkompetenz.
- **Einfluss auf Diagnose und Behandlung:** Liegen Sprachbarrieren vor, werden mehr klinische Tests als üblich angefordert, Patienten werden eher stationär aufgenommen und Behandlungen beginnen später.
- **Probleme bei Gesundheitsedukation und Compliance:** Patienten, deren Sprachkenntnisse niedrig sind, könnten selbstredend zu wenig Informationen über ihre Krankheit und Behandlungsoptionen bekommen, was dann in Folge zu Problemen mit der Compliance führt.

Des Weiteren wurde in Studien nachgewiesen, dass Patienten in Kanada mit geringen Englischkenntnissen bis zu 6 % längere Krankenhausaufenthalte haben als Patienten mit guten Englischkenntnissen (John-Baptiste et al., 2004). Vor allem während Gesprächseingangsphasen in Konsultationen kommt Sprach- und Kulturbarrieren eine bedeutende Rolle zu (Roberts, Sarangi & Moss, 2004). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass Ärzte für Patienten mit einem anderen sprachlichen Hintergrund als sie selbst, mehr Zeit für eine angemessene Anamnese benötigen, als für Patienten mit dem

gleichen sprachlichen Hintergrund. Diese zusätzlich benötigte Zeit steht jedoch nicht immer unbedingt zur Verfügung.

Es kann angenommen werden, dass Sprache und Kultur auf all jenen Ebenen einer medizinischen Behandlung eine Barriere darstellen können, auf denen ein potenzieller Einfluss der Kommunikation auf die Gesundheitsversorgung besteht (s. Modell in Abbildung Direkte und indirekte Auswirkungen von Kommunikation auf Gesundheit). Dabei handelt es sich um die Kommunikationsfunktionen (z. Bsp. Informationsaustausch), die indirekten Effekte („proximal outcomes“) auf den Gesundheitsstatus (z. Bsp. Patientenzufriedenheit mit der Behandlung oder Vertrauen), die „Zwischen“- Effekte („intermediate outcomes“) auf den Gesundheitsstatus (z. Bsp. Compliance) und die direkten Effekten auf den Gesundheitsstatus (Street et al., 2009).

In den folgenden Abschnitten werden wir beschreiben, inwiefern Sprache und Kultur Barrieren in der medizinischen Kommunikation darstellen können. Als erstes werden wir dabei potenzielle sprachliche Barrieren thematisieren.

#### 4.2.2 Sprachbarrieren

Wenn Arzt und Patient unterschiedlichen Ethnien oder Kulturen angehören, kann dies bedeuten, dass sie in einer - für zumindest einen der Beteiligten - fremden Sprache (d.h. nicht Muttersprache) kommunizieren. Missverständnisse können in diesem Fall sowohl durch inhaltliche Aspekte der Sprache, wie unzureichendes Vokabular und Grammatikfehler, als auch durch kulturelle Sprachaspekte entstehen. Unter anderem können sich der Gebrauch von bestimmten Wörtern und Konzepten wie auch der Rede-Stil zwischen Personen verschiedener kultureller Hintergründe bedeutsam unterscheiden (Roberts et al., 2005).

Nicht nur die Ausdrucksweise und das Vokabular einer Person („*langue*“ im Sinne de Saussures, S. Kapitel 2), sondern auch, wie ein Individuum Kommunikationsinhalte wahrnimmt und interpretiert („*parole*“), können sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Kulturen unterscheiden, und hierbei spielen vor allem nonverbale Aspekte eine besondere Rolle (De Saussure, 2011; Gregg & Saha, 2007; Heringer, 2007).

Das Pledge-Projekt, das in Großbritannien durchgeführt wurde, analysierte Gründe für Missverständnisse zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Patienten. Insgesamt wurden 232 Personen bei einem Arztbesuch gefilmt, von denen 31 % angaben, dass Englisch

nicht ihre Muttersprache ist. Diese Videoaufnahmen wurden anhand qualitativer Methoden untersucht, wobei folgende Kategorien beachtet wurden: (1) Aussprache und Wortbetonung, (2) Sprachmelodie und Redeweise, (3) Grammatik und Vokabular sowie der (4) Präsentationsstil. Die letzte Kategorie erfasste, inwiefern sich ein Patient gegenüber dem Arzt öffnet, und wie strukturiert er Information mitteilt. Bei 31% von allen Gesprächen konnten eindeutige Missverständnisse festgestellt werden, die zu zwei Dritteln die Patienten mit niedrigen Englischkenntnissen betrafen (Roberts et al., 2005). Die Missverständnisse waren sowohl auf linguistischen als auch auf kulturellen Faktoren begründet. Letztere umfassten die Betonung, die Sprachmelodie, das Vokabular, die Reihenfolge, in der ein Patient seine Anliegen schilderte, sowie verschiedene Erwartungen, die von Allgemeinmediziner und Patient an die Abläufe im Rahmen von Konsultationen gestellt wurden (Moss & Roberts, 2005). Eine spezifische Analyse der Eingangsphase von Arztbesuchen zeigte weitere interessante Befunde. Patienten, deren Muttersprache Englisch ist und die im britischen Raum aufwuchsen, nannten mehrheitlich die gleichen Aspekte in derselben Reihenfolge zu Beginn einer Konsultation: die Beschreibung ihrer Symptome, ihr Wohlbefinden, die vermuteten Ursachen ihrer Symptome, bzw. ihr Verhalten angesichts der vorliegenden Beschwerden. Patienten, deren Muttersprache nicht Englisch ist und die mit Blick auf Arztbesuche nicht in Großbritannien sozialisiert wurden, nannten weitgehend die gleichen Aspekte, gingen jedoch weniger systematisch vor (Roberts et al., 2004).

Sprachbarrieren erhöhen jedoch nicht nur die Wahrscheinlichkeit von Missverständnissen innerhalb ärztlicher Konsultationen, sondern auch, ob bestimmte Beschwerden von den Patienten überhaupt berichtet werden. In einer Schweizer Studie (Bischoff, Tonnerre, Loutan & Stalder, 1999) wurden Screening-Fragebögen von Asylbewerbern, die im Rahmen ihrer medizinischen Behandlung von Krankenpflegern ausgefüllt wurden, analysiert. Dabei stellte sich heraus, dass die Asylbewerber bei einer sprachlichen Übereinstimmung mit den Krankenpflegern mehr über ihre traumatischen Geschehnisse und psychologischen Symptome berichteten, als wenn diese Übereinstimmung nicht gegeben war. Bezüglich medizinischer Symptome gab es hier keinen signifikanten Unterschied zwischen Gruppen mit und ohne sprachliche Übereinstimmung. Zudem gab es einen positiven Zusammenhang zwischen der Überweisung an psychologische Einrichtungen und der Sprachübereinstimmung, allerdings lag kein signifikanter Zusammenhang zwischen Sprachübereinstimmung

und der Überweisung an medizinische Einrichtungen vor. Einschränkend muss mit Blick auf diese Studie hier erwähnt werden, dass Krankenpfleger und Asylbewerber bereits als sprachlich übereinstimmend eingestuft wurden, wenn ein Übersetzer bei der Interaktion anwesend war (Bischoff et al., 2003), damit werden die Effekte zweier unterschiedlicher Situationen (d.h., einmal mit Übersetzer und einmal mit gemeinsamen Sprachhintergrund) konfundiert. Dennoch werden in der Studie Hinweise sichtbar, dass Sprachbarrieren eine angemessene Betreuung vor allem bei psychologischen Problemen zu erschweren scheinen.

In einer Studie in Belgien (De Maesschalck et al., 2011) wurde anhand von Videoaufnahmen analysiert, in welchem Ausmaß negative Emotionen während einer Konsultation beim Allgemeinmediziner von Patienten geäußert werden, die einer ethnischen Minorität (nicht-westlicher Hintergrund) angehören. Zudem wurde untersucht, ob die Kultur, der Akkulturationsgrad (s. Abschnitt 4.1.2) oder die Sprachkenntnisse von Patienten einen Einfluss darauf haben, dass jene negative Emotionen äußern. Unter Akkulturationsgrad wurde hier der Zeitraum gefasst, in dem die Patienten in einer kulturellen Umwelt gelebt hatten, in der es üblich ist, dass Patienten ihre Emotionen gegenüber Ärzten äußern. Die Studie zeigte, dass ausschließlich Sprachkenntnisse der Patienten einen positiven Einfluss darauf hatten, dass sie negative Emotionen äußerten (De Maesschalck et al., 2011). Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass Sprachbarrieren vor allem bei der Erfassung von psychologischen Problemen, bzw. psychologischen Folgen (subjektives Wohlbefinden) bei medizinischen Beschwerden bedeutend sein können.

Sprachbarrieren können sich jedoch nicht nur auf das Kommunikationsverhalten von Patienten, sondern auch auf die Kommunikation des medizinischen Personals auswirken. In einer Studie von Wallace, DeVoe, Heintzman und Fryer (2009) wurden Daten des Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) von 2005 analysiert. Im Rahmen dieses Panels wurden unter anderem Personen mit lateinamerikanischem Hintergrund in den USA interviewt. Diese wurden für die Analyse in zwei Stichproben aufgeteilt, als Unterscheidungskriterium diente die für das Interview gewählte Sprache (Englisch oder Spanisch). Diejenigen Personen, die Englisch im Interview sprachen, gaben häufiger als die spanisch-sprechenden Personen an, dass das medizinische Personal immer sorgfältig zuhörte, die Dinge immer so erklärte, dass man sie verstand, immer genug Zeit mit ihnen verbrachte, und sie immer in die Entscheidungsfindung mit

einband. In der Analyse des MEPS von 2003 zeigten sich weitere differenzierende Befunde: sogar für Personen mit lateinamerikanischen Hintergründen, die ein gutes Niveau in Englisch haben, jedoch zu Hause Spanisch reden, war es im Gegensatz zu „hellhäutigen Personen“ mit Englisch als Muttersprache unwahrscheinlicher, alle für sie infrage kommenden Gesundheitsdienstleistungen zu erhalten (wie zum Beispiel Mammografie, Grippeimpfungen oder Prävention von kardiovaskulären Krankheiten zu erhalten; Cheng, Alex Chen & William Cunningham, 2007). In einer weiteren, in den USA durchgeführten Studie wurden Krankenakten von Patienten mit lateinamerikanischem Hintergrund untersucht, wobei die Akten von spanisch-sprechenden und nicht-spanisch-sprechenden Allgemeinmedizinerinnen miteinander verglichen wurden. Hier zeigte sich, dass, Ärzte, die Spanisch beherrschten, im Vergleich zu Ärzten, die nur Englisch sprachen, den Patient eher hinsichtlich eines gesunden Lebensstils berieten (Eamranond, Davis, Phillips & Wee, 2009). In diesen Studien zeichnete sich relativ klar ein negativer Einfluss von Sprachbarrieren auf Patientenzentriertheit und Informationsvermittlung ab.

Die Wahrnehmung des Einflusses von Sprachbarrieren unterscheidet sich auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen; Krankenpfleger im Krankenhauskontext berichten z.B. über eine höhere Belastung bei Interaktionen, die durch Sprachbarrieren gekennzeichnet sind, als Ärzte (Bernard et al., 2006). Ein Grund hierfür kann der längere und nähere Kontakt zu den Patienten sein, den Krankenpfleger in der Regel haben. Zudem nannten Krankenpfleger die Tatsache, dass sie wegen Sprachbarrieren zusätzlich häufig nicht in der Lage sind, mit den Familien der Patienten zu kommunizieren, als weiteren belastenden Faktor. Neben dem Ausmaß an Belastung unterscheiden sich auch die Arten der Belastung zwischen den beiden Berufsgruppen. Krankenpfleger erleben Belastung in Bezug auf die Beruhigung von Patienten, das die Erfassung des Schmerzausmaßes, die Mitteilung von Informationen, als auch der Durchführung des Pflegeassessments. Ärzte hingegen konnten häufig keine konkrete Erklärung für ihre Belastung geben. Diejenigen Ärzte, die einen konkreten Grund nannten, hatten vor allem Bedenken bezüglich einer korrekten Anamnese, dem Stellen einer zutreffenden Diagnose sowie dem Mitteilen von Behandlungsplänen (Bernard, et al., 2006). Die Wahrnehmung der jeweiligen Berufsgruppen ist nicht unerwartet, da die Barrieren mit Blick auf die Aspekte wahrgenommen werden, die den üblichen Tätigkeiten von Krankenpflegern und Ärzten entsprechen. Interessant ist nicht zuletzt, dass Krankenpfleger generell sprachlichen Barrieren eine höhere Wichtigkeit als Ärzte

zuschreiben. Dies dürfte auf die höhere Kontakthäufigkeit mit den Patienten und auch darauf zurückzuführen sein, dass Krankenpfleger oft auch durch die psychosoziale Unterstützung von Patienten gefordert sind.

Dies stimmt mit dem oben dargestellten Ergebnis überein, dass sprachliche Barrieren vor allem bei der Kommunikation von emotionalen Problemen und indirekten Einflussfaktoren auf die Gesundheit des Patienten (wie zum Beispiel Zufriedenheit) in den Vordergrund rücken.

#### **4.2.3 Exkurs: Sprachliche Übersetzung in medizinischen Settings**

A-P-Kommunikation ist nicht immer dyadisch, es können auch Begleiter (Familienmitglieder, Partner, usw.) bei der Konsultation anwesend sein. Im Rahmen interkultureller A-P-Kommunikation können diese bei eventuellen Sprachbarrieren die Rolle eines Übersetzers übernehmen (Pöchhacker, 2000). Häufig werden bei Sprachbarrieren Übersetzerdienste in Anspruch genommen (Bernard et al., 2006), wobei hier jedoch ein Problem der Verfügbarkeit bestehen kann (Jacobs et al., 2006). Zudem gibt es auch Übersetzungsdienste per Telefon (Bernard et al., 2006). Als dritte Möglichkeit können Mitarbeiter eines Krankenhauses (zum Beispiel Pflege- oder auch Putzpersonal im Krankenhaus) als Übersetzer fungieren (Pöchhacker, 2000).

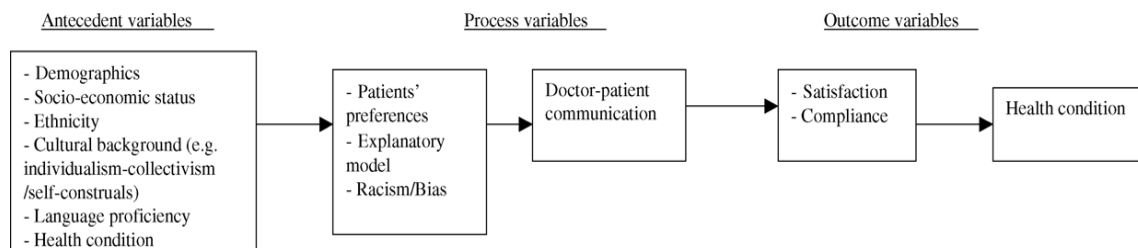
Durch die Verfügbarkeit von Übersetzern kann nicht garantiert werden, dass Inhalte korrekt übersetzt und interpretiert werden und daher sind Behandlungsfehler, die sich hieraus ergeben können, nicht ausgeschlossen (Flores et al., 2003). Zum einen stellen weder Familienmitglieder noch Krankenhauspersonal für Übersetzungsarbeiten im medizinischen Kontext ausgebildete Fachpersonen dar. Zum anderen ist die Übersetzung einer Sprache während einer medizinischen Konsultation eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung, um sprachbedingte Barrieren zu überwinden. Auch wenn die reine Vokabel übersetzt wird, können andere Bedeutungsaspekte verloren gehen (De Saussure, 2011; Gregg & Saha, 2007). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass auch bei Anwesenheit eines Übersetzers eine gewisse IK vom den Vertretern der Gesundheitsversorgung gefordert ist, damit eine zuverlässige Anamnese stattfinden kann. Wie bereits weiter oben beschrieben, gilt dies vor allem für psychologische Probleme und Symptome, die von Patienten mit Migrationshintergrund, weniger ausführlich als von Patienten ohne Migrationshintergrund beschrieben werden und daher vom Arzt unterschätzt werden können (Roberts et al., 2004).

#### 4.2.4 Kulturbarrieren

Nicht nur die Sprachkenntnisse, sondern auch der kulturelle Hintergrund der Patienten und des Gesundheitspersonals können einen Einfluss auf ihre Kommunikation haben. Wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird, kann der kulturelle Einfluss dabei auf verschiedenen Ebenen stattfinden.

##### 4.2.4.1 Einfluss auf und Effekte der Arzt-Patienten-Interaktion nach Schouten und Meeuwesen (2006)

In einem Review der aktuellen Literatur identifizierten Schouten und Meeuwesen (2006) fünf Hauptprädiktoren von kulturbezogenen Kommunikationsproblemen: (1) Kulturunterschiede bei Erklärungsmodellen von Gesundheit und Krankheit, (2) Unterschiede bezüglich kultureller Werte, (3) kulturelle Unterschiede bei den Präferenzen der Patienten hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehung; (4) Rassismus/Wahrnehmungs-Bias und (5) linguistische Barrieren. Auf Basis dieser Prädiktoren erstellten die Autoren ein integratives Forschungsmodell zur interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation. Dabei wurden sowohl potenzielle Einflussfaktoren als auch Folgen von interkultureller Arzt-Patienten-Kommunikation mit eingeschlossen (Abbildung 10).



**Abbildung 10.** Einflussfaktoren auf und Effekte der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation (Schouten & Meeuwesen, 2006)

Als *Einflussvariablen* nennen die Autoren soziodemografische Variablen, Gesundheitszustand, Ethnizität und kultureller Hintergrund des Patienten sowie Sprachfähigkeiten (des Arztes und des Patienten). Einige der im Modell thematisierten potenziellen Einflussvariablen auf A-P-Kommunikation, wie der soziodemografische Hintergrund und der Gesundheitszustand des Patienten wurden schon in Kapitel 3 im Rahmen von allgemeinen Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation diskutiert. An dieser Stelle möchten wir den potenziellen Einfluss von kulturellen Werten genauer betrachten. Dies kann zum Beispiel durch das Individualismus/Kollektivismus-Konstrukt abgebildet werden, das häufig zur Beschreibung kultureller Werten

verwendet wird. Dem Konstrukt zufolge sehen Personen, die einer vornehmlich individualistischen Kultur (z. B. der Kultur eines westeuropäischen Landes) angehören, das Selbst als unabhängig von anderen Gruppen, während Personen aus kollektivistischen Kulturen das Selbst als ein Bestandteil einer Gruppe sehen. Im Rahmen medizinischer Kommunikation können sich diese kulturellen Werte dahingehend äußern, dass Personen mit eher kollektivistischer Prägung weniger bestimmend und weniger direkt in ihrer Kommunikation sind, als Personen, die individualistisch geprägt sind (Holtgraves, 1997).

Innerhalb des Modelles wird der potenzielle Einfluss von Religion und Glauben, der in Verbindung mit Kultur stehen kann, nicht berücksichtigt. Als theoretische Grundlage für unsere Studie setzen wir daher das Modell von Schouten und Meeuwesen mit zusätzlichen Kulturdimensionen in Beziehung, die für die Kommunikation mit Medizinerinnen bedeutsam sein können. Einer dieser Faktoren betrifft die Dimension „Säkularisierung versus Religiosität“ - ein anderer Faktor beschreibt die Bedeutung männlicher versus weiblicher Rollenmuster (Harmsen, Bernsen, Meeuwesen, Pinto & Bruijnzeels, 2006; s. Abschnitt 4.1.1).

Jede dieser *Einflussvariablen* kann einen Einfluss auf die sogenannten *Prozessvariablen* innerhalb des Modells haben. Eine erste hiervon betroffene Prozessvariable ist die Präferenz des Patienten hinsichtlich einer patientenzentrierten oder paternalistischen Beziehung zum Arzt. Obwohl Patientenzentriertheit als Paradigma immer mehr an Bedeutung gewinnt (s. Abschnitt 3.2.4), können die Präferenzen unter den Patienten variieren. Dies kann zum einen von Persönlichkeitsmerkmalen des Patienten (wie etwa Beispiel Kontrollüberzeugungen) abhängen, die einen Einfluss darauf ausüben, ob dieser präferiert, selbst Entscheidungen zu treffen oder dies eher dem Arzt überlässt (Braman & Gomez, 2004). Auch der ethnische Hintergrund kann diese Präferenzen beeinflussen: Amerikaner koreanischer und mexikanischer Herkunft tendieren eher zu einem weniger starken Informationsbedürfnis als „weiße“ Amerikaner (Blackhall et al., 1999). Auch im Vergleich zwischen verschiedenen europäischen Ländern konnten unterschiedliche Präferenzen gefunden werden, zum Beispiel hinsichtlich des Ausmaßes, indem der Arzt biomedizinische und psychosoziale Inhalte kommunizieren sollte (Van den Brink-Muinen et al., 2000).

Das Erklärungsmodell des Patienten von Gesundheit und Krankheit stellt einen weiteren Prozessfaktor dar. Vertreter der Gesundheitsversorgung „verhandeln“ mit

Patienten medizinische „Realitäten“, was als kulturelle Konstruktion der klinischen Realität bezeichnet werden kann. Hierbei kann es Diskrepanzen mit Blick auf therapeutische Werte, Erwartungen und Ziele geben. Ein zentraler Punkt hierbei ist die Verhandlung der Erklärungsmodelle zwischen Patient und Arzt, die entsprechend komplex ausfallen kann, da sich solche Modelle auf die folgenden fünf Punkte beziehen können: 1) Ätiologie; 2) Beginn der Symptome, 3) Pathophysiologie; 4) Verlauf der Krankheit und 5) Behandlung. Die Überzeugungen des Arztes und des Patienten können hinsichtlich eines oder mehrerer Aspekte variieren und kulturell beeinflusst sein (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978).

Der letzte Faktor im Modell ist der Rassismus/Wahrnehmungs-Bias Faktor, der die Beeinflussung der Interaktion durch Voreingenommenheit und Stereotype beschreibt. Einschlägige Befunde hierzu beschreiben z.B., dass Nordamerikanische Ärzte ihre dunkelhäutigen Patienten negativer wahrnehmen (zum Beispiel als weniger intelligent oder weniger compliant) als ihre weißhäutigen Patienten (Van Ryn & Burke, 2000). Ebenso gaben dunkelhäutige eher als hellhäutige Patienten an, dass ihnen Rassismus und Misstrauen im Gesundheitssystem begegnet sind (LaVeist, Nickerson & Bowie, 2000).

Lauten Schouten und Meeuwesens Modell sind die Effekte erfolgreicher A-P-Kommunikation Zufriedenheit, Compliance und ein verbesserter Gesundheitszustand des Patienten. Diese stimmen mit den in Kapitel 3 beschriebenen Effekten effektiver A-P-Kommunikation überein.

Nachdem dargelegt wurde, welche Einflussfaktoren und Effekte der interkulturellen A-P-Kommunikation vorliegen können, widmen wir uns im Folgenden dem Inhalt von interkultureller A-P-Kommunikation.

#### **4.2.4.2 Der Inhalt der interkulturellen A-P-Kommunikation**

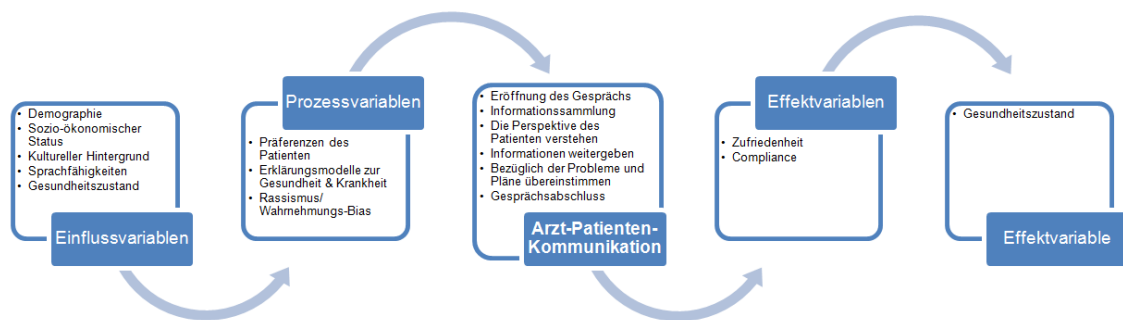
Als Rahmenwerk für den optimalen Ablauf von A-P-Kommunikation beziehen wir uns auf Makoul (2001; siehe Kapitel 3.1), der die folgenden sieben Funktionen einer medizinischen Konsultation nennt:

1. Aufbau einer Beziehung,
2. Eröffnung der Diskussion,
3. Informationssammlung,
4. Die Perspektive des Patienten verstehen,

5. Informationen weitergeben,
6. Bezüglich Problemen und Plänen übereinstimmen,
7. Gesprächsabschluss.

Diese verschiedenen Funktionen sollten auch im Rahmen interkultureller A-P-Kommunikation berücksichtigt werden, damit die Kommunikation vom Patienten und Arzt als zufriedenstellend bewertet wird und insgesamt positive Effekte auf den Behandlungsverlauf aufweisen kann.

Da wir analysieren möchten, welche Inhalte der medizinischen Kommunikation besonders von einem eventuellen kulturellen Einfluss betroffen sein können, integrieren wir das KCS in das Modell von Schouten und Meeuwesen (s. Abbildung 11).



**Abbildung 11. Integratives Modell zu Einflussfaktoren auf und Auswirkungen der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation (Makoul, 2001; Schouten & Meeuwesen, 2006; eigene Darstellung)**

Die sieben Funktionen einer ärztlichen Konsultation können demnach durch spezifische kulturelle Einflüsse weiter beeinflusst werden. In einer Studie aus den Niederlanden, in der Videoaufnahmen von A-P-Kommunikation analysiert wurden, zeigte sich zum Beispiel, dass Allgemeinmediziner weniger patientenorientiert handeln und eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei Patienten mit Migrationshintergrund schwächer ausgeprägt ist als bei Patienten ohne Migrationshintergrund. Es besteht demnach eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Patienten mit Migrationshintergrund weniger in den Entscheidungsprozess mit eingebunden sind und auch weniger Nachfragen erhalten, ob sie die Inhalte verstanden haben, als Patienten ohne Migrationshintergrund (Schouten, Meeuwesen & Harmsen, 2008a). Das von den Allgemeinmedizinern gezeigte Verhalten könnte als eine Reaktion auf die Kommunikationsweisen und -stile der Patienten interpretiert werden. Eine weitere niederländische Studie gibt hierzu Hinweise. Hier wurde gezeigt,

dass niederländische Patienten bestimmter in Konsultation auftreten als Patienten mit anderem ethnischen Hintergrund. Erstere richten mehr Fragen an ihren Arzt, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit, erhöht, dass diese mehr Unterstützung und Zustimmung vom Arzt erhalten. Schouten et al (2007) verweisen darauf, dass das aktive Fragenstellen des Patienten nicht immer auch mit dem Wunsch nach gemeinsamer Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess zusammenhängen muss, sodass die beiden Aspekte differenzierter betrachtet werden sollten (Schouten, Meeuwesen, Tromp & Harmsen, 2007). Des Weiteren signalisieren niederländische Patienten eher als Patienten mit Migrationshintergrund, wenn sie Informationen nicht verstanden haben. Die Effektivität interkultureller A-P-Kommunikation könnte sich somit erhöhen, wenn Patienten mit Migrationshintergrund dem Arzt mehr Hinweise geben könnten, wenn sie etwas nicht verstanden haben. In diesem Sinne trägt nicht nur ein kulturell kompetenter Arzt, sondern auch ein kulturell kompetenter Patient, der Fragen stellt, zu einer effektiven A-P-Kommunikation bei (Meeuwesen et al., 2007).

Unserem Wissen nach gibt es keine Studien, in denen interkulturelle Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten mit unterschiedlicher europäischer Herkunft in einem nationalen Kontext untersucht wurde. Stattdessen wurde die Sicht der Patienten auf A-P-Kommunikation zwischen den verschiedenen Ländern Europas untersucht. In Europa gibt es sowohl Gatekeeper als Nicht-Gatekeeper Länder (s. Kapitel 1). In einer Studie (Van den Brink-Muinen et al., 2000) wurden Patienten aus Gatekeeper (Niederlande, Spanien und Vereinigtes Königreich) und Nicht-Gatekeeper Länder (Belgien, Deutschland und Schweiz) sowohl zu biomedizinischen Kommunikationsaspekten (Bsp. „Ich möchte, dass der Arzt mir sagt, was die Symptome bedeuten.“) als auch zu psychosozialen Kommunikationsaspekten befragt (Bsp. „Ich habe emotionale Probleme, bei denen ich gern Hilfe bekommen würde.“). Dabei sollten sie die Relevanz der jeweiligen Kommunikationsaspekte und die Performanz des Arztes beurteilen. In den drei Nicht-Gatekeeper-Ländern resultierten für beide Kriterien die höchsten Werte. Insgesamt war es den Patienten in allen Ländern weniger wichtig, über psychosoziale als über biomedizinische Probleme zu reden. Es konnten sogar signifikante Unterschiede innerhalb der Länder gefunden werden. In Belgien war es flämischen Patienten wichtiger, biomedizinische Aspekte mit ihrem Arzt zu besprechen als wallonischen Patienten. In Ostdeutschland thematisierten Allgemeinmediziner eher biomedizinische Probleme als in Westdeutschland. In der französischsprachigen Schweiz wird psychosozialen

Aspekten mehr Wichtigkeit zugesprochen und es wird angegeben, dass diese öfter diskutiert werden als in der deutschsprachigen Schweiz (Van den Brink-Muinen et al., 2000).

Nur wenige Studien erfassten die Sicht von Ärzten auf interkulturelle A-P-Kommunikation über qualitative Methoden. In einer Untersuchung von Dorgan, Lang, Floyd, & Kemp (2009) wurden 12 aus dem Ausland stammende Ärzte (Karibik, Kolumbien, Dänemark, Indien, Iran, Pakistan und Peru) in den USA zu ihrer Kommunikation mit Patienten US-amerikanischer Herkunft befragt. Zwei Hauptthemen bezüglich wahrgenommener Barrieren kristallisierten sich in dieser Studie heraus: (1) Barrieren aufgrund der medizinischen Ausbildung und (2) interpersonale Barrieren. Der erste Punkt wurde als Barriere bewertet, da Ärzte im Rahmen ihres Studiums vor allem naturwissenschaftliche Aspekte der Medizin fokussieren müssen, was mit einer unzureichenden Ausbildung in Kommunikationsfähigkeiten einhergeht. Die meisten Ärzte berichteten dann auch, dass sie ihre Kommunikationsfähigkeiten durch Erfahrung erworben haben. Hinsichtlich des zweiten Punktes der interpersonalen Barriere sagten die Ärzte, dass Englisch als Fremdsprache nicht zu Schwierigkeiten in der Kommunikation führen würde, jedoch sei der in der Region (Appalachen) gesprochene Dialekt, einschließlich umgangssprachlicher Ausdrücke, eine Barriere. Einige Ärzte gaben an, dass auch ihr eigener Dialekt eine Quelle problematischer Kommunikation mit den Patienten darstellen könnte (Dorgan et al., 2009).

In Kapitel 2 wurde schon die Studie von (Jain & Krieger, 2011) vorgestellt, die hier noch mal zusammengefasst dargestellt werden soll, da sie sich mit interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting aus der Sicht von Medizinern befasste. Die Autoren interviewten ebenfalls 12 Allgemeinmediziner mit verschiedenen kulturellen Hintergründen. Die Ärzte wurden zu (a) eventuellen Barrieren bezüglich Sprache, Emotion und Kultur im Rahmen der Kommunikation mit ihren Patienten befragt, sowie zu (b) kommunikativen Anpassungsstrategien, die die Kommunikation verbessern könnten. Als theoretisches Rahmenwerk wurde die Communication Accommodation Theory benutzt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Ärzte folgende Anpassungsstrategien benutzten, um interkulturelle Differenzen auszugleichen: Wiederholen von Information, Ändern des Sprachstils, sowie das Benutzen nonverbaler Kommunikation.

Auch wenn es demnach Studien gibt, die Unterschiede in der medizinischen Kommunikation in verschiedenen europäischen Ländern erfassen und über qualitative Methoden die Sicht von Medizinern auf die A-P-Kommunikation beschreiben, fehlen noch genaue Erkenntnisse dazu, wie die oben dargestellten Inhalte einer medizinischen Konsultation vor allem auch in ihrem Ablauf beeinflusst werden.

#### ***4.2.4.3 Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient bezüglich demographischer und kognitiver Eigenschaften***

Es kann davon ausgegangen werden, dass die von Arzt und Patient wahrgenommene Ähnlichkeit hinsichtlich demographischer und kognitiver Eigenschaften mit einer positiven Bewertung der stattgefundenen Kommunikation einhergeht (Sue, 1998). Sue, Fujino, Hu, Takeuchi und Zane (1991) untersuchten so z.B. im Rahmen von psychologisch-therapeutischen Behandlungen, ob eine ethnische Übereinstimmung zwischen Therapeuten und Klienten zu funktionalerer Kommunikation führt. Als abhängige Variablen wurden die Länge der Behandlung, die Behandlungseffekte und Drop-out-Raten erfasst. Ein Hauptergebnis dieser Studie war, dass die Wichtigkeit einer ethnischen Übereinstimmung vom Akkulturationslevel, der ethnisch-kulturellen Identität, und der Ethnizität der Klienten abzuhängen scheint.

Zweitens analysierten die Autoren auch die Frage, ob positive Behandlungseffekte begünstigt werden, wenn Klienten mit Migrationshintergrund Dienste aufsuchen, die spezifisch auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind. Auch wenn hier keine besseren Behandlungseffekte nachgewiesen werden konnten, zeigte sich dennoch, dass Klienten mit Migrationshintergrund, die die auf sie ausgerichteten Dienste aufsuchten, geringere Drop-out-Raten hatten und länger die Leistungen dieser Dienste in Anspruch nahmen als bei herkömmlichen Diensten (Takeuchi, Sue & Yeh, 1995; Yeh, Takeuchi & Sue, 1994).

Die letzte Fragestellung dieser Studie beschäftigte sich damit, ob eine ähnliche Denkweise im Sinne einer kognitiven Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut ein weiterer Prädiktor für positive Behandlungseffekte ist. Dazu wurden Einstellungen von Patient und Therapeut hinsichtlich des Konzeptualisierens von Therapiezielen und Möglichkeiten, um Probleme zu lösen, erfasst. Es zeigte sich, dass die kognitive Übereinstimmung signifikant mit Behandlungseffekten und der Patientenwahrnehmung der Sitzungen verbunden ist. Somit konnten sowohl die

Wichtigkeit von kognitiver als auch ethnischer Übereinstimmung nachgewiesen werden (Sue, 1998; Sue & Zane, 2009).

Möglicherweise spielen die ethnische und die kognitive Übereinstimmung in einer psychologischen Behandlung eine größere Bedeutung, als in einem medizinischen Setting, da Kommunikation im Rahmen des ersten Behandlungssettings mehr Raum generell einnimmt. Eine solche Argumentation schwächt allerdings nicht die grundlegende Rolle der Kommunikation im Rahmen einer medizinischen Konsultation (s. Kapitel 3). Dies vor allem auch, da schon ähnliche Ergebnisse ebenfalls in Bezug auf medizinische Konsultationen nachgewiesen wurden. So gibt es Hinweise darauf, dass eine Arzt-Patient-Beziehung dadurch gefestigt wird, dass Patienten sich hinsichtlich persönlicher Überzeugungen, Werte und Kommunikation als ähnlich zu ihrem Arzt wahrnehmen. Wahrgenommene charakterliche Ähnlichkeit hängt mit höheren Bewertungen hinsichtlich Vertrauens, Zufriedenheit und Compliance zusammen. Afroamerikanische und weiße Patienten nahmen in „rasseübereinstimmenden“ Interaktionen mehr charakterliche und ethnische Ähnlichkeit zu ihren Ärzten wahr, als sie es in nicht übereinstimmenden Begegnungen taten (Street, O'Malley, Cooper & Haidet, 2008). Zudem konnte festgestellt werden, dass afroamerikanische Patienten längere Sprechstunden bei afroamerikanischen Ärzten haben (Cooper et al., 2003).

In dem vorliegenden Kapitel wurde dargelegt, dass Kultur- und Sprachunterschiede zwischen Patient und Arzt einen negativen Einfluss auf die Kommunikation in einer medizinischen Konsultation haben können. In folgendem Kapitel wird interkulturelle Kompetenz, d.h. das Wissen und die Fähigkeiten, die ein Arzt haben sollte, damit interkulturelle Kommunikation in der Sprechstunde erfolgreich verläuft, thematisiert.



## 5. Interkulturelle Kompetenz

Im vorherigen Kapitel wurde dargelegt, dass Kultur- und Sprachunterschiede zwischen Patient und Arzt einen negativen Einfluss auf die Kommunikation in einer medizinischen Konsultation haben können. In dem vorliegenden Kapitel werden das Wissen und die Fähigkeiten, die ein Arzt haben sollte, damit interkulturelle Kommunikation in der Sprechstunde erfolgreich verläuft, thematisiert. Ein solches kulturelles Wissen und solche kulturellen Fähigkeiten werden im Folgenden als interkulturelle Kompetenz (IK) bezeichnet. Einleitend wird das Konzept der IK zunächst unabhängig von einem bestimmten Anwendungsgebiet beschrieben, da IK in allen Lebensbereichen, in denen interkulturelle Begegnungen stattfinden können, wichtig ist. Im zweiten Teil dieses Kapitels wird interkulturelle Kompetenz im Gesundheitsbereich thematisiert. Im letzten Teil schließlich, wird ein eigenes Modell zu IK im Gesundheitsbereich formuliert, das die theoretische Grundlage für eine der im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten empirischen Studie bildet.

### 5.1 Begriffsbestimmung und Definition von interkultureller Kompetenz

Dieses Kapitel widmet sich der Begriffsbestimmung und Definition von IK. Als Erstes richten wir unseren Blick auf die Definition von Fähigkeiten, die als notwendig erachtet werden, damit interkulturelle Überschneidungssituationen erfolgreich verlaufen. Obwohl seit fast 60 Jahren zu IK geforscht wird und es seitdem fortwährend neue Erkenntnisse auf diesem Gebiet gab, gibt es noch immer keinen Konsens bezüglich der Definition ihrer Komponenten und ihrer „Beschaffenheit“. So wird interkulturelle Kompetenz zum einen als persönliche Eigenschaft (Van Der Zee & Van Oudenhoven, 2000), zum anderen als erlernbare Fähigkeit (Wilson, Ward & Fischer, 2013) definiert. Als weitere Option integrieren z. B. Matsumoto und Hwang (2013) beide Perspektiven, in dem sie sich auf die Identifizierung von Wissen, Fähigkeiten, sowie anderer Faktoren beziehen, die notwendig sind, um Kompetenz zu *demonstrieren* (Chiu, Lonner, Matsumoto & Ward, 2013).

Laut Thomas und Simon (2007, S.136) ist interkulturelle Kompetenz „die Kompetenz einer Person in interkulturellen Überschneidungssituationen erfolgreich handeln zu können“. Unter Berücksichtigung der in Abschnitt 4.1.1 diskutierten Definition von Kultur geht es hier um den Umgang mit Personen, die andere *Orientierungssysteme* als man selbst, benutzen.

Um kulturell effektiv zu sein, sollte man sich für andere Kulturen interessieren, sensitiv genug sein, um kulturelle Unterschiede zu bemerken und auch bereit sein, sein eigenes Verhalten aus Respekt für Personen anderer Kulturen zu ändern (Bhawuk & Brislin, 1992). Hammer et al. (2003) unterscheiden zwischen der „interkulturellen Sensitivität“ und der „interkulturellen Kompetenz“. Eine hohe interkulturelle Sensitivität kann zu einer hohen interkulturellen Kompetenz und damit einem höheren interkulturell kompetenten Handeln führen (s. Abschnitt 5.4). Interkulturelle Sensitivität ist die Fähigkeit, relevante kulturelle Unterschiede wahrzunehmen und zu unterscheiden; interkulturelle Kompetenz hingegen bezeichnet die Fähigkeit, auf interkulturell angemessene Art zu denken und sich zu verhalten (Hammer et al., 2003). Die Definitionen zu IK von Hammer et al. (2003) sowie Thomas und Simon (2007) zu interkultureller Kompetenz sind zum größten Teil überlappend und können als Grundlage für die weiteren Überlegungen benutzt werden. Unbeantwortet bleiben jedoch noch die Fragen, was es erstens bedeutet, angemessen, bzw. erfolgreich in einer interkulturellen Überschneidungssituation zu handeln, zweitens, welche Fähigkeiten man dazu braucht und drittens, wie diese erworben werden können. Diese Fragen werden wir in diesem Kapitel behandeln.

Eine weitere Problematik stellt sich bezüglich der der Begriffsbestimmung von IK. So gibt es neben der IK beispielsweise auch die „multikulturelle Kompetenz“ oder die „kulturelle Kompetenz“, welche das gleiche Konzept bezeichnen. Nach der Duden-Definition bedeutet interkulturell: „die Beziehungen zwischen verschiedenen Kulturen betreffend; verschiedene Kulturen umfassend, verbindend“ (Duden, 2013). In dieser Arbeit wird der Begriff *interkulturelle Kompetenz* verwendet, da es hier um Kommunikation geht, die *zwischen* Angehörigen verschiedener Kulturen stattfindet. In englischsprachigen Publikationen ist auf dem Gebiet der psychologischen Forschung die Benennung „Cross-cultural“, z. Bsp. in „cross-cultural psychology“ geläufig (Chiu et al., 2013). Im deutschsprachigen Raum ist das Adjektiv „interkulturell“, wie z.B. beim Konzept „interkultureller Handlungskompetenz“ von Thomas und Simon (2007) geläufig.

Einige Modelle zu IK beziehen sich ausschließlich auf interkulturelle *Kommunikationskompetenzen* (z. B. Teal & Street, 2009). Jedoch sind in interkulturellen Überschneidungssituationen nicht immer ausschließlich Kommunikationskompetenzen gefragt, auch Handlungen können interkulturelle

Konflikte hervorrufen. In einer medizinischen Konsultation sind, wie in Kapitel 3 beschrieben, ebenso nonverbale Komponenten, wie die physische Untersuchung zum Beispiel, enthalten. Diese können in ihrer Ausführung ebenfalls interkulturelle Kompetenz erfordern. Ein nicht kulturkonformes Verhalten einem Patienten gegenüber könnte sich zum Beispiel so äußern, dass ein Arzt nicht die in bestimmten Kulturen erwartete körperliche Distanz wahrt und nicht erfolgreich - im Sinne eines positiven Effektes der Konsultation - mit dem Patienten interagiert. Demnach erfordern auch Handlungen IK und Thomas und Simon (2007) beschreiben daher explizit die interkulturelle Handlungskompetenz. Diese Handlungskompetenz umfasst somit sowohl verbale als auch nonverbale Handlungen. Neben diesen Autoren sehen auch andere Experten in der interkulturellen Kompetenz den Gebrauch von kulturell angebrachten Verhaltensstrategien in verschiedenen kulturellen Kontexten. Nach Leung, Lee und Chiu (2013) kann eine kulturell kompetente Person sich reibungslos in kulturellen Situationen bewegen, indem sie strategisch und flexibel kulturell angebrachtes Verhalten zeigt, um die von verschiedenen kulturellen Kontexten, jeweils als angemessen betrachtete Ziele zu verfolgen.

Im Folgenden lenken wir unseren Blick ein zweites Mal auf die Problematik, die der Begriff der interkulturellen Kompetenz mit sich bringt. In einigen Studien und Modellen werden Konzepte genannt, die die gleichen Inhalte wie die hier beschriebene interkulturelle Kompetenz umfassen, jedoch zum Beispiel als multikulturelle Kompetenz (American Psychological Association, 2009) bezeichnet werden. Demgegenüber gibt es auch Teilkonzepte, wie etwa die kulturelle Kommunikationskompetenz (Teal & Street, 2009), die interkulturelle Sensitivität (Hammer et al., 2003) und die multikulturelle Persönlichkeit (Van Der Zee & Van Oudenhoven, 2000). Diese Konzepte bezeichnen Teilkomponenten einer interkulturellen Kompetenz, stellen jedoch nicht die gesamte Kompetenz dar.

Ebenso gibt es Modelle, die sich explizit auf interkulturelle Kompetenz in bestimmten Kontexten, wie etwa einem Pflegekontext, beziehen. Ein Beispiel hierfür stellen die Modelle von Sue et al. (1982) sowie von Sue (1998, 2006) dar, die sich auf IK in der psychologischen Beratung beziehen. Unterschiede in der Definition von IK beziehen sich gleichermaßen darauf, ob interkulturelle Kompetenz als Prozess oder Status gesehen wird. Campinha-Bacote (2002), sowie Thomas und Simon (2007) erstellten Prozess-Modelle, die beschreiben, wie IK erlangt werden kann. Sue (1982) und

Kollegen hingegen stellten ein statisches Modell vor, in dem sie nur die für sie eigentlichen Komponenten der IK nennen, ohne sich auf einen Lernprozess zu beziehen.

Diese Fülle an Definitionen und Konzepten trägt zur Schwierigkeit, interkulturelle Kompetenz zu definieren, bei. Einige der genannten Konzepte werden unten genauer dargestellt.

## 5.2 Forschung zu interkultureller Kompetenz

Hier wird zunächst die Entwicklung der Forschung zu IK in den letzten Jahrzehnten diskutiert. Diese Gliederung bezieht sich auf Thomas und Simon (2007) sowie Chiu et al. (2013). Die Forschung zu interkultureller Kompetenz besteht seit fast 60 Jahren und fand, bzw. findet, v.a. im angloamerikanischen Raum statt. Hier vollzogen sich seitdem zwei grundlegende Paradigmenwechsel. Bis ca. 1970 herrschte der sogenannte *personalistische* Forschungsansatz vor, der davon ausging, dass es einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und IK gibt. Allerdings konnte in wissenschaftlichen Studien kein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften von Personen, und wie andere sie hinsichtlich kultureller Kompetenz wahrnehmen, gefunden werden. Aus diesem Grund gingen Forscher dazu über, nicht mehr nur nach handlungsbestimmenden Persönlichkeitseigenschaften zu suchen, sondern auch nach den erforderlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Eine der am häufigsten zitierten Studien über erforderliche Fähigkeiten für interkulturelle Effektivität stammt von Hammer, Gudykunst und Wiseman (1978). In dieser Studie sollten Personen, die längere Auslandsaufenthalte absolviert haben und von anderen als kulturell kompetent eingeschätzt wurden, bewerten, welche Fähigkeiten wichtig für interkulturelle Effektivität sind. Mittels einer faktorenanalytischen Untersuchung der Daten wurden drei Dimensionen der interkulturellen Effektivität ermittelt: (1) die Fähigkeit mit psychologischem Stress umzugehen, (2) die Fähigkeit effektiv zu kommunizieren und (3) die Fähigkeit interpersonale Beziehungen aufzubauen. Allerdings konnte in darauf folgenden Studien, zumindest nicht mit angemessenen Methoden, ein Zusammenhang mit dem Handlungserfolg in kulturellen Interaktionen und Fähigkeiten sowie Persönlichkeitseigenschaften nachgewiesen werden. Diese unbefriedigenden Forschungsergebnisse im Rahmen des personalistischen Paradigmas führten zwangsläufig zu einem Paradigmenwechsel, dem *situationistischen* Forschungsansatz.

Dieser beschreibt die Situationen, die interkulturelle Handlungserfolge bestimmen können. Die Forscher, die sich mit interkultureller Kompetenz befassten, kamen jedoch zu der Einsicht, dass die in einer Situation agierenden Individuen, nicht vernachlässigt werden können und somit setzte sich das *interaktionistische* Paradigma durch. Laut diesem Ansatz bestimmen sowohl die Situation, als auch die in ihr agierende Person einen Handlungserfolg in einer interkulturellen Überschneidungssituation (Thomas & Simon, 2007).

Die aktuelle Forschung zu interkultureller Kompetenz fokussiert sich vor allem auf die Fähigkeiten, die interkulturell kompetente Personen aufweisen sollten. Dies ist zum Beispiel die Sensitivität für interkulturelle Unterschiede, das Anpassen an andere kulturelle Umwelten und das Bewusstsein, dass Kultur einen Einfluss auf die eigenen Gedanken und Verhalten haben kann (Chiu et al., 2013). In einer neueren Studie von Deardorff (2006) wurden Experten auf dem Gebiet der interkulturellen Forschung zu der Definition von „interkultureller Kompetenz von Studenten“ befragt. Als Komponenten wurden zum einen Einstellungen, wie Respekt, Offenheit und Neugierde genannt. Als eigentliche Komponenten der IK wurden Wissen und Fähigkeiten (Anpassungsfähigkeit, Flexibilität, sowie sich effektiv und angemessen verhalten und kommunizieren) angeführt.

Als zusätzliches Element wird in der aktuellen Forschung das Konzept der Metakognition aufgegriffen. Zwei Komponenten der kulturellen Metakognition sind (a) die Kenntnis über die Verteilung von Wissen innerhalb und zwischen den Kulturen und (b) höhere kognitive Prozesse, die beim Erwerb von Kenntnissen über Kultur eingebunden sind (Chiu et al., 2013).

Somit bezieht sich kulturelle Metakognition erstens auf **kulturelles Wissen**. Hier kann eine Unterscheidung zwischen primärem Wissen über Kultur und sekundärem Wissen getroffen werden. Primäres Wissen stellt das Wissen über eine bestimmte Kultur dar (z. B., ob eine Kultur individualistisch ist). Das Metawissen über eine bestimmte Kultur ist das Wissen darüber, was die Personen, die dieser Kultur angehören, wissen, bzw. was ihre Werte sind. In anderen Worten repräsentiert Metawissen die individuelle Kenntnis über das Wissen von Personen, die einer bestimmten Kultur angehören, im Gegensatz zu allgemeinem Wissen über die Kultur selbst. Metawissen beinhaltet ein objektives (Kennen des Prozentsatzes von Personen in der Kultur, die A,B, C, etc. wissen) und ein subjektives Element (Schätzen des Ausmaßes, in dem die Anhänger

der Kultur X A, B, und C, bevorzugen etc.). Primäres Wissen und Metawissen über Kultur werden auf unterschiedliche Weise gemessen. Zum Beispiel kann Metawissen durch die Schätzung, wie Wissen in einer bestimmten Kultur verteilt ist, erfasst werden. Im Gegensatz hierzu wird primäres Kulturwissen anhand von Selbstberichten und Leistungsaufgaben gemessen. Die *Common Ground Theory* (Clark, 1996; siehe Kapitel 2) bietet einen Rahmen, um die Rolle von kulturellem Metawissen im Rahmen von interkultureller Kommunikation zu verstehen. Gemäß dieser Theorie ist Kommunikation ein gemeinschaftlicher Prozess, während dem die Kommunizierenden kollektive Bedeutungen schaffen. Die Kommunizierenden erfassen, welche Inhalte den Common Ground abdecken, bzw., welche Inhalte ihn nicht abdecken. Mithilfe dieser Informationen werden Kommunikationsbotschaften formuliert, in die nur Inhalte fließen, die von beiden Kommunizierenden in Bezug auf das gemeinsame Wissen, die gemeinsamen Überzeugungen und den gemeinsamen Annahmen verstanden werden (Leung et al., 2013).

Die zweite Komponente der kulturellen Metakognition sind höhere kognitive Prozesse, durch die **kulturelle Überraschungen** verstanden werden können. Kulturelle Überraschungen sind Erlebnisse, bei denen Personen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen miteinander agieren und eine Person sich dabei anders als erwartet, verhält (Sieck, Smith & Rasmussen, 2013). Sieck et al.(2013) untersuchten in ihrer Studie metakognitive Prozesse und Strategien, die im Zusammenhang mit einer kulturellen Wissenskonstruktion im Rahmen kultureller Überraschungen benutzt werden können. Zu lernen, wie man sich in einer bestimmten Kultur verhält, ist wichtig für ein reibungsloses, routiniertes Funktionieren in einem bestimmten kulturellen Milieu. Dennoch können kulturell bestimmte Verhaltensweisen imitiert werden, ohne dass die Absichten der anderen verstanden werden, bzw. tiefere Einsichten in diese gewonnen werden. Die Autoren beziehen sich in ihrer Studie explizit auf Immigranten, jedoch gehen wir hier davon aus, dass diese Überlegungen auch für andere Bevölkerungsgruppen gültig sein können. Mit Blick auf interkulturelle A-P-Kommunikation betrifft IK beispielsweise nicht nur immigrierte Personen, sondern sowohl Arzt als auch Patient, unabhängig davon, ob diese in dem jeweiligen Land aufgewachsen sind, oder nicht. Sieck et al (2013) unterscheiden fünf metakognitive Prozesse und Strategien, die selektiv für eine kompetente kulturelle Sinnherstellung genutzt werden können und die notwendig für die Entwicklung elaborierter und nuancierter Erklärungen für kulturelles Verhalten sein sollen. Diese

metakognitiven Strategien umfassen das Wahrnehmen von kulturell abweichendem Verhalten, die Generierung eines kulturellen Schemas, die Erkundigung bezüglich der Gründe für das Verhalten, das Einbeziehen von alternativen Erklärungen und das Unterdrücken von Bewertungen.

Die genannten kognitiven Strategien wurden mittels einer „think-aloud“-Studie von Sieck et al. daraufhin untersucht, inwiefern sie angewandt werden. Im Folgenden werden die einzelnen Strategien und das Ausmaß beschrieben, in denen ihnen empirische Bedeutsamkeit für die kulturelle Sinnherstellung zugeschrieben werden kann. Damit eine Person kulturelle Abweichungen (d.h., Verhalten, das nicht mit dem eigenen kognitiven Schema zum üblichen Verhalten von Personen dieser Kultur übereinstimmt) wahrnehmen kann, muss sie ihr eigenes Verhalten und Reaktionen in interpersonalen Interaktionen hinreichend überwachen. Allerdings konnten keine empirischen Belege für die Bedeutung dieser Strategie für die kulturelle Sinnherstellung gefunden werden. Empirische Belege wurden allerdings für die folgenden vier Punkte gefunden. Das *Aufrufen eines generellen kulturellen Schemas* beinhaltet, dass Personen, sich bei unerwarteten Verhalten einer anderen Person die Frage stellen, ob dieses Verhalten auf kulturellen Unterschieden zwischen ihr und dem anderen beruhen könnte. Zum zweiten kann kultureller Sinn dadurch hergestellt werden, dass Personen sich nach Gründen für das unerwartet Verhalten erkundigen. Drittens sollten verschiedene Erklärungen für eine kulturelle Überraschung in Erwägung gezogen werden, bzw. zu offensichtliche (stereotype) Erklärungen sollten in Frage gestellt werden. Als letztes sollte darauf geachtet werden, dass nicht voreilig Schlüsse gezogen werden, obwohl noch nicht genügend Anhaltspunkte für eine Erklärung vorliegen. (Sieck et al., 2013).

### 5.3 Interkulturelle Sensitivität und interkulturelles Bewusstsein

Die Inspektion der einschlägigen Literatur zeigt, dass es in der spezifischen Theorienbildung Probleme mit der Konzeptualisierung der interkulturellen Sensitivität, dem interkulturellem Bewusstsein und der interkulturellen Kommunikationskompetenz gab. Obwohl die drei Konzepte miteinander in Verbindung stehen, repräsentieren sie drei unterschiedliche Beschreibungsebenen. Interkulturelle Kommunikationskompetenz stellt dabei den Überbegriff dar, der die kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Fähigkeiten der interagierenden Personen im Rahmen interkultureller Kommunikation beschreibt. Das *interkulturelle*

*Bewusstsein* bezieht sich auf den kognitiven Aspekt der IK. Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, kulturelle Dynamiken wahrzunehmen und multiple Identitäten zu unterscheiden. Das interkulturelle Bewusstsein enthält als Unterkomponente die Wahrnehmung der eigenen Person. Letzteres ist die Fähigkeit des Individuums sich selbst zu beobachten und umfasst die Kenntnis seiner eigenen Identität. Es wird davon ausgegangen, dass eine Person mit einer hohen Eigenwahrnehmung sensibel für die Aussagen und die Eigendarstellung ihrer Gesprächspartner im Rahmen von interkultureller Kommunikation ist. Zudem wird davon ausgegangen, dass die Person weiß, wie sie diese Hinweise nutzen kann, um ihre eigene Selbstdarstellung zu leiten. Kulturelles Bewusstsein im Allgemeinen bezieht sich auf die Kenntnis der kulturellen Konventionen, die beeinflussen, wie wir denken und wie wir uns verhalten. Sie umfasst die Kenntnis darüber und Verständnis für die Unterschiedlichkeit von Kulturen (Chen & Starosta, 1996; Chen & Starosta, 2000).

Der affektive Aspekt der interkulturellen Kommunikationskompetenz wird durch das Konzept der *interkulturellen Sensitivität* dargestellt, das sich auf den aktiven Wunsch von Personen bezieht, Unterschiede zwischen Kulturen zu verstehen, zu schätzen und zu akzeptieren. Der affektive Prozess beinhaltet die Annahme, dass interkulturell kompetente Personen in der Lage sind, positive emotionale Reaktionen vor, während und nach interkulturellen Interaktionen zu senden und zu empfangen (Chen & Starosta, 1996; Chen & Starosta, 2000).

Bennet (1986) stellte ein Modell zur Entwicklung von interkultureller Sensitivität, in Form eines Kontinuums von sechs Stufen, auf. Dieses Entwicklungskontinuum reicht von Ethnozentrismus bis zu Ethnorelativismus (s. Abbildung 12). Ethnozentrismus bedeutet, dass die eigene Weltsicht nicht in Frage gestellt wird, da sie zentral für jegliche Realität sein soll. Der höchste Grad an Ethnozentrismus ist die Ablehnung von Unterschieden, die dann auftritt, wenn physische oder soziale Isolation jeglichen Kontakt mit allen signifikanten kulturellen Differenzen verhindern. Daran schließen sich die evaluative Verteidigung gegen Unterschiede und die Minimierung von Unterschieden an. Die nächste Stufe ist die Akzeptanz von Unterschieden, welche den Übergang vom Ethnozentrismus zum Ethnorelativismus darstellt. Zu diesem Zeitpunkt werden kulturelle Unterschiede zur Kenntnis genommen und respektiert. Die beiden letzten Stufen sind die Adaptierung an kulturelle Unterschiede und die Integration von kulturellen Unterschieden in seine eigene Weltsicht. Die höchste Stufe,

die Integration, schließt die Fähigkeit, Phänomene in Bezug zu kulturellen Kontexten zu bewerten, mit ein (Bennett, 1986).

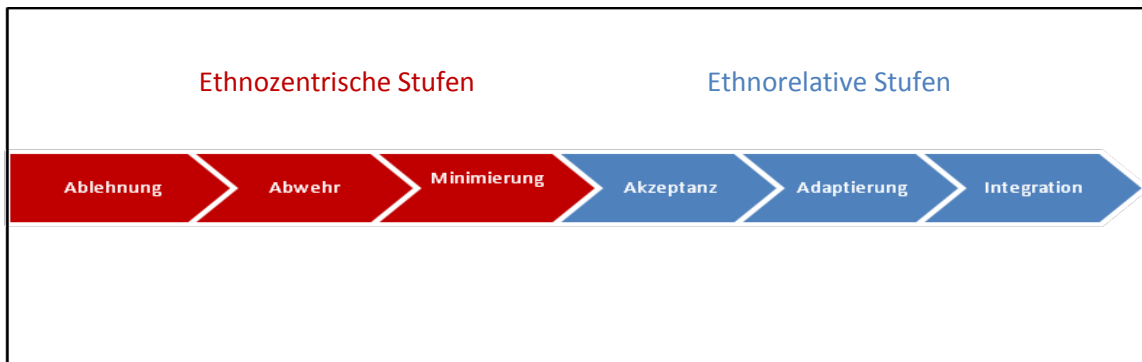


Abbildung 12. Entwicklung Interkultureller Sensitivität (Bennett, 1986)

Der *Verhaltensaspekt der IK* schließlich bezieht sich auf die Fähigkeit, die Kommunikationsziele in interkulturellen Interaktionen zu erreichen (Chen & Starosta, 1996; Chen & Starosta, 2000).

#### 5.4 Die Entwicklung interkultureller Kompetenz nach Thomas (2009)

Thomas (2009) beschreibt, wie interkulturelle Kompetenz erworben werden kann. Er beschreibt hier ein Drei-Phasen-Modell, welches aus einer Input-Phase, einer Prozessphase und einer Output-Phase besteht (s. Abbildung 13). Auf die Modellfacetten soll im Folgenden detaillierter eingegangen werden.

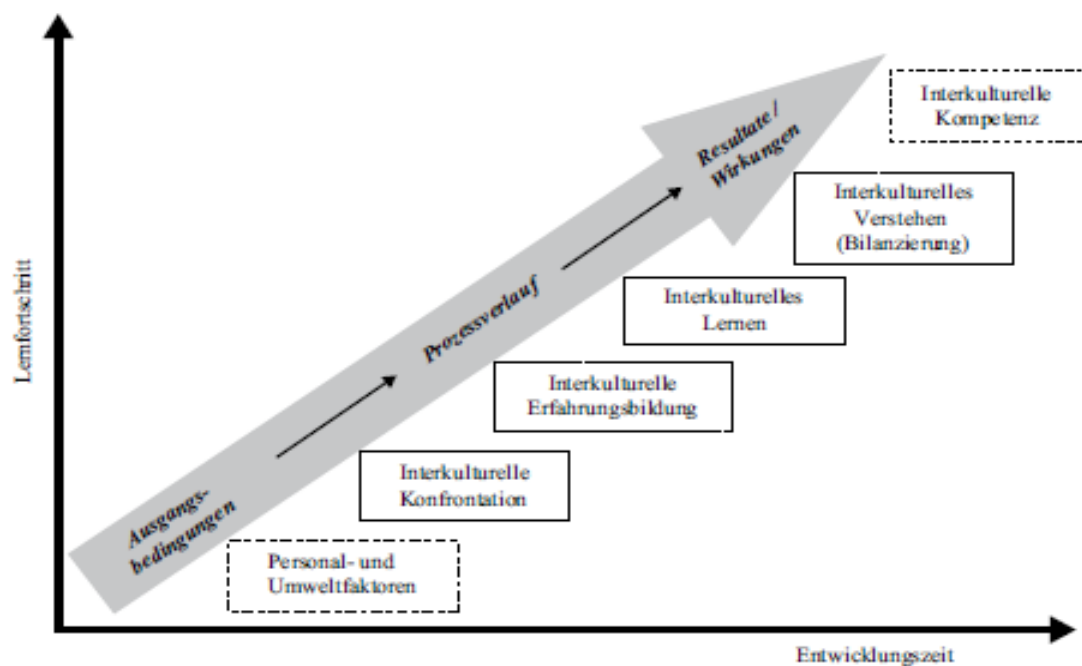


Abbildung 13. Die Entwicklung interkultureller Kompetenz (Thomas, 2009)

1. Die im Modell beschriebenen *Ausgangsbedingungen* umfassen Personal- und Umweltfaktoren. Die Personalfaktoren bestehen aus Erfahrungen und Verfestigungen im Bereich von Motivstrukturen, Wertvorstellungen, dem Selbstbild, Einstellungen, den Selbstkonzeptausprägungen, Fremdbild und dem vermuteten Fremdbild. Diese Faktoren können der vorhin beschriebenen Eigenwahrnehmung im Sinn des interkulturellen Bewusstseins gleichgesetzt werden.

Zudem nennt Thomas zeitlich stabilere Personalfaktoren, wie bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, als Ausgangsbedingungen für IK. Häufig werden folgende Persönlichkeitsdimensionen mit einer „multikulturellen Persönlichkeit“ in Verbindung gebracht (Van der Zee und Van Oudenhoven, 2000):

- Kulturelle Empathie/Sensitivität
- Aufgeschlossenheit
- Emotionale Stabilität
- Soziale Initiative, Handlungsorientierte Herangehensweise
- Abenteuerlichkeit/Neugierde
- Flexibilität
- Extraversion

Die Umweltfaktoren können in die gegenständliche und die soziale Umwelt unterteilt werden. Erstere ist kulturspezifisch bestimmt und vom Individuum verinnerlicht. Sie umfasst Landschaften und Gebäude, die Gestaltung von Lebenswelten, sowie den Umgang mit Zeit und Raum. Handeln findet immer in einer bestimmten sozialen Umwelt, wie etwa Organisationen, Gruppen oder Dyaden statt und wird bestimmt durch die Rollen und den Status, die die Kommunizierenden einnehmen. Die spezifischen Merkmale eines Kontextes, wie der medizinische Kontext (s. Kapitel 3) können die erforderlichen kulturellen Kompetenzen bestimmen. So kann im Rahmen interkultureller A-P-Kommunikation, z.B. das selbst zugeschriebene Rollenverständnis des Arztes einen Einfluss auf seine Kommunikation und Handeln haben.

2. Für den Erwerb von IK ist nicht nur die Konfrontation mit den von der eigenen Kultur abweichenden Verhaltensweisen, sondern auch die Reflexion über diese wichtig. Hierfür sollen wieder bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, wie

- Offenheit, Neugier, ein hohes Maß an Empathie und Ambiguitätstoleranz notwendig sein.
3. Drittens sollte es im Rahmen der Entwicklung von IK zur Erfahrungsbildung durch interkulturelle Begegnungen direkter oder indirekter Art kommen. Besonders förderlich für kulturelles Lernen sollen Erfahrungen mit Kommunikationssituationen sein, in denen sich der fremdkulturelle Gesprächspartner zu einem hohen Maß abweichend von der eigenen Kultur benimmt.
  4. Die Bedingung dafür, dass überhaupt interkulturelles Lernen stattfindet, ist erstens das individuelle Bewusstsein von nicht erwartungskonformem Verhalten, das zwischen Personen mit verschiedenem kulturellem Hintergrund auftreten kann. Zweitens sollte das Verhalten dahingehend interpretiert werden, dass es von Kultur beeinflusst ist, und drittens sollte dies akzeptiert werden. Lernen (Gewahr werden, Interpretieren, Akzeptieren), Informieren und Reflektieren über Eigen- und Fremdkulturalität sollten laut diesem Modell intrinsisch motiviert sein.
  5. Die fünfte Stufe des interkulturellen Lernens ist interkulturelles Verstehen.

Das Ziel des interkulturellen Lernens ist der Erwerb einer interkulturellen Kompetenz, „die darin besteht, aus der Kenntnis und dem Verständnis für das eigenkulturelle Orientierungssystem und dem fremdkulturellen Orientierungssystem in kulturellen Überschneidungssituationen so zu handeln, dass die in der Interaktion mit fremdkulturellen Partnern sich bietenden kulturellen Ressourcen optimal genutzt werden können, sodass eine in Teilen neuartige Interkultur entsteht, die es erlaubt, die individuellen eigenen Handlungsziele und die gemeinsamen Handlungsziele zu optimieren, und das verbunden mit einem Höchstmaß an gegenseitigem Verstehen, wechselseitiger Wertschätzung und Zufriedenheit“ (Thomas, 2009, S.136).

Thomas' Modell wurde hier hervorgehoben, da es im Gegensatz zu vielen anderen, häufig zitierten Modellen, ein Prozessmodell ist, welches die einzelnen Schritte bis zum Erwerb kultureller Kompetenz beschreibt. Dieses Modell stellt daher eine brauchbare Heuristik dar, um den Gegenstand der IK als vielschichtiges Phänomen zu analysieren.

## 5.5 Interkulturelle Kompetenz im medizinischen Kontext

Interkulturelle Kompetenz im medizinischen Kontext ist im Gegensatz zu der allgemein gehaltenen Forschung zu interkultureller Kompetenz eine eher junge Forschungsrichtung. Erst seit den 1990er Jahren werden vermehrt Artikel zu diesem Thema publiziert, wobei sich die Anzahl der Publikationen nach dem Jahr 2000 nochmals um ein Vielfaches erhöhte (Beach et al., 2006).

Im Rahmen der Forschung zur Gesundheitsversorgung wurde die interkulturelle Kompetenz später als eine Form der Patientenzentriertheit thematisiert. Noch ehe interkulturelle Kompetenz von der Forschung konkret diskutiert wurde, nahmen die im Gesundheitssektor tätigen Personen mögliche kulturelle und linguistische Barrieren, die effektive Gesundheitsversorgung zwischen ihnen und Patienten beeinflussen könnten, zur Kenntnis. Diese Aufmerksamkeit führte zu Programmen und Curricula, die als „interkulturelle Medizin“, „kulturelle Sensitivität“, „transkulturelle Pflege“ und „multikulturelle Beratung“ betitelt wurden. Obwohl die Prinzipien, die diesen Programmen zugrunde lagen, auf Patienten verschiedener Migrationshintergründe angewendet werden sollten, zielten sie doch vornehmlich auf eine Immigranten- oder Flüchtlingspopulation, die nur geringe Englischkenntnisse aufweist, und nur wenig westlichen Normen ausgesetzt ist, ab. Im Einzelnen wurden Programme entwickelt, die versuchten, die kulturellen Unterschiede zwischen dem Dienstleister im Gesundheitswesen und Patienten mit Migrationshintergrund auszubalancieren, indem sie den Fokus auf den angemessenen Gebrauch von Übersetzungsdiensten, „kulturellen Vermittlern“, und dem Erlernen der Geschichte und kulturellen Normen verschiedener Minoritätspopulationen richteten. Es wurde allerdings früh erkannt, dass es schwer zu realisieren sein würde, dass alle Dienstleister im Gesundheitssektor detailliertes und spezifisches Wissen über alle existierenden Kulturen erlangen. Zudem könnte die Fokussierung darauf, Patienten primär als Mitglieder einer bestimmten ethnischen oder kulturellen Gruppe wahrzunehmen, nicht zuletzt auch dazu führen, dass letztere vermehrt stereotypisiert werden. Deshalb versuchten neue Ansätze eine Balance zwischen dem Erwerb von Wissen über spezifische kulturelle Gruppen und der Entwicklung von Einstellungen und Fähigkeiten, die nicht zu spezifisch für eine bestimmte Kultur sind, zu erarbeiten (Beach et al., 2006). Eine Auswahl dieser oft zitierten und von uns für die vorliegende Arbeit als relevant eingestuften Modelle und Konzepte werden im Folgenden dargestellt.

### 5.5.1 Theorien, Modelle und Konzepte zu interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen

Obwohl die Forschung zu interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen vergleichsweise jung ist, liegt mittlerweile eine recht hohe Anzahl an Theorien, Modellen und Konzepten hierzu vor. Zum einen gibt es Modelle zu IK, die eher allgemein gefasst sind und sich auf alle Bereiche der medizinischen Versorgung beziehen. Zum anderen wurden eher spezifische Modelle und Therapieprogramme zu IK für spezifische Gesundheitsprobleme, sowie bestimmte Settings (etwa Pflege, Allgemeinmedizin oder psychologische Beratung) entwickelt. Exemplarisch lassen sich hier Studien nennen, die „Interkulturelle Kompetenz“ für die Behandlung und Betreuung von Patienten mit Diabetes und Hypertonie (Thom & Tirado, 2006; Thom, Tirado, Woon & McBride, 2006), Patienten in der psychiatrischen Pflege (Pfitzner, 2006) oder bei ethischen Entscheidungen am Lebensende (Ilklic, 2008) aufgegriffen haben. Des Weiteren wurde gefordert, dass alle Beteiligten des Gesundheitssystems, wie Ärzte, Krankenpfleger, psychiatrische Pfleger, Public-Health-Care Spezialisten, als auch ihre Ausbilder über interkulturelle Kompetenz verfügen sollten (Koehn, 2006). Kultursensible Ansätze werden also nicht nur für die ärztliche Betreuung, sondern auch für den pflegerischen Kontext gefordert (Ilklic, 2008).

Die Forscher und Experten, die sich mit interkultureller Kommunikation im medizinischen Kontext beschäftigen, sind sich einig, dass gewisse kulturspezifische Kompetenzen im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund zu einer effektiveren Kommunikation mit diesen führt, jedoch gibt es nur wenige Studien, die dies gezielt empirisch überprüft haben. Dadurch fehlen Kenntnisse darüber, welche spezifischen Techniken effektiv sind und wie diese in angemessener Weise implementiert werden können (Brach & Fraserirector, 2000).

Als Illustration der unzureichenden Forschung zur Evaluation von Trainings für IK sei die folgende Studie von Fernandez, et al., (2004) dargestellt. In dieser Untersuchung in den USA schätzten Ärzte ihre Spanischkenntnisse, sowie ihre selbsteingeschätzte Kompetenz im Umgang mit Lateinamerikanischen Patienten jeweils anhand von zwei Items ein. Zusätzlich sollten die Patienten ihre Ärzte hinsichtlich sozialer und psychologischer Aspekte der A-P-Interaktion (z. Bsp. Kommunikation und Sensitivität für die Bedürfnisse der Patienten) bewerten. Es konnten Zusammenhänge zwischen hohen Kompetenzeinschätzungen und einer positiven Bewertung der sozialen und psychologischen Aspekten gefunden werden (Fernandez et al., 2004). Kritisch ist bei

dieser Studie anzumerken dass sich die Erhebung interkultureller Kompetenz hier auf zwei Items reduzierte, was mit Blick auf die Komplexität der im folgenden beschriebenen Modelle wie auch hinsichtlich grundlegender psychometrischer Standards wohl kaum der Erfassung des Konzeptes interkultureller Kompetenz gerecht werden.

Auch wenn unsere Arbeit sich im Rahmen der Empirie ausschließlich mit der IK im allgemeinmedizinischen Setting beschäftigt, so diskutieren wir im Folgenden dennoch Modelle, die für verschiedene Gebiete des Gesundheitswesens konzipiert worden sind, da sie auch für die Allgemeinmedizin gültig und interessant sein können.

Ein etwas älterer Ansatz, der interkulturelle Kompetenz im Kontext der psychologischen Beratung thematisiert, stammt von Sue et al. (1982). Die Autoren lieferten eines der anerkanntesten und am häufigsten zitierten Rahmenwerke interkultureller Kompetenz in diesem Bereich, auf dem auch einige Testverfahren basieren. Zu diesen Testverfahren gehören unter anderem der „Multicultural Counseling Inventory (MCI)“, (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994)“, sowie die „Multicultural Counseling Knowledge and Awareness Scale (MCKAS)“ (Ponterotto, Gretchen, Utsey, Rieger & Austin, 2002). Der Ansatz wurde ebenso von der American Psychological Association (2003) für ihre Richtlinien zur multikulturellen Ausbildung und Praxis für Psychologen verwendet. Sue et al. nannten drei Kompetenzbereiche, in denen ein Psychologe über hohe kulturelle Fähigkeiten verfügen soll:

- *Überzeugung/Einstellung*: Der kulturell fähige Psychologe ist sich seiner persönlichen Werte und inwiefern diese die Wahrnehmung des Klienten, der Probleme des Klienten und ihre Beziehung beeinflussen können, bewusst.
- *Wissen*: Das kulturelle Wissen des Psychologen umfasst die Kenntnis über die Kultur, Weltsicht und Erwartungen des Klienten bezüglich der Psychologen-Klienten-Beziehung
- *Die kulturellen Fähigkeiten* stellen die Fähigkeiten des Beraters dar, auf eine kulturell sensitive und relevante Art zu intervenieren.

Diese Komponenten sind sehr allgemein gehalten und sind daher - neben psychologischen/psychiatrischen Kontexten - auch für medizinische Kontexte relevant. Des Weiteren sind diese drei Kernkompetenzen Überzeugung/Einstellung, Wissen und kulturelle Fähigkeiten in fast allen Theorien zu interkultureller Kompetenz vorhanden.

Sue (1998, 2006) beschrieb ebenso ein Konzept interkultureller Kompetenz im Bereich der psychologischen Beratung und Therapie. Auch er nennt das kulturspezifische Wissen als wichtige Eigenschaft von IK. Die Kompetenz, die Sue et al., als Überzeugung/Einstellung definierten, sieht er nur als Teilkomponente in Form der *Wissenschaftlichkeit*. Dieses Konzept impliziert hier, dass Therapeuten eher Hypothesen formulieren sollten, als voreilige Schlüsse über Patienten aus unterschiedlichen Kulturen zu ziehen. Bezüglich der Fähigkeiten bezieht er sich hauptsächlich auf die „dynamische Klassifikation“ (dynamic sizing), was die Fähigkeit darstellt, einerseits Generalisierungen in der Arbeit mit Klienten angemessen zu nutzen (z. Bsp. „Asiatische Personen haben eine eher kollektive als individualistische Orientierung“) und andererseits auch zu wissen, wann man auf einen Patienten individueller eingehen sollte. Dieser letzte Punkt sollte allerdings kritisch bewertet werden, da Therapeuten oder andere Dienstleister in der Gesundheitsversorgung sich wohl nie auf Generalisierungen bezüglich ihrer Patienten verlassen sollten. Gerade mit Blick auf den Beziehungsaufbau in der Kliniker-Patient-Kommunikation dürfte ein individueller Zugang vor Generalisierungen Priorität haben (s. Kapitel 3)

Das Modell von Teal und Street (2009) fokussiert insbesondere medizinische Kontexte und die hier stattfindende Kommunikation. Das von diesen Autoren vorgelegte Modell der interkulturellen Kommunikationskompetenz enthält die oben genannten drei Komponenten (Bewusstsein, Wissen und Fähigkeiten), und lässt dabei den Zusammenhang von kulturell kompetenter Kommunikation und Patientenzentriertheit sichtbar werden. In Kapitel 3 wurde das Konzept der Patientenzentriertheit beschrieben, das innerhalb des medizinischen Kontextes eine große Ähnlichkeit zur IK aufweist. Beide Modelle geben etwa vor, dass der Mediziner sich auf den Patienten fokussieren und sich an ihn anpassen sollte. Obwohl die beiden Konzepte aus zwei verschiedenen Traditionen heraus entstanden sind, überlappen sich daher viele der Kerneigenschaften von Interkultureller Kompetenz und Patientenzentriertheit (Beach et al., 2006). Allerdings unterscheiden sich die Schwerpunkte einer patientenzentrierten und einer interkulturell kompetenten medizinischen Versorgung. Patientenzentrierte Behandlung betont eher die Verbesserung der individuellen Versorgung aller Patienten, während die kulturell kompetente Behandlung ihren Schwerpunkt auf die gerechte Verteilung einer qualitativ hochwertigen Versorgung bei kulturell diversen und benachteiligten Gruppen legt (Teal & Street, 2009).

Im Folgenden wird das Modell von Teal und Street ausführlich dargestellt werden, da es –nach unserem Wissen – das einzige Modell ist, das die Komponenten der Kommunikationsfähigkeit, die Funktionen eines ärztlichen Gespräches, sowie Aspekte der IK miteinander kombiniert. Im Modell beschrieben wird eine Verschränkung verschiedener Elemente der interkulturellen Kompetenz und der Kommunikationsfähigkeiten, die Mediziner erlernen sollten, damit sie angemessen und effektiv mit Patienten mit Migrationshintergrund kommunizieren können. Die Autoren konzeptualisieren interkulturelle Kompetenz anhand von vier Komponenten.

Erstens sollten die Ärzte drei Kommunikationsfunktionen (*Kommunikationsrepertoire*) der ärztlichen Untersuchung im Rahmen ihres Kommunikationsrepertoire beherrschen: eine Beziehung aufbauen, Informationen sammeln, und die Probleme des Patienten und dessen Umgang mit deren Problemen erfassen. Dieses sind einige der Komponenten, die auch in dem in Kapitel 3 beschriebenen Modell von Makoul (2001) enthalten sind, welches allerdings noch mehr Funktionen enthält. Diese genannten Funktionen sind typisch für ein patientenzentriertes Verhalten. Berücksichtigt werden sollte, dass das Ausmaß der kulturellen Unterschiede zwischen Patient und Kliniker die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes beeinflussen. Je stärker die Unterschiede desto mehr wird an Fähigkeit des Arztes erforderlich, wenn dieser sowohl patientenzentriert als auch kulturell kompetent handeln soll.

Zudem wird ein Zusammenhang zwischen hoher kultureller Kompetenz und hohem *Situationsbewusstsein* der Ärzte gesehen. Ein höheres Achtgeben auf Hinweise von Patienten und die Wahrnehmung von Interaktionsnuancen soll dazu führen, dass Missverständnisse eher erkannt und dadurch vermieden werden können (Epstein & Street, 2007). Dies wird durch das Konzept der Achtsamkeit beschrieben (Epstein, 2006), welches aus mindestens vier Eigenschaften besteht: Aufmerksamkeit, Neugierigkeit, Flexibilität und Präsenz.

Die Autoren bezeichnen die *Anpassungsfähigkeit* des Arztes als einen Teilbereich der interkulturellen Kompetenz. Häufig wenden Ärzte denjenigen Patienten, die in ihrem Kommunikationsverhalten aktiver sind, mehr Aufmerksamkeit zu (Street et al., 2007) und Gespräche zwischen Ärzten und Patienten, die sich gegenseitig als ähnlich wahrnehmen, haben positivere Effekte (Merkens, 2007; Street et al., 2008; s. dazu Abschnitt 4.2.4.3). Daraus kann geschlossen werden, dass kommunikative Anpassung zu positiveren Effekten bei A-P-Kommunikation führen kann. In Abschnitt

2.4 wurde das CAT-Modell dargelegt, welches erklärt, inwiefern kommunikative Anpassung zwischen Arzt und Patient stattfinden kann (z. Bsp. Anpassung des Sprachstils). Einige Studien zeigen jedoch auch, dass unter bestimmten Umständen eine komplementäre Kommunikationsweise von Patienten erwünscht sein kann, daher sollten Kliniker auch eine gewisse Sensitivität bezüglich des Ausmaßes an kommunikativer Anpassung aufweisen.

Nach dem Modell von Teal und Street sollte kein allgemeines Wissen über kulturelle Gruppen vermittelt werden, da dieses, wie auch schon vorhin diskutiert eher Stereotype bekräftigen könnte. Ärzte sollten eher kulturelle *Kernthemen* kennen und ggfs. erlernen, auf die sie bei jedem Patienten auf individuelle Weise zurückgreifen können um effektiver zu kommunizieren. Diese kulturellen Kernthemen betreffen Geschlechterrollen, die Arztrolle (Autorität vs. Shared-Decision-Making), physischer Raum, Rolle der Familie, Tod, Glauben, und potenzielle Erklärungsmodelle für Krankheiten.

Neben diesen Komponenten der IK unterscheiden die Autoren zwischen folgenden Kommunikationsfähigkeiten:

- Nonverbales Verhalten, welches aktives Zuhören, auf den Patienten fokussieren, Augenkontakt, Berührungen, physischen Raum, Gesichtsausdruck und Gesten mit einschließt.
- Verbales Verhalten, das genau wie das nonverbale Verhalten, respektvoll gegenüber dem Patienten sein soll.
- Der Fähigkeit die Diagnose und Behandlungspläne mit dem Patienten zu besprechen. Dies verlangt von dem Mediziner, bewusst und anpassungsfähig mit dem Patienten umzugehen, damit beide die gleiche Kenntnis der Symptome entwickeln und sie sich darauf einigen können, wie die Symptome behandelt werden sollen. Falls Patienten direktivere Kommunikationsweise bevorzugen, sollte auch dies berücksichtigt werden.
- Dem Einfließen von und Anpassen an kulturelles Wissen. Dies umfasst das Bewusstsein und die Fähigkeit, Kommunikationsverhalten so anzupassen, dass das Wohlbefinden des Patienten maximiert wird, Missverständnisse geschlichtet werden und die Werte des Patienten berücksichtigt werden. Hier kann wieder ein Bezug zur CAT hergestellt werden.

- Dem Erkennen von potentiellen kulturellen Unterschieden zwischen dem Mediziner und dem Patienten. Dies soll dem Mediziner erlauben, seine Sicht des medizinischen Problems mit der Sicht des Patienten abzugleichen und zu diskutieren. Wesentliche Voraussetzung hierfür sind Offenheit und Anpassungsfähigkeit auf Seiten des Mediziners.

Die Autoren gehen des Weiteren darauf ein, welche Rolle die genannten Kommunikationsfähigkeiten innerhalb der Funktionen eines ärztlichen Gesprächs annehmen können. In Kapitel 3 wurden sechs Funktionen dargestellt, hier wird sich auf nur drei Funktionen bezogen: Beziehungsaufbau, Informationssammlung und die Problemstellung lösen. So kann jeder Kommunikationsfähigkeit innerhalb jeder Funktion eine bestimmte Verhaltensweise zugeordnet werden. (Tabelle 7). Innerhalb der Gesprächsfunktion „Lösung der Problemstellung“, könnte die Fähigkeit, potenzielle kulturelle Unterschiede zwischen sich selbst und dem Patienten erkennen zu können, z.B. durch das Verhalten abgebildet werden, dass der Arzt die Perspektive des Patienten bezüglich der Behandlung erfragt und exploriert.

**Tabelle 7. Beispiele für Verhaltensweisen innerhalb der Kommunikationsfähigkeiten und der Funktionen von A-P-Kommunikation (Teal & Street, 2009)**

Kommunikationsfähigkeiten	Funktionen der A-P-Kommunikation		
	Beziehungsaufbau	Informationssammlung	Lösung der Problemstellung
Nonverbales Verhalten	Ist auf alle Funktionen anwendbar: zum Bsp.: Den Patienten nicht hasten.		
Verbales Verhalten	Den Patienten mit Namen ansprechen.	Offene Fragen stellen.	Nachhaken, ob es noch Fragen zur Diagnose oder Behandlung gibt.
Besprechung der Diagnose und der Behandlungspläne mit dem Patienten zu besprechen	<i>Nicht zutreffend.</i>	Die Präferenzen des Patienten für die Behandlung erfragen.	Die Präferenzen berücksichtigen.
Einfließen von und Anpassen an kulturelles Wissen	Im Vorfeld erlerntes Wissen benutzen, um zum Bsp. sich angemessen nonverbal zu verhalten an.	Erfassen, ob es einen Unterschied im Erklärungsmodell für Krankheiten des Patienten und des Arztes gibt.	Diagnose und Behandlung im Einklang mit der Ausbildung, medizinischem Wissen oder Erfahrung des Patienten besprechen.
Erkennen von potentiellen kulturellen Unterschieden	Auf Unbehagen beim Patienten eingehen.	Änderungen im Leben des Patienten explorieren, vor allem bei Immigranten	Nach der Perspektive des Patienten bezüglich der Behandlung fragen.

In Abbildung 14 ist die Interdependenz der Kommunikationsfähigkeiten und der Komponenten der interkulturellen Kompetenz abgebildet. Hier wird ersichtlich, dass die Kommunikationsfähigkeiten des Arztes umso besser werden, je er oder sie an interkultureller Kompetenz in den vier entscheidenden Elementen kultureller Kompetenz erlangt.

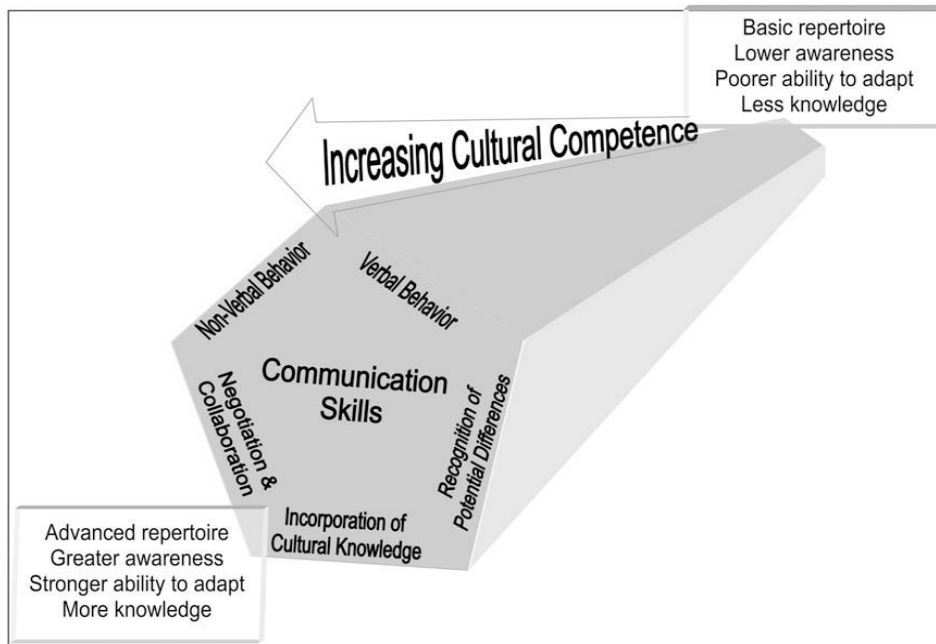


Abbildung 14. Modell der kulturell kompetenten Kommunikation von Teal & Street ( 2009)

Bei dem von Teal und Street vorgelegten Modell werden eindeutig die kulturellen Fähigkeiten, v.a. im Sinn von Kommunikationsfähigkeiten in den Vordergrund gerückt. Da das Modell sich auf die Kommunikation mit Medizinern bezieht, können auch die Funktionen einer ärztlichen Konsultation mit integriert werden. Auch hier wird wieder das kulturelle Wissen thematisiert, dabei ist gleichzeitig hervor zu heben, dass kulturelles Wissen nicht zu spezifisch sein sollte, um Stereotypisieren und Vorurteile zu vermeiden. Das Modell beschreibt vielmehr die Notwendigkeit eines angewandten Wissens oder Handlungswissens, das z.B. beinhaltet, an welcher Stelle der Konsultation der Kliniker sein Wissen einfließen lassen soll. Neu ist schließlich auch die Komponente des Situationsbewusstseins innerhalb der IK.

Als nächstes thematisieren wir Campinha-Bacote's (2002) Modell, das sie mit „The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services“ betitelte. Das Modell sieht interkulturelle Kompetenz als einen Prozess an, in dem Gesundheitsdienstleister die Fähigkeit erreichen sollen, um effektiv im kulturellen

Kontext des Klienten (individuell, Familie, Gemeinschaft) zu arbeiten. Ähnlich wie das von Thomas und Simon vorgelegte Modell bezieht dieses Modell sich auf die Entwicklung interkultureller Kompetenz, als auf die Beschreibung eines Ist-Zustands. Es will somit die Entwicklung von kultureller Kompetenz auf allen Anwendungsgebieten - einschließlich von Klinik, Verwaltung, Forschung, Gesetzesentwicklung sowie Ausbildung - beschreiben. Das Modell geht von fünf Annahmen aus, die in der folgenden Tabelle 8 zusammengefasst sind (Campinha-Bacote, 2002).

**Tabelle 8. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services (Campinha-Bacote, 2002)***

1.	Kulturelle Kompetenz ist ein Prozess, kein Ereignis.
2.	Kulturelle Kompetenz besteht aus fünf Konstrukten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kulturelles Bewusstsein</i>, welches die Selbstüberprüfung und die detaillierte Analyse seines eigenen kulturellen und professionellen Hintergrundes ist.</li> <li>• <i>Kulturelles Wissen</i> ist der Prozess, der das Suchen und Erhalten einer grundlegenden Wissensbasis über diverse kulturelle und ethnische Gruppen umfasst.</li> <li>• <i>Kulturelle Fähigkeiten</i> sind die Fähigkeiten einer im Gesundheitswesen tätigen Person, um relevante kulturelle Informationen bezüglich des Problems des Klienten zu erfassen und eine kulturell angebrachte körperliche Untersuchung durchzuführen.</li> <li>• Die <i>kulturelle Begegnung</i> beschreibt den Prozess, der den Leistungsanbieter im Gesundheitswesen ermutigt, sich auf Interaktionen mit Klienten verschiedener kultureller Hintergründe einzulassen.</li> <li>• Der <i>Wunsch sich mit kulturellen Aspekten auseinander zu setzen</i>. Dies ist die Motivation des Gesundheitsdienstleisters, sich auf den Prozess, kulturelles Bewusstsein, kulturelles Wissen, kulturelle Fähigkeiten und Gewohnheit mit kulturellen Begegnungen zu erlangen, einzulassen. Diese setzt wahrhaftiges Interesse für das Anbieten kulturell kompetenter medizinischer Versorgung voraus.</li> </ul>
3.	Die Variation von persönlichen Eigenschaften innerhalb ethnischer Gruppen (intra-ethnische Variation) ist höher als zwischen ethnischen Gruppen.
4.	Es gibt einen direkten Zusammenhang zwischen dem Kompetenzniveau der Gesundheitsdienstleister und ihrer Fähigkeit kulturell kompetente Gesundheitsversorgung anzubieten.
5.	Kulturelle Kompetenz ist eine wesentliche Komponente von effektiven und kulturell kompetenten Diensten für ethnisch und kulturell unterschiedliche Klienten.

Die Konstrukte kulturelles Bewusstsein, kulturelles Wissen, kulturelle Fähigkeiten, kulturelle Begegnung und der Wunsch, sich mit kulturellen Aspekten auseinander zu setzen, sind gegenseitig voneinander abhängig. Um die medizinische Versorgung kulturell kompetent zu gestalten, sollten daher alle fünf Charakteristiken berücksichtigt werden, (Campinha-Bacote, 2002).

Sowohl im Modell von Thomas und Simon als auch in jenem von Campinha-Bacote wird die kulturelle Begegnung als wichtige Bedingung für die Entwicklung von IK beschrieben, wobei letztere Motive und Wünsche stärker in den Vordergrund stellen. Beide Modelle gehen somit davon aus, dass eine interkulturelle Begegnung allein nicht

ausreicht, um IK zu entwickeln, vielmehr muss auch der Wunsch, sich mit kulturellen Unterschieden auseinanderzusetzen, vorhanden sein.

Das „Kaleidoscope Model of Health Communication“ (Fitzpatrick & Vangelisti, 2001) ist nicht für Patienten mit einem spezifischen Krankheitsbild bestimmt. Das kreisförmige Modell enthält vier verschiedene Ebenen, welche alle vier die Kommunikation im medizinischen Setting beeinflussen können. In Abbildung 15 wird das Modell dargestellt.

Der äußere, blaue Kreis bezieht sich auf die soziale Identität (Klasse, Rasse, Alter, Geschlecht, Ethnizität) des Patienten. Der grüne Kreis bezieht sich auf Kontextvariablen:

- Soziale Beziehungen und Unterstützung des Patienten
- Familienbeziehungen des Patienten
- Professionelle Beziehungen: Erwartungen des Mediziners und des Patienten hinsichtlich der medizinischen Konsultation und der Behandlung

Die dritte Schicht (gelb) umfasst emotionales, kognitives und behaviorales Coping des Patienten mit der Krankheit. Der rote Kreis beinhaltet die Effekte von Arzt-Patienten-Kommunikation, wie Patientenzufriedenheit und Compliance des Patienten. Im Kern, das heißt im Zentrum des Modells stehen die Gesundheit und Lebensqualität des Patienten. Prinzipiell beeinflussen die äußeren Ebenen die inneren Ebenen, jedoch können Prozesse überlappend sein oder Ebenen übersprungen werden.

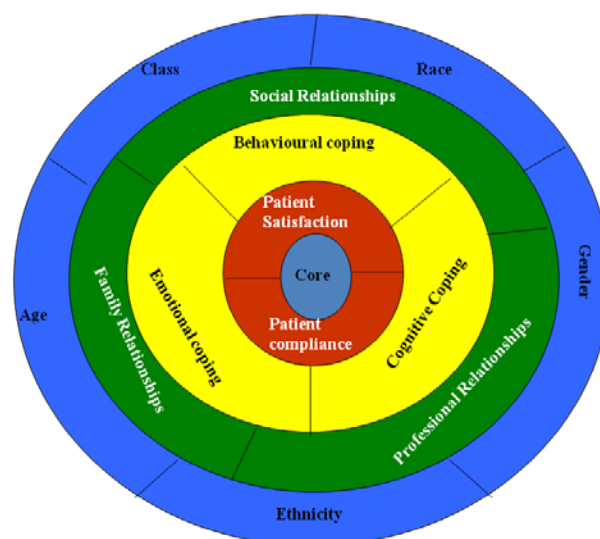
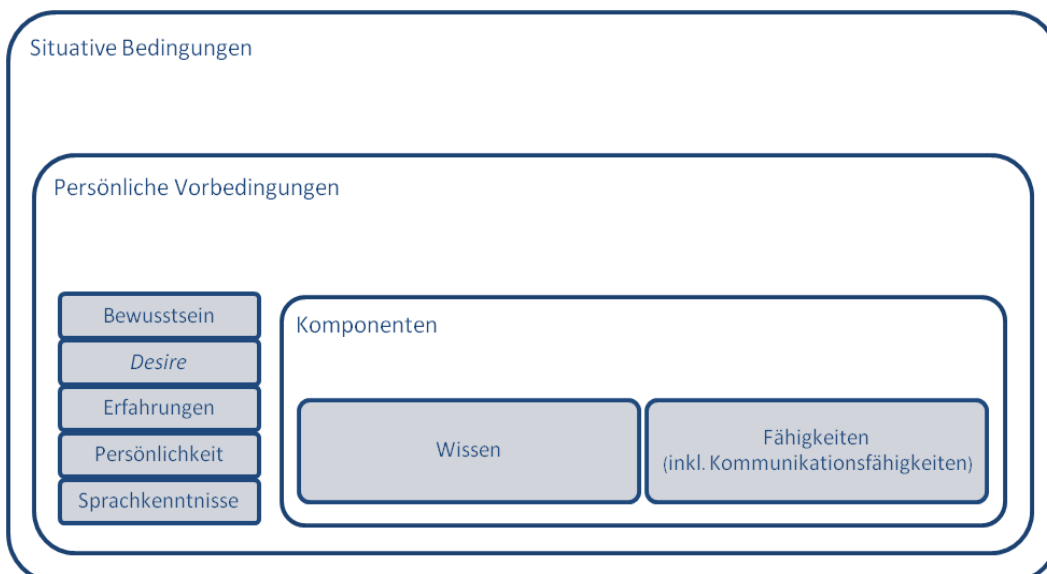


Abbildung 15. Kaleidoscope Model of Health Communication (Fitzpatrick & Vangelisti, 2001)

### 5.5.2 Entwurf eines integrativ heuristischen Modells der interkulturellen Kompetenz

Nachdem die unserer Meinung nach wichtigsten Modelle zur IK dargelegt worden sind, werden diese im vorliegenden Abschnitt zusammengefasst, um eine theoretische Forschungsgrundlage für die empirische Studie im Rahmen unserer Arbeit zu schaffen. Bei den vorgestellten Modellen handelt es sich insgesamt um in sich stimmige Modelle, dennoch scheint ihre Zusammenführung und die Integration einzelner Komponenten in einem heuristischen Gesamtmodell (Abbildung 16) sinnvoll, um die Vielfalt der Phänomene, die den Gegenstand der vorliegenden Studie ausmachen werden, zuverlässig zu analysieren.

Das Modell von Thomas (2009) ist von allen vorgestellten Modellen das Ausführlichste, jedoch ist es nicht im medizinischen Kontext situiert. Aus diesem Grund war es notwendig, dieses Modell mit anderen, speziell für den medizinischen Kontext konzipierten Modellen, zu kombinieren. Zudem wurden die Definitionen der einzelnen Komponenten innerhalb der Modelle einander gegenübergestellt und inhaltlich in das Modell integriert (Tabelle 9).



**Abbildung 16. Integrativ heuristisches Modell zu interkultureller Kompetenz**

In dem von uns erstellten Modell zu interkultureller Kompetenz werden drei Ebenen unterschieden: Die situativen Bedingungen, die persönlichen Vorbedingungen, sowie die personalen Komponenten interkultureller Kompetenz. In Anlehnung an das Kaleidoskop-Modell von Fitzpatrick und Vangelisti beeinflussen die äußeren Ebenen die inneren Ebenen.

Die einzelnen Ebenen und Komponenten des Modells wurden von den in den vorherigen Kapiteln 5.2 bis 5.2.1 beschriebenen Modellen hergeleitet. In Tabelle 9 werden diese unter Einbezug der Beschreibungen aus den vorherigen Kapiteln genauer begrifflich definiert. Teilweise stehen die genannten Komponenten für sich alleine, andererseits gibt es Überlappungen. Dies ist vor allem bei den Persönlichkeitsdimensionen der Fall (z. Beispiel kulturelle Sensitivität).

**Tabelle 9. Beschreibung und Herleitung der Komponenten des integrativ heuristischen Modells zu interkultureller Kompetenz**

<p>I. Situative Bedingungen :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegenständliche Umwelt (Thomas, 2009): Landschaften und Gebäude, die Gestaltung von Lebenswelten, sowie den Umgang mit Zeit und Raum.</li> <li>• Soziale Umwelt &amp; Kontexte: Organisation, Gruppen und Dyaden, sowie die Rollen und der Status innerhalb dieser (Thomas,2009), soziale Beziehungen und Unterstützung des Patienten, Familienbeziehungen des Patienten, professionelle Beziehungen (Fitzpatrick &amp; Vangelisti,2001)</li> </ul>
<p>II. Personale Komponenten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulturelle Sensitivität (Bennett, 1986; G-M Chen &amp; Starosta, 1996; Guo-Ming Chen &amp; Starosta, 2000; M.R. Hammer et al., 2003) bezieht sich auf den aktiven Wunsch von Personen, sich selbst zu motivieren, Unterschiede zwischen Kulturen zu verstehen, zu schätzen und zu akzeptieren.</li> <li>• Bewusstsein: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Situations- und Eigenbewusstsein (Teal &amp; Street, 2009)</li> <li>○ Achtsamkeit (Epstein, 2006)</li> <li>○ Selbstüberprüfung und detaillierte Analyse seines eigenen kulturellen und professionellen Hintergrundes (Campinha-Bacote, 2001).</li> <li>○ Bewusstsein seiner eigenen Überzeugungen, Einstellungen und Werte (Sue et. al, 1982)</li> </ul> </li> <li>• Einlassen auf kulturelle Begegnungen und der Wunsch, sich mit kulturellen Aspekten auseinander zu setzen (Campinha-Bacote, 2001)</li> <li>• Kulturelle Erfahrungen (Thomas, 2009)</li> <li>• Persönlichkeitsdimensionen (Kulturelle Empathie/Sensitivität, Aufgeschlossenheit, Emotionale Stabilität, Soziale Initiative/ Handlungsorientierte Herangehensweise, Abenteuerlichkeit/Neugierde, Flexibilität, Extraversion) (Van Der Zee &amp; Van Oudenhoven, 2000)</li> <li>• Sprachkenntnisse (Deardorff, 2006; Gudykunst &amp; Wiseman, 1978; Schouten &amp; Meuweseen, 2006)</li> <li>• Demographische Eigenschaften (Alter, Ethnizität, Geschlecht, sozio-ökonomische Klasse; Fitzpatrick &amp; Vangelisti, 2001)</li> </ul>
<p>III. Komponenten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulturelles Wissen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erfahrungsbildung, Lernen, Verstehen nach Thomas (2009)</li> <li>○ Kenntnis über die Kultur, Weltsicht und Erwartungen bezüglich der Beziehung des Patienten (Sue et al., 1982)</li> <li>○ Kulturspezifisches Wissen (Sue, 1998, 2006)</li> <li>○ Kulturelle Kernthemen (Teal &amp; Street, 2009)</li> <li>○ Prozess, der das Suchen und Erhalten einer grundlegenden Wissensbasis über diverse kulturelle und ethnische Gruppen umfasst (Campinha-Bacote, 2002)</li> <li>○ Kulturelle Metakognition (Chiu et al., 2013; Leung et al., 2013; Sieck et al., 2013)</li> </ul> </li> <li>• Fähigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Kompetenz die es erlaubt, die eigenen und gemeinsamen Handlungsziele zu optimieren (Thomas, 2009)</li> <li>○ Fähigkeiten des Beraters dar, auf eine kulturell sensitive und relevante Art zu intervenieren (Sue et al., 1982)</li> <li>○ „dynamische Klassifikation“ (dynamic sizing), die Fähigkeit, zu wissen, wann man sich im Rahmen der Arbeit mit Klienten auf Generalisierungen und Pauschalisierungen verlassen kann (Sue, 2006)</li> <li>○ Kommunikationsfähigkeiten (Teal &amp; Street, 2009)</li> <li>○ Anpassungsfähigkeiten (CAT, Teal &amp; Street, 2009)</li> <li>○ Beherrschung der Kommunikationsfunktionen der ärztlichen Untersuchung (Teal &amp; Street, 2009; siehe auch Kapitel 3)</li> <li>○ Kulturelle Metakognition (Chiu et al., 2013; Leung et al., 2013; Sieck et al., 2013)</li> </ul> </li> </ul>

Wie erwähnt, wird dieses integrativ heuristische Modell interkultureller Kompetenz die theoretische Grundlage zur Erforschung der Vorstellungen zu interkultureller Kompetenz der Mediziner im Rahmen unserer Studie bilden. Es soll dabei die Frage beantwortet werden, welche Vorbedingungen und Komponenten der interkulturellen Kompetenz die Mediziner entweder als wichtig wahrnehmen oder selbst bei sich wahrnehmen und wie diese von ihnen beschrieben werden. Die konkreten Fragestellungen diesbezüglich und zu den anderen Aspekten des vorliegenden Projektes werden im folgenden Kapitel beschrieben.

## ***II. Empirie***



## 6. Forschungsfragen

In Kapitel 1 wurden die Fragestellungen des vorliegenden Projektes dargestellt. Das Forschungsanliegen, das durch diese Fragen beschrieben wird, ist explorativ. Die Phänomene im Umfeld der A-P-Interaktion sollen beschrieben und in ihrer subjektiven Erlebnisqualität erfasst werden. Nachdem in den Kapiteln 2 bis 5 die theoretischen Grundlagen und der Stand der Forschung zum Gegenstand der vorliegenden Studie präsentiert wurden, spezifizieren wir hier die Forschungsfragen weiter.

### 6.1 Forschungsfrage 1: Wie beschreiben Allgemeinmediziner in Luxemburg die Kommunikation mit ihren Patienten?

In Kapitel 3 wurde beschrieben, dass A-P-Kommunikation auf folgenden drei Ebenen betrachtet werden soll:

- Einflussvariablen (personal und kontextuell)
- Inhalte der Kommunikation
- Auswirkungen für den Patienten

Forschungsfrage 1 bezieht sich in erster Linie auf den ersten der drei genannten Punkte und somit lautet die Forschungsfrage im Konkreten:

Welche Einflussvariablen auf A-P-Kommunikation beschreiben die Allgemeinmediziner?

Im Spezifischen werden wir untersuchen, inwiefern die Einflussfaktoren in Relation mit dem Modell von Mead und Bower (2000) stehen. Dieses enthält folgende Variablen:

- Beruflicher Kontext,
- Eigenschaften des Arztes und des Patienten,
- Rahmenbedingungen der Sprechstunde,
- „Shapers“, d.h. kulturelle Normen, sozio-ökonomischer Hintergrund oder Erfahrung/Wissen

## **6.2 Forschungsfrage 2: Welches Bewusstsein bezüglich kultureller Themen und sprachlicher Aspekte während des ärztlichen Gesprächs besteht bei Allgemeinmediziner in Luxemburg?**

Die Forschungsfrage 2 beinhaltet zwei separate Komponenten: (1) kulturelle Themen und (2) sprachliche Aspekte im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs. In Kapitel 4 wurde dargelegt, dass Sprachbarrieren im medizinischen Setting sowohl auf direktem als auch indirektem Weg negative Folgen für den Gesundheitsstatus eines Patienten haben können.

Bezüglich der ersten Komponente, die kulturellen Themen, beziehen wir uns auf das in Kapitel 5 aufgestellte heuristische Modell interkultureller Kompetenz, das die situativen und persönlichen Vorbedingungen, sowie die Bestandteile interkultureller Kompetenz beschreibt. Ein Aspekt in diesem Modell ist das kulturelle Bewusstsein und die kulturelle Sensitivität, welche wir im Rahmen dieses Projektes genauer erforschen möchten. Es soll die Frage beantwortet werden, inwiefern Mediziner in Luxemburg ein Bewusstsein und eine Sensitivität für kulturelle Aspekte in der A-P-Kommunikation haben und auf welche Aspekte sie thematisch einen Schwerpunkt legen. Bezüglich dieser Aspekte werden wir uns auf das Modell zu interkultureller A-P-Kommunikation von Schouten und Meeuweesen (2006; Abbildung 10, S. 88) beziehen. Dieses Forschungsziel schließt die Frage mit ein, ob und inwiefern die Mediziner in Luxemburg kulturelle Barrieren zwischen sich und ihren Patienten wahrnehmen.

Zweitens soll die Frage beantwortet werden, ob Mediziner in Luxemburg sprachliche Barrieren zwischen sich und ihren Patienten wahrnehmen und wie sie diese beschreiben.

## **6.3 Forschungsfrage 3: Was sind die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz?**

In der Beantwortung der Forschungsfrage 3 orientieren wir uns an dem in Kapitel 5 aufgestellten Modell zu interkultureller Kompetenz. Demnach soll die Frage beantwortet werden, ob die Mediziner in unserer Stichprobe, interkulturelle Kompetenz, wie im Modell dargestellt, beschreiben. Die erste Unterfragestellung diesbezüglich lautet daher:

3a) Wie definieren Allgemeinmediziner in Luxemburg interkulturelle Kompetenz?

Hier werden hauptsächlich kulturelles Bewusstsein und Sensitivität, kulturelles Wissen, sowie kulturelle Fähigkeiten analysieren.

Aus den theoretischen Darlegungen im Kapitel 5 bleibt die Frage unbeantwortet, welche Wichtigkeit interkulturelle Kompetenz unter den Kompetenzen, die ein Mediziner haben soll, einnimmt. Daher werfen wir folgende Frage auf:

3b) Wie schätzen Allgemeinmediziner in Luxemburg die Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz im Rahmen von A-P-Kommunikation ein?

In Abbildung 17 sind die Forschungsthemen- und ziele der vorliegenden Studie zusammengefasst. Im nachstehenden Kapitel 7 wird der Forschungsprozess der vorliegenden Studie erläutert und begründet.

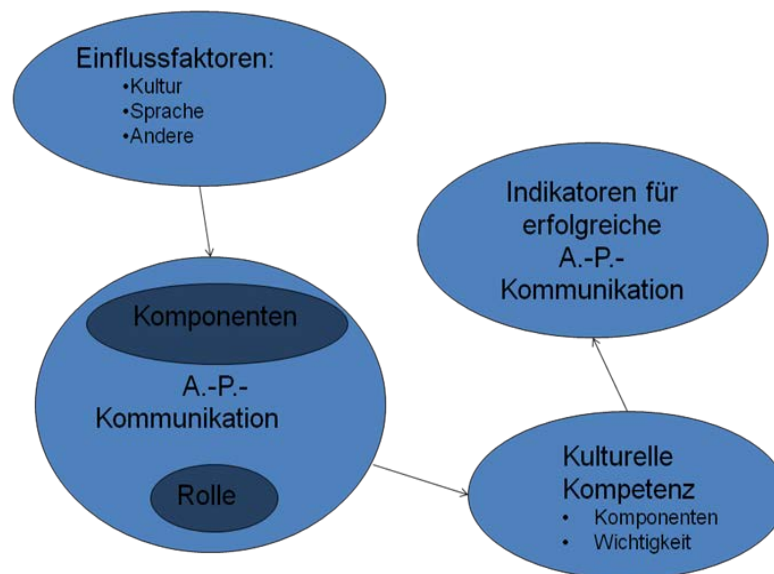


Abbildung 17. Forschungsthemen der vorliegenden Studie



## 7. Methodologie und Methoden

Das Hauptziel unserer Arbeit ist es, zu erforschen, wie Ärzte in Luxemburg das Phänomen Arzt-Patienten-Kommunikation wahrnehmen. Vorab gehen wir bereits davon aus, dass diese Thematik ein so weitreichendes Forschungsgebiet darstellt, das es mittels der hier verwendeten Ressourcen nicht erschöpfend erforscht werden kann. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich vielmehr um eine erste Exploration der Thematik, die mittels qualitativer Methoden die Sicht der Ärzte auf die Arzt-Patienten-Kommunikation erforscht. Inwiefern epistemologische Grundpositionen die Wahl einer theoretischen Perspektive, Methodologie und Methode im Rahmen eines Forschungsprozesses bestimmen, wird im Folgenden dargestellt.

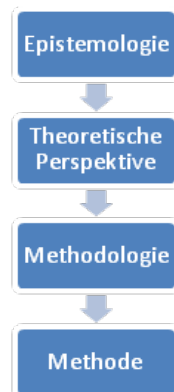
### 7.1 Der Zusammenhang von Epistemologie, theoretischer Perspektive, Methodologie und Methode

Nach Crotty (1998) gibt es vier Elemente, die jeden Untersuchungsprozess charakterisieren: die Epistemologie, die theoretische Perspektive, die Methodologie und die Methode. Bezüglich jedes der vier Elemente sollte geklärt sein, zu welchen Effekten es in unserem Forschungsprojekt führen kann. Diese Begriffe werden allerdings nicht immer auf die gleiche Art und Weise definiert (Carter & Little, 2007). Die hier dargestellten Definitionen lehnen sich an Crotty (1998) an:

- Die Methoden sind die Techniken oder die Prozeduren, welche benutzt werden, um Daten, die im Zusammenhang zu einer Forschungsfrage oder -hypothese stehen, zu sammeln oder zu analysieren.
- Die Methodologie stellt die Strategie, den Aktionsplan, den Prozess oder das Design dar, die der Wahl und dem Gebrauch bestimmter Methoden zugrunde liegen.
- Die theoretische Perspektive prägt die Methodologie und bestimmt daher die Logik und Kriterien des Forschungsprozesses.
- Die Epistemologie ist die Erkenntnistheorie, die der theoretischen Perspektive und daher auch der Methodologie zugrunde liegt.

Forschungsfragen setzen den Rahmen des Forschungsprozesses. Damit wir diese beantworten können, ist es wichtig, dass wir die angemessene Methodologie und die sich daraus ergebenden Methoden wählen. Deren Wahl betrifft jedoch ebenfalls über die Forschungsfrage hinausgehende Überlegungen, sie reicht bis zur Epistemologie, d.h. dem Verständnis davon, was menschliche Erkenntnis ist und wie Erkenntnis

entsteht. Alle vier allgemeinen Elemente hängen innerhalb des Forschungsprozesses zusammen: Die Epistemologie bestimmt die theoretische Perspektive, welche die Methodologie und letztendlich dann verwendeten Methoden determinieren (s. *Abbildung 18*; Crotty, 1998).



*Abbildung 18. Die vier Elemente des Forschungsprozesses (Crotty, 1998)*

## 7.2 Epistemologie

Der epistemologische Beitrag zur Forschung ist in erster Linie ein rein theoretischer Zugang, dennoch liegt er jedem Forschungsprozess zugrunde und ist daher unumgänglich. Wenn man sich mit der Schaffung von Wissen beschäftigt, sollte man mindestens unterschwellige Annahmen darüber haben, was Wissen ist und wie es zustande kommt (Carter & Little, 2007). Grundlegende Positionen beschreiben hier das Verständnis, das der Konzeption von Wissen, das durch Forschung erworben werden kann, zugrunde liegt. Es wird die Frage nach den Eigenschaften von Wissen gestellt. Ist Wissen zum Beispiel „objektiv“ oder „intersubjektiv“ konstruiert (Crotty, 1998)? Generell werden drei Hauptströmungen der Epistemologie unterschieden: Objektivismus, Konstruktivismus und Subjektivismus.

Laut der objektivistischen Epistemologie existieren Sinn und daher auch sinnvolle Realität als solche unabhängig von etwaigen Bewusstseinsvorgängen. So ist zum Beispiel der Baum im Wald ein Baum, unabhängig davon, ob sich jemand seiner Existenz bewusst ist, oder nicht. Wenn Menschen ihn als Baum erkennen, entdecken sie einfach eine Bedeutung oder einen Sinn, der schon lange dort war und sozusagen auf sie gewartet hat. Innerhalb dieser objektivistischen Sicht der „Bedeutung des Wissens“, wird angenommen, dass subjektive Bewertungen von Personen objektiviert werden können und wenn dies auf eine angemessene Art und Weise erfolgt, sollte sich die objektive Wahrheit entdecken lassen. Fragebogenstudien liegt häufig eine objektivistische Sichtweise zugrunde (Crotty, 1998).

Der Konstruktivismus lehnt diese Sicht auf menschliches Wissen ab. Grundlegende Annahme ist hier, dass es keine objektive Wahrheit gibt, die es zu entdecken gilt. Wahrheit oder Sinn existiert erst durch einen Kontakt mit den Realitäten in unserer Welt. Es gibt demnach keinen Sinn, ohne einen Verstand, der ihn konstruiert. Betrachtet man Wissen auf diese Weise, geht man davon aus, dass verschiedene Personen Bedeutung auf verschiedene Weisen konstruieren, sogar wenn es um das gleiche Phänomen geht. Sichtbar wird das zum Beispiel, wenn Dinge aus der Perspektive anderer Kulturen oder Zeitalter betrachtet werden (Crotty, 1998). Wissen ist in diesem Verständnis konstruiert, provisorisch, sowie historisch, sozial und kulturell festgelegt (Chamberlain, 2012).

In der Betrachtung des Subjektivismus hingegen wird der Sinn nicht durch eine Wechselwirkung zwischen Subjekt und Objekt geschaffen, sondern wird dem Objekt durch das Subjekt auferlegt. Sinn wird demnach ohne das „Zutun“ oder die Eigenschaften des Objektes generiert. Zugespitzt ließe sich formulieren, dass im Konstruktivismus der Sinn durch die Interaktion zwischen dem Subjekt und den Merkmalen des Objektes generiert wird (dem Objekt), während im Subjektivismus der Sinn alleine aus der subjektiven Betrachtung rührt (Crotty, 1998).

Diese Darstellung der Epistemologie ist bei Weitem nicht erschöpfend, der kurze Überblick sollte jedoch aufzeigen, dass epistemologische Positionen erheblich beeinflussen können, wie Daten erhoben und interpretiert werden. So ist qualitative Forschung oft konstruktivistisch angelegt und Bedeutungen werden über den interindividuellen Konsens rekonstruiert. Quantitative Forschungsansätze hingegen beruhen häufig auf dem Objektivismus und streben demnach die Erfassung einer objektiven Wahrheit und Bedeutung an (Chamberlain, 2012; Crotty, 1998).

Die vorliegende Studie ist eine qualitative Interviewstudie, der eine vorwiegend konstruktivistische Sichtweise zugrunde liegt. Aus dieser epistemologischen Position lässt sich der Forschungsprozess für die Studie ableiten, die in den folgenden Abschnitten diskutiert werden wird.

### 7.3 Der theoretische Rahmen und die Methodologie

Die theoretische Perspektive eines Forschungsprozesses begründet dessen Logik und Kriterien (Crotty, 1998). Die hermeneutische Interpretation stellt den theoretischen Rahmen für die vorliegende Studie dar. Grundsätzlich lässt sich eine solche Orientierung mit Lamnek (2010) wie folgt definieren:

- Die Hermeneutik befasst sich mit der Auslegung menschlicher Lebensäußerungen, die dauerhaft, zum Beispiel in Textform, festgehalten sind.
- Mit Hilfe der Hermeneutik können weder das Weltganze, noch das Wesen einzelner Menschen erfasst werden, jedoch ermöglicht sie es, die Bedeutung menschlicher Lebensäußerungen zu verstehen.
- Der zentrale Begriff der Hermeneutik ist das Verstehen. So sind soziale Tatsachen, die durch Menschen herbeigeführt werden, nicht als „naturgegebene Fakten, sondern als mit spezifischen Bedeutungen versehene Phänomene zu betrachten“ (Lamnek, 2010; S. 216; idiographisches Vorgehen). In der methodologischen Diskussion innerhalb der Sozialwissenschaften steht der Begriff des „Verstehens“, jenem des „Erklärens“ gegenüber. „Erklären“ bezeichnet das Entdecken von kausalen Zusammenhängen zwischen Ereignissen, auf Grund derer allgemeingültige Aussagen getroffen werden können (nomothetisches Vorgehen). Diese Unterscheidung kennzeichnet ebenfalls die Gegenüberstellung qualitativer und quantitativer Methoden (s. Abschnitt 7.4.2).
- Man sollte zwischen Verstehen im Sinne des Einfühlens und des Sinnverstehens, sowie zwischen alltäglichem und höherem Verstehen unterscheiden.
- Die Voraussetzung für das Verstehen, ist etwas Gemeinsames an dem die Subjekte beteiligt sind.
- Höheres Verstehen wird durch eine spiral- oder zirkelförmige Bewegung bestimmt. Ganzes und Teil, zu Verstehendes und Vorverständnis, sowie Praxis und Theorie tragen gegenseitig zum Verstehen bei.
- Die hermeneutische Differenz, welche durch den hermeneutischen Zirkel deutlich wird und die den Abstand zwischen dem Interpreten und Verstehenden bezeichnet, sollte überwunden werden.

Die Hermeneutik beruht demnach auf einer konstruktivistischen Position und stellt eine angemessene theoretische Ausgangsposition dar, die es erlaubt, die im Rahmen der vorliegenden Studie erhobenen Daten zu verstehen. Innerhalb eines

Forschungsprozesses liegt die theoretische Perspektive der ausgewählten Methodologie zugrunde. Die Methodologie umfasst die Strategie oder den Vorgehensplan innerhalb des Forschungsprozesses. Damit ist das Forschungsdesign bezeichnet, das die Wahl und den Gebrauch von bestimmten Methoden formt und sie mit den gewünschten Ergebnissen verbindet. Hier geht es nicht nur um die Beschreibung der Methodologie, sondern auch um die Darstellung, inwiefern die Methodologie die Wahl der Methoden begründet und deren Nutzung bestimmt (Crotty, 1998). Eine einzelne Methodologie kann den gesamten Forschungsprozess bestimmen. Allerdings könnte es einem bestimmten Forschungsgegenstand auch eher gerecht werden, nur bestimmte Aspekte einer oder mehrerer Methodologien herauszugreifen (Chamberlain, 2012; Silverman, 2000). So ist es bei der Auswahl der analytischen Haltung wichtig, das eigentliche Ziel der Forschung im Auge zu behalten. Es sollte keine Methodologie gewählt werden, die die erforschte Thematik durch ihre Komplexität überschatten würde. Ist es zum Beispiel das Ziel einer Studie, lediglich eine Antwort auf ein bestimmtes soziales Problem zu geben (etwa das Leben und Coping in einer Gemeinschaft von älteren Menschen), geht Silverman (2000) so weit zu sagen, dass eine rein deskriptive Analyse ausreichen könnte.

Die vorliegende Studie verfolgt einen phänomenologischen Zugang und eine solche Orientierung versucht, Phänomene zu verstehen, ohne dies durch vorausgehendes Theoretisieren zu beeinflussen, sondern Phänomene vielmehr so zu umschreiben, wie sie unmittelbar erlebt werden (Dew, 2007). Phänomenologische Studien explorieren ein Phänomen (normalerweise durch Interviews) anhand einer Gruppe von Individuen, die dieses alle erlebt haben. In unserer Arbeit wird das Phänomen A-P-Kommunikation aus der Sicht von Allgemeinmediziner\*innen untersucht. Diese Gruppe an interviewten Personen kann in der Größe zwischen meistens drei bis zu 15 Personen variieren. Die Datenanalyse kann systematischen Prozeduren folgen, die von engen Analyseeinheiten (zum Beispiel signifikante Aussagen) zu weitergefassten Einheiten (z.B. Sinneinheiten), bis hin zu detaillierten Erklärungen, die zwei Elemente zusammenfassen, reichen. Es wird analysiert, „Was“ die Individuen erlebt haben, und „Wie“ sie es erlebt haben (Creswell, 2013). Die Überschneidung von Hermeneutik und der phänomenologischen Forschung zeigt sich zum Beispiel bei der hermeneutischen Phänomenologie. Diese hat als Zielsetzung, eine vollständige interpretative Beschreibung eines bestimmten Aspektes der Lebenswelt zu konstruieren, wobei ein

Bewusstsein vorhanden bleiben sollte, dass gelebtes Leben immer komplexer ist, als jede Erklärung von Sinn enthüllen kann (Van Manen, 1990).

Der phänomenologische Ansatz der vorliegenden Studie legt die Verwendung qualitativer Methoden im Forschungsprozess nahe (Crotty, 1998). Da qualitative Methoden in der psychologischen Forschung im Vergleich zu dem quantitativen Ansatz weniger verbreitet sind (Chamberlain & Murray, 2008; Flick, Kardorff & Steinke, 2010), werden im nächsten Kapitel Definition und Gütekriterien qualitativer Forschung dargestellt.

## 7.4 Qualitative Forschung

Gemessen an der Häufigkeit ihrer Verwendung scheinen qualitative Methoden in den Sozial- und Geisteswissenschaften im Allgemeinen, aber vor allem in der psychologischen Forschung, noch immer Vorbehalten und Kritik ausgesetzt zu sein. Die Mehrzahl der wissenschaftlichen Publikationen im Bereich der Psychologie beinhalten daher quantitative Methoden. Jedoch finden qualitative Ansätze in der psychologischen Forschung immer häufiger ihre Verwendung (Chamberlain & Murray, 2008; Flick et al., 2010).

Eine dem Forschungsgegenstand angemessene Betrachtung scheint für ausgesuchte psychologische Fragestellungen zuerst auch in der Verwendung qualitativer Methoden zu liegen. Auch der Forschungsgegenstand der vorliegenden Studie, sowie die gewählten Forschungsfragen legten in diesem Sinne die Wahl eines qualitativen Ansatzes nahe.

### 7.4.1 Was ist qualitative Forschung?

Qualitative Forschung hat das Ziel, die Lebenswelten aus der Perspektive der Personen, die an der Forschung teilnehmen, zu beschreiben, um so zu einem besseren Verständnis von Abläufen und sozialen Wirklichkeiten zu gelangen. Unerwartete Inhalte und das Fremde werden hierbei als Erkenntnisquelle genutzt (Flick et al., 2010). Qualitative Methoden erforschen Erfahrungen und Abläufe und versuchen daher Fragen, die ein „Was“ und ein „Wie“ beinhalten, zu beantworten. Im Gegensatz zur quantitativen Methode (s. folgenden Abschnitt 7.4.2) zielt sie nicht in erster Linie darauf ab, Kausalitäten zwischen Variablen zu überprüfen (Chamberlain, 2012). Durch ihren offenen Zugang ist qualitative Forschung häufig näher am untersuchten Gegenstand und ist flexibler als quantitative Forschungsansätze, die mit

objektivistischen und folglich standardisierten Methoden arbeiten. Sie ermöglicht es daher, plastischere und konkretere Bilder von Phänomenen zu erfassen (Flick et al., 2010).

Bezüglich des Datenmaterials bezieht sich der Forscher im Rahmen eines qualitativen Ansatzes eher auf Daten in Textform als auf numerische Daten (Dickson-Swift, James, Kippen & Liamputtong, 2007). Methoden, wie unter anderem Interviews, Gruppendiskussionen, Beobachtung und Dokumentenanalysen werden hier angewandt (s. Lamnek (2010) für eine detailliertere Beschreibung der Methoden).

Qualitative Forschung impliziert ethische sowie moralische Fragen und Haltungen: Wir müssen uns bewusst sein, dass wir in das Leben anderer Personen hineintreten und sie dazu veranlassen ausführlich über ihre zum Teil sehr persönlichen Erfahrungen zu reden. Daher erfordern qualitative Ansätze auch ein gewisses Maß an Diskretion, Respekt und Anerkennung gegenüber den Teilnehmern (Dickson-Swift et al., 2007).

#### **7.4.2 Quantitative und qualitative Forschung in der Gegenüberstellung**

Im Folgenden werden wir den Unterschied zwischen qualitativen und quantitativen Ansätzen, einschließlich ihrer verschiedenen Erkenntnisziele betrachten. Quantitative Forschungsansätze gehen eher nomothetisch vor, das heißt, ihr Ziel ist die Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse. Quantitative Ansätze verwenden Theorieaussagen, um konkrete Hypothesen über einen bestimmten Sachverhalt aufzustellen, die dann hypothesengeleitet überprüft werden können. Qualitative Forschung hingegen ist idiografisch: Sie beschreibt Ereignisse und hat zum Ziel, Theorieaussagen mithilfe empirischer Daten zu entdecken. Der Hauptunterschied zwischen beiden Ansätzen besteht in den Begriffen „Überprüfung“ und „Entdeckung“, aus dem sich auch alle weiteren Unterschiede ableiten lassen (Bortz & Döring, 2005; Brüsemeister, 2008).

Bei den „überprüfenden“ quantitativen Methoden bleibt der Messpunkt immer die Theorie, von der aus nach veränderten statistischen Ergebnissen Ausschau gehalten wird. Qualitative Forschung hingegen hat einen anderen Ausgangspunkt. Hier stehen nicht ausreichend Theorien zur Verfügung, die die beforschte Thematik vollständig erklären können. Die Forscher begeben sich demzufolge ohne vorformulierte Hypothesen in das Feld und können durch ihre Entdeckungen zu neuen Erkenntnissen kommen. Qualitative Forschung möchte offene Fragen über Phänomene, wie sie in

einem Kontext ablaufen, beantworten. Entdeckungen sind schon anhand einer einzigen Datenquelle möglich, daher spielt in der qualitativen Forschung die Fallzahl eine bedeutend geringere Rolle als bei quantitativen Ansätzen. In der quantitativen Forschung hingegen, ist es unabdingbar eine ausreichend hohe Fallzahl für statistische Auswertungen zu haben. Auch wird bei qualitativen Ansätzen nicht verlangt, dass der Beobachter unabhängig vom Forschungsgegenstand ist, sondern der Forscher wird (methodisch kontrolliert) subjektiv als Bestandteil der Erkenntnis wahrgenommen. Qualitative Interviews sind demnach flexibler als quantitative Forschung und können gegebenenfalls dem Verlauf des Erhebungsprozesses angepasst werden. (Brüsemeister, 2008; Carter & Little, 2007; Flick et al., 2010).

Im Rahmen des sogenannten Paradigmenstreits werden qualitative und quantitative Ansätze von einigen Forschern verschiedener sozial- und geisteswissenschaftlicher Disziplinen als Forschungsmethoden gegenseitig nicht anerkannt. Der Paradigmenstreit verliert jedoch an Bedeutung, da die Komplementarität quantitativer und qualitativer Ansätze immer mehr Berücksichtigung findet. Beide Methoden haben ihre Vorzüge und können bezüglich ihrer Angemessenheit nur in Abhängigkeit des Forschungsgegenstands und der Forschungsfrage beurteilt werden (Brüsemeister, 2008; Hofmann, Schreiner & Thonhauser, 2008; Mayring, 2010).

### 7.4.3 Gütekriterien qualitativer Forschung

Im Vergleich zu ihren Nachbardisziplinen zeichnet sich die Psychologie durch ein besonders elaboriertes Methodenverständnis aus, daher muss hier die Frage nach der Qualität und den Kriterien qualitativer Forschung genauer gestellt werden (Flick, 2010). Die Ausführungen von Steinke (2010) sind einer der wichtigsten Referenzbeiträge zu Gütekriterien qualitativer Forschung im deutschsprachigen Raum, deswegen wird in diesem Abschnitt vor allem auf diese Autorin Bezug genommen. Die Autorin nennt drei Standpunkte zu Gütekriterien, wie sie von der *Scientific Community* innerhalb der qualitativen Forschung eingenommen werden.

Die Vertreter des ersten Standpunktes plädieren für eine Anwendung quantitativer Kriterien bei qualitativer Forschung. Die zentralen Kriterien der quantitativen Forschung sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Diese stammen aus der hypothesenprüfenden und experimentell-statistischen Forschung, sowie aus der Psychometrie. Diese Position geht davon aus, dass die Kriterien der quantitativen Forschung auf die qualitative Forschung übertragbar sind (Steinke, 2010).

Die Anhänger der zweiten Grundposition stellen die Anwendung quantitativer Kriterien bei qualitativer Forschung infrage, indem sie sich auf die methodologischen und epistemologischen Annahmen der qualitativen Forschung beziehen. Beide Forschungsansätze haben ein zu unterschiedliches Wirklichkeitsverständnis, als dass sie sich auf die gleichen Kriterien einigen könnten. Reliabilität erweist sich bei der qualitativen Forschung insofern als ein eher ungeeignetes Kriterium, da etwa eine identische Wiederholung von Erzähltem bei mehreren Interviews eher auf eine vorformulierte Version als auf Verlässlichkeit deutet (Flick, 2010). Eine Möglichkeit Reliabilität im Rahmen qualitativer Forschung zu überprüfen, wäre wenn der gleiche Forscher Datenmaterial ein zweites Mal inhaltsanalytisch codiert, ohne seine ersten Codes zu kennen (*Intracoderreliabilität*; Mayring, 2010). Validität im Sinne von z. B. inhaltlicher Gültigkeit, wie diese bei psychometrischen Tests untersucht wird (Kubinger, 2006), kann bei qualitativer Forschung nicht in der gleichen Form überprüft werden. Sowohl Reliabilität als auch Validität, in dem Sinn, wie sie in der quantitativen Forschung aufgefasst werden, fordern eine Standardisierung der Datenerhebung (Bortz & Döring, 2005; Kubinger, 2006), die jedoch bei den meisten qualitativen Methoden nicht möglich ist und sich sogar den Vorzügen der qualitativen Forschung entgegenstellt. Mayring (2010) formuliert daher ein Konzept der Konstruktvalidierung speziell für die Inhaltsanalyse: Konstrukte können durch etablierte Modelle und Theorien, sowie bisherige Erfolge mit ähnlichen Situationen überprüft werden. Das Gütekriterium der Objektivität wird bei qualitativer Forschung eher selten angewandt. Falls die Objektivität berücksichtigt wird, dann bezüglich der Frage ob zwei Forscher im Rahmen der Auswertung zu den gleichen Ergebnissen kommen. Obwohl mit dieser Methode Objektivität gemessen wird, wird sie als *Intercoderreliabilität* bezeichnet. (Flick, 2010, Mayring, 2010).

Die Anhänger einer dritten Position lehnen die Gütekriterien für qualitative Forschung grundsätzlich ab.

Die vorliegende Arbeit schließt sich der zweiten Position an, die davon ausgeht, dass die epistemologischen und methodologischen Annahmen qualitativer Forschung zu sehr von den Annahmen quantitativer Ansätze unterscheiden, um die gleichen Gütekriterien anzuwenden. Im Rahmen des Forschungsprozesses der vorliegenden Studie sollen für qualitative Forschung angepasste Gütekriterien zur Anwendung kommen (s. Tabelle 10)

Da qualitative Forschung, wie erwähnt, milieu-, situations- und gegenstandsabhängig ist, eigentlich nur wenig standardisierbar ist und es eine hohe Anzahl an verschiedenen qualitativen Methoden gibt, stehen allgemeingültige Kriterien eigentlich im Widerspruch hierzu. Dieser Widerspruch lässt sich dadurch ausbalancieren, dass die Gütekriterien breit angelegt werden und eher einen Kriterienkatalog darstellen, an dem sich qualitative Forschung orientieren kann. Konkretisiert werden sollen diese in Abhängigkeit des Gegenstandes, Fragestellung und verwendeter Methode (Steinke, 2010).

**Tabelle 10. Kernkriterien qualitativer Forschung nach Steinke (2010)**

<p><b>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit;</b> kann durch drei Möglichkeiten gesichert und geprüft werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumentation des Forschungsprozesses, wobei folgende Aspekte dokumentiert werden sollten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Vorverständnis des Forschers</li> <li>• Der Erhebungskontext und die Erhebungsmethoden</li> <li>• Die Transkriptionsregeln</li> <li>• Die Daten</li> <li>• Die Auswertungsmethoden</li> <li>• Die Informationsquellen</li> <li>• Probleme und Entscheidungen</li> <li>• Die Kriterien, denen die Arbeit genügen soll</li> </ul> </li> <li>2. Interpretation der Daten in Gruppen</li> <li>3. Verwendung kodifizierter Verfahren wie z.B. die <i>objektive Hermeneutik</i> (Oevermann, 2002) oder die Methode der <i>Grounded Theory</i> (Glaser &amp; Strauss, 1967). Falls dies nicht der Fall ist, sind eine Explikation und eine detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses erforderlich.</li> </ol>
<p><b>Indikation des Forschungsprozesses,</b> wobei zwischen folgenden Formen unterschieden wird:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikation der Wahl einer qualitativen Methode bezüglich der Fragestellung</li> <li>2. Indikation der Methodenwahl</li> <li>3. Indikation der Transkriptionsregeln</li> <li>4. Indikation der Samplingstrategie</li> <li>5. Angemessenheit der Kombination der Erhebungs- und Auswertungsmethoden</li> <li>6. Indikation der Kriterien, mit denen die Studie bewertet wird</li> </ol>
<p><b>Triangulation:</b> Komplementäre Theorien, Methoden, Forscher, oder Daten werden in einer Untersuchung eingesetzt um Verzerrungen und Einseitigkeiten, die durch ein Element der Studie zu Stande kommen, zu kompensieren.</p>
<p><b>Empirische Verankerung:</b> Das Bilden und Überprüfen von Hypothesen bzw. Theorien sollte im Datenmaterial, d.h. empirisch verankert sein, was durch folgende Wege bewerkstelligt werden kann:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anwendung kodifizierter Methoden</li> <li>2. Überprüfung, ob es genügend Textbelege für die gebildeten Hypothesen bzw. Theorien gibt</li> <li>3. Analytische Induktion (Methode um Theorien zu generieren, welche gleichzeitig Falsifikation ermöglicht)</li> <li>4. Ableitung von Prognosen und Überprüfung hinsichtlich ihres Eintretens im Datenmaterial</li> <li>5. Kommunikative Validierung durch die Untersuchten („member check“)</li> </ol>
<p><b>Limitation:</b> Die Grenzen des Geltungsbereichs und damit die Verallgemeinerbarkeit der entwickelten Theorie sollen herausgefunden und geprüft werden, wobei folgende Techniken hierfür angewandt werden können:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fallkontrastierung: Minimal und maximal verschiedene Fälle hinsichtlich der Theorie werden ausgesucht und in Kontrast zueinander gesetzt.</li> <li>2. Negative, abweichende und extreme Fälle werden gesucht und analysiert.</li> </ol>
<p><b>Kohärenz:</b> Die entwickelte Theorie sollte eine in sich gegebene Konsistenz aufweisen</p>
<p><b>Relevanz der Fragestellung</b> und des Beitrages der entwickelten Theorie</p>
<p><b>Reflektierte Subjektivität:</b> prüft, inwiefern der Forscher anhand methodischer Reflektion in die Bildung der Theorie eingezogen wird. Hierzu sollte Folgendes kontrolliert werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Begleitung des Forschungsprozesses durch Selbstbeobachtung</li> <li>2. Die Reflexion der persönlichen Voraussetzung für die Erforschung der Thematik</li> <li>3. Das Bestehen einer Vertrauensbeziehung zwischen Forscher und Informant</li> <li>4. Das Erfolgen von Reflexionen während des Feldeinstiegs</li> </ol>

Das in Tabelle 10 beschriebene Gütekriterium der Indikation schließt die Gegenstandsangemessenheit, die einen zentralen Begriff innerhalb der qualitativen Forschung darstellt, mit ein (Steinke, 2010). Der Begriff ist mit Brüsemeier (2008, S.28) wie folgt zu umschreiben: „Wenn ForscherInnen gemäß der Entdeckungslogik qualitativen Forschens, aus Daten neue Theorien entwickeln wollen, müssen sie sich auf den Gegenstand einlassen. [...] Gegenstandsangemessenheit heißt also in der qualitativen Forschung grundsätzlich, Daten nicht bestehenden Theorien unterzuordnen. Vielmehr sind Theorien und Methoden, im Prinzip alle Entscheidungen innerhalb eines qualitativen Forschungsprozesses, dem Gegenstand, den man erforschen will, anzupassen“.

Die Gegenstandsangemessenheit drückt die Logik des qualitativen Forschungsansatzes gut aus (Brüsemeister, 2008), und kann zudem als eigenes Gütekriterium für qualitative Forschung betrachtet werden. Das Gütekriterium der Indikation ist allerdings breiter angelegt, als die Gegenstandsangemessenheit, da Ersteres sich nicht nur mit der Angemessenheit der Erhebungs- und Auswertungsansätze beschäftigt, sondern den gesamten Forschungsprozess bezüglich seiner Indikation, d.h., Angemessenheit berücksichtigt (Steinke, 2010).

## 7.5 Methode

Die im Rahmen eines Forschungsprozesses ausgeführten Methoden werden aus den methodologischen Überlegungen und Folgerungen abgeleitet und umfassen bestimmte Techniken und Prozeduren (Van Manen, 1990). Im Folgenden werden die Auswahl der Methode für die vorliegende Studie begründet und die angewandten Techniken beschrieben.

### 7.5.1 Begründung der Methodenwahl

Die Begründung der Auswahl eines qualitativen Zugangs in der vorliegenden Studie folgt den oben beschriebenen Gütekriterien, die die Indikation des Forschungsprozesses betreffen. Zur Wiederholung werden hier, die in der vorliegenden Studie behandelten, Forschungsfragen genannt:

- Wie beschreiben Allgemeinmediziner in Luxemburg die Kommunikation mit ihren Patienten?

- Welches Bewusstsein bezüglich kultureller Themen und sprachlicher Aspekte während des ärztlichen Gespräches besteht bei Allgemeinmedizinerinnen in Luxemburg?
- Was sind die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz?

Das Forschungsanliegen, das durch diese Fragen beschrieben wird, ist explorativ, und die Phänomene im Umfeld der A-P-Interaktion sollen beschrieben und in ihrer subjektiven Erlebnisqualität erfasst werden. Die Forschungsfragen richten sich daher nach dem „Was“ und dem „Wie“, so wie dies bei qualitativen Ansätzen üblich ist (s. vorherigen Abschnitt 7.4.2). Eine theoriegeleitete Hypothesenformulierung war aufgrund der Rezeption der Forschungsliteratur nicht angezeigt.

In Luxemburg wurden, unseres Wissens nach, noch keine Studien zu A-P-Kommunikation durchgeführt, die auf psychologische Theorienbildung zurückgreifen. Daher liegt noch keine ausreichende empirische Evidenz vor, aufgrund derer enger gefasste Hypothesen hätten formuliert werden können. Empirische Ergebnisse zum Thema A-P-Kommunikation, die in anderen nationalen Kontexten gewonnen wurden, können nicht unbedingt auf den luxemburgischen Kontext (s. Kapitel 1) transferiert werden. Wie bereits eingangs dargestellt, gibt es in Luxemburg eine hohe Anzahl an Patienten *und* Ärzten mit Migrationshintergrund, was in anderen Settings, meistens so nicht der Fall ist. Auch die besondere Sprachsituation in Luxemburg ist in anderen untersuchten Ländern in der Form so nicht gegeben und würde einen Vergleich von (quantitativ ermittelten) Befunden erschweren. Demnach impliziert der vorliegende Forschungsgegenstand eine eher explorative (und damit qualitative) Vorgehensweise und bietet Raum für die Bildung neuer Modelle und Theorien.

Zudem liegt es auf der Hand eine Forschungsmethode zu wählen, die nahe am Forschungsgegenstand ist. Unser Forschungsinhalt ist die Wahrnehmung von Kommunikation, daher macht es Sinn, diese auf einem „kommunikativen Weg“, in Form von Interviews zu erheben. Wir möchten mehr über das Wissen erfahren, das in der sozialen Interaktion zwischen Arzt und Patient entsteht. In der Kommunikation mit dem Interviewten ergibt sich ein Zusatz an Information über sein Kommunikationsverhalten, das in anonymisierten und unkommunikativen Methoden wie mit z.B. der Fragebogenmethode, nicht hätte erfasst werden können. Der zweite Forschungsschwerpunkt ist es zu erfahren, wie ein potenzieller Einfluss des

kulturellen Hintergrundes des Patienten und des Arztes auf A-P-Kommunikation von Klinikern wahrgenommen und beschrieben wird. Dies impliziert, dass Methoden verwendet werden sollten, die berücksichtigen, dass Wissen kulturell bestimmt sein kann. Hier wären Fragebögen ebenfalls unangebracht, da diese immer vor dem Hintergrund einer bestimmten Kultur entstehen (Chamberlain & Murray, 2008).

Unser Forschungsziel ist es, die Sicht von Allgemeinmedizinerinnen auf ihre Kommunikation mit ihren Patienten zu erfassen. Daher müssen wir innerhalb der qualitativen Methoden eine Methode wählen, die es erlaubt, die spezifischen Sichtweisen von Personen zu erheben. Methoden der direkten Verhaltenserfassung („natürliche Daten“), wie zum Beispiel Beobachtung (Silverman, 2006), werden hier ausgeschlossen, da es in erster Linie um personale Bewertungsprozesse gehen wird, die sich über qualitative Interviews als Methode abbilden lassen. Fokusgruppen – als eine mögliche Option eines solchen Vorgehens – wurden hier nicht in Erwägung gezogen, da vor allem die Sicht der einzelnen Personen von Interesse ist. Die Erzählungen der Interviewten sollten ohne äußere Einflüsse durch andere Studienteilnehmer erfolgen, wie es im Rahmen von Fokusgruppen der Fall gewesen wäre. Eine Option wäre die Ergänzung der Interviews durch Fokusgruppen gewesen, um so zu zusätzlichen Daten zu kommen. Diese Idee wurde jedoch aus organisatorischen Gründen nicht aufgegriffen, da unsere Population (Allgemeinmediziner) eher knappe zeitliche Ressourcen hat, und sich die Organisation von Fokusgruppen hinsichtlich der Terminkoordinierung schwierig gestaltet hätte.

In der Exploration der Arztperspektive wurden keine zusätzlichen quantitativen Daten erhoben, da die hier ermittelten qualitativen Ergebnisse erst die Grundlage für einen validen quantitativen Fragebogen geboten hätten. Die weiterführende Konstruktion eines Fragebogens war aufgrund forschungsökonomischer Erwägungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht durchführbar.

### **7.5.2 Das qualitative Interview**

Ein Interview ist eine Unterhaltung, die eine Struktur und ein Ziel hat, die von dem Interviewer bestimmt wird. Es ist eine professionelle Interaktion, die über den spontanen Austausch von Sichten, wie sie bei alltäglichen Gesprächen stattfinden, hinausgeht. Die Interaktion im Interview aus der Sicht des Interviewers ist durch Fragen und Zuhören geprägt und hat für ihn das Ziel, Wissen zu erlangen (Kvale, 2007). Dabei grenzen Interviews sich von Alltagskommunikation insofern ab, dass

erstens die Kommunikation sich nach dem Forschungsinteresse der Interviewenden richtet, zweitens Regeln der alltäglichen Kommunikation, wie etwa die Reziprozitätsnorm nicht befolgt werden und drittens von Deutungen und Suggestivfragen Abstand genommen wird (Helfferich, 2009). Es kann eine Unterscheidung zwischen quantitativen und qualitativen Interviews getroffen werden. Qualitative Interviews weisen bestimmte Merkmale auf, die sie von quantitativen Interviews abgrenzen (Lamnek, 2010, s. Tabelle 2).

**Tabelle 11. Merkmale qualitativer Interviews (Lamnek, 2010)**

- Qualitative Befragungen werden in Interviewform durchgeführt, d. h. mündlich-persönlich.
- Qualitative Interviews sind nicht-standardisiert, da die Formulierung der Fragen und die Reihenfolge, in der sie vorgetragen werden, an die Situation angepasst werden sollte.
- Das Interview enthält ausschließlich offene Fragen.
- Das Interview sollte in einem neutralen bis weichen Stil geführt werden.
- Es handelt sich vor allem um ermittelnde Interviews, d.h. der Informationsfluss geht von Richtung des Befragten zum Interviewer, der Informationen erfassen möchte
- Da häufig recht intime und persönliche Themen behandelt werden, sollte ein qualitatives Interview einzeln durchgeführt werden.

Interviewer sind immer in die Schaffung der Sinnzuschreibungen der Interviewten eingebunden. Beide Parteien im Interview sind notwendigerweise aktiv. Sinnzuschreibungen sollen nicht nur durch Fragen evoziert werden, oder einfach durch die Antworten der Teilnehmer transportiert, sondern sollen aktiv und auf kommunikativer Ebene ko-konstruiert werden. Interviewte Personen sind demnach keine „Wissensbehälter“, sondern sie schaffen vielmehr Wissen und Interviews stellen eine gemeinsame Leistung vom Interviewer und Interviewten dar (Holstein & Gubrium, 2004). Eine Frage, die sich hier stellt, ist, ob man die durch die Interviews erhobenen Daten als einzige „Wahrheit“, bzw. „Realität“ betrachtet. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang, wie viele und welche individuellen Bedeutungen den Inhalten eines Interviews zugrunde liegen können. Dies führt zu der Frage, ob Interviewantworten so behandelt werden können, dass sie einen direkten Zugang zu der Erfahrung bieten oder ob sie aktive konstruierte Erzählungen sind (Silverman, 2000). Diese Überlegungen werden bei der Interpretation der Interviews berücksichtigt.

Es gibt eine Vielzahl an Interviewformen, die sich zum Beispiel bezüglich ihrer fokussierten Themen oder ihrer Offenheit und Strukturiertheit unterscheiden (Helfferich, 2009). In der vorliegenden Arbeit werden Leitfaden-Interviews verwendet, die semistrukturiert und problemzentriert sind.

## 8. Durchführung der Studie

Das vorliegende Kapitel enthält die Beschreibung der Stichprobe sowie der Vorgehensweise bei der Datenerhebung im Rahmen der vorliegenden Studie.

### 8.1 Theoretische Überlegungen zur Stichprobe

Das Hauptkriterium für die Aufnahme in die Stichprobe der vorliegenden Studie war die Tätigkeit als niedergelassener Allgemeinmediziner in einer Privatpraxis in Luxemburg. Weitere Kriterien bezüglich der Auswahl der Studienteilnehmer wurden bestimmt, um eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse anstreben zu können. Generalisierbarkeit kann dadurch erreicht werden, indem die ausgewählte Stichprobe die untersuchte Population inhaltlich repräsentiert. Es geht hier um die Bestimmung der Typik des untersuchten Gegenstandes und dadurch um das Gewährleisten, dass die Ergebnisse auf andere ähnliche Gegenstände übertragbar sind. Gesichert werden muss eine fassettenreiche Erfassung des untersuchten Phänomens. Diese kann anhand von Stichproben, die extreme Fälle enthalten, über Stichproben mit typischen Fällen bis zu einer Stichprobe, die kritische Fälle einschließt, erfolgen. Beim Ziehen der Stichprobe sollte maximale Variation angestrebt werden (Merkens, 2007). In der vorliegenden Studie wurden die Merkmale der Stichprobe vor Beginn der Untersuchung bezüglich eines bestimmten Kriterienrasters festgelegt. Es wurde dabei auf eine größtmögliche Variation in Bezug auf Alter und Nationalität geachtet, wobei das Geschlechterverhältnis in der Stichprobe ausgeglichen sein sollte. Neben den Kriterien für eine Aufnahme in die Stichprobe, stellte sich ebenfalls die Frage nach der Anzahl der Personen, die in der Stichprobe enthalten sein sollten.

Kvale (2007) sagt hierzu, dass in einer qualitativen Interviewstudie schlichtweg genau so viele Personen benötigt werden, bis die Forschenden herausgefunden haben, was sie wissen möchten. Dieser Ansatz wird als theoretische Sättigung beschrieben (Merkens, 2007). In den meisten Interviewstudien liegt die Anzahl der Interviews bei fünf bis fünfundzwanzig Personen (Kvale, 2007). Bei der Festlegung der Anzahl der Teilnehmer unserer Studie orientierten wir uns sowohl am Prinzip der theoretischen Sättigung, als auch an dem genannten Durchschnittswert für die Anzahl der Teilnehmer an Interviewstudien und beendeten die Rekrutierung nach 16 durchgeführten Interviews.

Als Kriterien für die Auswahl der Allgemeinmediziner wurde, wie erwähnt, festgelegt, dass die Geschlechterverteilung ausgewogen sein sollte und eine höchstmögliche Varianz bezüglich des Alters in der Stichprobe bestehen sollte. Auch wenn derzeit in Luxemburg mehr männliche (61%), als weibliche niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen (39%) praktizieren, kann angenommen werden, dass der Frauenanteil innerhalb dieser Berufsgruppe sich dem Männeranteil annähern, bzw. ihn überschreiten wird. Diese Annahme ist darauf begründet, dass es bei den unter 34-Jährigen mehr weibliche als männliche MedizinerInnen (s. Kapitel 1) gibt. Aus diesem Grund war es sinnvoll in die vorliegende Studie die gleiche Anzahl an Männern wie Frauen einzubeziehen. Die Verteilung der Nationalitäten der Interviewpartner sollte vergleichbar zu der Verteilung der Nationalitäten aller Allgemeinmediziner in Luxemburg sein.

## 8.2 Kontaktierung der Studienteilnehmer

Die Rekrutierung der interviewten Personen erfolgte in zwei Schritten. Die erste Rekrutierungsphase wurde nach dem *Schneeballsystem* gestaltet. Einige Allgemeinmediziner wurden kontaktiert und anschließend gebeten, weitere potentielle Interviewpartner vorzuschlagen. Diese Methode bringt jedoch den möglichen Nachteil einer zu engen und homogenen Stichprobe mit sich, da die Stichprobe vernetzt ist (Helfferich, 2009; Merrens, 2007). Insgesamt wurden zehn Personen in dieser Phase rekrutiert.

In einer zweiten Phase wurde analysiert, welche demographischen Eigenschaften (Geschlecht, Alter und Nationalität) die bereits rekrutierten Mediziner aufwiesen und über welche Eigenschaften die noch zu rekrutierenden Interviewpartner verfügen sollten, damit die im Vorfeld festgelegten Kriterien für die Stichprobe erfüllt werden können. Da persönliche Homepages häufig persönliche Angaben der Ärzte enthielten, wurden zunächst Allgemeinmediziner mit Internetauftritt auf ihre Geeignetheit für die Studie überprüft. Auf diesem Weg wurden zwei Ärzte rekrutiert. In einem nächsten Schritt wurden 50 Personen aus dem Ärzteverzeichnis der Internetseite *Portail Santé.lu* (Centre de Recherche Public de la Santé, 2014), die die Kriterien bezüglich Geschlecht und Nationalität - welche anhand des Namens angenommen wurde - erfüllten, per Brief (s. Anhang D) kontaktiert. Die Rücklaufquote belief sich hier auf 4 Personen. Die Terminvereinbarung mit den Interviewpartnern erfolgte telefonisch bzw. per E-Mail. Hier sei hervorgehoben, dass allen Studienteilnehmer im Rahmen der Kontaktierung

die gleichen Informationen zur vorliegenden Studie mitgeteilt wurden. Diesbezüglich erhielten sie lediglich die Auskunft dass es sich mit der vorliegenden Studie um eine Studie über A-P-Kommunikation handelt (s. Brief in Anhang D). Im Folgenden wird die Durchführung der Interviews beschrieben.

### 8.3 Durchführung der Interviews

Die Interviewpartner konnten den Interviewort selbst bestimmen. 14 Mal wurde die eigene Praxis gewählt, zweimal das private Zuhause der Ärzte. Jedem Mediziner wurde zur Wahrung ihrer Anonymität ein Buchstabenkürzel (z. B. „OJ“) zufällig zugewiesen, welche bei der Ergebnisdarstellung verwendet werden.

Vorgesehen war, dass jeder Interviewpartner nur ein Mal interviewt werden sollte. BDs Interview wurde jedoch auf seinen Wunsch hin, auf zwei Termine aufgeteilt. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Die interviewten Personen wurden gebeten, eine Einverständniserklärung zur der Teilnahme an der Studie zu unterschreiben. Im Anschluss an das Interview wurde den Teilnehmern ein Fragebogen zur Erhebung der demographischen und beruflichen Angaben vorgelegt.

Der in den Interviews verwendete Leitfaden ist auf den in Kapitel 6 beschriebenen Forschungsfragen begründet und enthält folgende Themengebiete:

- Eröffnungsfrage zur allgemeinen Einstellung zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient
- Rolle/Stellenwert von Kommunikation in der medizinischen Konsultation \*
- Schwierigkeiten bei A-P-Kommunikation
- Positiver Verlauf der A-P-Kommunikation
- Wahrnehmung interkultureller A-P- Kommunikation
- Übersetzer/Begleiter in der Konsultation\*
- Interkulturelle Kompetenz
- Kommunikation mit Kollegen\*
- Kommunikationsfähigkeiten

Die mit einem Asterisk gekennzeichneten Themen wurden erst nach dem ersten Interview in den Interviewleitfaden aufgenommen. Diese stellten sich als wichtige Themen in Bezug auf A-P-Kommunikation für den ersten Studienteilnehmer heraus,

auf Basis deren die ersten induktiven Theorien gebildet wurden, welche ebenfalls bei den folgenden Interviews berücksichtigt werden sollten. Der ausführliche Leitfaden als auch der im Interview vorgelegte Fragebogen und der Text zur Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie befinden sich im Anhang D.

In Prä- und Postskripts zu den Interviews wurden ebenfalls Aussagen festgehalten, die vor, bzw. nach Interviews getätigt wurden. Nach der Empfehlung von Helfferich (2009) wurde in diesen Skripts ebenso festgehalten:

- Besondere Vorkommnisse bei der Kontaktierung
- Besondere Vorkommnisse im Interview
- Zeitorganisation
- Interviewatmosphäre
- Interaktion im Interview, schwierige Passagen
- Personale Beziehung zwischen Interviewer und Interviewtem

Diese zusätzlichen Daten dienten zur Unterstützung der Interpretation.

#### **8.4 Beschreibung der Stichprobe**

Im Folgenden wird die Beschreibung der in der vorliegenden Studie rekrutierten Stichprobe erfolgen. Unter Berücksichtigung der in Abschnitt 8.1. genannten Auswahlkriterien der Teilnehmer an der Studie wurden 16 Allgemeinmediziner rekrutiert. Das erste Auswahlkriterium für eine Aufnahme in die Studie, war wie erwähnt, die Tätigkeit als niedergelassener Allgemeinmediziner in einer Privatpraxis in Luxemburg. Allerdings muss einschränkend erwähnt werden, dass zwei Studienteilnehmer, JD und FM, auch wenn sie ausgebildete Allgemeinmediziner sind, nicht primär bzw. nicht als Allgemeinmediziner tätig sind. Beide Mediziner geben an, Arbeitsmediziner zu sein. JD arbeitet sowohl als Arbeitsmediziner als auch als Allgemeinmediziner, jedoch würde laut ihm Ersteres überwiegen. FM hingegen arbeitet ausschließlich als Arbeitsmediziner. Dennoch wurde beschlossen, diese beiden Personen in die Stichprobe aufzunehmen, da durch sie die Sicht auf A-P-Kommunikation in einem anderen Spezialisierungsbereich gewonnen werden und mit der Allgemeinmedizin verglichen werden konnte. Alle weiteren Teilnehmer sind praktizierende Allgemeinmediziner in einer Gemeinschafts- oder Einzelpraxis in Luxemburg.

Im Nachstehenden werden die demographischen und beruflichen Angaben (Ausbildungsort und Anzahl der Patienten mit Migrationshintergrund, die den Arzt konsultieren, usw.) der 16 Teilnehmer beschrieben. Diese Daten wurden, wie erwähnt, mittels Fragebogen (s. Anhang D) erhoben. In Tabelle 12 sind die demographischen Angaben der Mediziner dargestellt.

Die Stichprobe umfasst acht Frauen und acht Männer. Die Altersspanne innerhalb der Stichprobe liegt zwischen 30 und 60 Jahren ( $M = 47.25$ ;  $SD = 10.93$ ). Die Mehrzahl der Männer in der Stichprobe ist über 50 Jahre alt, wohingegen die meisten der interviewten Frauen zwischen 30 und 49 Jahren alt sind. Der Durchschnitt für die Männer liegt bei 51,25 Jahren, wobei er bei den Frauen bei 43,25 Jahren liegt. In der Gesamtpopulation der Luxemburger Allgemeinmediziner sind, wie erwähnt, die Männer ebenfalls älter als die Frauen; damit liegt in unserer Stichprobe eine ähnliche Altersverteilung zu jener der beruflich aktiven Ärzte in Luxemburg vor.

**Tabelle 12. Demographische Daten der Ärzte in der Stichprobe**

Ärzte	Geschlecht		Altersgruppe <sup>1</sup>	
	W	M	1	2
BB		X	X	
BD(1) <sup>2</sup>		X		X
BD(2)				
FM		X		X
JD		X		X
NB		X		X
SI		X		X
TF		X	X	
VB		X		X
BO	X		X	
FN	X		X	
JS	X			X
OJ	X			X
OP	X		X	
PP	X		X	
SP	X			X
UR	X		X	

Anmerkungen.<sup>1</sup> Altersgruppe : 1 = 30-49 Jahre; 2 = 50-60 Jahre

<sup>2</sup> BD wurde an zwei Terminen interviewt, deswegen existieren zwei Interviews: BD (1) und BD (2)

In Tabelle 13 sind die Sprachkenntnisse der interviewten Ärzte dargestellt. Drei Ärzte geben zwei Muttersprachen an. Aus Tabelle 12 lässt sich schließen, wie häufig folgende Sprachen fließend von den Ärzten in der Stichprobe gesprochen werden: 16 Mal Französisch, 15 Mal Englisch, 12 Mal Luxemburgisch und 12 Mal Deutsch.

Tabelle 13. Sprachkenntnisse der Ärzte in der Stichprobe

Arzt	Muttersprache							Weitere fließend gesprochene Sprachen						Grundkenntn. in einer weiteren Sprache	Interview-sprache
	LU	DE	FR	UK	PT	NL	Skand.	LU	DE	FR	UK	PT	ES		
BB	X				X				X	X	X		X	/	LU
BD	X								X	X	X			/	LU
FM	X								X	X	X			/	LU
JD		X		X						X		X		/	DE
NB	X								X	X	X			/	LU
SI	X								X	X	X			PT	LU
TF	X								X	X	X			/	LU
VB			X					X			X			NL,ES	FR
BO	X								X	X	X			/	LU
FN	X								X	X	X			/	LU
JS							X			X	X			IT	UK
OJ	X					X			X	X	X			PT	LU
OP			X											LU, UK	FR
PP	X								X	X	X			/	LU
SP			X					X	X		X			/	LU
UR				X						X				TZ	UK

Von den drei Nationalsprachen Luxemburgs wird ausschließlich Französisch von allen Medizinerinnen gesprochen. Die Ärzte nennen neben den Nationalsprachen acht weitere Sprachen, die sie fließend sprechen, wobei es hier außer bei Portugiesisch und bei Latein keine Mehrfachnennungen gibt (Tabelle 13). Grundkenntnisse weisen die Ärzte in folgenden Sprachen auf: Suaheli, Holländisch, Italienisch, Portugiesisch (x2), Luxemburgisch, Englisch, Italienisch, Spanisch und Deutsch. Die Ärzte konnten wählen ob die Interviews in Luxemburgisch, Französisch, Deutsch oder Englisch abgehalten werden. 12 Interviews wurden auf Luxemburgisch geführt, zwei auf Französisch, zwei auf Englisch und eins auf Deutsch. Aus den Angaben zur Muttersprache schlossen wir ebenfalls, ob die jeweilige Person einen Migrationshintergrund hat oder nicht. Gab eine Person eine andere Muttersprache als Luxemburgisch, bzw. eine weitere Muttersprache an, so war dies ein Hinweis für einen Migrationshintergrund bei der jeweiligen Person. Die Allgemeinmediziner in der Stichprobe besitzen zu 68,75% die luxemburgische Nationalität (Tabelle 14), was ebenfalls dem Prozentsatz der luxemburgischen Allgemeinmediziner im Großherzogtum entspricht (s. Kapitel 1). In Luxemburg sind am Häufigsten Ärzte deutscher, französischer und belgischer Nationalität – die Nachbarnationalitäten Luxemburgs – vertreten. In unserer Stichprobe befindet sich jeweils ein Arzt aus einem dieser drei Länder. Die Hälfte der Personen in der Stichprobe ist in Luxemburg geboren, die Geburtsorte der weiteren Personen verteilen sich auf mehrere Länder (Tabelle 14). In der Tabelle wird zur Wahrung der Anonymität einer Ärztin ihr

Herkunftsland als „Skandinavisches Land“ bezeichnet, da davon ausgegangen werden kann, dass nicht viele Ärzte aus Skandinavien in Luxemburg praktizieren (s. Tabelle 1 in Kapitel 1 zu den Nationalitäten in Luxemburg), und eine konkrete Landesangabe ihre Anonymität gefährden könnte.

**Tabelle 14. Nationalitäten, Geburtsländer und Ausbildungsort (Medizinstudium) der Ärzte in der Stichprobe**

	Häufigkeit Nationalität	Häufigkeit Geburtsort	Häufigkeit Ausbildungsort (Medizinstudium)
Luxemburg	12	9	2
Frankreich	1	2	4
Belgien	1	1	6
Deutschland	1	1	2
Skandinavisches Land	1	1	1
Großbritannien	1	1	1
Niederlande	/	1	/
Österreich	/	/	2
Kanada	/	/	1

*Anmerkung.* Ein Mediziner besitzt neben der luxemburgischen eine zweite Staatsbürgerschaft (beide werden in der Tabelle berücksichtigt).

Beim Ausbildungsort war eine Mehrfachnennung möglich.

Erfasst wurde ebenfalls, wo die Ärzte ihre medizinische Ausbildung absolvierten. Am Häufigsten führen die Mediziner Belgien als Land an, in dem sie ihre Medizinstudien absolvierten, gefolgt von Frankreich (s. Tabelle 14).

Die Ärzte in der Stichprobe geben an, dass zwischen 40% und 99% ihrer Patienten nicht die luxemburgische Nationalität haben. Diese Prozentzahlen lassen darauf schließen, dass jeder der in der Stichprobe vertretenen Mediziner täglich, bzw. auf regelmäßiger Basis Patienten mit Migrationshintergrund behandelt. Die meisten Ärzte geben einen Wert zwischen 40% bis 50% Patienten mit nicht-luxemburgischer Nationalität an. Fünf Ärzte werden von mehr als 70% nicht-luxemburgischer Patienten konsultiert.

## 8.5 Auswertung mit der qualitativen Inhaltsanalyse

Nachdem die Erhebungsmethoden dargestellt wurden, wird hier die Auswertungsmethode beschrieben. Als Analysemethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) gewählt, da diese sich in die Hermeneutik und damit auch die phänomenologische Forschung eingliedert (s. Kapitel 7).

Ehe der spezifische Ablauf dieser Analyse dargestellt werden wird, sei erwähnt, dass folgender Analyseprozess den meisten qualitativen Verfahren zugrunde liegt (Creswell, 2013):

- Organisieren und Vorbereiten der Daten für die Analyse (zum Beispiel Interviews in Transkripte umwandeln). Wir transkribierten unsere Interviews nach den Regeln von Kruse (2008 s. Kapitel 9.2). Reduzieren der Daten auf Themen (durch Codieren und Komprimieren der erstellten Codes).
- Darstellung der Daten in Abbildungen, Tabellen oder einer Diskussion.

Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse ist in seinen groben Zügen mit diesem dreigliedrigen Prozess vergleichbar.

### 8.5.1 Beschreibung der qualitativen Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein qualitatives Verfahren, jedoch kann sie auch quantitative Elemente enthalten. Diese sind z. B. gegeben, wenn neben der verbalinterpretativen Auswertung, die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Codes analysiert und interpretiert wird. Demnach enthält die qualitative Inhaltsanalyse ebenso die Idee der Komplementarität qualitativer und quantitativer Methoden (Mayring, 2007; Mayring, 2010).

Aus dem übergeordneten Bereich der Hermeneutik lassen sich die folgenden Punkte für die Entwicklung einer qualitativen Inhaltsanalyse ableiten (Mayring, 2010):

- Die qualitative Inhaltsanalyse beginnt mit einer genauen Quellenkunde. Es sollte eine Untersuchung des Materials (z. B. Transkripte von Interviews oder historische Texte) auf seine Entstehungsbedingungen hin stattfinden.
- Der Forscher sollte sein Vorverständnis des Gegenstandes explizit darlegen, d.h., dass theoretische Hintergründe, Fragestellungen und implizite Vorannahmen ausformuliert werden sollten.
- Die qualitative Inhaltsanalyse ist immer ein Verstehensprozess von vielschichtigen Sinnstrukturen im Material. Die Analyse darf nicht bei dem manifesten Oberflächeninhalt stehen bleiben, sie muss auch auf latente Sinngehalte abzielen.

(Kuckartz, 2012) ergänzt hierzu noch folgende Punkte:

- Das Datenmaterial, z. B. ein Interview in Textform, sollte als Ganzes erarbeitet werden.
- Man sollte sich der hermeneutischen Differenz, im Sinn, dass erst durch Deutung ein Verstehen erreicht werden kann, bewusst werden.
- Es wird zwischen einer Logik der Entdeckung, d.h. neuen Inhalten im Text und einer Logik des Anwendens, d.h. Identifizierung von Kategorien und Themen differenziert.

Wir werden die inhaltlich strukturierende qualitative und die evaluative qualitative Inhaltsanalysen nach Kuckartz (2012), die auf Mayring (2010) fundieren, anwenden. Erstere erlaubt es, ein beschriebenes Phänomen strukturiert darzustellen. Die evaluative Inhaltsanalyse geht noch darüber hinaus und ermöglicht es, die Teilnehmer miteinander in Beziehung zu setzen. Der im Folgenden beschriebene Ablauf bezieht sich in seinen Grundzügen sowohl auf Kuckartz, als auch auf Mayring.

Der erste Schritt einer Auswertung von qualitativen Daten sollte hermeneutisch-interpretativ sein. Das Ziel sollte es sein, ein Gesamtverständnis des Textes unter Berücksichtigung der zugrunde gelegten Forschungsfragen zu entwickeln. Zudem empfiehlt Kuckartz mit der Auswertung zu beginnen, sobald die erste Datenquelle vorliegt. Creswell (2013) schreibt ebenso, dass man sich vor Beginn der Auswertung einen Gesamtüberblick über den Inhalt der Daten, wie etwa dem eines Interviews, verschaffen sollte, ehe man es in kleinere Einheiten unterteilt.

Anschließend können Fallzusammenfassungen erstellt werden („*Case summaries*“). Hierbei wird der Text komprimiert; dabei soll sich an den Fakten orientiert werden und noch keine Interpretation einfließen.

### **8.5.2 Die Auswertungskategorien und die Codierung**

Als nächster Schritt wird ein Codesystem erstellt, anhand dessen die Inhalte der Transkripte codiert werden. Fragen, die bei der Kategorienbildung gestellt werden müssen, betreffen zum einen die theoriegeleitet-deduktive oder die datengeleitet-induktive Kategorienbildung, zum anderen ist die Anzahl der Kategorien von Interesse.

Deduktive Daten können insbesondere bei einer starken theoretischen Durchdrungenheit des Themas gebildet werden. Je gezielter die Forschungsfragen sind, desto eher wird man Kategorien vor der Analyse des Materials bilden können. Es ist jedoch durchaus möglich, dass sich bei der Auswertung herausstellt, dass die Kategorien nicht trennscharf sind, oder zu viele Einheiten nicht zugeordnet werden können. Dies kann es mit sich bringen, dass Kategorien verändert oder sogar neue Kategorien gebildet werden müssen. Somit schließt eine deduktive Kategorienbildung keineswegs Veränderungen am Kategoriensystem aus (Kuckartz, 2012).

Bei der vorliegenden Arbeit liegt theoretische Vorarbeit vor, die sich auf andere nationale Kontexte als Luxemburg bezieht. Auf Basis derer wurden die Forschungsfragen und der Interviewleitfaden erstellt. Daraus ergibt sich, dass in der vorliegenden Studie deduktiv-gebildete Kategorien ihre Anwendung fanden. Die deduktiven Kategorien wurden wie folgt gebildet (Kuckartz, 2012):

1. Ziel der Kategorienbildung auf der Grundlage der Forschungsfrage bestimmen
2. Grad der Differenziertheit der Kategorien bestimmen
3. Abstraktionslevel festlegen
4. Mit der ersten Textstelle, die für die Kategorienbildung herangezogen wird, beginnen
5. Die Textstelle sequenziell Zeile für Zeile lesen und direkt am Text Kategorien bilden
6. Zuordnung oder Neubildung von weiteren Kategorien
7. Kategoriensystem ggf. neu ordnen und mit der nächsten für die Kategorienbildung einschlägigen Textstelle fortfahren
8. Das Kategoriensystem fixieren

Allerdings ist der Gegenstandsbereich dieser Arbeit (wie in Kapitel 7 beschrieben) sicherlich noch nicht hinreichend in einem nationalen Kontext, der mit Luxemburg vergleichbar wäre, erforscht. Aus diesem Grund, war es ein Ziel dieser Arbeit, explorativ und möglicherweise theorieerweiternd vorzugehen. Daher wurde die induktive Kategorienbildung ebenfalls eingesetzt und somit wurde eine Mischform der Kategorienbildung angewandt (Kuckartz, 2012). Induktive Kategorien werden durch

ein Vergleichen des konkreten Materials und der Theorie (in der vorliegenden Arbeit die Kapitel 2 bis 5) entwickelt und während der Analyse überarbeitet, sowie rücküberprüft (Mayring, 2010).

Die induktiven und deduktiven Kategorien, die in der Analyse verwendet wurden, werden im Rahmen der Ergebnisdarstellung in Form von Themen angeführt. Um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen, legten wir folgende Regeln für die Codierung fest (Chamberlain, 2012; Mayring, 2010):

- Hintereinander folgende Äußerungen zu einem Thema werden als Abschnitt codiert.
- Die Codes schließen sich nicht gegenseitig aus, daher können sich die Codiereinheiten überlappen.
- Festlegen eines Ankerbeispiels, d.h. einer exemplarischen Äußerung in den Interviews für die jeweilige Kategorie.
- Die Codierung findet eher auf einer manifesten als auf einer latenten Ebene statt. Das tatsächlich Gesagte wird codiert, nicht die vermutete Interpretation. Die Interpretation erfolgt erst nach der Codierung.

Die Analyse-Software MAXQDA (VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, 1989-2014) wurde zur Unterstützung der Zuordnung der Codes zu Interviewpassagen benutzt.

Neben einer ausführlichen Dokumentation des Forschungsprozesses, der Reflexion der Indikation der einzelnen Forschungsschritte, als auch der Konstruktvalidierung durch schon etablierte Modelle und Theorien wurden folgende Schritte unternommen, um das Einhalten mehrerer der dargestellten Kernkriterien qualitativer Forschung (s. Kapitel 7) zu garantieren:

- Intracoderreliabilität: Das Material wurde mehrmals vom Forscher ohne Kenntnis der schon zugeordneten Codes codiert.
- Intercoderreliabilität: Die gebildeten Codes wurden von nicht am Forschungsprojekt teilnehmenden Forschern auf ihre Trennschärfe und inhaltliche Logik überprüft. Diese externen Personen überprüften die zugeordneten Codes und waren in die Interpretation der Daten involviert.

Somit wurden im Rahmen des vorliegenden Forschungsprozesses alle möglichen- unter Vorbehalt der vorhanden Ressourcen- Schritte unternommen, um die Güte der vorliegenden Ergebnisse dieser Studie zu garantieren.

### 8.5.3 Interpretation

Interpretation bedeutet Sinnherstellung aus den Daten. Die Interpretation im Rahmen qualitativer Forschung ist ein Prozess, der mit der Entwicklung von Codes, sowie der Bildung von Themen aus diesen Codes beginnt und dann die Organisation von Themen in größere Abstraktionseinheiten umfasst, bis ein „Sinn“ aus den Daten hervorgeht (Creswell, 2013).

Mayring (2010) nennt drei Grundformen der Interpretation (S. 65):

- Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, jedoch dabei durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist,
- Explikation: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet,
- Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.

Mayring (2010) unterscheidet zwischen vier Formen der Strukturierung, wobei in der vorliegenden Studie zwei zur Anwendung kommen: die inhaltliche und die skalierende Strukturierung. In den Abbildungen 2 und 3 werden die Auswertungsschritte genannt, die innerhalb der beiden Analyseformen angewandt werden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, die sich im Rahmen des im vorliegenden Kapitel erläuterten Auswertungsprozesses ergaben.

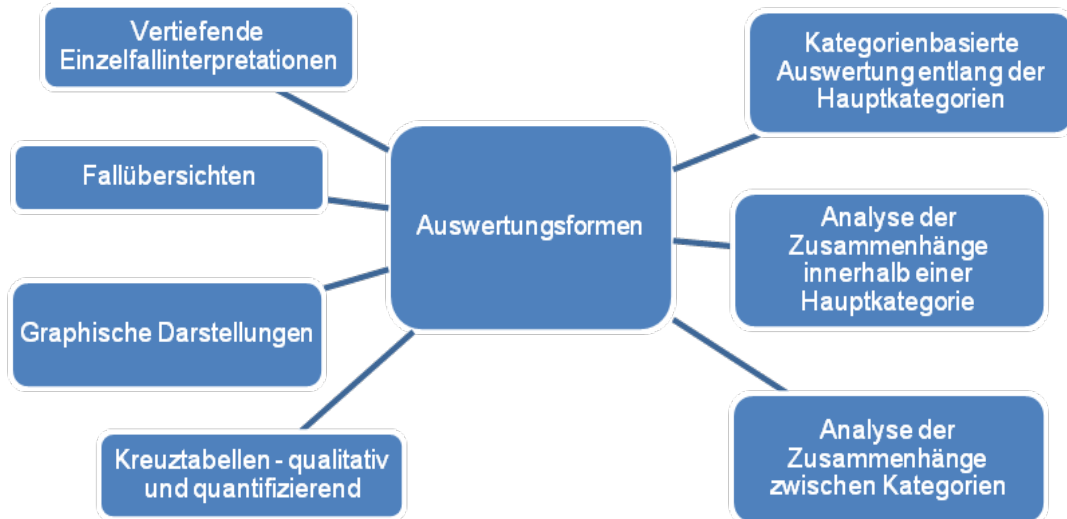


Abbildung 19. Sieben Formen der Auswertung und Ergebnisdarstellung bei einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012, S. 94)

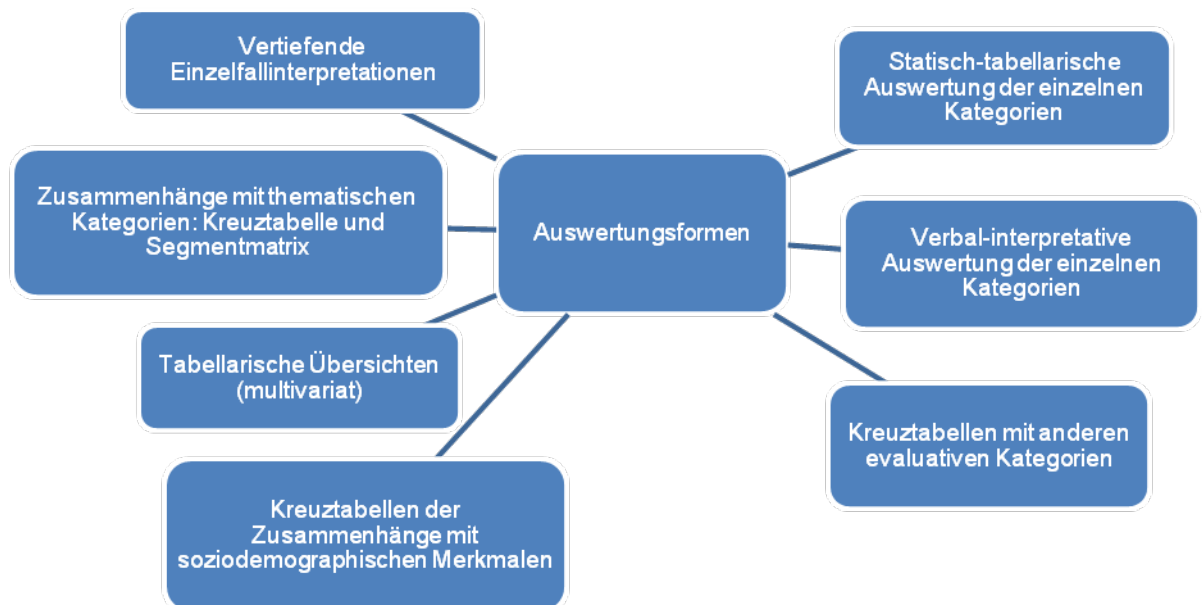


Abbildung 20. Sieben Formen der Auswertung und Ergebnisdarstellung bei einer evaluativen/skalierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012, S. 108)



## 9. Ergebnisse

In dem vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse zu den in Kapitel 6 angeführten Fragestellungen und dem beschriebenen Forschungsprozess und -ablauf (vgl. Kapitel 7 und Kapitel 8) dargestellt. Ehe der Beantwortung der Forschungsfragen nachgegangen wird, werden zunächst die im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten Interviews im Überblick dargestellt und klassifiziert. Dieses Kapitel enthält demnach die folgenden Unterkapitel:

1. „Fallübersichten“ – Eine erste Klassifikation der Interviewpartner
2. Charakterisierung der A-P-Kommunikation aus Sicht der Ärzte (behandelt Forschungsfrage 1)
3. Beschreibung des Einflusses sprachlicher und kultureller Aspekte auf die ärztliche Konsultation aus der Sicht der Ärzte (behandelt Forschungsfrage 2)
4. Interkulturelle Kompetenz aus der Sicht der Ärzte (behandelt Forschungsfrage 3)

Die Forschungsethik qualitativer Sozialforschung macht erforderlich, dass die untersuchten Institutionen, Personen und Regionen zureichend anonymisiert werden (Hopf, 2000). In der Darstellung der Ergebnisse der vorliegenden Studie wird dies zum einen bewerkstelligt, indem den Interviewpartnern zufällige Buchstabenkombinationen zugewiesen werden (z. B. „TF“). Zum anderen werden Äußerungen in den Interviews (z. B. Nennung von bestimmten Orten), die Rückschlüsse auf die interviewte Person zulassen würden, nicht in der Ergebnisdarstellung angeführt. Im Folgenden werden nun die Interviewpartner anhand von kurzen „Fallübersichten“ und einer ersten Klassifikation im Überblick dargestellt.

### 9.1 „Fallübersichten“ – Eine erste Klassifikation der Interviewpartner

Im Rahmen der initiiierenden Textarbeit am Material wurden Fallzusammenfassungen (vgl. Kapitel 7) zu den einzelnen Interviews erstellt, wobei neben inhaltlichen Aspekten auch formale Aspekte, wie z. B. die Länge der Antworten oder der Kommunikationsstil der Interviewpartner berücksichtigt wurden. Die Fallzusammenfassungen orientieren sich an den im Interviewleitfaden enthaltenen Themen und werden hier nur auszugsweise dargelegt, damit die Anonymität der

Teilnehmer weiterhin gewährleistet bleibt. Eine Interpretation der Daten findet hier noch nicht bzw. zu einem geringen Ausmaß statt. Die hier dargelegten Befunde werden in den Kapiteln 9.2 und 9.3 thematisch strukturiert und interpretiert.

Die Themen, die die jeweiligen Interviews dominieren, d.h. jene Aspekte zu denen die interviewten Personen sich besonders ausführlich äußerten, wurden identifiziert und jedes Interview wurde mit einer Überschrift versehen. Anhand dieser Elemente wurden die Interviews in vier Kategorien eingeteilt: „die Kultur-Bewussten“, die „Kommunikations-Bewussten“, „Neue Themen“ und „Relativierung von kulturellen Einflüssen auf A-P-Kommunikation“ (s. Tabelle 15).

**Tabelle 15. Überschriften und Überkategorien zu den durchgeführten Interviews**

Die Kultur-Bewussten
„Nimmt Sprache und Kultur als Barriere wahr“ (OP)
„Hardliner bezüglich allem“ (JD)
„Hardlinerin bezüglich Kultur“ (JS)
„Zwischen der deutschen und französischen Kultur; Feministische Themen“ (SP)
Die Kommunikations-Bewussten
„Schweigepflicht und hohes Bewusstsein über Kommunikationsstil“ (BO)
„Patientenzentrierter Kommunikationsstil“ (UR)
„Der Kommunikations-Bewusste“ (NB)
„Die Empathische“ (PP)
Neue Themen
„Der Experte“ (TF)
„Kommunikation nicht von anderen Komponenten im Arzt-Patienten-Gespräch isoliert“ (BD)
„Überthema Respekt“ (BB)
Relativierung von kulturellen Einflüssen auf A-P-Kommunikation
„Die Neutrale“ (FN)
„Die Abgeklärte“ (OJ)
„Neutral und relativierend bezüglich kulturellen Themen: Bewusstsein für sprachliche Themen; Beziehungsaspekt von großer Bedeutung“ (SI)
„Betont individuelle Unterschiede; gibt sich offen bezüglich Sprachen und Kultur“ (VB)
„Sprache ist keine Barriere; menschliche Kompetenz ist wichtig“ (FM)

Jeweils vier Ärzte werden zu den „kulturbewussten“ bzw. „kommunikationsbewussten“ Ärzten gezählt. Fünf Mediziner relativieren die kulturellen Einflüsse auf A-P-Kommunikation und drei Ärzte fokussieren sich auf Themen, die in der Form nicht im Interviewleitfaden vorgesehen waren. Somit liegt eine recht heterogene Stichprobe vor, in der sich die Personen gleichmäßig auf die vier Kategorien verteilen. Unabhängig von den vier Überkategorien hat jedes Interview seine Eigenheiten, die sich in den jeweiligen, den Interviews zugeordneten Überschriften, widerspiegeln. In den folgenden Abschnitten sollen sowohl die Kategorien als auch die zugehörigen Interviews im Überblick dargelegt werden.

### 9.1.1 Die „Kultur-Bewussten“

In der Kategorie der „Kultur-Bewussten“ sind jene Interviewpartner vertreten, die sich ausführlicher als die anderen Interviewpartner über einen potenziellen Einfluss von Kultur auf A-P-Kommunikation äußern.

#### **Interview 1 (OP): „Nimmt Sprache und Kultur als Barriere wahr“**

OP nimmt eindeutig sowohl die während der ärztlichen Konsultation gesprochene Sprache, als auch kulturell bestimmte Kommunikationsstile als potenzielle Barriere wahr, die die Effektivität von A-P-Kommunikation verringern können. OP unterstreicht mehrmals, dass sie kulturelle Unterschiede in der Kommunikation zwischen Personen mit nordländischem und südländischem Hintergrund wahrnehme. Inhaltlich hätte das Interview früher beendet werden können, jedoch weist OP darauf hin, dass sie die für das Interview ursprünglich vorgesehene Zeit (45 Minuten) vollständig nutzen möchte, so dass noch weitere Nachfragen an sie gerichtet werden können.

#### **Interview 2 (JD): „Hardliner bezüglich allem“**

JD vertritt bezüglich der A-P-Kommunikation klare Meinungen. Er vermittelt den Eindruck, andere Kulturen sehr bewusst wahrzunehmen und unterstreicht, dass diese akzeptiert werden müssen. Er beschreibt das Wissen, das Ärzte für die Behandlung von Patienten mit fremdkulturellen Hintergründen haben sollten, sowie die Aspekte, denen in der ärztlichen Behandlung „Rechnung getragen werden sollte“. Falls die Kommunikation mit einem Patienten nicht klappt, beende er das Gespräch. Er hält Kommunikationsfähigkeiten nicht für erlernbar, daher seien diese die Grundvoraussetzung um ein Medizinstudium zu beginnen.

#### **Interview 3 (JS): „Hardlinerin bezüglich Kultur“**

JS Äußerungen lassen auf ein sehr ausgeprägtes Bewusstsein für kulturelle Unterschiede zwischen verschiedenen Kulturen (v.a. hinsichtlich von Kommunikationsunterschieden auf Gesellschaftsebene) schließen. JS diskutiert den Einfluss von Kultur auf Kommunikation (sowohl im Allgemeinen, als auch spezifisch für A-P-Kommunikation) sehr lebhaft und ausführlich.

#### **Interview 4 (SP): „Zwischen der deutschen und französischen Kultur; feministische Themen“**

SP beschreibt die Kulturunterschiede zwischen Deutschland und Frankreich. Dabei bezieht sie sich allerdings eher auf die allgemeine gesellschaftliche Ebene und weniger auf ärztliche Konsultationen. Des Weiteren hebt sie den engen Zusammenhang von Kultur und Sprache hervor. Zudem glaubt sie, dass Frauen auf Gesellschaftsebene als weniger kompetent eingeschätzt werden, als Männer, was sich ebenfalls auf die Wahrnehmung ihrer Kompetenz als Ärztin auswirken könnte.

In der Zusammenschau stehen bei den vier Ärzten OP, JD, JS und SP der eigene kulturelle Hintergrund und jener ihrer Patienten thematisch in den Interviews im Vordergrund. In einer Aussage zusammengefasst, beschreibt OP Sprache und Kultur als Barriere in bestimmten Fällen, bezüglich derer sie manchmal **keine Lösung** hat. JD und JS nehmen ebenfalls kulturelle Barrieren in ihren Konsultationen wahr, wobei sie allerdings, im Gegensatz zu OP betonen, dass sie diese **Barrieren meistens überwinden** können. JD gibt sich ebenfalls selbstsicher bezüglich aller kommunikationsbezogenen Aspekten in einer medizinischen Konsultation. SP betrachtet den kulturellen Einfluss auf Kommunikation sowohl auf Konsultations-, als auch auf **Gesellschaftsebene**. Sie thematisiert ebenfalls den **Einfluss des Geschlechts des Arztes** auf A-P-Kommunikation. Sie habe das Gefühl, dass eine Ärztin manchmal als weniger kompetent von den Patienten wahrgenommen werden würde, als ihre männlichen Kollegen.

Die Aussagen der vier Interviewpartner in dieser Gruppe lassen darauf schließen, dass der kulturelle Hintergrund des Patienten ein bedeutender Einflussfaktor auf A-P-Kommunikation sein kann. Wie viel Raum die Aussagen zu einem kulturellen Einfluss einnehmen und was ihre Inhalte in diesen und den anderen Interviews sind, werden wir in Abschnitt 9.3 diskutieren.

#### **9.1.2 Die „Kommunikations-Bewussten“**

Die Interviews, in denen die Antworten zu A-P-Kommunikation sehr detailliert sind, wurden der Kategorie der „Kommunikations-Bewussten“ zugeordnet.

**Interview 5 (BO): „Schweigepflicht und hohes Bewusstsein über Kommunikationsstil“**

BO bekräftigt, dass sie auf jeden Fall Unterschiede in der Kommunikation zwischen Patienten mit verschiedenem demographischem oder sozio-ökonomischen Hintergrund wahrnimmt. Des Weiteren sei die Umstellung zwischen den einzelnen Sprechstunden schwierig. Diesbezüglich könnten die in den jeweiligen Konsultationen benutzten Sprachen ebenfalls eine Rolle spielen. Als weiteren Aspekt hebt BO die Bedeutung der Schweigepflicht hervor.

**Interview 6 (UR): „Patientenzentrierter Kommunikationsstil“**

Im Interview betont UR die Wichtigkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten („shared decision making“), sowie die Bedeutsamkeit patientenzentrierter Kommunikation. Des Weiteren beschreibt sie Kommunikationstechniken, die sie im Rahmen ihrer Konsultationen anwendet. Ihr Kommunikationsstil im Interview spiegelt ihre positive und anerkennende Einstellung zu partnerschaftlicher Kommunikation wieder. So gibt sie sich nicht als Expertin, deren Aussagen nicht in Frage gestellt dürfen, sondern signalisiert Diskussionsbereitschaft. Sowohl das von UR gewählte Interviewsetting (bei UR zu Hause), als auch die Informationen, die sich von sich als Privatperson preisgibt, sind weitere Hinweise darauf, dass sie Offenheit in der Kommunikation wertschätzt.

**Interview 7 (NB): „Der Kommunikations-Bewusste“**

NB reflektiert die Bedeutung von Kommunikation in der medizinischen Konsultation sehr ausführlich. So hebt er zum Beispiel die Wichtigkeit hervor, dass der Patient sich im Rahmen der Anamnese wohlfühle, da dies die Wahrscheinlichkeit erhöhe, dass der Patienten aus sich herausgehe. Des Weiteren betont NB, dass durch das Mitteilen von Informationen Assoziationen und Bilder beim Patienten ausgelöst werden könnten, die vom Arzt exploriert werden sollten.

**Interview 8 (PP): „Die Empathische“**

PP bezeichnet sich als empathische Person, was sich auch in ihrem Kommunikationsverhalten im Interview spiegelt. So gibt sie sich sehr freundlich und partnerschaftlich. Sie geht z. B. ausführlich auf die Fragen ein, bietet das „Du“ an und erzählt viel Persönliches. Des Weiteren berichtet PP davon, dass bei einigen ihrer älteren Patientinnen das Gespräch und der Beziehungsaspekt im Rahmen der

medizinischen Konsultation dominieren würde. Medizinische Fragen würden hier eher in den Hintergrund geraten.

Die beschriebenen Mediziner BO, UR, NB und PP haben die Gemeinsamkeit, dass sie im Interview die Bedeutung von Kommunikation im Rahmen einer Konsultation sehr ausführlich elaborieren. BO hebt vor allem die Bedeutung der unterschiedlichen Kommunikationsstile der Patienten hervor, während UR die Bedeutung einer partnerschaftlichen Beziehung beschreibt. NB unterstreicht die „Rahmenbedingungen“ der ärztlichen Konsultation (Wohlbefinden, Assoziationen zum Inhalt der Kommunikation) und PP beschreibt, inwiefern der Beziehungsaspekt häufig den Inhaltsaspekt dominieren kann.

### 9.1.3 „Neue Themen“

„Neue Themen“ wurde als Kategorie für die Interviews gewählt, in denen kulturelle Einflüsse zwar beschrieben wurden, jedoch andere Themen vorwiegend leitgebend sind, als die die der Interviewleitfaden vorgab. Die Ärzte in dieser Gruppe kennzeichnen sich demnach dadurch, dass sie im Laufe des Interviews wiederholt neue Aspekte in die Interviews hineinfließen lassen.

#### **Interview 9: „Der Experte“**

TF gibt zu jedem, im Leitfaden enthaltenen Themenbereich, ausführliche Antworten und stellt neue theoretische Überlegungen an, die in dem Sinn nicht inhaltlich durch den Interviewleitfaden abgedeckt waren. So bezieht sich der Kulturbegriff in der vorliegenden Arbeit vorrangig auf Ethnizität und Nationalität (vgl. Abschnitt 4.1.1). Diese Definition wurde im Rahmen der Interviews an die Ärzte kommuniziert. TF unterstreicht den kulturellen Einfluss auf A-P-Kommunikation im Sinne eines weiten Kulturbegriffes. Für ihn schließe Kultur z. B. auch Betriebskulturen in Unternehmen mit ein. So würde er kulturelle Einflüsse bei Patienten in Abhängigkeit davon, bei welchem Unternehmen oder in welcher Branche sie arbeiten, wahrnehmen. Auch wenn TF sich zu vielen Themen ausführlich äußert, so legt er den inhaltlichen Schwerpunkt auf den ökonomischen Aspekt einer Praxis und die daraus resultierenden Zeitprobleme während medizinischer Konsultationen. Zu mehreren Zeitpunkten des Interviews erwähnt TF, dass eine medizinische Konsultation demnach aus folgenden drei Komponenten bestehen würde:

- Medizinisch-fachlicher Aspekt

- Beziehungsaspekt
- Ökonomischer, wirtschaftlicher Aspekt

### **Interview 10 (BB): Überthema „Respekt“**

BB betont, dass er den Respekt des Patienten als wichtige Einflussvariable auf A-P-Kommunikation sieht. Aus diesem Grund wiederholt sich im Interview das Thema „Mangelnder Respekt des Patienten“ mehrmals. So berichtet er z. B. davon, dass Patienten die Rahmenbedingungen der Termine nicht respektieren, oder, dass jüngere Patienten im Allgemeinen respektloser seien als ältere Patienten. Eine mögliche Erklärung, warum BB den Respekt der Patienten im Rahmen von A-P-Kommunikation in den Vordergrund stellt, könnte sein, dass er zu dem Zeitpunkt des Interviews erst seit wenigen Monaten als niedergelassener Arzt tätig ist und daher eventuell noch das Gefühl hat „sich Respekt verschaffen“ zu müssen.

### **Interview 11: „Kommunikation nicht von anderen Komponenten im Arzt-Patienten-Gespräch isoliert“**

BD geht auf alle Fragen im Interview ausführlich ein und versucht, diese so umfassend wie möglich zu beantworten. Hier machen sich folgende Punkte bemerkbar:

- BD mache sich nicht täglich über Kommunikation Gedanken.
- BD scheint eine ärztliche Untersuchung eher ganzheitlich zu betrachten und Kommunikation und ihre einzelnen Komponenten nicht unbedingt als separate, von anderen Aspekten der Konsultation, losgelöste Elemente zu sehen.
- BD sagt, dass man mit allen fünf Sinnen kommunizieren könne.

In der zusammenfassenden Betrachtung der Interviews in der vorliegenden Gruppe „Neue Themen“ lässt sich herausarbeiten, dass laut TF alle Faktoren einer ärztlichen Konsultation durch die ökonomischen Aspekte einer Praxis und die daraus resultierenden **Zeitprobleme** während medizinischer Konsultationen beeinflusst werden würden. Aus BBs Interview kristallisiert sich der **Respekt** des Patienten als bedeutender Faktor heraus. BD hebt keine neue Komponente, sondern eher eine **neue Sichtweise auf die Analyse von medizinischen Konsultationen** hervor. Er sagt, dass Kommunikation im Zusammenhang mit den weiteren Bestandteilen einer medizinischen Konsultation, wie der physischen Untersuchung und der medizinischen Behandlung stehe, bzw. in diesen Komponenten enthalten sei. BDs Interview wirft

demnach die Frage auf, inwiefern Kommunikation als eine von allen anderen getrennten Komponenten betrachtet werden kann.

Auch wenn SPs Interview nicht der Kategorie „Neue Themen“ zugeordnet wurde, so sei hier erwähnt, dass sie als zusätzliche Komponente unterstreicht, dass die Tatsache, dass sie weiblich ist, einen Einfluss auf die Kommunikation mit ihren Patienten haben kann. Sie glaubt, dass **weibliche Ärztinnen** noch immer als weniger kompetent als männliche Ärzte wahrgenommen werden. Der Einfluss des Geschlechts von Arzt und Patient auf ihre Kommunikation wurde in Abschnitt 3.5.1 dargestellt. So gibt es Hinweise darauf, dass es in gleichgeschlechtlichen Dyaden weniger Spannung bezüglich Macht und Status gibt, als in verschiedengeschlechtlichen Dyaden. Weiblich-männliche Dyaden können sich vor allem durch Spannungen auszeichnen, wenn die Frau sich in der dominanten professionellen Rolle befindet. Dies geht mit der Wahrnehmung von SP einher, die in Frage stellt, ob die Kompetenz einer weiblichen Ärztin immer angemessen eingeschätzt wird.

Bei den drei Interviews in der Kategorie „neue Themen“ wurde besonders ersichtlich, dass einige Aspekte, die nicht im Interviewleitfaden enthalten sind, den interviewten Ärzten wichtig sind. Hier soll die Überlegung angestellt werden, ob dies Faktoren sind, die in zukünftiger Forschung zu A-P-Kommunikation berücksichtigt werden sollten. Diese Reflektionen werden in den weiteren Kapiteln des vorliegenden empirischen Schriftteils aufgegriffen.

#### 9.1.4 Relativierung von kulturellen Einflüssen auf A-P-Kommunikation

In die vorliegende Kategorie „Relativierung von kulturellen Einflüssen auf A-P-Kommunikation“ wurden jene Interviewpartner eingeordnet, die sich, im Vergleich zu den anderen Ärzten in der Stichprobe, nicht mit Nachdruck zu einem „Einfluss von Kultur auf A-P-Kommunikation“ äußerten und die Interviews diesbezüglich eher stockend verliefen. Des Weiteren sind ihre Äußerungen zur Kommunikation weniger ausführlich und elaboriert, als jene aus der Gruppe der „Kommunikations-Bewussten“. Vereinzelt wurde sichtbar, welche anderen Themen besonders wichtig für die Interviewpartner waren; z.B. „Kommunikation mit älteren Personen“ bei SI und „Individualität des Patienten“ bei VB.

**Interview 12 (NB): „Die Neutrale bezüglich Kultur“**

NB äußert sich auf eine eher knappe Weise auf die im Interview angesprochenen Themen und relativiert den kulturellen Einfluss auf A-P-Kommunikation. Demnach fallen NB zu letzterem eher wenige Beobachtungen ein. Der Verlauf des Interviews kann als eher stockend bezeichnet werden.

**Interview 13 (OJ): „Die Abgeklärte“**

OJ äußert sich eher sachlich und neutral zu den im Interview angesprochenen Themen. Bezüglich kultureller Barrieren nennt OJ sehr spezifische Beispiele, die sie selbst aber nicht betreffen würden. Kulturelle Barrieren seien kein Problem für sie, da sie sehr genau wisse, wie sie damit umgehen solle.

**Interview 14 (SI): „Neutral und relativierend bezüglich kulturellen Themen; Bewusstsein für sprachliche Themen; Beziehungsaspekt von großer Bedeutung“**

SI sagt, dass er Fragen zu Unterschieden im Kommunikationsstil zwischen Patienten verschiedener Nationalitäten nicht wirklich beantworten könne. In einem auf das Interview folgende Telefongespräch bezeichnet er die Interviewfragen zu Kultur als stereotypisierend. SI erweckt dein Eindruck, gerne über die Kommunikation mit älteren Patienten zu reden. Da er selbst schon etwas älter sei, fühle er sich der Mentalität älterer Patienten näher als jener jüngeren Patienten. SI schneidet als weiteres Thema das verstärkte Aufkommen von Kommunikation über die neuen Medien an, das er eher kritisch beäuge. Einige Patienten würden den Wunsch äußern, mit ihm per E-Mail zu kommunizieren, worauf er allerdings nicht eingehe.

**Interview 15 (VB): „Betont individuelle Unterschiede; gibt sich offen bezüglich Sprachen und Kultur“**

VB beantwortet die Fragen ausführlich, versucht jedoch nicht auszuschweifen, damit er in dem für das Interview vorgesehenen Zeitrahmen bleibt. Auffällig ist, dass VBs Antworten zu fast jeden Fragen gleich lang sind und mit ähnlichem Engagement beantwortet werden. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass er den im Interview angesprochenen Themen gegenüber relativ neutral eingestellt sein könnte. Einzig hebt VB wiederholt hervor, dass vor allem individuelle Unterschiede in der Persönlichkeit der Patienten die A-P-Kommunikation beeinflussen würden.

### **Interview 16: „Sprache ist keine Barriere; menschliche Kompetenz ist wichtig“**

FM deutet an, eventuell kein guter Interviewpartner für die vorliegende Studie zu sein, da er im Bereich der Arbeitsmedizin tätig ist und daher keine „tiefgründigen Gespräche“ mit den Patienten führe. Die Kommunikation mit seinen Patienten gehe nicht über die im arbeitsmedizinischen Bereich üblichen Inhalte hinaus. Dies wurde dadurch bestätigt, dass das Interview innerhalb des, eher kurzen, von TF vorgesehenen Zeitrahmens (20 Minuten) erschöpft war. TF sehe weder sprachliche noch kulturelle Hintergründe als Barriere in der A-P-Kommunikation. Im Laufe des Interviews betont TF mehrmals, dass eine menschliche, nicht eine kulturelle Kompetenz im Umgang mit den Patienten wichtig sei.

In der Zusammenschau der Interviewpartner in dieser Gruppe, geben NB und OJ sich neutral und abgeklärt bezüglich Kultur. SI zeigt ein Bewusstsein für sprachliche Themen, VB betont individuelle Unterschiede und FM die menschliche Kompetenz. Bei diesen Interviews stellt sich die Frage, warum die Ärzte den kulturellen Einfluss auf A-P-Kommunikation relativierten. Die eventuell dahinterliegenden Erklärungen hierzu werden genauer in Abschnitt 9.3.6 analysiert.

#### **9.1.5 Fazit zu der ersten Klassifikation der Kommunikationspartner**

Die Fallzusammenfassungen geben uns einen groben Überblick, welche Einstellungen und Wahrnehmungen unter den Ärzten vertreten sind. Es werden diesbezüglich vier Gruppen identifiziert, zu denen jeweils 3 bis 5 Interviews zugeordnet werden konnten. Das Fazit, das aus diesen Fallübersichten gezogen werden kann, ist, dass bezüglich der Hauptthemen der vorliegenden Studie (Kultur, Sprache und Kommunikation) die Äußerungen der Mediziner sehr weit auseinander gehen. Zum einen gibt es Mediziner, die sich sehr ausführlich zu A-P-Kommunikation und Kultur äußern. Zum anderen gibt es eine Gruppe innerhalb der befragten Mediziner, die sich diesbezüglich vergleichsweise wenig äußert.

Eine qualitative Studie hat auch immer als Ziel, neue Aspekte eines Gegenstandes zu entdecken. Zahlreiche Äußerungen zu nicht im theoretischen Teil dieser Arbeit dargestellten Aspekte gibt es vor allem in der Gruppe „neue Themen“. Diese neuen Aspekte sollen in den nachstehenden Kapiteln weiter diskutiert werden. Des Weiteren sollen im Folgenden die Befunde zu den drei Fragestellungen der vorliegenden Arbeit dargestellt werden. Diesbezüglich soll untersucht werden, wie (1) die befragten Mediziner A-P-Kommunikation charakterisieren, (2) wie sie den Einfluss von Kultur

---

und Sprache auf A-P-Kommunikation beschreiben und was ihre Vorstellungen zur interkultureller Kompetenz sind.

## 9.2 Charakterisierung der A-P-Kommunikation aus Sicht der Ärzte

In dem vorliegenden Kapitel werden wir auf Forschungsfrage 1 (vgl. Kapitel 6) eingehen, die sich darauf bezieht, wie Allgemeinmediziner A-P-Kommunikation im Allgemeinen innerhalb ihrer Sprechstunden wahrnehmen. Diesbezüglich werden in erster Linie die Einflussvariablen auf A-P-Kommunikation analysiert werden. Bevor wir uns jedoch dieser Analyse zuwenden, werden wir die ersten Assoziationen der Mediziner A-P-Kommunikation untersuchen.

Es sei darauf verwiesen, dass die Befunde in dem vorliegenden als auch den folgenden Ergebniskapiteln 9.3 und 9.4 zusammen mit den wörtlichen Zitaten, aus denen sie abgeleitet wurden, dargestellt werden. Somit wird das in der vorliegenden Studie verwendete Datenmaterial offen dargelegt und daher das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (vgl. Kapitel 7) berücksichtigt. Die Zitate wurden alle auf Deutsch übersetzt; die Interviewausschnitte in ihrer jeweiligen Originalsprache sind in Anhang B eingefügt. Die Interviewtranskripte enthalten verschiedene Symbole, die z. B. Pausen oder Satzbrüche in den Interviews darstellen. Die Bedeutungen der Zeichen sind in Tabelle 16 aufgeführt.

**Tabelle 16. Bedeutung der Transkriptionszeichen (Kruse, 2008)**

Pausen und verlaufsstrukturelle Notationen	
(.)	Mikropause (< 1sec)
(1), (2), (3)...	Pausen in Sekundenlänge
=	Verschleifungen, schnelle Anschlüsse, Stottern
-	Wort- oder Satzabbruch
{{gleichzeitig}...}	Gleichzeitige Rede, Überschneidungen über zwei und mehr Zeilen
Akzentuierung (Betonungen)	
AKZENT	Akzent
:	Dehnung
Sonstige Konventionen	
((lacht)), ((hustet))	Außersprachliche Handlungen/Ereignisse/Störungen, sprachbegleitende Handlungen
<<lachend>...>	z.B. lachend geäußertes Inhalt
(?meint?)	Unverständlicher Redebeitrag
[...]	Auslassungen im Transkript
[mhm]	Redebeitrag des anderen Kommunikanten an der jeweiligen Stelle innerhalb des Redebeitrags des Kommunikationspartners

### 9.2.1 Erste Äußerungen zur verbalen Kommunikation im Interview

Am Anfang jedes Interviews sollten die Mediziner ihre ersten Assoziationen zu A-P-Kommunikation äußern. Im Rahmen der Interviews wurde jedem Mediziner die gleiche Ausgangsfrage gestellt, die lautete: „Was fällt Ihnen zum Thema ‚Kommunikation zwischen Arzt und Patient‘ ein?“. Das Ziel der im Folgenden dargestellten Analyse war es, die durch weitere Interviewfragen unbeeinflusste

Wahrnehmung jedes Mediziners in der Stichprobe, in Erfahrung zu bringen. Folgende sechs Themen konnten in der Zusammenschau der ersten Äußerungen ermittelt werden:

**1. Kommunikation ist äußerst bedeutsam für den Beziehungsaufbau mit dem Patienten.**

*z. B.: „Das ist sehr wichtig, um eine richtige Beziehung zu haben.“ (BB: 3)*

**2. Kommunikation ist die Grundlage/Voraussetzung für Anamnese, Diagnose, Erstellen und Mitteilen von Behandlungsmöglichkeiten.**

*z.B.: „Wenn Sie mit einem Patienten nicht ordentlich kommunizieren können, können Sie nie eine richtige Diagnose stellen.“ (JD: 34)*

**3. Der Inhaltsaspekt steht im Rahmen von A-P-Kommunikation im Vordergrund.**

*z. B.: „Dann wird über ihre Probleme, über ihre Arbeit, wie sie ihre Arbeit sehen, ob sie klar kommen mit der Arbeit geredet. Ob sie jetzt gesundheitliche Probleme haben und dann- Diese Gespräche, die werden dann- hauptsächlich geht es dann darum (FM, Arbeitsmediziner: 25)*

**4. Vor allem die Eigenschaften des Patienten und sein Kommunikationsstil haben einen Einfluss auf A-P-Kommunikation.**

*z. B.: „Dies hängt ein bisschen von der Person ab, die ihnen gegenüber sitzt. Man muss sich an jede Persönlichkeit, jeden Patienten oder jedes Problem anpassen.“ (VB: 5)*

**5. A-P-Kommunikation sollte vertraulich sein, d.h. die Schweigepflicht sollte eingehalten werden.**

*„Dass es eben eine Situation ist, die der medizinischen Schweigepflicht unterliegt, das heißt, es ist etwas, das sehr vertraulich ist.“ (BO: 6)*

**6. Kommunikation nimmt viel Raum in der Konsultation ein, ist jedoch nicht das Wichtigste**

*„Dass sie ziemlich wichtig ist, mh=, nicht gerade das Wichtigste, aber auf jeden Fall viel Platz auch in der Konsultation einnimmt, also braucht.“ (FN: 3)*

Die ersten Äußerungen der Mediziner unterscheiden sich allerdings nicht nur mit Blick auf deren Inhalte, sondern ebenfalls hinsichtlich ihres formalen Aspektes. Einige Überlegungen zu A-P-Kommunikation sind sehr kurz gefasst und pragmatisch, während andere sehr weitreichend sind.

Wie auch in den Fallstudien ersichtlich, gibt es bedeutende inhaltliche Unterschiede zwischen den ersten Äußerungen in den jeweiligen Interviews. Dies zeigt, dass die Mediziner in unserer Stichprobe A-P-Kommunikation aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und dementsprechend nicht alle Mediziner der Kommunikation die gleiche Wichtigkeit beimessen. Die Äußerungen der Mediziner in unserer Stichprobe lassen sich den in Abbildung 4 dargestellten drei Ebenen nach Ong et al. (1995; vgl. Kapitel 3) zuordnen: Einflussfaktoren auf sowie Ablauf und Effekte der A-P-Kommunikation. Die meisten Mediziner benennen den Inhalt der A-P-Kommunikation, am zweithäufigsten werden Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation genannt und einige Ärzte beziehen sich auf die Auswirkungen der A-P-Kommunikation. Nachdem wir einen ersten Blick auf diese Sichtweisen der Ärzte zur Kommunikation im Rahmen der medizinischen Behandlung geworfen haben, analysieren wir nun die Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation im Einzelnen.

### 9.2.2 Faktoren, die einen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben können

In Abschnitt 3.5 betrachteten wir die zahlreichen Faktoren, die die A-P-Kommunikation beeinflussen können. In unserer Studie konzentrieren wir uns diesbezüglich in erster Linie auf den potenziellen Einfluss von kulturellen und sprachlichen Faktoren. Die Befunde zu jenen Einflussfaktoren werden in Abschnitt 9.3 dargestellt. Die Bedeutsamkeit von weiteren Faktoren, die einen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben können, bzw. deren moderierende Wirkung auf die Faktoren Sprache und Kultur wurde mehrfach nachgewiesen (s. Kapitel 3). Daher untersuchen wir in dem vorliegenden Kapitel die Bedeutung weiterer Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation für die Mediziner in unserer Stichprobe. In Kapitel 8.5 wurde beschrieben, dass die Grundlage für die in der Auswertung verwendeten induktiven Codes das Modell nach Mead und Bower (2000) ist, welche folgende Einflussfaktoren, einschließlich zahlreicher Unterkategorien, aufgreift:

1. Eigenschaften des Arztes
2. Eigenschaften des Patienten
3. Einflüsse des professionellen Kontextes
4. Rahmenbedingungen der Sprechstunde
5. „Shapers“: Weitere Einflussfaktoren, wie z.B. kulturelle Normen, sozio-ökonomischer Hintergrund oder Erfahrung/Wissen

Zuerst werden wir überprüfen, ob unsere Daten das Modell nach Mead und Bower validieren können, d.h. ob alle Variablen, die im Modell vorhanden sind, ebenfalls von den Medizinerinnen in unserer Stichprobe genannt wurden. Das von Mead und Bower aufgestellte Modell greift auch die Beziehung zwischen den Variablen und somit ihre Rolle als moderierenden Variablen auf, die wir allerdings in der vorliegenden Studie nicht ausführlicher analysieren werden. Vorhandene Verbindungen zwischen Variablen werden im Folgenden eher exemplarisch dargestellt. Hier sei ein weiteres Mal erwähnt, dass Mead und Bowers Modell sich als ein Konzept versteht, das die Einflussfaktoren auf Patientenzentriertheit im Spezifischen abbildet. Wir verwenden das Modell jedoch hinsichtlich A-P-Kommunikation im Allgemeinen. Der Unterschied zwischen beiden Ansätzen ist, dass A-P-Kommunikation im Allgemeinen positive und negative Effekte haben kann, was bei Patientenzentriertheit nicht der Fall ist bzw. nicht sein sollte.

Im Folgenden soll dargestellt werden, welche deduktiven Codes innerhalb der Kategorien genannt wurden und welche induktiven Codes gebildet wurden. Wie in Kapitel 7 beschrieben, wurde, wenn im vorhandenen Kategoriensystem keine passende Kategorie erkennbar war, ein induktiver Code gebildet. Nur für die fünf Überkategorien wird die Häufigkeit deren Nennung angegeben werden, um einen groben Überblick über die Präsenz der Themen in den Interviews zu bekommen. Die inhaltliche Wichtigkeit der Codes variiert allerdings bedeutend und deshalb werden für die Unterkategorien keine Zahlen angegeben, da diese bei den geringen Fallzahlen nur geringfügig aussagekräftig wären. Angesichts der hohen Anzahl an Kategorien wurden nur eine inhaltliche und keine evaluierende Analyse der Kategorien durchgeführt.

Abschließend werden die Einflussfaktoren die Schwierigkeiten auslösen, sowie die Einflussfaktoren, die die A-P-Kommunikation positiv beeinflussen, genauer interpretiert werden. Da wir in unserer Studie jedoch in erste Linie Barrieren in der Kommunikation untersuchen, wird der Schwerpunkt in der folgenden Darstellung auf der Überlappung zwischen Einflussfaktoren und Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation liegen.

#### **9.2.2.1 Eigenschaften des Patienten**

Die Unterkategorien des Einflussfaktors „Eigenschaften des Patienten“ wurden 480 Mal codiert. Damit wurde diese Kategorie am Häufigsten von den fünf Kategorien in

den Interviews thematisiert. In Tabelle 16 sind die Ober- und Unterkategorien des Faktors „Eigenschaften des Patienten“ angeführt. Jede Kategorie wurde mindestens einmal im Rahmen der 16 Interviews erwähnt. Folgende Kategorien wurden aus den Daten abgeleitet und induktiv gebildet: das soziale Umfeld, der Kommunikationsstil, die Religionsangehörigkeit und die Compliance des Patienten. Nachstehend werden die Beschreibungen der Ärzte zu diesen induktiv gebildeten Kategorien dargestellt werden.

**Tabelle 17. Die Eigenschaften des Patienten als Einflussvariable auf A-P-Kommunikation**

Name der Oberkategorie	Name der Unterkategorie
<b>Compliance</b>	
<b>Soziales Umfeld des Patienten</b>	
Einstellung/Erwartungen	
<b>Kommunikationsstil</b>	
Wissen	
Persönlichkeit	
Demographische Variablen	
	<b>Religionsangehörigkeit</b>
	Geschlecht
	Alter
	Ethnizität
Gesundheitszustand/-Probleme des Patienten	
Kennen des Arztes („Knowledge of doctor“)	

Anmerkung. Fettgedruckt = Induktiv gebildete Kategorie

Das **soziale Umfeld** des Patienten umfasst z. B. Gewohnheiten und Einstellungen zu medizinischer Behandlung in der Familie eines Patienten, welche den Verlauf der Konsultation bestimmen können. SP sagt, dass die Einstellung der Familie einen größeren Einfluss auf die medizinische Konsultation haben kann, als der kulturelle Hintergrund der jeweiligen Familien.

*„Also jetzt nicht Sprache, sondern Kultur an sich von den Patienten. Außerdem, das sind ja verschiedene Familien, die verschiedene Ansätze haben gegenüber der Medizin. Es gibt Familien, die für alles eine Sprechstunde haben möchten. Bei anderen wird mit Hausmitteln versucht und im Grunde ist dies das Gleiche.“ (SP: 74)*

Des Weiteren beschreibt PP, dass zum Beispiel im Altersheim ebenfalls die Kommunikation mit der Familie älterer Patienten schwierig sein kann, etwa wenn letztere verschriebene Medikamente ablehnen (s. Interviewpassage in Tabelle 18).

Als weitere bedeutende Einflussvariable kristallisiert sich der **Kommunikationsstil des Patienten** heraus. So berichtet BB, dass ein freundlicher und offener Kommunikationsstil des Patienten wesentlich zu einer guten Kommunikation beiträgt. Ein offener Kommunikationsstil sei laut BB dadurch gekennzeichnet, dass der Patient

klar ausdrückt, was seine Beschwerden sind, oder auch offenlegt, worüber er nicht sprechen möchte:

*„Wenn der Patient offen ist, er kommt, grüßt und sagt: ‚Ich habe das und das oder auch-manchmal sagen Patienten, dass nicht gerne darüber reden, jedoch in letzter Zeit habe ich das oder das und dann versuche ich mit ihnen darüber zu reden.“ (BB: 35)*

VB beschreibt, inwiefern der Kommunikationsstil des Patienten zu Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation führt (Tabelle 18).

VBs Äußerungen zufolge wird ersichtlich, dass die Thematisierung von Problemen, die nicht unbedingt etwas mit dem ursprünglichen Grund des Arztbesuches zu tun haben, dazu führen können, dass das Gespräch sich als sehr schwierig gestaltet. Der Kommunikationsstil des Patienten (verbal und nonverbal) als solcher, wurde von Bertakis (2009) und Street et al. (2007) in ihren Modellen aufgegriffen und unsere Daten bestätigen, dass dieser aus Sicht der Ärzte als essentiell wahrgenommen wird. Im Modell von Street und Kollegen wird ebenso der Kommunikationsstil der Ärzte thematisiert; auf dieses Modell gehen wir in Abschnitt 5.5 genauer ein.

Als weiterer, negativer, Einfluss auf die Beziehung stellte sich Unehrllichkeit des Patienten in Bezug auf **Compliance** heraus. BO meint, dass die Kohärenz in den Äußerungen eines Patienten, z. B. hinsichtlich der Einnahme von Medikamenten, bestimmen kann, ob die Kommunikation gut verläuft oder nicht. Die **Religionsangehörigkeit des Patienten** wird vor allem im Zusammenhang mit Schwierigkeiten in der medizinischen Untersuchung, Behandlung und Therapie in den Interviews von den Medizern dargelegt; diese Darstellungen diskutieren wir in Kapitel 9.3.4.

In Tabelle 17 sind Beispiele angeführt, in denen die Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation beschrieben wurden, die auf Eigenschaften der Patienten beruhen. Insgesamt konnten hier 72 Überschneidungen gefunden werden. Im Folgenden greifen wir die Eigenschaften des Patienten aus Tabelle 17 auf, die noch nicht oben im Zuge der allgemeinen Beschreibung der Einflussfaktoren erwähnt wurden. Bezüglich der **Einstellung des Patienten** scheint unter anderem eine fordernde Haltung des Patienten mit Schwierigkeiten in der Kommunikation aus der Sicht von VB einherzugehen. BB hebt bezüglich der **Persönlichkeit der Patienten** hervor, dass die Kommunikation mit verschlossenen Patienten schwieriger sei, als mit offenen Patienten. Zudem betont er, dass ihm die Einschätzung der Situation, trotz seiner erst

geringen Erfahrung, gut gelinge. In diesem Zusammenhang hebt FN auch die Wichtigkeit der Persönlichkeit und auch Einstellungen von Arzt und Patient hervor:

*„Und ich glaube, dass es effektiv von- auch ein bisschen vom Charakter abhängt. Bei uns auch. Arzt X (Arzt aus Gemeinschaftspraxis) braucht eine halbe Stunde pro Patient. Er hat tatsächlich auch immer Leute, die gerne kommen, um zu reden. Er nimmt sich auch Zeit dafür und jemand anderes macht dies schneller. Und dies bemerkt man auch ein bisschen, es sind Leute, die nicht so viel Wert darauf legen und denen dies auch egal ist. Und ich glaube es ist schon eine Charaktersache.“ (FN: 94)*

**Tabelle 18. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Eigenschaften des Patienten**

Name der Kategorie	Beispielpassage aus Interview: Darstellung eines Elementes, das die Ärzte als schwierig in der A-P-Interaktion bewerteten
Compliance	<i>„Je nach dem, was er sagt, ob es kohärent ist, je nach dem was er beschreibt, oder (.) sonst Dinge, wenn er seine Medikamente nicht genommen hat. Das sehe ich, ob er sie genommen hat oder nicht. [...] Das macht dann auch, das macht dann auch, dass Kommunikation teilweise gut oder schlechter sein kann.“ (BO: 8)</i>
Soziales Umfeld des Patienten	<i>„Eigentlich ja, he, eigentlich ja, müsste dort die Kommunikation besser sein, zwischen Krankenschwester und demjenigen und auch zwischen der Familie, weil dies auch die dritte Komponente ist, die sehr schwierig ist, im Altersheim. Das heißt, du bist da, du versuchst deinen Job zu machen und dann kommt jemand von der Familie, der sagt: ‚Ah nein, ich will dieses Medikament aber nicht für meine Mutter. ‚ Was mache ich dann, he? Und es ist oft so.“ (PP: 83)</i>
Einstellung/ Erwartungen des Patienten	<i>„Oh ZUM BEISPIEL eine Einstellung, die ein bisschen fordernd ist“. (VB: 9)</i>
Kommunikationsstil	<i>„Im Allgemeinen ist es klar, deutlich. Es gibt die Leute, die kommen wegen einer genauen Sache, die jedoch erst später kommt. Das heißt also eine Sache, die oft etwas unangenehm/peinlich ist oder solche Sachen. Das heißt sie fangen an, indem sie die Sache etwas verschleiern, von der einen oder anderen Sache reden und schließlich am Ende der Sprechstunde sagen sie- wird gesagt: Übrigends, es gibt auch dies und das.“ (VB:11)</i>
Persönlichkeit	<i>„Ich praktiziere ja noch nicht lange. Ich habe im Januar [sechs Monate vor dem Zeitpunkt des Interviews] angefangen und, eh, man sieht aber wenn der Patient eher offen ist oder wenn er verschlossener ist. Das heißt dass die Kommunikation schwieriger werden soll oder so. Jedoch habe ich auch kein Problem damit.“ (BB: 15)</i>
Geschlecht	<i>„Oder ein internes Verhältnis zwischen Mann und Frau. Arzt und Patientin auch da gibt es auch so manchmal so Dinge, die nicht viel mit Medizin zu tun haben. Das wären für mich die Aspekte, wo ich die Gespräche sofort abbrechen würde.“ (JD:61)</i>
Gesundheits-zustand/- Probleme des Patienten	<i>„Falls man gegenüber jemandem ist, der finanzielle Probleme oder Probleme in der Familie oder Arbeit, und so weiter hat, e:h- Sagen wir, der Einstieg ist nie direkt dieser, e.h. Mhm. Es ist also eine organische Annäherung, sie kommen also weil sie Kopf- oder Bauchschmerzen haben [mhm] oder Sachen wie diese, wo sie sich unwohl fühlen, sie zittern, sie schlafen nicht gut, sie haben Schlafstörungen.“ (VB: 35)</i>
Kennen des Arztes	<i>„Wir haben das schon mehr als ein Mal in der Praxis diskutiert, ich sage dann immer: Sie glauben ja eher einem anonymen, den Sie gar nicht kennen [mhm], wo Sie irgendetwas im Internet lesen. Und Sie trauen dem Arzt, den Sie jahrelang kennenlernen Sie weniger, als dem der das da im Internet geschrieben hat, den Sie nicht einmal kennen.“ (SI: 280)</i>

JD hingegen hebt eine Situation hervor, die er als nicht tolerierbar einschätzt, nämlich ein „**internes Verhältnis zwischen Mann und Frau**“. Mit Blick auf die Beschwerden des Patienten unterstreicht VB, dass vor allem die Kommunikation hinsichtlich

psychologischer Probleme mit den Patienten schwierig sei, da diese sich häufig über einen organischen Zugang äußern.

Das „**Kennen des Arztes**“ wurde von den Ärzten als ein positiver Faktor für die Kommunikation gesehen. PP ist erst seit einem Jahr in ihrer Praxis tätig und merkt an, dass die Patienten bei ihr zurückhaltender in ihren Äußerungen sind, als bei ihrer Kollegin.

*„Ja -auch wenn man- also das was ich jetzt gemerkt habe, weil ich mich jetzt erst seit einem Jahr niedergelassen habe, das ist- Leute, die schon lange zu meiner Kollegin gehen, die haben dann nicht vielleicht unbedingt Angst, sind jedoch zurückhaltend, mir das zu sagen, was sie wirklich betrifft, auch psychisch.“ (PP: 15)*

Zudem sagt PP, dass ein Hausarzt wie ein Hund sei, d.h. zur Familie gehöre. Damit unterstreicht sie die sehr vertrauliche Rolle, die ein Allgemeinmediziner in einer Familie einnehmen kann:

*„Also ein Hausarzt, hat man mir immer gesagt, das ist wie ein Hund. Der gehört zur Familie“ (PP: 65)*

Im Einklang mit diesen Überlegungen scheint SI es allerdings als Vertrauensmissbrauch zu empfinden, wenn Patienten eher Informationen aus dem Internet trauen, als dem Arzt, den sie jahrelang kennen (vgl. Kapitel 9.2.2.5). Auch in anderen Momenten des Interviews wird deutlich, dass SI neue Medien häufig als hinderlich in seiner Arbeit als Arzt betrachtet. So verweigere er es per E-Mail mit seinen Patienten zu kommunizieren.

Somit wurden alle Aspekte, die Mead und Bower (Bower) als Einflussfaktoren auf A-P Kommunikation innerhalb der Eigenschaften der Patienten sehen, genannt. Für diese Kategorie konnte das Modell somit validiert werden. Da zusätzliche induktive Faktoren (Compliance, soziales Umfeld des Patienten, Kommunikationsstil und Religionsangehörigkeit) gebildet wurden, konnte Mead und Bowers Modell ebenfalls erweitert werden.

### **9.2.2.2 Eigenschaften des Arztes**

Die Unterpunkte des Faktors „Eigenschaften des Arztes“ wurden 147 Mal codiert, demnach wurde der Einfluss dieser Variable bedeutend seltener als die Variable „Eigenschaften des Patienten“ in ihrer potentiellen Qualität als Einflussvariable aufgegriffen. Die einzelnen Kategorien zu diesem Faktor sind in Tabelle 19 angeführt.

Induktiv gebildet wurden die Kategorien „Müdigkeit/Tagesverfassung des Arztes“, „Medizinische Fachsprache“, „Kommunikationsstil“ und „Erfahrung“ als Ergänzung zum Faktor „Wissen des Arztes“.

TF beschreibt den Einfluss des **Kommunikationsstils des Arztes** auf A-P-Kommunikation. Er empfindet einen non-direktiven Kommunikationsstil und eine Anpassung an den Patienten als förderlich für die Kommunikation.

*„Das heißt, je mehr Sie sich anpassen und je mehr Sie non-direktiv da so laufen lassen, desto besser ist es. Dann muss man nur schauen, das absolut notwendige an direktiven Aussagen einzubringen.“ (TF: 83)*

**Tabelle 19. Die Eigenschaften des Arztes als Einflussvariablen auf A-P-Kommunikation**

Name der Oberkategorie	Name der Unterkategorie
<b>Müdigkeit/Tagesverfassung</b>	
Einstellung/Erwartungen	
	Values
<b>Kommunikationsstil</b>	
	<b>Medizinische Fachsprache</b>
<b>Wissen/Erfahrung</b>	
Persönlichkeit	
demographische Variablen	
	Geschlecht
	Alter
	Ethnizität
Kennen des Patienten	

Anmerkung. Fettgedruckt = Induktiv gebildete Kategorie

Der Einfluss von **Erfahrungen** auf A-P-Kommunikation soll vor allem in Zusammenhang mit dem kulturellen Hintergrund ein weiteres Mal aufgegriffen werden (s. Kapitel 9.3.2). Im Allgemeinen wird Erfahrung als zuträglich bei der Vermeidung von Fehlern beschrieben.

*„Man irrt sich auch manchmal. Da kommt jedoch aber auch dann der Erfahrungswert hinzu, wo man sich aber sicherer spüren kann.“ (BD(1): 123)*

### Schwierigkeiten

In Tabelle 20 werden Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation und Eigenschaften des Arztes dargestellt. Insgesamt gab es 26 Überschneidungen.

VB wisse beispielsweise theoretisch gesehen, was effektive Kommunikation mit dem Patient sei, nämlich empathische Kommunikation und eine Anpassung an den Patienten, jedoch habe er selbst gute und schlechte Tage. Diese würden durch Zeitdruck und verschiedene Sorgen mit anderen Patienten (z.B. Warten auf Analysen), d.h. durch seine **Müdigkeit und Tagesverfassung** bestimmt. SI äußert, dass seine

Tagesverfassung einen Einfluss auf seinen **Kommunikationsstil** haben kann. Manchmal schaffe man es nicht so zu kommunizieren, wie man sollte (z. B. aufmerksam zuhören). BO schildert zusätzlich, dass das Benutzen **medizinischer Fachtermini** schlecht für die A-P-Kommunikation sei. Sie versuche dies zu vermeiden, jedoch sei dies nicht immer möglich. Des Weiteren sagt BO, dass der **Charakter** des Arztes und des Patienten nicht immer zusammenpassen, in diesem Fall sei es sehr schwierig die Kommunikation effektiv zu gestalten. Zudem habe BO das Gefühl (besonders zu Berufsbeginn), dass Patienten nicht gerne zu einer jungen Medizinerin gehen, da sie erfahreneren Ärzten mehr Vertrauen schenken. Oben wurde beschrieben, dass es für Patienten förderlich sei, seinen Arzt schon länger zu kennen. Andererseits würde man manchmal, wenn man einen **Patienten besser kenne**, mit der Zeit bemerken, dass die Kommunikation mit ihm nicht unbedingt besser werde. NB beschreibt, inwiefern seine eigenen **Einstellungen** einen negativen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben können. Wenn er von einem Patienten genervt sei, sei er sich bewusst, dass er an sich selbst arbeiten sollte.

BB sagt zusätzlich, dass es bestimmte Verhaltensweisen von Patienten gäbe, die er auf keinen Fall toleriere (z. B. telefonieren während der Sprechstunde), das heißt, dass es hier um von ihm verinnerlichte **Werte** geht.

**Tabelle 20. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Eigenschaften des Arztes**

Name der Kategorie	Beispielpassage aus Interview: Darstellung eines Elementes, das die Ärzte als schwierig in der A-P-Interaktion bewerteten
Müdigkeit/Tagesverfassung	„Es ist alles sehr theoretisch, weil auch wir selbst manchmal gute oder schlechte Tage haben. [...] Unter Zeitdruck, unter Druck aufgrund von verschiedenen Sorgen mit den anderen Patienten, Analysen auf die man wartet. [Ja] Also kann man auch, ich kann auch manchmal unterschiedlich aufgrund des Zustandes, in dem ich mich befinde, reagieren.“ (VB: 19)
Einstellungen/Erwartungen	„Weil ich aber schon spüre, dass manchmal- dass man selbst manchmal so im Gespräch mit einem Patient- Barrieren in sich spürt, die kommen oder wo man meint, was geht der mir jetzt auf den Geist, dass das da nicht weiter geht oder hier oder da. Und wo man doch sich aber bewusst ist, dass man da vielleicht an sich mehr arbeiten müsste und nicht den Patienten als den Verantwortlichen hinsetzen.“ (NB: 13)
Einstellungen/Erwartungen: Werte	„Bei mir war es so früher, gehst du zum Arzt, dann hast du kein Handy an. Es ist ausgeschaltet. Dann sitzt du hier, bist dabei zu reden, klingelt das Handy. Und dann sind sie noch unverschämt- es gibt Leute die dann sofort sagen: ‚Oh Entschuldigung, ich habe vergessen es auszuschalten‘, andere heben ab. Und das, das reizt mich. Das- da habe ich kein Verständnis. Ok, wenn jetzt die Schule anruft- hier meinem- die Schule hat angerufen- meinem Kind geht es nicht gut. Ok. Aber nicht für jedermann.“ (BB: 202)
Kommunikationsstil	„Jeden Tag, jeden Tag, jeden Tag, sich immer ein Mal neu- ja zusammennemen, um den Leuten zuzuhören. Oft kommt es dann auch vor, also, gelegentlich kommt es vor, dass die Leute dann draußen sind und dann sagt man, das da war jetzt aber nicht so, wie du es hättest müssen machen. [ah] Das kommt immer wieder vor.“ (SI: 187)

**Tabelle 19. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Eigenschaften des Arztes (Fortsetzung)**

<b>Kommunikationsstil: Medizinische Fachsprache</b>	<i>„Ich bemerke, dass die Leute mich manchmal nicht verstehen. Weil ich dann- dass ich Dinge gesagt habe, vielleicht zu schnell oder mit Begriffen, die sie nicht verstanden haben. Und ich bemerke, dass auch sonst mit anderen Leuten, mit Arbeitskollegen oder so, wo ich bemerke, dass im Grund der Patient nicht richtig verstanden hat, was Sie gesagt haben, weil wir so drin sind, wo wir annehmen &lt;&lt;lachend&gt;, dass jeder uns versteht&gt;, und das ist eben nicht immer der Fall, aber man versucht halt es so viel wie möglich zu umgehen, dies zu vereinfachen, jedoch das ist eben nicht immer möglich.“ (BO: 16)</i>
<b>Persönlichkeit</b>	<i>„Das ist aber auch eine Charaktersache, wie man ist. Wie ich bin, wie er ist, das passt nicht immer. Die Verbindung Patient-Arzt, die passt nicht immer.“ (BO: 75)</i>
<b>Geschlecht</b>	<i>Eine „internes Verhältnis zwischen Mann und Frau“ sei im Rahmen einer Arzt-Patient-Beziehung nicht tolerierbar (JD, siehe Tabelle 17.)</i>
<b>Alter</b>	<i>„Es gibt auch Leute, gut jetzt hier jetzt nicht, weil die Leute können auswählen ob sie zu mir oder meinem Kollegen gehen, aber sonst ist es halt schon mal vorgekommen, dass ich das Gefühl hatte, vor allem am Anfang, wo ich gearbeitet habe- oh die Junge da- ich gehe jetzt sowieso zu einem anderen (BO: 75)</i>
<b>Kennen des Patienten</b>	<i>„Man kennt mit der Zeit natürlich auch auf ein Mal seine Leute, seine Patienten und es sind auch Leute, wo man das Gefühl hat, das da bringt nichts.“ (FN: 29)</i>

Mit Blick auf den Einflussfaktor „Eigenschaften des Arztes“ wurde Mead und Bowers Modell ebenfalls validiert. Erweitert wurde das Modell durch die Faktoren „Müdigkeit/Tagesverfassung“, „Kommunikationsstil“, „medizinische Fachsprache“ und „Wissen/Erfahrung“.

### 9.2.2.3 Einflüsse des beruflichen Kontextes

Es wurden 134 Codes zu den Einflüssen des beruflichen Kontextes gefunden (s. Tabelle 21). Die im Model von Mead und Bower (2000) dargestellte Unterkategorie der „Zulassung“ findet sich demnach nicht in unseren empirischen Daten wieder. Allerdings kann dadurch nicht geschlussfolgert werden, dass diese Kategorie keinen Einfluss aus der Sicht der Mediziner auf die Kommunikation hat, da in den Interviews nicht gezielt nach dieser Einflussvariable gefragt wurde. Vielmehr kann aufgrund der nicht vorhandenen spontanen Assoziationen geschlussfolgert werden, dass die Bedeutung dieser Kategorie für die Ärzte eher untergeordnet ist. Unter der Oberkategorie „professionelle Normen“ wurden vier induktive Unterkategorien gebildet: „Fachgebiet“, „Allgemeinmedizin“, „Freie Arztauswahl“ und „Finanzen.“ In Tabelle 21 sind sämtliche Kategorien zum Faktor „Einflüsse des beruflichen Kontextes auf die A-P-Kommunikation dargelegt.

Tabelle 21. Einflüsse des beruflichen Kontextes auf A-P-Kommunikation

Name der Oberkategorie	Name der Unterkategorie	Name der Unterkategorie	Name der Unterkategorie
Professionelle Normen			
	<b>Fachgebiet</b>		
		<b>Allgemeinmedizin</b>	
			<b>Freie Arztauswahl</b>
			<b>Finanzen</b>
Leistungsanreize und -ziele			
Zulassung („accreditation“)			
Initiativen der Regierungspolitik			
<b>Sicht auf Arztberuf</b>			
	<b>Grundvoraussetzungen um Arztberuf ausüben zu können</b>		
<b>Schweigepflicht</b>			

Anmerkung. Fettgedruckt = Induktiv gebildete Kategorie

Die Kategorie „**Fachgebiet**“ bezeichnet Aussagen, die sich auf spezifische Fachgebiete innerhalb der Medizin beziehen; die Kategorie „**Allgemeinmedizin**“ verweist auf spezifische Aussagen zur Allgemeinmedizin. „**Freie Arztauswahl**“ greift die Aussagen zu der Tatsache, dass es in Luxemburg eine freie Arztauswahl gibt, auf. „**Finanzen**“ bezieht sich auf den ökonomischen Aspekt einer Praxis der z. B. mit sich bringen kann, dass Konsultationen kürzer ausfallen, als sie es – besonders hinsichtlich des Beziehungsaufbaus – sollten. Des Weiteren wurde die Kategorie „**Sicht auf Arztberuf**“ induktiv gebildet. Nicht nur ein Kommunikationsstil und allgemeine Erwartungen eines Arztes, sondern auch die Sicht auf den Arztberuf im beruflichen Kontext gesehen, können einen Einfluss auf die A-P-Kommunikation haben. So äußert etwa BD, dass es die Pflicht eines Arztes sei, zu verstehen, was der Patienten sage und nicht das erste, was dieser darstellt, zu akzeptieren.

*„Ich denke, es ist auch meine Pflicht, um ein bisschen als Arzt zu verstehen, was die Beschwerden sind und nicht das Erste, was er mir vorgibt, zu akzeptieren. (BD (1): 119)*

Laut JD gebe es einige Voraussetzungen, die eine Person mitbringen müsse, damit diese ihren Beruf ausüben könne. Daher wurde folgende induktive Kategorie „**Grundvoraussetzung, um den Arztberuf auszuüben**“, gebildet, in die ebenfalls die Äußerungen anderer Ärzte fielen. JD denkt, dass Ärzte schon vor dem Medizinstudium über ein gewisses Ausmaß an Kommunikationsfähigkeiten verfügen sollten, d.h. man müsse in der Lage sein, reden und zuhören zu können. Da dies schon

die Grundvoraussetzung sei, brauche man keine Fach Kommunikation in ein Medizinstudium mitaufzunehmen.

*„Das weiß ich nicht. Ich bin der Meinung man muss, wenn man Arzt sein will, [[Telefonklingeln]] muss man in der Lage sein kommunikativ zu sein [...]. Das ist die Grundvoraussetzung für mich. Sie müssen reden können, Sie müssen sich unterhalten können, Sie müssen vor allen Dingen zuhören können. [...] Ich glaube nicht, dass es sinnvoll ist, in einem Medizinstudium das Fach Kommunikation aufzunehmen. Denn das ist eine Frage, die für mich die Grundvoraussetzung ist, überhaupt dieses Studium anzugehen.“(JD:97)*

Schließlich sagt eine Ärztin, dass der Faktor „Schweigepflicht“ die A-P-Kommunikation wesentlich bestimmen würde. Ein Problem stellt für sie die Kommunikation mit Minderjährigen oder jungen Erwachsenen dar, deren Eltern sich einmischen würden, sie diesen jedoch keine Informationen weitergeben dürfte. Wenn Personen in Begleitung erscheinen, müsse man aufpassen, da diese ja alles mithören können.

*„Was manchmal ein bisschen ist, mit der Kommunikation auch, mit tatsächlich der medizinischen Schweigepflicht. Wo man manchmal ein bisschen Probleme hat, zumal bei Jugendlichen oder bei jungen Erwachsenen, wo die Eltern sich dann einmischen und sich aber nicht einzumischen haben. [mhm] Wo man dann mal ein bisschen aneckt. Und das, voilà. Dann muss man ganz klar sagen, das ist so, ich stehe unter medizinischer Schweigepflicht [mhm] und dann sage ich Ihnen nichts. Wo man auch aufpassen muss, wenn die Leute jemanden mitbringen, ist es a priori ja gut, dann ist es ja weil sie möchten, dass dieser auch alles mithört [mhm]. Jedoch das sind aber- eigentlich ist das etwas, wo man aufpassen muss (BO: 145).*

### Schwierigkeiten

Es gab 9 Überschneidungen mit Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation und Einflüssen des beruflichen Kontextes (Tabelle 22). Dabei handelt es sich um induktive Unterkategorien der Kategorie „professionelle Normen“.

JD nennt Faktoren, die ausschließlich für **Fachgebiete** der Medizin spezifisch sind (z. B. nicht vorhandene Kommunikation mit den Patienten bei Chirurgen) und daher nicht für die Allgemeinmedizin gültig sind. Andererseits sagt BD, dass auf dem Gebiet der **Allgemeinmedizin** bestimmte inhaltliche Grenzen abgesteckt seien. Er finde, dass die Allgemeinmediziner nicht für Forderungen, die darüber hinausgehen, zuständig seien. Zweitens schildert PP, dass A-P-Kommunikation schwierig werden könne, wenn eine **freie Arztwahl** - z.B. in Alters- und Pflegeheimen- nicht vorhanden sei. In dem Fall wäre das Vertrauen der Patienten nicht unbedingt gegeben. Schließlich berichtet BD

vom Problem, dass Sprechstunden unabhängig von ihrer Dauer immer gleich bezahlt würden. Die **finanziellen Aspekte** seien vor allem eine Problematik bei Sprechstunden mit älteren Patienten, da diese immer länger dauern würden.

**Tabelle 22. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Einflüssen des beruflichen Kontextes**

Name der Kategorie	Beispielpassage aus Interview: Darstellung eines Elementes, das die Ärzte als schwierig in der A-P-Interaktion bewerteten
Fachgebiet	„Ich hab das noch erlebt, dass Mediziner sehr weitschweifig ausgebildet sind. Wenn Sie das heute sehen, die werden fertig, dann ist der eine ein HNO -Arzt und weiß im HNO Bezirk noch was aus dem Gelenkknöchelchen des Innenohres, das ist sein Spezialfach. Wenn sie den nach einer Nebenhöhlenentzündung fragen, wird der die schon nimmer finden. [ok] Weil das ist einfach so spezialisiert. Einer meiner besten Freunde ist ein weltberühmter Neurochirurg. Wenn ich dem sagen würde: Kannst du mir bitte mein Knie verbinden, könnte er das nicht. Ich sag es jetzt mal ein bisschen übertrieben. Der betreibt Hochleistungsmedizin. Der kann nur das. Der hat auch keine Kommunikationsebene zum Patienten. Der spricht gar nicht mit dem.“(JD: 131)
Allgemeinmedizin	„Ich sage wir sind- wir versuchend Basic zu bleiben, jedoch wir kommunizieren in dem Rahmen. Der Patient, der hat schon im Internet geschaut, er hat schon- ich weiß nicht welche Informationen und dann möchte er nachher- schon etwas was er in der Zeitung gelesen hat, was vorhanden sein soll für die und die Krankheiten, jedoch da kann er nicht- ich glaube, da sind wir nicht zuständig.“ (BD(1): 33)
Freie Arztwahl	„Im Altersheim habe ich sehr viele Schwierigkeiten. [Wieso?] Weil oft nicht sie mich aussuchen, sondern es ist die Familie oder es ist jemand anderes, der entscheidet. Bei mir ist es so gelaufen, ich habe 16 Personen von einem anderen Arzt übernommen, weil dieser von einem Tag auf den anderen gesagt hat, dass er aufhört zu arbeiten. Und ich habe mich zwar überall vorgestellt, jedoch gab es welche, die nicht froh waren. Und die haben mich nicht ausgesucht. Ich bin da einfach hin spaziert, sozusagen. Und da waren verschiedene Situationen sehr schwierig am Anfang und auch jetzt noch, weil einfach, weil ich nicht ihr Hausarzt bin. Sie nicht sofort das Vertrauen haben.“ (PP:59)
Finanzieller Aspekt	„Angesichts dessen, dass die Sprechstunden immer gleich bezahlt wird, ist das ja gedacht für meinetwegen 10 Minuten eine Sprechstunde. Wenn sie jedoch 20 Minuten dauert, dann- [...] Wenn ein Junger kommt mit ein bisschen Halsschmerzen, der ist in 7 Minuten fertig und wenn ein Alter kommt, der gleicht dies aus, da er dann 20 Minuten nimmt.“ (BD: 120)

Bezüglich der Einflüsse des beruflichen Kontextes konnten die meisten Faktoren validiert werden, allerdings wurde die „Zulassung“ nicht von den Ärzten in den Interviews thematisiert. Mead und Bowers Modell konnte hingegen durch die folgenden Faktoren „Fachgebiet: Allgemeinmedizin (Freie Arztauswahl und ökonomischer Aspekt)“, „Sicht auf Arztberuf“, personenbezogene Voraussetzungen, um Arztberuf ausüben zu können“ und „Schweigepflicht“ erweitert werden.

#### 9.2.2.4 Rahmenbedingungen der Sprechstunde

Die „Rahmenbedingungen der Sprechstunde“ wurden 97 Mal codiert. Die Kategorien dieses Faktors sind in Tabelle 23 dargestellt. Innerhalb dieser Kategorie wurden alle Codes mindestens ein Mal genannt und es gab keine induktive Kategorienbildung.

**Tabelle 23. Die Rahmenbedingungen der Sprechstunde als Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation**

Name der Oberkategorie
Kommunikationsbarrieren
Physische Barrieren
Unterbrechungen
Anwesenheit von Drittparteien
Zeitbeschränkungen
Belastung durch das Arbeitspensum

### Schwierigkeiten

Es gab 19 Überschneidungen zwischen den Rahmenbedingungen der Sprechstunde und Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation (s. Tabelle 24). Schwierigkeiten zum einen bei Unterbrechungen von Konsultationen zum Beispiel durch Telefonanrufe. Zudem sei die Anwesenheit von Drittparteien eventuell eine Barriere in einer Konsultation. OP berichtet von einer Kommunikationssituation mit einer tunesischen Patientin und deren Tochter als Übersetzerin: Viel Information geht verloren, da es (1) schwierig sei, eine medizinische Befragung über eine dritte Person durchzuführen und es (2) sicher Dinge gebe, die die Patientin nicht vor der Tochter sagen möchte.

Im vorherigen Kapitel wurde schon der Zusammenhang von finanziellen und zeitlichen Faktoren herausgearbeitet. Hier greifen wir, wie im Modell vorgesehen, die **Zeitbeschränkungen** auf. So äußert TF, dass das Problem einfach der Zeitfaktor sei. Es mache Spaß, wenn auch einmal der Beziehungsaspekt im Vordergrund stehe und Smalltalk geführt werden könne, jedoch müsse auch der ökonomische Aspekt berücksichtigt werden und daher müsste eine bestimmte Anzahl an Patienten behandelt werden, wodurch jedem Patient weniger Zeit zukomme. Im Allgemeinen seien die Ärzte gestresster als früher und kommunizieren daher nicht mehr mit den Patienten. Man (auch TF selbst) müsse sich zusammennehmen, um mehr mit den Patienten zu kommunizieren und auch mal zuzuhören. Zudem beschreibt TF, dass er häufig Kontakt mit den Patienten außerhalb der Konsultationsterminen (Vorbringen von Unterlagen und Telefonate) habe. Diese würden sein **Arbeitspensum** vergrößern und könnten zudem nicht in Rechnung gestellt werden, wodurch wieder ein Zusammenhang mit dem finanziellen Aspekt hergestellt wird.

**Tabelle 24. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den Rahmenbedingungen der Sprechstunde**

Name der Kategorie	Beispielpassage aus Interview
<b>Unterbrechungen</b>	<p>„Das &lt;&lt;lachend&gt; Telefon ist ein sehr großes Problem&gt;, ja.“ (TF)</p> <p>„Weil wir andauernd ja auch in der Kommunikation, wir sind ja andauernd auch leider während der Sprechstunde mit x anderen Leuten in der Kommunikation, die uns anrufen.“ (BD: 29)</p>
<b>Anwesenheit von Drittparteien</b>	<p>„Also da kann man= es ist oft eine Kommunikation über eine Drittperson, das heißt, die Tochter ist da, die Mutter ist da, die Mutter redet Tunesisch, sie redet mit ihrer Tochter [ah so] und ich rede mit der Tochter. Es gibt nicht wenige solcher Personen aus Tunesien [mhm] die mit ihrer Tochter kommen [ok] man muss also mit der Tochter kommunizieren und es stimmt, dass es hier viele Dinge gibt, die uns entgehen, da es schwierig ist, eine Befragung mit drei Personen zu machen und es gibt sicher Dinge, die sie nicht vor ihrer Tochter sagen würde [mhm], daher also das Problem.“ (OP: 82)</p>
<b>Zeitbeschränkungen</b>	<p>„Also im Allgemeinen ein Mal überhaupt zur Kommunikation mit den Ärzten, die meisten Ärzte kommunizieren gar nicht mehr mit den Leuten [mhm], das ist schon mal allgemein. Je gestresster die Ärzte sind, sich weniger Zeit nehmen, desto weniger Kommunikation entsteht. [mhm] Das heißt diese Kommunikation ist nicht immer sehr gut, sogar eher relativ schlecht [ok] und dass wir uns jeden Tag, jeden Tag wieder zusammenehmen müssen und in Frage stellen, um zu sagen, &lt;&lt;lachend&lt; nimm dich jetzt zusammen und rede mit den Leuten&gt; oder hör mal zu, was sie sagen.“(SI: 185)</p> <p>„Das Problem ist einfach der Zeitfaktor. Das Positive ist, dass es auch Spaß macht, mit jemandem mal eine halbe Stunde zu reden, wo einfach der Beziehungsaspekt der Kommunikation im Vordergrund steht. [...] Das Problem ist aber, deshalb komme ich immer auf den wirtschaftlichen Punkt zurück, weil Sie jedoch in einem ökonomischen System eingebunden sind. Wo Sie aber auch eine gewisse Produktivität liefern müssen.“ (TF:121)</p>
<b>Belastung durchs Arbeitspensum</b>	<p>„Wie ich mit den Leuten dann, weil ich keine Wirklichkeitskonstruktion fertiggebracht habe bis jetzt, wo die Leute dann schlussendlich, weil ich die Leute zu sehr verwöhnt habe mit meiner Kommunikation, die rufen dann an, ne. Als Sie vorher gekommen sind, da kam dieser Herr [Ja].Ich kenne ihn noch ein bisschen, er bringt mir jetzt die Formulare vorbei. Er hat keinen richtigen Termin, das heißt, ich mach das dann im Lauf des Abends, ich kann nicht wirklich eine Konsultation verrechnen. Ich muss noch ein Mal zurück rufen, er fragt dann: Können Sie mich zurückrufen, wenn alles fertig ist, da sage ich natürlich: ‚Ja ich rufe Sie an.‘ Am Ende sitze ich dann zwei Stunden da.“ (TF:41)</p>

### 9.2.2.5 „Shapers“: Weitere Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation

Die „Shapers“, die nach Mead und Bower (2000) alle weiteren Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation abbilden, wurden 138 Mal codiert. Alle Kategorien dieses Faktors (s. Tabelle 25) wurden mindestens ein Mal thematisiert. Als einzig induktive Kategorie wurde der Code „Respekt“ gebildet. Damit wird der Einfluss, den der Respekt des Patienten auf die Kommunikation haben kann, angesprochen.

**Tabelle 25. Shapers: "Weitere Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation"**

Name der Oberkategorie	Name der Unterkategorie
Kulturelle Normen und gesellschaftliche Erwartungen	
	<b>Respekt</b>
Sozio-ökonomischer Hintergrund	
Formales und informales Lernen (z.B. Medien)	
Persönliche Erfahrungen	
Medizinische Ausbildung und klinische Erfahrung (Arzt)	

Anmerkung. Fettgedruckt = Induktiv gebildete Kategorie

### Schwierigkeiten

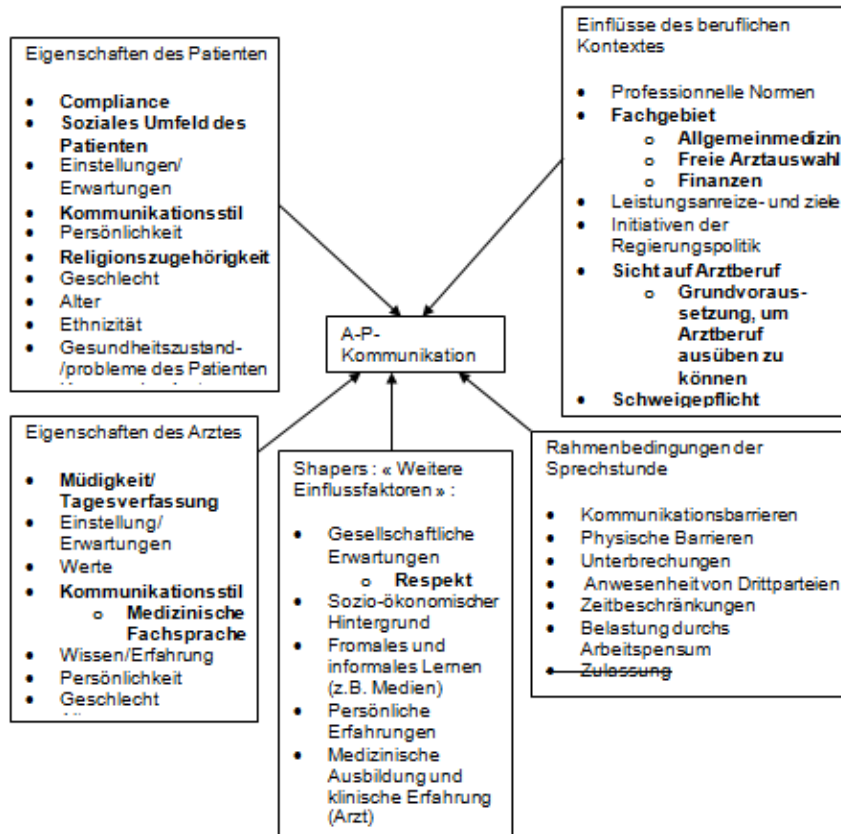
In Tabelle 26 sind Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation und „Shapers“ dargestellt; insgesamt sind dies acht. Bezüglich der **kulturellen und gesellschaftlichen Normen** sagt OP, dass es früher Momente gegeben hat, in denen man sich austauschen konnte, *„es gab die Familie, jedoch sei dies heute nicht mehr der Fall, da die Familien heute aufgesplittet sind und Personen auch seltener Glaubensgemeinschaften angehören.“* Zudem würden viele Personen, die beruflich aktiv seien, nur mit dem Arzt über ihre Sorgen reden können, d.h. hier besteht neben den kulturellen Normen auch ein Zusammenhang mit dem **sozioökonomischen Status** der jeweiligen Personen. Des Weiteren kann die Informationssammlung im Internet (**informales Lernen**) zu Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation führen. Prinzipiell sei es gut, wenn die Patienten sich schon vorher im Internet informieren, da der Arzt dann nicht immer alles erklären müsse. Allerdings könne diesbezüglich vieles schief laufen: z. B. können Patienten falsche Informationen finden oder annehmen, bestimmte Beschwerden zu haben, die jedoch nicht vorlägen.

**Tabelle 26. Beispiele für die Überschneidung von Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation mit den "Shapers"**

Name der Kategorie	Beispielpassage aus Interview
<b>Kulturelle Normen und gesellschaftliche Erwartungen</b>	<i>„Es gab die Familie, jedoch ist dies heute nicht mehr der Fall, da die Familien heute aufgesplittet sind und auch weniger häufig Glaubensgemeinschaften angehören.“ (OP: 228)</i>
<b>Sozioökonomischer Status</b>	<i>„Das Leben ist momentan nicht sehr einfach. Vielleicht haben die Studenten noch nicht viele Sorgen, da sie noch nicht im wirklichen Leben stehen, jedoch die aktiven Leuten, bei ihnen passiert es oft, dass sie Sorgen haben und nur den Arzt haben, mit dem sie reden können.“ (OP: 234)</i>
<b>Formales und informales Lernen</b>	<i>„Ich finde das sehr gut, wenn die Leute sich informieren, da ich ihnen dann nicht alles zu erklären brauche, weil nachher kommt ja immer die Frage: ‚Wie ist das?‘ Ich muss den Leuten dann ja auch Erklärungen geben. Wenn die Leute sich schon ein bisschen im Vornehinein informiert haben, dann können wir darüber reden. Jedoch gibt es viele Ideen, die da schief laufen. (SI: 274)</i>

### 9.2.2.6 Zusammenfassende Schlussfolgerungen zu den Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation

Bezüglich der Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation kann in unserer Studie gezeigt werden, dass fast alle im Modell von Mead und Bower (2000) angeführten Einflussfaktoren für Allgemeinmediziner in Luxemburg, sowohl im negativen, als auch im positiven Sinn eine Bedeutung haben (s. Abschnitt 9.2.2). In Abbildung 21 werden sämtliche Einflussfaktoren, die in unserer Studie thematisiert werden, dargestellt. Alle Kategorien, mit Ausnahme von „Zulassung“, wurden in den Interviews angesprochen; somit wurden fast alle im Modell enthaltenen Einflussfaktoren validiert. Zusätzlich konnten zahlreiche induktive Kategorien gebildet werden, die sich zum größten Teil in mehreren Interviews wiederfinden lassen und die zu einer Erweiterung des Modells beitragen. Von allen Einflussfaktoren werden die Patientenfaktoren, wie zum Beispiel die Erwartungen oder der Kommunikationsstil, am Häufigsten genannt. Diese werden ebenfalls am Häufigsten mit Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation in Verbindung gebracht. Hierzu zählen etwa Schwierigkeiten in der Informationssammlung, die darauf zurückgeführt werden, dass der Patient sich undeutlich ausdrückt.



Validierte Einflussfaktoren des Modells zu den Einflussfaktoren von Mead und Bower sowie neugebildete Faktoren (**fettgedruckt**) aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie

**Abbildung 21. Ergebnisse zu den Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation**

Nachdem wir die Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation analysiert haben werden wir uns im Folgenden den Inhalten der A-P-Kommunikation widmen.

### 9.2.3 Inhalt und Komponenten der A-P-Kommunikation

In den in unserer Studie durchgeführten Interviews wurden die Ärzte nicht gezielt nach den im KCS angeführten Komponenten der A-P-Kommunikation gefragt. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Häufigkeit der Nennung einer Komponente die Relevanz dieser in der Wahrnehmung des Phänomens A-P-Kommunikation des jeweiligen Mediziners widerspiegelt. Nachfolgend wird die Reihenfolge der Häufigkeiten der Nennungen der einzelnen Komponenten in den Interviews angeführt:

1. Informationssammlung
2. Informationen weitergeben
3. Aufbau einer Beziehung
4. Bezüglich Problemen übereinstimmen

5. Die Perspektive des Patienten verstehen
6. Gesprächsabschluss
7. Eröffnung der Diskussion

Anhand der dargestellten Rangordnung der Komponenten wird ersichtlich, dass der Informationsaustausch, d.h. die Informationssammlung und das Weitergeben von Informationen, in der Wahrnehmung der befragten Ärzte mehr Raum einnehmen als der Beziehungsaufbau mit dem Patienten. Obwohl nicht nur das KCS, sondern auch weitere Modelle zur A-P-Kommunikation und ärztlichen Konsultation (z. B. Kurtz et al., 2003; siehe Abschnitt 3.1), die Initiierung und Beendigung dieser als essentielle Punkte auffassen, wurden diese Komponenten von den Medizinern hingegen nur wenig thematisiert. Eine Begründung hierfür könnten die erwähnten allgemeingefassten Fragen in den Interviews zu A-P-Kommunikation sein, in denen die einzelnen Elemente des KCS nicht hervorgehoben wurden. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Ärzte nicht explizit betonten, dass sie sich bei bestimmten Ausführungen zur A-P-Kommunikation auf die Eröffnung einer Konsultation, bzw. den Gesprächsabschluss beziehen, diese Komponenten dennoch in ihrer Darlegung implizit mit einbeziehen.

In Textbox 2 werden die einzelnen Äußerungen der Ärzte zu den Komponenten zusammengefasst dargestellt und in Relation zum Kalamazoo Consensus Statement (Makoul, 2001) und den in Abbildung 21 (S. 186) beschriebenen Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation gesetzt.

#### Textbox 2. Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Komponenten der A-P-Kommunikation

Grün = nicht im KCS beschrieben

Rot = schwierige Kommunikation

##### Beziehungsaufbau

###### **Beschreibung:**

- Empathie
- Beziehungsaufbau klappt nicht mit jedem Patienten im gleichen Ausmaß und kann daher nicht immer aktiv bestimmt werden („manchmal ist man nicht auf der gleichen Wellenlänge“)
- Auch grundlegende Kommunikationsfähigkeiten, wie „einfach“ zuhören und reden können ausschlaggebend sein (Prozessfähigkeiten).
- Balance zwischen medizinischem Informationsaustausch und anderen Themen („Small Talk“), die der Patient äußert.
- Aspekte der Patientenzentriertheit werden beschrieben.

###### **Einflussfaktoren:**

- Persönlichkeit des Arztes/Patienten (z. B. Offenheit)
- Tagesverfassung/Müdigkeit
- Kommunikationsstil
- Einhalten medizinischer Schweigepflicht
- Freie Arztwahl
- Zeitbeschränkungen

##### Diskussionseröffnung

###### **Beschreibung:**

- Grundlegende Kommunikationsverhaltensweisen wurden hervorgehoben (Begrüßung, Augenkontakt)
- Ist durch formale Aspekte bestimmt
- Alle Bedenken des Patienten erfassen

#### **Einflussfaktoren:**

- Zeitliche Beschränkungen
- Sprachbarrieren
- Anwesenheit von Drittparteien

#### **Informationssammlung**

##### **Beschreibung:**

- Anamnese wichtiger als klinische Untersuchung
- Mehr zuhören als reden
- Nicht zu direktiv zu sein, einfach versuchen das Hauptanliegen des Patienten zu verstehen
- Sprechstunde wird vom Patienten als gut wahrgenommen, obwohl der Arzt keine konkrete Information erheben konnte. Manchmal seien Patienten mit einer Konsultation zufrieden, wenn sie einfach reden können.
- Manchmal können Patienten ihr Problem nicht ausdrücken
- Zu vage Beschreibung des Patienten bei intimen und persönlichen Problemen
- Wenn Arzt nicht versteht um was es geht, ist die Konsultation ein Misserfolg
- Bei Fremdsprachen kann man nicht alle Informationen zu 100% erhalten.

#### **Einflussfaktoren:**

- Kommunikationsstil des Arztes/Patienten
- Erwartungen des Patienten
- Gesundheitszustand des Patienten
- Sprachbarrieren

#### **Die Perspektive des Patienten verstehen**

##### **Beschreibung:**

- Zeit nehmen und ein Ohr für weitere Assoziationen des Patienten zu der Krankheit haben.
- Man kann den Anderen nicht ändern, Lösungen sind „Mini-Interventionen“
- Einhaltung des Leitfadens der Konsultation
- Empathisch sein, ohne zu viel mitzuleiden
  - Patientenzentriert sein, aber nicht zu sehr

#### **Einflussfaktoren**

- Professionelle Normen
- Kommunikationsstil des Arztes

#### **Informationen weitergeben**

- Wichtig dem Patienten Informationen ausführlich mitzuteilen, da Patient auch Teil zur Verbesserung seines Gesundheitsstaus beitragen sollte.
- Genau beim Patienten nachfragen, welche Bilder bei ihm durch das Erhalten bestimmter Informationen ausgelöst werden, da diese negativ geprägt sein können.

#### **Einflussfaktoren**

- Erfahrungen des Patienten
- Ältere Patienten

#### **Bezüglich Problemen und Plänen übereinstimmen**

##### **Beschreibung:**

- Orientierung am Patienten: diese sollen Entscheidungen zu einem gewissen Ausmaß selbst treffen.
- Wenn Patienten schon eine bestimmte Meinung zur Behandlung haben und diese nicht mehr ändern möchten (laut Ärztin auch kulturell bedingt).
- Wenn Patienten nicht mehr dem Gedankengang des Arztes folgen können
- Wenn Patienten nicht bereit sind, auf die Pläne einzugehen.

#### **Einflussfaktoren**

- Erwartungen
- Kultur des Patienten

#### **Gesprächsabschluss**

- Beim Patienten nachfragen, ob alles beantwortet wurde
- Man dürfe sich nicht zu sehr auf den Patienten einstellen. Arzt sollte Gespräch steuern und bestimmen wenn es fertig ist.

Die Ärzte beschreiben den **Beziehungsaufbau** weitgehend in Übereinstimmung mit den Darstellungen von Makoul (2001). Als schwierig wird die optimale Balance

zwischen reinem medizinischen Informationsaustausch und den von den Ärzten als beziehungsfördernden bezeichneten, „Small Talk“-Themen bezeichnet. Als negativ beeinflussender Faktor werden hier Zeitbeschränkungen genannt. Einflussfaktoren auf den Beziehungsaufbau, die nicht in der Theorie genannt werden, sind das Einhalten der medizinischen Schweigepflicht und die freie Arztauswahl. Die freie Arztauswahl sei wichtig, damit die Patienten einen Arzt konsultieren können, bei dem sie sich wohlfühlen. Manchmal würden die Persönlichkeiten von Arzt und Patient nicht zusammenpassen und in dem Fall würde sich der Beziehungsaufbau als schwierig gestalten.

Bezüglich der **Diskussionseröffnung** werden neben der theoriekonformen Beschreibung „alle Bedenken des Patienten erfassen“, weitere Aspekte genannt. Eine Begrüßung und Augenkontakt mit dem Patienten könnten in interpersonaler Kommunikation als selbstverständlich angenommen werden, jedoch werden diese in unserer Studie nicht dementsprechend von den Medizinerinnen wahrgenommen. Des Weiteren wird erwähnt, dass formale Angelegenheiten in einer Sprechstunde, die Zeit für die Kommunikation und Untersuchung des Patienten einschränken würde. Auch wird wieder der Zeitfaktor genannt, der einer effektiven Kommunikation im Weg steht. Sowohl bei der Diskussionseröffnung als auch bei der Informationssammlung wird Sprache als Barriere genannt (eine ausführliche Diskussion diesbezüglich steht in Abschnitt 9.3).

Bezüglich der **Informationssammlung** gibt es viele Äußerungen, die mit der Theorie übereinstimmen. Jedoch wurden auch neue Komponenten genannt, die nicht im KCS enthalten sind. Ein Arzt sagt z.B., dass er das Gefühl habe, dass Kommunikation auch schon von Patienten als gut wahrgenommen wurde, obwohl ersterer keine konkrete Information bekommen konnte. Manchmal seien Patienten mit einer Konsultation zufrieden, wenn sie einfach reden können. Die Informationssammlung wird zum größten Teil abhängig vom Patienten beschrieben, jedoch heben einige Ärzte hervor, dass der Arzt selbst auch durch seinen Kommunikationsstil beteiligt ist.

Patientenzentrierte Kommunikation wird als ein wesentlicher Bestandteil für Qualität in der medizinischen Versorgung gesehen (vgl. Kapitel 3). Die Definition zu Patientenzentriertheit von Mead und Bower (2000) enthält folgende Dimensionen:

1. Biopsychosoziale Perspektive
2. „Patient-als-Person“

3. Gemeinsame Übernahme von Macht und Verantwortlichkeit
4. Die therapeutische Allianz
5. „Arzt-als-Person“

Sowohl die „biospsychosoziale Perspektive“, als auch den „Patienten als Person betrachten“ werden als ein Bestandteil von Patientenzentriertheit angeführt. Die Interviews geben uns Hinweise darauf, dass Ärzte ein längeres Kennen des privaten Umfeldes und der Krankengeschichte eines Patienten als einen Vorteil für die medizinische Behandlung sehen. Die vorliegende Studie untersucht die Perspektive der Ärzte auf eine medizinische Konsultation, wobei die Dimension „Arzt als Person“ ausführlich beleuchtet wird. Alle Befunde der vorliegenden Studie zeigen die persönliche Sicht der Ärzte. So beschreiben die Ärzte, dass sowohl eigene und berufliche Sorgen als auch persönliche Erfahrungen einen negativen Einfluss auf die Konsultation haben können. Allerdings zeigen einige Ergebnisse, dass die Ärzte nicht jede von Mead und Bower dargestellten Dimensionen positiv bewerten. So äußern sich einige Ärzte, dass die „Gemeinsame Übernahme von Macht und Verantwortlichkeit“, nicht immer in der Form vom Patienten gewünscht ist. Demnach gibt es Hinweise darauf, dass einige Patienten aus der Sicht der Ärzte eine paternalistische Kommunikationsweise bevorzugen. Frühere Studien zeigen, dass Patienten manchmal direktive Vorgaben bevorzugen, was mit den persönlichen Eigenschaften der Patienten oder auch mit ihrem Krankheitsbild zusammenhängen kann (Faller & Lang, 2010; s. Abschnitt 3.2), dies wird durch die vorliegenden Daten ebenfalls bestätigt. Bei einem weiteren von Mead und Bower angeführtem Unterpunkt, der „therapeutischen Allianz“, bleibt unklar, wie stark diese ausgeprägt sein soll. Ein Arzt in unserer Stichprobe grenzte etwa die medizinische Behandlung eindeutig von einer psychotherapeutischer Behandlung ab: er würde im Rahmen einer Konsultation mehr nachfragen, als dies ein Psychotherapeut tun würde. Da Mead und Bowers Definition keine klar umrissenen patientenzentrierten Verhaltensweisen beschreibt, stellten Smith et al. (2010) eine praktischere Definition zu Patientenzentriert auf. Diese enthält folgende konkreten Verhaltensweisen:

1. Modell:

- patientenzentrierte Informationssammlung
- Umgang mit Emotionen

2. Modell:

- Informationsvermittlung

- Motivieren von Patienten

Da diese Komponenten sehr allgemein gehalten sind, ist es schwierig, sie den jeweiligen Aussagen in den Interviews zuzuordnen. Eine nichtdirektive Informationssammlung, viel zuhören und auch zulassen, dass nicht ausschließlich medizinische Informationen erhoben werden, können als patientenzentriert gedeutet werden (Textbox 2). Laut den Ärzten sollte beim Versuch die **Patientenperspektive** zu verstehen, die richtige Balance (bezüglich Emotionen und Zeit) gefunden werden.

Des Weiteren können alle Ausführungen zur **Informationsweitergabe** in Textbox 2 als patientenzentriert bewertet werden. Aus diesen kann geschlussfolgert werden, dass das ausführliche Mitteilen von Informationen sehr wichtig ist, jedoch sollte Acht gegeben werden, dass keine negativen Bilder beim Patienten ausgelöst werden. Explizit wird die Bezeichnung „Patientenzentriertheit“ jedoch in keinem Interview benannt. Dies kann bedeuten, dass die Mediziner sich zwar durchaus patientenzentriert in der Konsultation verhalten, dies jedoch nicht dementsprechend formulieren. In ähnlicher Weise wurde das Wort „gemeinsame Entscheidungsfindung“ in nur einem Interview erwähnt, obschon dies von weiteren Ärzten zumindest inhaltlich umschrieben wird. Dennoch stellen diese Ärzte die Minderheit unter allen Befragten dar.

### **9.3 Sprachliche und kulturelle Aspekte der A-P-Kommunikation aus der Sicht der Ärzte**

Nachdem wir in Abschnitt 9.2 eine Übersicht erhielten, wie die Mediziner in unserer Stichprobe A-P-Kommunikation in Luxemburg wahrnehmen, konzentrieren wir uns in den folgenden Abschnitten auf die ausgewählten Einflussfaktoren „sprachliche Aspekte“ und „kultureller Hintergrund“ auf die A-P-Interaktion. Die Einflüsse sprachlicher und kultureller Aspekte wurden in Kapitel 6 in einer Forschungsfrage zusammengefasst, da diese, wie in Kapitel 4.1.3 dargestellt, zusammenhängen können. Im vorliegenden Kapitel werden zur Ergebnisdarstellung die Wahrnehmung sprachlicher und kultureller Einflüsse in zwei separate Teile aufgegliedert. An den Stellen, an denen Verbindungen vorhanden sind, werden diese kenntlich gemacht.

Bezüglich des Einflusses sprachlicher Aspekte soll der Frage nachgegangen werden, ob Mediziner in Luxemburg sprachliche Barrieren zwischen sich und ihren Patienten wahrnehmen und wie diese im Spezifischen ausgeprägt sind. Mit Blick auf den Einfluss kulturellen Themen wollen wir zuerst untersuchen, welche interkulturellen Aspekte nach Schouten und Meeuweesen (2006; s. Modell Kapitel 4) von den Mediziner\*innen im Besonderen wahrgenommen werden. Darüber hinaus soll die Frage verfolgt werden, inwiefern Mediziner in Luxemburg ein Bewusstsein und eine Sensibilität für kulturelle Aspekte in der A-P-Kommunikation haben und welche die möglichen Erklärungen für die jeweiligen Ausprägungen sind.

#### **9.3.1 Der wahrgenommene Einfluss sprachlicher Aspekte auf A-P-Kommunikation**

In Kapitel 4.2.2 wurde aufgezeigt, dass Sprachbarrieren in der medizinischen Versorgung zum einen zu Missverständnissen zwischen Patient und Mediziner führen können und zum anderen den vom Patienten geäußerten Kommunikationsinhalt bestimmen können. So wurde zum Beispiel nachgewiesen, dass Patienten Gesundheitsdienstleistern bei Sprachbarrieren weniger psychologische und emotionale Anliegen mitteilen. Im Folgenden werden die Beschreibungen der Ärzte in unserer Stichprobe zu sprachlichen Aspekten in ihrer Sprechstunde herausgearbeitet. Wir werden untersuchen, ob (1) Sprache in ärztlichen Konsultationen in Luxemburg als Barriere wahrgenommen wird, (2) welche Faktoren mit dieser Wahrnehmung in Zusammenhang stehen und (3) welche Lösungen bzw. positive Effekte es im Rahmen mehrsprachiger A-P-Kommunikation gibt.

### 9.3.1.1 Wird Sprache als Barriere wahrgenommen?

Zunächst analysieren wir, ob die befragten Mediziner in Luxemburg Sprachbarrieren im Rahmen ihrer Konsultationen eine große Bedeutung zuschreiben. Hierzu führten wir eine evaluierende Inhaltsanalyse mit den folgenden Kategorien durch: „Sprache wird nicht als Barriere bewertet“ (Gruppe 1), „differenzierte Betrachtung“ (Gruppe 2) und „Sprache wird als Barriere bewertet“ (Gruppe 3) Gruppe 2 meint die Mediziner, die Sprache nur in bestimmten Situationen als Barriere bzw. als Belastung bewerteten. In Tabelle 27 ist dargestellt, welche Mediziner welcher Gruppe zugeordnet werden. Hier ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Ärzte (8 Personen) Sprache als Barriere bewerten und daher Gruppe 3 zugeordnet werden.

**Tabelle 27. Personenorientierte Evaluierung der Sprache als Barriere**

<b>Gruppe 1:</b> Sprache wird nicht als Barriere bewertet	<b>Gruppe 2:</b> Differenzierte Bewertung der Sprache	<b>Gruppe 3:</b> Sprache wird als Barriere bewertet
<b>VB</b>	<b>TF</b>	<b>SI</b>
<b>FM</b>	<b>JS</b>	<b>OP</b>
<b>JD</b>	<b>FN</b>	<b>BD</b>
<b>BB</b>		<b>BO</b>
<b>OJ</b>		<b>UR</b>
		<b>PP</b>
		<b>NB</b>
		<b>SP</b>
5 Ärzte; 4 ♂ 1 ♀ Altersdurchschnitt 52 Jahre	3 Ärzte; 1 ♂ 2 ♀ Altersdurchschnitt 42,67 Jahre	8 Ärzte; 3 ♂ 5 ♀ Altersdurchschnitt 46 Jahre

*Anmerkung.* Fettgedruckt = Arzt mit Migrationshintergrund, d.h. mit nicht-luxemburgischer Nationalität bzw. einer anderen Muttersprache als Luxemburgisch.

Im Folgenden werden wir darstellen, inwiefern Ärzte Sprache als Barriere bzw. nicht als Hindernis in der Sprechstunde bewerteten und uns dabei zunächst auf Gruppe 1 („Sprache wird nicht als Barriere bewertet“) beziehen.

#### **Gruppe 1 („Sprache wird nicht als Barriere bewertet“)**

Folgende Ärzte bewerten Sprache nicht als Barriere und wurden daher Gruppe 1 zugeteilt: VB, FM, JD, BB und OJ. VB bewertet Sprache nicht als Barriere, da er zum einen Missverständnisse sofort wahrnehme, d.h. Sprachunterschiede würden nie direkte Folgen auf seine Kommunikation mit den Patienten haben. Zum anderen beende er seine Konsultationen immer in mehreren Sprachen und erkundige sich bei den Patienten, ob sie noch Fragen haben:

*„Mmh, ich glaube nicht, da ich versuche, die Missverständnisse sofort zu regeln. Eine meiner Regeln, wenn sie wollen, wenn sie von Technik reden, ich beende meine Konsultation immer in verschiedenen Sprachen.“ (VB: 163-169)*

FM und JD arbeiten beide als Arbeitsmediziner, daher könnte ihre Bewertung, dass Sprache keine Barriere in ihrer alltäglichen Kommunikation darstellt, auf ihren Arbeitsinhalt und den Charakteristika ihrer Kunden/Patientenschaft begründet sein. FM betont, wie in Kapitel 9.2. beschrieben, dass er keine „größeren Diskussionen“ mit seinen Patienten führe. Laut FM sei einzig die Kommunikation mit den Patienten etwas schwieriger, die gar kein Französisch beherrschen und z. B. nur Portugiesisch beherrschen. Jedoch sei dies sehr selten und desweiteren könne er einige Sätze Portugiesisch. Zudem würden einige Personen Dolmetscher mitbringen. FM rede in jenen Situation ein bisschen „Kauderwelsch“ und kommuniziere durch Gestik, daher komme er immer irgendwie klar:

*„Nein, weil ich dann aber auch, wie gesagt, ein bisschen Kauderwelsch rede und schwatze und gestikuliere und da kommen wir aber immer irgendwie klar. Ich sehe das nicht als Problem, als Barriere, nein.“ (FM: 44)*

JD untersucht in erster Linie Personen mit einem hohen Bildungsstand in einem Umfeld, in dem Englisch als Kommunikationssprache festgelegt ist. Daher scheinen Sprachbarrieren aus JDs Sicht in seinem Arbeitsalltag fast nicht vorhanden zu sein. Im Gegensatz zu FM äußert sich JD sich jedoch explizit zu Kulturunterschieden, die eine Barriere in einer medizinischen Behandlung darstellen können. Diese Befunde werden wir in Kapitel 9.3.2 darlegen.

Auch BB bewertet Sprache eher nicht als Barriere, außer bei z. B. kosovo-albanischen Patienten, wenn kein Dolmetscher anwesend ist. Diesbezüglich bezieht er sich allerdings eher auf Erfahrungen, die er in der Notaufnahme im Rahmen von Praktika gemacht hat und nicht auf Erlebnisse in seiner Praxis.

*„Luxemburger kein Problem, Französisch auch nicht, Deutsch auch nicht, Portugiesen auch nicht. Schwieriger ist es mit Kosovo-Albaner, die gar keine Sprache kennen, das ist nicht eindeutig. Auch mit- in den Praktika, die ich im Krankenhaus hatte, da sind welche in die Notaufnahme gekommen. Wenn dort kein Dolmetscher ist, es ist.“ (BB: 55)*

Für OJ sei Sprache keine Barriere, jedoch sei sie ein Thema bei Überweisungen in Krankenhäuser in Bezug auf die Sprachkenntnisse des Personals, das dort arbeite. Öfters äußerten Patienten den Wunsch in ein bestimmtes Krankenhaus überwiesen werden zu wollen, weil dort das Personal eher Deutsch, beziehungsweise Luxemburgisch und nicht überwiegend ausschließlich Französisch rede, wie dies in anderen Krankenhäusern in Luxemburg der Fall sei:

*„Ich höre ja auch oft von den Patienten, die in den Krankenhäusern sind. Die klar sagen: ‚Ich will jetzt nicht ins Krankenhaus in der Stadt, weil dort sehr viele Franzosen arbeiten. Dann gehe ich lieber nach Ettelbrück ins Krankenhaus, weil dort mehr Leute aus St. Vith und so arbeiten, die auch Deutsch, bzw. Luxemburgisch können. Oder platt, wie sie das nennen und eine dem Luxemburgisch ähnliche Sprache sprechen. Da kann die Wahl des Krankenhauses auch einen Unterschied machen.“ (OJ: 63)*

Es können mögliche Erklärungen herausgearbeitet werden, warum die Ärzte in Gruppe 1 Sprache *nicht* als Barriere wahrnehmen. Eine erste Begründung könnte das **Arbeitsumfeld und Arbeitsinhalt** der Mediziner sein. Wie schon erwähnt sind sowohl FM als auch JD Arbeitsmediziner und nicht als Allgemeinmediziner tätig. Vor allem FM betont, dass die Kommunikationsinhalte mit seinen Patienten nicht über den arbeitsmedizinischen Kontext hinausgehen und nur geringfügig variieren. Infolge dessen werden selten „komplizierte“ Gespräche geführt und Sprachbarrieren fielen dementsprechend nicht ins Gewicht.

Zweitens weisen die Mediziner in Gruppe 1 **höhere Sprachkompetenzen** als die Mediziner in Gruppe 3 („Sprache wird als Barriere bewertet“) auf. Einige Ärzte in Gruppe 1 beherrschen mehr als drei Sprachen (FM: 4, OJ: 5, PP: 6). Zudem geben OJ und PP an, jeweils zwei Sprachen auf muttersprachlichem Niveau zu beherrschen. Fast alle Personen in Gruppe 1 haben Migrationshintergrund, sprechen jedoch im Gegensatz zu den Personen mit Migrationshintergrund in Gruppe 3 eine höhere Anzahl an Sprachen, wobei dies immer auch Luxemburgisch ist. In Gruppe 3 sprechen sowohl UR als OP kein Luxemburgisch (s. unten), demnach könnte die Beherrschung des Luxemburgischen ein bedeutender Faktor für die Bewertung von Sprache als Barriere sein.

## **Gruppe 2**

TF, JS und FN wurden der Gruppe 2 („differenzierte Betrachtung auf Sprache als Barriere“) zugeordnet. Zu Beginn des Interviews bezeichnete TF die Sprachsituation in Luxemburg als generellen „Sprach-Mischmasch“, welche er als normal hinnehme und kein Thema sei. Im weiteren Verlauf des Interviews spricht er Informationsvermittlungsprobleme an, die es in einer einsprachigen Gesellschaft weniger gäbe. Allerdings sei dies praktisch kein Problem; darüber theoretisieren könne man jedoch. Laut ihm ließen sich zwar Informationen zwischen Arzt und Patient leichter mitteilen, jedoch würden ohne Übersetzungsarbeit mehr Stereotypen

vermittelt werden. Somit sieht TF Vor- und Nachteile bei einsprachigen Settings und daher wird ihm eine differenzierte Betrachtung auf Sprache als Barriere zugeschrieben. JS bezeichnet Sprache in einem mehrsprachigen Setting nicht unbedingt als Barriere. Sie erlebt ein mehrsprachiges Setting eher als Belastung, da zwischen den Konsultationen häufig die Sprache gewechselt werden muss:

*„Und ich muss die Datenbank ständig wechseln, was ist das in [skandinavische Sprache]<sup>9</sup> ? Und dann- es ist also sehr ermüdend viele Sprachen die ganze Zeit zu reden.“ (JS: 43)*

Ob Sprache eine Barriere ist, hängt laut FN von den Beschwerden des Patienten ab. Ähnlich wie PP (Gruppe 3, s. unten) schätzt FN die Kommunikation bei psychologischen Beschwerden als problematischer ein, als bei rein medizinischen Problemen. Im Gegensatz zu PP sieht FN bei letzteren allerdings gar keinen Einfluss sprachlicher Aspekte:

*„Wie gesagt, also ich denke, jemand der jetzt wegen Halsschmerzen oder Durchfall kommt, kann ich auch behandeln, ohne viel mit ihm zu reden. Ich brauche nicht zu reden, wenn es jetzt nicht sein muss. Jemand, der jetzt kommt, weil er ein Familienproblem hat, was alles eher psychologisch ist oder so, ehm, ist sehr schwierig, wenn man mit der Sprache nicht- nicht dieselbe Sprache spricht.“ (FN: 46-49)*

Die Mediziner in Gruppe 2 sprechen **allesamt vier Sprachen fließend**, was eine Erklärung dafür sein könnte, warum sie Sprache nicht eindeutig als Barriere bewerten. Dennoch sehen alle drei Ärzte einen Nachteil in der A-P-Kommunikation in einem mehrsprachigen Setting. Laut TF sind Informationen schwieriger zu vermitteln, JS findet ein mehrsprachiges Setting ermüdend und FN sieht v.a. bei psychologischen Problemen Schwierigkeiten.

### **Gruppe 3 („Sprache wird als Barriere bewertet“)**

Schließlich zeigen wir auf, welche Ärzte Gruppe 3 zugeordnet wurden. SI bewertet Sprache eindeutig als Barriere, vor allem bei Patienten, die Portugiesisch, Chinesisch oder Russisch sprechen. Beispielsweise sagte SI, dass portugiesisch-sprechende Personen Wörter eventuell anders als er interpretieren:

*„Da gibt es praktische Sachen, also wenn ich ‚constipation‘ sage. Der Portugiese versteht darunter Schnupfen. Ich verstehe etwas ganz anderes darunter.“ (SI: 40)*

<sup>9</sup> Hier nannte JS eine Fremdsprache. Zur Wahrung von JS Anonymität wird diese nicht genauer spezifiziert.

OP ist Französin und redet ein bisschen Luxemburgisch und Englisch, aber kein Deutsch, daher schätzt sie Sprache als Barriere ein. Es komme allerdings relativ selten vor, dass ihre Patienten ausschließlich Luxemburgisch sprechen. Falls dies der Fall sei, dann sei dies vor allem bei psychologischen Problemen oder bei älteren Personen, bei denen unklar sei, ob sie an Demenz leiden, problematisch.

BD sieht Sprache vor allem als Barriere, wenn es sich um andere Sprachen als Französisch, Deutsch und Luxemburgisch handelt. In Luxemburg gibt es drei Nationalsprachen, von denen man laut BD mindestens eine beherrschen solle. Falls BD einen Patient gar nicht versteht, verweist er ihn an einen anderen Arzt, von dem er weiß, dass er die jeweilige Sprache versteht:

*„Und ich bin da der persönlichen Meinung, dass wir drei Sprachen haben, die wir- die sollen wir reden. Französisch, Deutsch, Luxemburgisch. Und jemand, der das nicht versteht, da sage ich auch- ich habe schon Leute, die gar kein Wort verstanden haben, habe ich dann schon zum Arzt geschickt, bei dem ich wusste, der kann das. Dann habe ich diese Sache aufgegeben.“ (BD (1): 73)*

Laut BO kann Sprache eindeutig ein Hindernis in der A-P-Kommunikation sein, jedoch relativiert sie diese Bewertung. Mit Portugiesisch und Italienisch käme sie mit ihren Grundkenntnissen in jenen Sprachen klar:

*„Sprache, ja. Ah schon, ja. Also, wenn jemand- Wenn jetzt wirklich ein Patient kommt, der jetzt eine- ich weiß nicht (.) Wenn jetzt Portugiesen oder Italiener hier in Luxemburg, da kommt man noch irgendwie klar mit dem was man halt so kann. Jedoch ist es klar, dass da natürlich ein Problem ist, ja.“ (BO: 23-24)*

UR, die anglophon ist und als weitere Sprache Französisch beherrscht, beschreibt Schwierigkeiten, in der Behandlung von jungen Kindern, die ursprünglich von der „anderen Seite der Erde stammen“ und die nur ihre Muttersprache sowie Luxemburgisch reden. In dem Fall verlaufe die Kommunikation dann über ihre Eltern. Zudem legt UR dar, dass es als ausländische Person in Luxemburg nicht reicht, nur eine der drei Nationalsprachen des Landes zu lernen und dann in allen Situationen kommunizieren zu können. Sie beschreibt, dass sie die Überweisungen der Patienten auf Französisch verfasst und dann eine Antwort auf Deutsch erhält. Somit kann laut UR in Luxemburg Sprache nicht nur eine Barriere bei der Kommunikation in der Sprechstunde, sondern auch im Rahmen des Informationsaustauschs mit anderen Kollegen, sein.

NB verweist zusätzlich auf die Schwierigkeiten bei der Kommunikation auf Englisch hervor. Vor allem wenn er abends müde sei, finde er nicht mehr nicht mehr unbedingt die richtigen medizinischen Ausdrücke. Er glaube, dass es in dem Fall dem Patienten sehr schwer fallen könne, die Informationen, die er mitteile zu verstehen:

*„Die Sprache schon. Hier ja, hier ja. Auch schon die englische Sprache, wenn man abends müde ist und man nur noch basic Englisch reden kann als Arzt und man sogar in der Medizin die Ausdrücke, die die richtigen Begriffe darstellen, nicht mehr findet. You have pain, pain, überall pain. Es gibt verschiedene „pains“. Man weiß nicht mehr, wie man sie nennen soll. Dann ist es schon schwierig und bestimmt sehr anstrengend für den Patienten einem solchen Kauderwelsch zuzuhören.“ (NB: 99-100)*

SP betrachtet nicht nur Sprachkompetenzen, sondern auch die Sachlage, dass sie Ausländerin ist -in ihren Worten „eine Ausländerin in einem kleinen Dorf“- als Kommunikationsbarriere. Zusätzlich scheint sie die Tatsache, dass sie weiblich ist, auch als Barriere wahrzunehmen. Sie bewertet somit mehrere ihrer Eigenschaften als Barrieren, wobei Sprachkompetenzen nur einen Teil darstellen:

*„Der Kontakt kommt schneller, das Verständnis ist schneller da und ich bin auch eine Frau, Ausländerin in einem kleinen Dorf. Das ist nicht zu vergleichen mit jemandem, der, ich weiß nicht, besser kommerziell positioniert ist, diese Sprache besser beherrscht und so weiter- er muss ja.“ (SP: 159-159)*

PP, die sehr viele portugiesische Patienten betreut, sagt, dass sie meistens aufgrund der Sprache keine Probleme habe, da sie ein bisschen Portugiesisch rede und dann mit einem „Mischmasch“ aus Luxemburgisch, Französisch und Portugiesisch klarkomme. Eine Barriere sieht sie jedoch eindeutig bei psychologischen Problemen:

*„Größere Diskussionen, bei denen es ins Psychische geht, da bin ich auch verloren.“ (PP: 109-109)*

Im Folgenden stellen wir mögliche Erklärungshintergründe, warum die Mediziner, die Gruppe 3 zugeordnet wurden, Sprache als Barriere wahrnehmen, dar. Dies kann zum einen die **Anzahl an Patienten mit Migrationshintergrund**, die die jeweiligen Ärzte betreuen, sein. Zwei Ärzte in dieser Gruppe - PP und UR - geben an, zu 70, beziehungsweise 99 Prozent von Patienten mit Migrationshintergrund konsultiert zu werden. PP hat selbst keinen Migrationshintergrund und daher kann angenommen werden, dass in vielen ihrer Konsultationen entweder sie oder ihre Patienten nicht in ihrer jeweiligen Muttersprache kommunizieren. UR stammt aus Großbritannien und gibt an, viele Patienten aus dem anglophonen Raum zu betreuen. Da sie selbst und fast

alle ihre Patienten Migrationshintergrund haben, könnte sie besonders sensibilisiert für Sprachbarrieren sein. UR gibt an, dass eine hohe Anzahl ihrer anglophonen Patienten, betonten, dass sie froh seien mit ihr Englisch zu sprechen. UR unterstreicht, dass es in der Arzt-Patienten-Kommunikation wichtig sei, dass die Patienten sich in ihrer Muttersprache ausdrücken können, da es hier um die Gesundheit der Personen gehe. UR meint, dass die Patienten, wenn sie beim Arzt ihre Muttersprache sprechen können, eher das Gefühl haben, verstanden zu werden und sich besser ausdrücken zu können. Da URs Sprachenprofil ähnlich wie jenes ihrer Patienten ist, erklärt, warum sie sich in diesem Ausmaß in letztere hineinversetzen kann.

*„Aus der Sicht der Patienten- Ich denke Patienten- viele Patienten- das ist der Grund, warum viele Patienten zu uns kommen, weil sie sich wohler fühlen, einen Arzt in ihrer Muttersprache zu konsultieren und für sie ist es in Ordnung zu versuchen, Französisch zu reden, wenn sie im Geschäft oder Friseur sind, jedoch, wenn sie über Gesundheit reden, möchten sie fühlen, dass sie wahrscheinlich verstanden werden [Mhm] oder, dass sie sich wahrscheinlich ausdrücken können. So haben viele Personen gesagt: <<lachend> ‚oh es ist so schön Englisch reden zu können‘ und ich denke, aus meiner Sicht ist es ziemlich herausfordernd.“ (UR: 135)*

Als zweiter Erklärungsgrund für die Wahrnehmung von Sprachbarrieren werden vergleichsweise **niedrige Sprachkompetenzen** der Ärzte in Gruppe 1 in Vergleich zu den anderen Gruppen sichtbar. Zwei Ärzte in dieser Gruppe sprechen beispielsweise laut eigener Angabe nur eine Sprache auf hohem, d.h. für eine medizinische Konsultation angebrachtem Niveau. OP gab an, neben ihrer Muttersprache Französisch, zwei weitere Sprachen (Luxemburgisch und Englisch), nur mittelmäßig zu beherrschen. UR betonte, Französisch recht gut sprechen zu können, allerdings noch nicht auf dem Niveau ihrer Muttersprache Englisch. Die Wahrnehmung sprachlicher Barrieren in Gruppe 3 lässt sich demnach mit der Anzahl der Patienten mit Migrationshintergrund und geringeren Sprachkompetenzen des Arztes in Verbindung bringen.

Demnach gibt es drei unterschiedliche Bewertungen des Einflusses von Sprache auf A-P-Kommunikation in unserer Stichprobe. Es gibt eine Gruppe an Ärzten, die Sprache nicht als Barriere sieht (Gruppe 1), es gibt eine Gruppe mit einer differenzierten Sichtweise von Sprache auf A-P-Kommunikation (Gruppe 2) und es gibt jene Mediziner, die Sprache als Barriere bewerten (Gruppe 3). In Gruppe 1 sind mehr Männer und der Altersdurchschnitt liegt höher als in Gruppe 3. Diesen Befund werden wir im Zusammenhang mit dem kulturellen Bewusstsein und der kulturellen

Sensitivität erneut aufgreifen (s. Kapitel 9.3.7.4). In den voranstehenden Ausführungen wurde angedeutet mit welchen Faktoren sprachliche Einflüsse in Zusammenhang stehen können.

Im Folgenden wird genauer spezifiziert, welche Sprachen als besonders problematisch gesehen werden und inwiefern Missverständnisse durch Sprache ausgeprägt sein können. Des Weiteren wird aus der Sicht der Mediziner dargestellt, inwiefern diese Sprachbarrieren vom Gesundheitszustand des Patienten beeinflusst werden und welche Rolle Übersetzer haben.

### *9.3.1.2 Beschreibung des Einflusses von Sprache auf die A-P-Konsultation*

Wie in Kapitel 1 beschrieben, gibt es in Luxemburg drei Nationalsprachen, die nicht alle Einwohner des Landes auf dem gleichen Niveau beherrschen. Zudem gibt es eine in Luxemburg hohe Anzahl an Migranten, die neben den drei Nationalsprachen noch eine weitere Sprache als Muttersprache haben, welche sie beispielsweise bei ihren Arztbesuchen bevorzugen könnten. Des Weiteren haben etwa 32 Prozent der Allgemeinmediziner eine andere Staatsbürgerschaft als die Luxemburgische und könnten daher eine andere Muttersprache als Luxemburgisch haben, bzw. nicht sämtliche Nationalsprachen Luxemburg fließend sprechen.

Auch die Mediziner in unserer Stichprobe verfügen über unterschiedliche Kompetenzen in verschiedenen Sprachen (s. Kapitel 8). Aus diesem Grund werden wir in dem vorliegenden Kapitel zunächst beschreiben, welche Sprachen die befragten Mediziner als problematisch bewerten. Anschließend werden wir unterschiedliche Schwierigkeiten, beziehungsweise Barrieren, in Zusammenhang mit jeweils verschiedenen Sprachen darlegen. Tabelle 28 gibt einen Überblick über die gesprochenen Sprachen der Patienten, bzw. deren Nationalität, die die Ärzte in Zusammenhang mit Sprachprobleme benennen.

Am häufigsten werden **Portugiesisch** und **Englisch** als problematische Sprachen genannt. Mit einem Einwohneranteil von 16,08 Prozent portugiesischer Staatsbürger in Luxemburg (Peltier et al., 2012) war zu erwarten, dass Allgemeinmediziner in Luxemburg häufig mit der portugiesischen Sprache konfrontiert werden. NB sagt etwa, dass er viele portugiesische Patienten betreue, die ausschließlich Portugiesisch beherrschen. Neben NB beschreiben viele Ärzte in der Stichprobe, dass sie sich einige Wörter Portugiesisch angeeignet haben, bzw. die Sprache in einem Kurs gelernt haben

(vgl. Kapitel 8), da sie ein gewisses Grundverständnis der Sprache als wichtig und notwendig für ihre Konsultationen empfinden.

**Tabelle 28. Nationalität/ gesprochene Sprache der Patienten, bei denen von Sprachproblemen berichtet wird**

Arzt	K.A. <sup>10</sup>	LU	FR	DE	PT	UK	CN	RU	DK NO SE	AL	IT	Ehem. Ostblock	JP	Arab.
SI					X		X	X						
<b>VB</b>	X													
<b>OP</b>		X			X	X			X					
FM					X									
TF						X								
BD <sup>11</sup>						X	X							
<b>BB</b>										X				
<b>JS</b>			X						X					
BO											X	X		
<b>UR<sup>12</sup></b>		X		X									X	
PP					X	X								
<b>OJ</b>							X	X						X
NB					X	X								
<b>SP</b>						X								
<b>Σ</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Anmerkung. Fettgedruckt = Arzt mit Migrationshintergrund, d.h. mit nicht-luxemburgischer Nationalität bzw. einer anderen Muttersprache als Luxemburgisch.

Einige andere Mediziner in der Stichprobe, darunter auch NB, äußern, dass Begleitpersonen als Übersetzer in den Sprechstunden mit Patienten, die ausschließlich Portugiesisch beherrschen, fungieren.

*„Ich habe beispielsweise eine große portugiesische Kundschaft, die zum Teil dann aber exklusiv portugiesisch redet. Da kann man natürlich mit ein paar Grundwörtern, die man weiß, sich aus der Patsche ziehen und ein bisschen mit französisch Übersetzungen probieren, ob das nicht ein bisschen weiterhelfen kann, sonst natürlich anfragen, dass jemand von der Familie oder Bekannten mitkommen kann, der als Übersetzer fungiert.“ (NB: 32)*

Allerdings wird neben Portugiesisch noch eine zweite problematische Sprache häufiger genannt, nämlich die englische Sprache. Diese wird von den Ärzten als problematisch bewertet, da diese häufig weder für die Ärzte noch für die Patienten die jeweilige Muttersprache ist.

<sup>10</sup> Keine Angabe

<sup>11</sup> BD gibt an, dass alle Sprachen außer FR, DE und LU eine Barriere darstellen können.

<sup>12</sup> UR gibt an, dass alle Sprachen außer UK und FR eine Barriere darstellen können.

PP äußert sich dahingehend, dass sie mit Englisch als Konversationssprache klarkommen würde, jedoch sei die Kommunikation schwieriger, als in anderen Sprachen:

*„Ja jetzt auch Englisch in dem Fall, weil dann aber- es geht noch. Es ist also jetzt nicht, dass ich da gar nicht klarkomme, aber es ist natürlich schwieriger, weil es oft auch nicht die Muttersprache desjenigen ist. Für mich, um zu erklären, aber auch für sie. Um mir zu erklären.“*  
(PP: 113)

SP beschreibt zudem, dass immer mehr Patienten Englisch als Kommunikationssprache wählen würden. Aus dem Grund habe sie wieder Englischkurse genommen:

*„Jetzt ist es, es hat sich geändert. Französisch und Luxemburgisch, Deutsch. Und am Anfang habe ich sehr viel Luxemburgisch geredet und langsam waren es mehr Belgier, das Französische und jetzt die letzten 5, 8 Jahre, aus Skandinavien sind sehr viele, auch aus der Türkei, auch Leute, die jetzt hauptsächlich Englisch lernen und sie sind immer anglophoner. Die nur Englisch sprechen. [...] Ich bin seit 7 Jahren dabei, wieder Englisch zu lernen, aus diesem Grund, ja.“*(SP: 40)

Auch wenn Portugiesisch häufig als Kommunikationssprache von den Patienten bevorzugt wird, wird meistens, wie in den Kapitel 9.3.1.1 dargestellten Zitaten, ein „Kauderwelsch“ (Zitat FM) aus verschiedenen Sprachen gesprochen, und Portugiesisch findet nur zum Teil Anwendung. Englisch hingegen, wird als vollständige Kommunikationssprache bei Bedarf benutzt. Somit ist neben den Nationalsprachen Luxemburgs, Luxemburgisch, Französisch und Deutsch, eine vierte, übliche Kommunikationssprache von Seiten der Patienten vorhanden.

Allerdings wird auch die **parallele Anwendung der drei Nationalsprachen** im medizinischen Setting kritisch beäugt. BD, etwa, empfindet, dass aus dem dreisprachigen Luxemburger Kontext ein „Sammelsurium“ erfolgt. BD sehe unter anderem eine Problematik darin, dass Luxemburgisch als Kommunikationssprache bezüglich medizinischer Termini nicht sehr umfangreich ist. Dass sich daraus Missverständnisse im Rahmen der Kommunikation mit den Patienten ergeben hätten, sagt BD allerdings nicht. Er selbst habe medizinische Fachbegriffe auf „Deutsch-Latein“ gelernt, das Luxemburger Setting sei frankophon und die Kommunikation mit dem Patienten ist auf Luxemburgisch, daher würde sich sprachlich einiges vermischen.

*„Und wie gesagt, ich denke die Sprache ist schon ein sehr wichtiges Medium in der Medizin.“*

*Wir haben eine Sprache, die an medizinischen Termen natürlich nicht sehr reich ist. Ich selbst habe auf Deutsch studiert, Deutsch-Latein, ich komme hier in ein Milieu, das komplett Französisch ist und ich spreche mit dem Patienten Luxemburgisch, das heißt, nachher kommt schon ein bisschen ein Sammelsurium heraus.“ (BD (1): 86)*

Anhand von BDs Äußerung kann angenommen werden, dass die am Studienort des Arztes benutzte Sprache, die Sprachwahrnehmung der Mediziner beeinflusst. BD beispielsweise, ist demnach mit Deutsch als Sprache, in der er seine Ausbildung absolvierte und Französisch als momentane Arbeitssprache konfrontiert. Dies spiegelt sich ebenfalls in seiner Aktenführung wieder. BD sagt, dass er Sprache für ein wichtiges Medium in der Medizin hält und dies wird ebenfalls im folgenden Zitat sichtbar. BD gibt an, die Informationen, die Patienten ihm mitteilen, in der Sprache des Patienten zu notieren. BD spricht somit von subtilen Unterschieden zwischen Luxemburgisch, Deutsch, Französisch und Englisch. Obwohl er angibt, alle vier Sprachen fließend zu beherrschen, schließt er nicht aus, dass die Übersetzung eines vom Patienten verwendeten Begriffs einen verfälschten Sinn erhalten könnte und Information verloren gehen könnte.

*„Wenn er mir sagt: ‚I have a low back pain‘. Dann schreibe ich ‚low back pain‘ in die Akte. Dann schreibe ich nicht ‚lombalgie‘, ich schreibe nicht ‚Rückenschmerzen‘, ich schreibe ‚low back pain‘. Damit ist dann ganz klar gemeint, was sie in ihren Ländern darunter verstehen. Wie der ‚Hexeschoss‘ auf Luxemburgisch, jedoch ich schreibe nicht ‚Hexeschoss‘. Wenn ein Luxemburger kommt und sagt ‚Hexeschoss‘, dann schreibe ich ‚Hexenschoss‘.“ (BD: 90)*

Auch SP beschreibt, dass Begriffe bzw. Sachverhalte unterschiedliche Bedeutungen in verschiedenen Sprachen haben. Sie zeigt diesbezüglich die Verbindung von Sprachen und Kultur (vgl. Kapitel 4) auf und bezieht sich dabei auf kulturelle Unterschiede die sich im Französischen und Deutschen bemerkbar machen. Damit thematisiert sie zwei der drei Nationalsprachen Luxemburgs und weist auf sprachliche Unterschiede hin. In Frankreich und Deutschland würden zur Bezeichnung von „Unwohlsein“ verschiedene Redensarten verwendet werden. Franzosen reden über „Leberkrisen“, während Deutsche über einen niedrigen Blutdruck berichten. In Kapitel 4.1.3 stellten wir dar, dass dieselben Objekte oder Gegebenheiten von Menschen verschieden beschrieben werden, wodurch verschiedene Realitäten geschaffen werden. Der kulturelle Hintergrund kann diesbezüglich einen Einfluss auf Sprache und damit auf die Herstellung von Sinn haben. Wir zeigten, dass etwa in Französisch und Deutsch das gleiche Wort zwei verschiedene Bedeutungen haben kann (Müller-Jacquier, 2000).

SPs Äußerung illustriert inwiefern diese Sinnschaffung sich in Gesundheitsfragen bemerkbar macht und zu Missverständnissen führen kann:

*„Oh, das hängt aber eng zusammen, Sprache und Kultur (.) Doch. Wir haben immer mit den deutschen Kollegen gelacht. Gerade, wir haben sehr viel über- Wie kann ich das sagen? Nicht Schwerpunkte- es war immer so ein Witz, da ich nach meiner Zeit einen meiner deutschen Kollegen immer gefragt habe: ‚Was haben Deutsche immer mit den tiefen Blutdruckwerten?‘ Dass sie sich so schlecht fühlen, weil der Blutdruck niedrig ist. Ich sagte, die ganze Menschheit hat Schwankungen mit dem Blutdruck, das ist keine Krankheit. Und er hat immer über mich gelacht, immer, weil er sagt, ja und ihr Franzosen mit eurer Leberkrise. Dann war ich perplex und ich sagte, du hast recht, das hat medizinisch gar keine Bedeutung, das existiert nicht. Das war ‚crise de foie‘, voilà. Medizinisch, ist das total- das ist ein Begriff, den es nicht gibt und wir hatten dann manchmal ein Gespräch darüber, das ist bestimmt, weil die Franzosen, das gute Essen und das Ganze vielleicht, wenn sie übertreiben, Alkohol und das gute Essen- sie haben in der Tat mehr Gallenkrise, das ist weil sie sich in der Anatomie nicht so gut auskennen und deswegen sagen sie ‚crise de foie‘. Das ist zwar lustig und komisch, jedoch das ist, um das zu sagen, was sie fühlen und in Deutschland das Essen, es tut mir leid, jedoch das hat nicht das gleiche Niveau. Obwohl, in der Zwischenzeit hat sich hier viel geändert, wie überall. Und dann, die können keine ‚crise de foie‘ haben. ((lachen)) Wenn sie sich unwohl fühlen, dann ist das der Blutdruck.“ (SP: 120)*

Zudem legt sie dar, dass sie sich in der Kommunikation in ihrer Muttersprache Französisch wohler fühlt, als in anderen Sprachen. Sie könne schneller eine Beziehung zu den Patienten aufbauen, was vor allem auch am Humor läge. In der Kommunikation in anderen Sprachen sei sie schon missverstanden worden, daher fühle sich in ihrer Muttersprache am Wohlsten, da sie auf Französisch Begriffe sicherer verwende.

*„Auf Französisch bemerke ich, dass der Kontakt schneller kommt. Also humoristisch ist dies einfacher. Es ist nicht unmöglich. Jedoch ist es heikler in anderen Sprachen. Es kann auch falsch verstanden werden. Das ist mir schon geschehen. Oder dass Leute mir schon gesagt haben, oh nein, sage ihr das nicht so, weil- das war mit etwas peinlich. Und ich fühle mich in meiner eigenen Sprach also Muttersprache sicherer mit den Begriffen, die ich anwende“ (SP: 66)*

Zwei Ärztinnen hingegen, bezeichnen **Luxemburgisch** explizit als problematische Kommunikationssprache. Allerdings reden jene Ärztinnen in erster Linie Französisch, bzw. Englisch in ihren Konsultationen. UR hebt diesbezüglich die Problematik der Kommunikation mit Kindern hervor, die nur ihre jeweilige Muttersprache und Luxemburgisch beherrschen. UR schildert, dass sie in den Fällen über die Eltern, die

im Gegensatz zu ihren Kindern, Englisch oder Französisch beherrschen, kommunizieren müsse.

*„Manchmal hat man die Situation, in der das Kind nur, sagen wir, Luxemburgisch und Japanisch redet ((lachen)) und dann ist es offensichtlich Weise schwierig für mich, weil ich noch kein Luxemburgisch rede, jedoch dann muss ich mit den Eltern kommunizieren, die dann dem Kind alles erklären.“ (UR: 152)*

OP gibt an, dass es selten vorkomme, dass ihre Patienten ausschließlich Luxemburgisch reden. Falls dies dennoch auftrete, dann sei dies besonders problematisch bei psychologischen Problemen und älteren Patienten, bei denen überprüft werden soll, ob sie an Demenz leiden.

*„Jedoch ist mein Luxemburgisch weit davon entfernt, <<lachend> perfekt zu sein>. [mhm] Wenn es sich gerade um tiefere Diskussionen- vor allem falls es jemand ist, der wegen psychologischen Problemen kommt. [mhm]. Da fällt es mir viel schwieriger auf Luxemburgisch.“ (OP: 8)*

Obschon es in unserer Stichprobe zwei weitere Ärzte gibt, die kein bzw. wenig Luxemburgisch beherrschen (JS und JD) nennen jene Ärzte Luxemburgisch wahrscheinlich nicht als Problemsprache, da sie wenige bis keine Luxemburgischsprachige Patienten haben.

Somit werden verschiedene Sprachen von den Medizinerinnen als problematisch wahrgenommen. In erster Linie sind dies Englisch und Portugiesisch, jedoch wird ebenfalls die Problematik der parallelen Anwendung von drei Sprachen beschrieben. Zudem werden ebenso Barrieren in der Kommunikation auf Luxemburgisch geschildert.

Neben den betroffenen Sprachen gestalten sich die **Ausprägung und Form der Schwierigkeiten** in der A-P-Kommunikation sehr unterschiedlich. Die nachstehenden Beispiele geben einen exemplarischen Überblick über Situationen, die den Einfluss der Sprache auf die medizinische Untersuchung zeigen. Mehrere Ärzte nennen diesbezüglich Schwierigkeiten bei der Anamnese. So hebt BD hervor, dass die Kommunikation mit dem Patienten zu 80% aus der Anamnese bestehen würde und daher sei letztere besonders von Sprachschwierigkeiten negativ beeinflusst. Es sei sehr wichtig, dass der Patient darlegt, was er hat und was er spürt. Bei einer älteren portugiesischen Patientin, beispielsweise, die nur Portugiesisch rede, könne man keine Fragen stellen und daher würde man auch keine präzisen Antworten erhalten. Es sei

klar, dass man mit dem Patienten auf einer Ebene sein müsse, auf der man sich rein verbal versteht. In BDs Zitat wird zudem ein Lösungsansatz für Sprachbarrieren deutlich, nämlich die Überweisung von Patienten an medizinische Kollegen, die die jeweilige Sprache beherrschen. In den gesamten Äußerungen von BD zeigt sich eine konsequente Gedankenführung: Er ist jemand der schon subtile Sprachunterschiede bewusst wahrnimmt (s. oben) und sich daher nicht auf die Kommunikation mit Patienten einlässt, bei denen er die wahrgenommene Sprachbarriere als zu groß empfindet.

*„Wenn eine portugiesische Oma kommt, die kein Wort versteht und ich verstehe sie nicht, dann sage ich der Familie, wir haben aber auch ein paar Ärzte, die Portugiesisch können, gehen Sie bitte dorthin. Ich kann kurzfristig aushelfen. Ich kann aber keine Anamnese machen. Ich denke 80 Prozent der Kommunikation mit dem Patienten ist ja aber die Anamnese. Es ist ja aber sehr wichtig, dass er einem erzählt, was er hat und was er hatte und was er spürt und was er nicht spürt. Und Fragen, präzise Antworten, das geht bei diesen Leuten nicht. [...] Ich denke es ist aber klar, dass es auf einem Niveau sein muss, wo die beiden sich aber rein verbal verstehen müssen.“ (BD: 73)*

BD sieht vor allem Schwierigkeiten bei der Anamnese, JS hingegen, empfindet vor allem die Informationsmitteilung bei Sprachbarrieren als schwierig:

*„Dies ist wahrscheinlich der herausforderndste Part beim Sprechen einer Sprache, die nicht die Muttersprache ist, dass die Nachricht verstanden wird.“ (OJ: 69)*

Darüber hinaus machen mehrere Ärzte deutlich, dass Sprachbarrieren im Zusammenhang mit bestimmten **gesundheitlichen Beschwerden**, zum Beispiel bei chronischen Erkrankungen, auffälliger sind, als bei anderen Beschwerden.

Wie schon mehrmals in den oben dargestellten Beispielen (OP und FN) sichtbar wurde, wurden mehrmals **psychologische Themen** problematischer als rein somatische Probleme bei Sprachbarrieren wahrgenommen. BO beschreibt, dass Sprachbarrieren weniger ein Problem bei akuten Erkrankungen, als bei chronischen Erkrankungen oder einer länger andauernden Behandlung seien. Ebenso würde Kommunikation über präventives Verhalten (z. B. Diäten) durch Sprachbarrieren sehr eingeschränkt werden:

*„Ich kann ihn untersuchen, das geht dann auch, aber je nachdem wie es ist, ist das sehr schwierig, wenn er jetzt, wenn er mir nicht- oder ich kann nicht herausfinden, wie lange er Schmerzen hat oder was er sonst alles an Symptomen hat. Wenn er mir da keine angemessene Antwort geben kann, dann behandle ich das, was ich sehe. Dann kann ich nicht mehr machen. Wie gesagt, man kommt mehr oder weniger klar, jedoch nicht genug, um eine angemessene-*

*Sagen wir in der akuten Medizin geht es auch noch, wenn jemand jetzt mit Sachen kommt, die eben vor kurzem aufgetreten sind und die auch wieder schnell weggehen normalerweise oder, die man schnell behandeln muss, wenn es etwas Chronisches ist, eine langwierige Behandlung oder solche Sachen, dann wird es schwieriger, weil so etwas zu erklären oder eine Diät zu erklären oder solche Sachen, das ist natürlich dann sehr schwierig. [...] Und dann eben effektiv wenn es jetzt weiterführende Diskussionen sind, eher Präventionssachen, bin ich auch beim Portugiesischen eingeschränkt, dann wird es auch mit der Diskussion über eine Diät <<lachend> nicht viel. Es geht, um herauszufinden wie der Schnupfen ist und wie lange und was weiß ich>, aber nicht um einen langwierigen Aufwand, für eine Krankengeschichte oder so, wenn er mir auf Portugiesisch erklärt, was er schon alles hat, dann verstehe ich auch nicht alles. Das ist dann--." (BO: 42-44)*

In den bis hierher beschriebenen Befunden wurde ersichtlich, dass mehrfach **Übersetzer** - meistens Familienmitglieder - bei gravierenden Sprachbarrieren zwischen Mediziner und Patient der Konsultation beiwohnen. Somit sollte die Rolle von Dolmetscher in unserer Studie aufgrund der Häufigkeit ihres Einsatzes bei Sprachbarrieren nicht vernachlässigt werden. Im Folgenden werden wir daher die Dynamik einer Konsultation in Anwesenheit einer dritten Person aus der Sicht der Mediziner genauer untersuchen.

In der Zusammenschau von mehreren Interviews (FM, PP, OJ, SI, OP) stellte sich heraus, dass vor allem Patienten mit portugiesischem Hintergrund oder Patienten die nur seit kurzem im Luxemburg leben und keine der drei Sprachen sprechen, sich von Übersetzern begleiten lassen. Aus der Sicht der meisten Ärzte sind Übersetzer bei Sprachbarrieren mit dem Patienten häufig ausschlaggebend dafür, dass überhaupt ein Informationsaustausch in der A-P-Kommunikation stattfinden kann. Wenn kein Übersetzer der Konsultation beiwohne, könne es laut BO ganz klar sprachliche Barrieren geben und zu Problemen bei Anamnese und dem Mitteilen von Behandlungsplänen kommen. Allerdings wird von einigen Ärzten festgestellt, dass die Kommunikation in Anwesenheit von Dritten nicht immer optimal verläuft.

So beschreibt SI ausführlich die Problematik der Anwesenheit von Übersetzern im Rahmen von ärztlichen Behandlungen. Hier würden zum einen verschiedene Inhalte eventuell nicht richtig übersetzt werden. Zum anderen dürfe der Patient nicht das Gefühl bekommen, dass über ihn, und nicht mit ihm geredet wird.

*„Oder es kommt= das ist ein älterer Herr, das ist ein portugiesischer Mann, der ist jetzt hierher gezogen, zu seiner Tochter, er redet nur portugiesisch und sonst nichts, außerdem sein „patois“*

*<<lachend> das nicht> so eindeutig zu verstehen ist. Dann kommt die Tochter systematisch mit. [aja] Das heißt, es ist im Grunde eher eine Kommunikation, sie hat schon die ganze Konsultation vorbereitet [mhm]: Er hat das da, bekommt nicht gut Luft hier und da, das heißt ich rede im Grunde eher mit (.) der Tochter, weil ich den Patienten nicht gut verstehe.“ (SI: 173)*

OPs Wahrnehmung bieten eine gute Ergänzung zur Beschreibung von SI. Sie meint, dass ein Patient eventuell nicht alle Informationen vor der Begleitperson äußern möchte. Diesbezüglich schildert OJ den konkreten Fall einer tunesischen Patientin:

*„Die TOCHTER kommt mit der Mutter. „Also da kann man= es ist oft eine Kommunikation über eine Drittperson, das heißt, die Tochter ist da, die Mutter ist da, die Mutter redet Tunesisch, sie redet mit ihrer Tochter [ah so] und ich rede mit der Tochter. Es gibt nicht wenige solcher Personen aus Tunesien [mhm] die mit ihrer Tochter kommen. [ok] Man muss also mit der Tochter kommunizieren und es stimmt, dass es hier viele Dinge gibt, die uns entgehen, da es schwierig ist, eine Befragung mit drei Personen zu machen und es gibt sicher Dinge, die sie nicht vor ihrer Tochter sagen würde [mhm], daher also das Problem.“ (OJ: 82)*

Zusammengefasst betrachtet, konnten wir feststellen, dass die Mehrzahl der Mediziner, die an unserer Studie teilnahmen, einen Einfluss von sprachlichen Aspekten auf die medizinische Konsultation wahrnimmt. Unterschiedliche Sprachen werden als problematisch gesehen, wobei am Häufigsten Englisch und Portugiesisch genannt wurden. In erster Linie sind die Anamnese und Informationsmitteilung von Sprachbarrieren beeinflusst, wobei die eigentlichen Beschwerden des Patienten und die Anwesenheit von Übersetzern, diesen Einfluss abschwächen, bzw. verstärken können. Die Mediziner berichten allerdings nicht nur von den negativen Folgen, die Sprachbarrieren mit sich bringen können. Im folgenden Kapitel werden die Befunde zu den von den Medizinerinnen geschilderten Lösungen für Sprachbarrieren dargelegt.

### 9.3.2 Lösungen für Sprachbarrieren

Im vorherigen Kapitel zeigte sich, dass Sprache einen negativen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben kann. In den Interviews nennen einige Ärzte ebenfalls ihre Lösungen für den Umgang mit diesen, wobei einige dieser Aspekte im vorherigen Kapitel schon angedeutet wurden. Im Folgenden werden wir diese Lösungen, die jeweils von einigen Medizinerinnen genannt wurden, zusammengefasst darstellen. Folgende Ansätze verfolgen die Medizinerinnen in ihren Sprechstunden je nach Bedarf:

- Die Ärzte erhalten die Informationen über die Patienten durch klinische Untersuchungen.
- Die Medizinerinnen zeichnen Dinge und benutzen Zeichensprache.
- Konsultation von Wörterbüchern (v.a. im Internet).
- Die Ärzte setzen Übersetzer in den Konsultationen ein.<sup>13</sup>
- Einige Ärzte geben an, selbst weitere Sprachen zu lernen.<sup>14</sup>
- VB beendet seine Konsultationen in mehreren Sprachen: Falls es Zweifel gebe, ob der Patient alles verstanden hat, erkundige er sich in allen Sprachen, die er beherrscht, ob dieser noch weitere Fragen habe.
- Überweisung der Patienten zu anderen Ärzten oder Psychologen (im Falle von psychologischen Problemen), die die Sprache des Patienten beherrschen.
- Die Ärzte reden selbst mehr und stellen mehr Fragen.
- Die Medizinerinnen wenden einen rein fachlichen Kommunikationsstil an und stellen klare Fragen.

*„Dann gehe ich auf Nummer sicher. Das heißt ich bleibe absolut fachlich. Nur Fragen, die also sehr klar sind, das ist Yes oder No, kleine Erklärungen.“ (SP: 40)*

---

<sup>13</sup>Die meisten Übersetzer in medizinischen Konsultationen sind Angehörige des Patienten (s. vorherigen Abschnitt). In vereinzelten Fällen wurden die Übersetzer von Organisationen wie z. B. der Association de Soutien aux Travailleurs Immigrés (ASTI, [Vereinigung zur Unterstützung von Gastarbeitern]) organisiert. Auch wenn viele Patienten, bei denen es potenzielle Sprachbarrieren gibt, Übersetzer mitbringen, ist dies nicht immer der Fall. Diesbezüglich berichteten einige Ärzte davon, dass vor allem bei vorherigen Erfahrungen im Krankenhaussetting Putzpersonal bei Sprachbarrieren mit dem Patienten zur Konsultation hinzu gebeten wird. Eine Ärztin sagte, dass sie sich einen Telefonübersetzungsdienst wünschen würde, jedoch habe sie keine Informationen darüber, ob solche Dienste in Luxemburg existieren.

<sup>14</sup> Die Ärzte, die kein Luxemburgisch sprechen, jedoch mit luxemburgischen Patienten konfrontiert sind, sagten, dass sie ihr Luxemburgisch verbessern möchten. Einige Ärzte äußerten, dass sie entweder gezielt Portugiesisch in Kursen oder durch den Umgang mit portugiesischen Patienten erlernt haben. In unserer Stichprobe gab es einen Arzt, der sagte er würde Portugiesisch als Fremdsprache fließend sprechen, zwei Ärzte bekundeten Grundkenntnisse in der Sprache.

Den Ärzten zufolge können durch zahlreiche dieser genannten Strategien schwerwiegende Missverständnisse mit den Patienten vermieden werden. Erworben wurden die meisten Techniken durch Erfahrung. Dies wird unter anderem durch folgendes Zitat von OJ, die schon seit Jahrzehnten praktiziert, illustriert. OJ meint, dass es sehr schnell zu Missverständnissen kommen könne, diese „Fallen“ würde sie jedoch mittlerweile kennen.

*„Also es geht sehr leicht, um ein Missverständnis zu haben. Heute Morgen war noch jemand bei mir, der ist, ehm, aus Südamerika gekommen und der hat aber, ehm kann auch Portugiesisch und der hat dann auf Französisch seine Sache erklärt, ein junger Mann, der jetzt ein paar Jahre in Luxemburg ist, 5,6 Jahre, der hat von „constipado“ geredet. „Constipado“ heißt Schnupfen. Das heißt nicht verstopft sein [...]. Es geht sehr schnell, um Missverständnisse zu haben, jedoch diese Fallen kenne ich schon aus Erfahrung, also ist da wenigstens kein Problem. Also ich denke nicht. Ich habe nicht im Nachhinein gehört, dass Probleme gewesen sein sollen. Das geht sehr schnell, um Missverständnisse zu haben, jedoch kennt man diese Fallen schon aus Erfahrung, also ist da wenigstens kein Problem.“ (OJ: 53)*

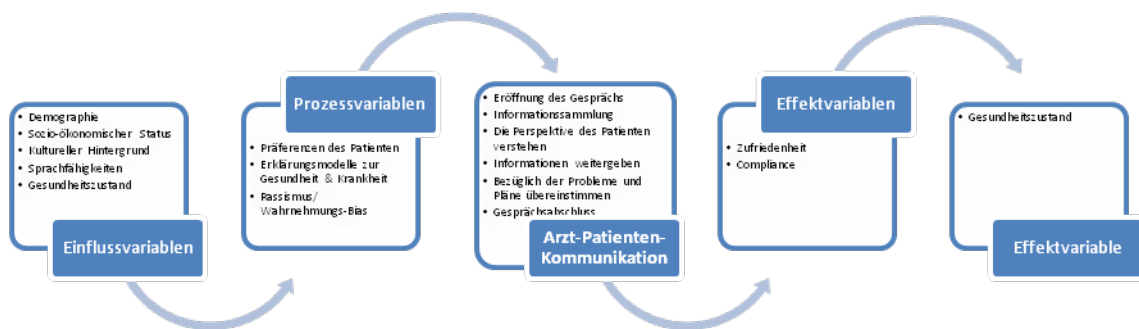
Die oben genannten Strategien stellen eine Komponente der IK dar, die kulturellen Fähigkeiten. Da alle oben genannten Lösungsmöglichkeiten in das Konzept der interkulturellen Kompetenz integrierbar sind, werden wir diese nochmals in Kapitel 9.4 aufgreifen. Wie zu Beginn des Kapitels erwähnt, werden die Elemente von Sprache und Kultur hier getrennt voneinander betrachtet. In dem vorliegenden Kapitel haben wir die Ergebnisse zum ersten Teil von Fragestellung 2 dargestellt, der Wahrnehmung eines sprachlichen Aspektes der A-P-Kommunikation aus Sicht der Ärzte. Im folgenden Kapitel gehen wir der Frage nach, wie die Mediziner kulturelle Aspekte in ihren Behandlungen wahrnehmen.

### **9.3.3 Beschreibung des Einflusses von Kultur auf die A-P-Kommunikation**

Kultur bezeichnet ein komplexes Orientierungssystem einer Gruppe, einer Gesellschaft oder einer Organisation, das die Mitglieder in all ihren Tätigkeiten und Prozessen beeinflusst. (Frindte, 2001; Straub & Thomas, 2003; Thomas, 2003). In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, ob und wie der Einfluss des kulturellen Hintergrundes des Patienten und des Arztes in der A-P-Kommunikation wahrgenommen werden.

Die Ergebnisse werden dem in Kapitel 4.2.4.2 dargestellten integrativen Modell zu den Einflussfaktoren und den Effekten der interkulturellen A-P-Kommunikation gegenübergestellt. Bei diesem Modell handelt es sich um eine Zusammenführung zweier Modelle aus der Forschung zur A-P-Kommunikation im Allgemeinen und

interkultureller A-P-Kommunikation: Dem Modell zu den Einflussfaktoren und Auswirkungen interkultureller A-P-Kommunikation von Schouten und Meeuwesen (2006) und dem Kalamazoo Consensus Statement-Modell (KCS; Makoul, 2001). Das Modell nach Schouten und Meeuwesen wurde auf der Grundlage eines umfangreichen Reviews aktueller Studien aufgestellt und bietet daher im Rahmen psychologischer Forschung eine theoretische Basis, um interkulturelle A-P-Kommunikation zu erfassen (s. Kapitel 4). In Kapitel 9.2 wurde das KCS-Modell (Makoul, 2001) bereits eingeführt, sowie erste Befunde, die in Relation zu diesem Modell stehen, diskutiert. Da wir analysieren möchten, welche Inhalte der medizinischen Kommunikation besonders von einem eventuellen kulturellen Einfluss betroffen sein können, integrierten wir das KCS in das Modell von Schouten und Meeuwesen. Zur Wiederholung stellen wir hier das Modell ein weiteres Mal dar (s. Abbildung 22).



**Abbildung 22.** Integratives Modell zu Einflussfaktoren auf und Auswirkungen der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation (Makoul, 2001; Schouten & Meeuwesen, 2006; eigene Darstellung)

Vorerst werden weitere potentielle Einflüsse auf die A-P-Kommunikation, die gleichzeitig mit der Wahrnehmung eines kulturellen Einflusses zusammenhängen können, wie etwa die ethnische Herkunft oder weitere demographische Eigenschaften des Arztes, noch nicht systematisch in die Analyse mit einfließen. Die Analysen hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den demographischen Eigenschaften der Mediziner und ihrer Wahrnehmung von kulturellen Einflüssen werden in Kapitel 9.3.7 behandelt. Selbstredend kann Kultur auch einen positiven Einfluss auf die A-P-Kommunikation haben. Dies wird an entsprechender Stelle aufgezeigt werden. In Kapitel 9.3.6 werden jene Erlebnisse dargestellt, in denen ein kultureller Aspekt im Rahmen einer Behandlung nicht negativ beeinflussend wahrgenommen wird. In dem vorliegenden Kapitel konzentrieren wir uns darauf, welche der dargestellten Einfluss- und Prozessvariablen auf interkulturelle A-P-Kommunikation die Allgemeinmediziner

aus unserer Stichprobe in ihren Sprechstunden wahrnehmen bzw. welche Bedeutung sie ihnen zumessen.

Wie sich in dem vorangegangenen Kapitel zu Sprachbarrieren und Schwierigkeiten gezeigt hat, sind für die untersuchten Allgemeinmediziner vor allem die Informationssammlung (d.h. die Anamnese) und die Weitergabe von Information und Behandlungsplänen von sprachlichen Barrieren betroffen. Mit Blick auf das von uns gebildete Modell (s. Abbildung 22) äußerten die Mediziner in der vorliegenden Stichprobe, dass vor allem folgende Elemente der A-P-Kommunikation durch Kultur beeinflusst werden:

- Die Informationssammlung
- Das Verstehen der Perspektive des Patienten
- Die Einigung bezüglich Schwierigkeiten und Plänen
- Die Weitergabe von Information

Die Mediziner nannten fast alle in Abbildung 22 dargestellten Einfluss- und Prozessvariablen. Zusammengefasst haben folgende Faktoren einen Einfluss auf A-P-Kommunikation:

- *Kultureller Hintergrund des Patienten* (Erfahrungen im Heimatland): je weiter entfernt die Kultur, desto größer ihr Einfluss,
- Sprachfähigkeiten des Patienten und des Arztes,
- *Erklärungsmodell* von Gesundheit und Krankheit auf Seiten des Patienten beeinflusst seine Wahrnehmung und die Beschreibung der Symptome,
- *Demographische Variablen*: Kulturelle Probleme werden häufig in Bezug auf weibliche Patientinnen geschildert,
- Problematische Kommunikation, die über *Drittparteien* vermittelt wird (z.B. durch Übersetzer; **neuer Faktor**),
- Psychologische/soziale Probleme,
- *Präferenzen bezüglich Behandlungsmodell* (*paternalistisch vs. « shared decision-making »*),
- *Sozioökonomischer Status*.

Einzig der Rassismus- bzw. der Wahrnehmungsbias geht aus den Interviews nicht als Einflussvariable hervor, was durch unsere Forschungsmethode erklärt werden kann. Rassismus- bzw. ein Wahrnehmungsbias müsste vielmehr durch Beobachtungsmethoden, d.h. anhand von natürlichen Daten erhoben und evaluiert werden, wie dies in vorherigen Studien der Fall war (s. Abschnitt 4.2.4.1)

Alle beschriebenen Ergebnisse zum kulturellen Einfluss beziehen sich auf A-P-Kommunikation. Eine medizinische Konsultation setzt sich jedoch, neben der Kommunikation, wie bereits erwähnt, aus weiteren Komponenten, wie etwa der physischen Untersuchung und der Behandlung durch den Arzt, zusammen. In den Interviews werden, neben der Kommunikation, mehrfach kulturelle Einflüsse auf die medizinische Untersuchung und Behandlung genannt. Diese sollten in der Darstellung der Ergebnisse nicht vernachlässigt werden.

#### **9.3.4 Exkurs: Zur Rolle des Einflusses religiöser Aspekte auf die klinische Untersuchung und die medizinische Behandlung**

Neben kulturellen Einflüssen auf die A-P-Kommunikation nahmen einige Medizinerinnen in unserer Stichprobe ebenfalls kulturelle Einflüsse auf die klinische Untersuchung und medizinische Behandlung wahr. Hierbei handelt es sich größtenteils um religiöse Aspekte, die vor allem im Zusammenhang mit muslimischen Patientinnen auftreten.

Bezüglich klinischer Untersuchungen deutet OP Schwierigkeiten diesbezüglich bei tunesischen Patientinnen an. Die Patientinnen tragen Schleier und viel Kleidung, zudem würde man würde spüren, dass es nicht selbstverständlich sei, sie zu bitten sich auszuziehen:

*„Ja, ich habe einige tunesische Patientinnen, pff, eh da ist es eher wegen der Untersuchungen [...] Einige kommen mit ihren Schleiern, vielen Kleidern= und man spürt, dass sie sich nicht unbedingt ausziehen möchten.“ (OP : 82)*

Einige Ärztinnen in der Stichprobe, wie etwa BO geben an, dass muslimische Patientinnen eine weibliche Ansprechperson gegenüber männlichen Kollegen bevorzugen würden.

*„In der Zeit als ich in Belgien war, hatte ich eher auch arabisch-stämmige Personen oder muslimische Personen, bei denen wirklich ein Problem war, wo ich aber weniger Problem hatte, weil ich auch eine Frau war. Da dürfen sie sich dann ausziehen, wenn der Mann nicht dabei war. Das habe ich hier eher nicht.“ (BO: 91 )*

PP hat die Erfahrung gemacht, dass muslimische Patientinnen gynäkologische Untersuchungen eher vermeiden wollen. Allerdings würde dies eher selten im Rahmen ihrer Tätigkeit in Luxemburg vorkommen. Dies seien Erfahrungen, die sie vor allem in ihrer Zeit in Brüssel machte. Auch BO betont, dass Schwierigkeiten mit muslimischen Patientinnen im Ausland häufiger und damit auch schwerwiegender seien.

Neben dem kulturellen Einfluss auf die klinische Untersuchung wurde auch der potenzielle Einfluss auf eine andere Komponente der Konsultation berichtet, nämlich der medizinischen Behandlung. Gleichmaßen wurde hier von einem Einfluss religiöser Faktoren berichtet. So wurde z.B. darauf hingewiesen, dass bei muslimischen Patienten darauf geachtet werden soll, ihnen keine Medikamente, die Bestandteile des Schweines enthalten, zu verschreiben.

Einige Mediziner relativieren den Einfluss religiöser Aspekte auf die klinische Untersuchung und medizinische Behandlung aufgrund der eher als niedrig wahrgenommenen Prävalenz. Die geringe Verbreitung von anderen Religionen als dem Christentum in Luxemburg könnte eine Erklärung dafür bieten, warum in unseren Interviews religiösen Aspekte, die ja durchaus mit kulturellen Aspekten in Zusammenhang stehen können, beziehungsweise eine Komponente dieser sein können (vgl. Kapitel 4.1.1) seltener in luxemburgischen Arztpraxen wahrgenommen werden.

Obschon Luxemburg ein multikulturelles und internationales Land ist, besteht keine nennenswerte Diversität bezüglich Religionszugehörigkeiten. Fast zwei Drittel der in Luxemburg wohnhaften Personen gehören dem Christentum an. Ein Viertel der Luxemburger Bevölkerung gibt keine Glaubenszugehörigkeit an. Nur etwa 2,5 Prozent gehören anderen Religionen als dem Christentum an, wovon ungefähr zwei Prozent der Bevölkerung den Islam nennen (Borsenberger & Dickes, 2011).

Einige Ärzte innerhalb unserer Stichprobe setzen den kulturellen Hintergrund von bestimmten Patienten mit deren religiösen Hintergrund gleich, bzw. sehen ihn als größtenteils überlappend an. Einige Teilnehmer vertreten sogar explizit die Meinung dass sie kulturelle Probleme in einer Sprechstunde mit religiösen Problemen gleichstellen würden. In Luxemburg aber seien diese, vornehmlich auf Religion begründete Konfliktsituationen, eher nicht vorhanden. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, in denen einige Ärzte gearbeitet haben, gebe es laut diesen Ärzten in Luxemburg nicht viele durch Religion begründete Konflikte (sowohl

allgemein, als auch auf medizinische Sprechstunden bezogen). Aus dieser Perspektive betrachtet, seien kulturelle Einflüsse in Luxemburg im Rahmen von A-P-Kommunikation keine wirkliche Problematik.

Somit kann anhand dieser Äußerungen davon ausgegangen werden, dass kulturelle Konflikte im Rahmen von medizinischen Konsultationen, die durch Religion verursacht sind, von Medizinern in Luxemburg als weniger bedeutend, als in anderen europäischen Ländern, wie etwa Deutschland oder Frankreich, wahrgenommen werden.

Dennoch sollte nicht vernachlässigt werden, dass einige Mediziner auch in Luxemburg Erfahrungen mit dem Einfluss von Religion auf die ärztliche Untersuchung und medizinische Behandlung gemacht haben. Zudem wird dieser Einfluss in den jeweiligen Fällen als sehr bedeutend beschrieben, da er sich häufig auf ein Vermeiden von Untersuchungen bzw. die Wahl der Behandlung bezieht und im schlimmsten Fall lebensbedrohende Konsequenzen für die Patienten mit sich bringen kann. Dies zeigt sich unter anderem bei folgenden Äußerungen zur Behandlung von Personen, die den Zeugen Jehovas angehören. Diese Patienten werden von zwei befragten Medizinern vor allem mit der Verweigerung von bestimmten medizinischen Verordnungen und operativen Eingriffen in Verbindung gebracht.

*„Denn es kann ja auch durchaus sein, wenn ich jetzt Zeugen Jehovas vor mir habe, der sagt mir: „Ich lass mich nicht operieren und wenn Sie 100 Mal sagen, ich müsste operiert werden““. (JD: 165)*

Ein weiterer Arzt sagt, dass er Patienten die den Zeugen Jehovas angehören, nicht gerne behandle, da diese schon vorneherein sagen würden, welche medizinischen Behandlungsmethoden sie nicht akzeptieren würden.

*„Ich bin auch gar nicht froh mit Leuten, die da eine Voreinstellung haben, wie die Zeugen Jehovas, die ja schon die Daten, die sie von der Medizin gar nicht akzeptieren, auf den Tisch legen. (BD(2): 74)*

Eine Ärztin geht sogar noch weiter in ihren Annahmen und Überlegungen. Sie sagt, dass Menschen unterschiedlicher ethnischer Herkunft verschiedene Gene hätten, daher könne nicht jedem Patienten das gleiche Medikament verschrieben werden. Medikamente würden je nach Gen-Ausprägung bei den Patienten anders wirken. Unterschiede gebe es zwischen Personen aus dem europäischen und arabischen Raum und Personen vom afrikanischen Kontinent. Darüber hinaus können nicht-

westeuropäische Patienten, andere Krankheiten und Krankheitsbilder aufweisen, die eine angepasste Behandlung erfordern:

P: „Dann sind es eher medizinische Probleme, an die ich denken muss, der kommt wirklich aus der Türkei oder Tunesien, wo ich echt wirklich eher medizinisch daran denken muss, dass ihre Gene anders sind. Aber jetzt, sonst von der Kultur habe ich weniger Probleme.“

I: „Dass die Gene anders sind?“

P: „Gene anders sind, deswegen ihre Krankheiten auch anders sind. Die bringen andere Krankheiten mit. Das heißt, wie ich hatte jetzt den Fall einer Dame aus Tunesien, wo man wirklich- wo ein Problem mit einer „Malabsorption“ vom Bauch ist. Da muss man andere- Da geht man medizinisch anders an die Sache heran. Du musst halt bedenken, die haben- ihre Gene sind anders und sie haben andere Path- sie haben andere Krankheiten halt.“ (PP: 117-119)

PP greift somit Überlegungen auf, die eher biologischer als psychologischer bzw. kommunikationstheoretischer Natur sind und daher über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinausgehen. Dennoch ist ihre Äußerung mit Blick auf interkulturelle Medizin interessant, da sie hervorhebt, dass der ethnische Hintergrund eines Patienten ebenfalls zur angepassten Verordnung von Medikation erkundet werden sollte.

### 9.3.5 „Kulturelle Unterschiede stellen kein Problem dar“

Nachdem wir uns damit beschäftigt haben, welche Probleme bezüglich kultureller Unterschiede bzw. kultureller Einflüsse in der A-P-Kommunikation wahrgenommen werden, werden in dem vorliegenden Kapitel jene Interviewpassagen analysiert, im Rahmen derer ein kultureller Aspekt zwar wahrgenommen, jedoch nicht als negativ gesehen wird.

Einige Ärzte in unserer Stichprobe betonen, dass im Rahmen von interkulturellen Interaktionen die **Persönlichkeit** eines Patienten immer mehr Einfluss auf die Kommunikation habe als die Kultur dieser Person. Probleme in interkultureller A-P-Kommunikation würden sich nicht notgedrungen aus der Tatsache ergeben, dass jemand einer anderen Kultur angehöre, sondern würden eher auf die Persönlichkeit oder den Kommunikationsstil derjenigen Person zurückzuführen sein.

Der Meinung eines Arztes zufolge, spielen **andere demographische Eigenschaften des Patienten** eine in gleicher Weise geringe Rolle. Mit Blick auf Barrieren in der A-P-Kommunikation ist es seiner Ansicht nach egal, ob jemand weiblich, männlich, ein Kind oder eine ältere Person ist. Es hänge alles von der Person als Ganzes selbst ab. Hier kann ein Bezug zu den in Kapitel 2.4.8 dargestellten Wahrnehmungsebenen

hergestellt werden. Demnach wird Kultur nicht als Barriere bewertet, wenn ein Arzt seine Patienten ausschließlich auf interpersonaler Ebene wahrnimmt. Weitere Ausführungen der befragten Mediziner zur Wahrnehmung der Patienten auf verschiedenen Ebenen befinden sich in Anhang A.

Einige Ärzte sprechen explizit von einem **geringen Einfluss der Kultur** auf die A-P-Kommunikation. FN äußert sich hierzu am deutlichsten. Sie deutet an, dass viele Personen aus vielen verschiedenen Orten in luxemburgische Arztpraxen gekommen wären und man sei noch immer damit klargekommen. Nachdem sie sich allgemein in Bezug auf den Luxemburger Kontext äußert, bezieht sie sich ebenfalls auf ihre persönliche Erfahrung. Sie berichtet, dass sie bis jetzt nicht das Gefühl hatte, jemand habe ihre Praxis verlassen und sei aufgrund kultureller Unstimmigkeiten nicht wiedergekommen.

*„Ich meine es sind aber Leute von vielen Orten, die kommen und irgendwie glaube ich, sind wir noch immer damit klar gekommen.“ (FN: 82)*

Einige Mediziner betonen, dass Probleme in der Kommunikation vor allem durch **Sprache** und nicht durch kulturelle Aspekte entstehen. Unter diesen Mediziner ist SI, der diesbezüglich „praktische Probleme“ sieht, jedoch nur wenige Probleme in der A-P-Kommunikation aufgrund von Kultur wahrnimmt.

Kommunikation mit Patienten mit einem anderen kulturellen Hintergrund wird hingegen auch als **förderlich für die Kommunikation** beschrieben. PP gibt zum Beispiel an, dass ihr der Umgang mit Patienten, die einen anderen kulturellen Hintergrund als sie selbst haben, wesentlich leichter fällt, als mit luxemburgischen Patienten. Sie bemerke dies besonders im Umgang mit portugiesischen Patienten:

*„Die sind viel- wie soll ich das sagen. Sie haben weniger Ansprüche als Luxemburger- habe ich das Gefühl, es ist nur ein Gefühl. Und sie sind, mhm, einfach, wie soll ich sagen? Wenn du ihnen bei etwas behilflich bist, am nächsten Tag habe ich dann einen Portwein hier stehen, ohne dass ich danach frage, ohne dass ich das möchte. Auch wenn ich sage: Nein. Das ist dann einfach so. Deswegen kümmere ich mich ganz oft um Dinge von ihnen, wo ich einfach auch kein Geld dafür frage und so, weil ich weiß, das sind Arbeiter und sie haben nicht viel Geld. Das geht dann immer unter der Hand mit durch. ((lachen)) (PP:107)*

Gleichwohl gibt es eine Gruppe von Ärzten, die Situationen wahrnehmen, in denen es Schwierigkeiten geben kann, die durch kulturelle Hintergründe ausgelöst werden. Sie bewerten diese allerdings nicht als Barrieren, da sie durch Erfahrung schon **Lösungen**

für einen Umgang mit diesen gefunden haben, wie die folgenden Beispiele verdeutlichen werden.

Für eine Ärztin ist die Kommunikation mit Patienten aus anderen Kulturen kein Problem – vorausgesetzt man passt sich an. Als Beispiel nennt sie Eheprobleme, die beispielsweise bei arabischen Patienten anders verlaufen als bei europäischen Patienten.

*„Das ist jetzt kein Problem, man muss sich nur anpassen. Man geht vielleicht ein bisschen anders mit diesen Leuten um und dann versucht man noch andere Diskussionen. Wenn Eheprobleme da sind, ist es nicht das gleiche bei einem Araber, bei einem Syrier oder bei einem Luxemburger. Das ist ein bisschen anders in diesem Moment, je nach dem, was das Hintergrundproblem ist.“ (O): 45)*

Sie berichtet des Weiteren, dass es besonders schnell zu Missverständnissen in der Kommunikation aufgrund von sprachlichen Faktoren kommen kann.

NB erkennt ebenfalls Unterschiede zwischen Patienten, die aus verschiedenen Kulturen stammen. Er gibt an, dass er diese Unterschiede jedoch nicht als Probleme wahrnimmt, vorausgesetzt den Patienten wird der notwendige Respekt entgegengebracht. Im Laufe seiner Karriere sei er nur ein einziges Mal mit einer kulturellen Barriere konfrontiert worden. Hierbei handelte es sich um eine Behandlung einer japanischen Patientin, beide sprachen keine gemeinsame Sprache. Inwiefern diese Barriere Schwierigkeiten bereitet habe, könne er nicht präzisieren, da er sie seitdem nicht wiedergesehen habe.

*„Ja, das ist eine-Kulturen sagen wir mal, man ist ja an das gewöhnt, mit dem man aufgewachsen ist, die Kulturen, da ist man- (.) Kommunikation und Kultur ist oft auch ganz unterschiedlich weil auch zum Beispiel die Verbalisation wie ein Patient sich ausdrücken kann, kann sehr unterschiedlich sein, die einen sind sehr reserviert und andere fangen sehr expressiv sofort an, zu reagieren und das habe ich, muss ich sagen, das habe langsam in den Jahren auch gemerkt, wie einzelne Familien oder Gruppen ein bisschen unterschiedlich reagieren, dass ich mich aber jetzt so a priori damit auseinandersetze, wenn ich auf eine Konsultation zugehe, muss ich sagen, das mache ich nicht, weil ich auch oft nicht sofort den direkten Kulturkreis von Anfang an kenne. Aber wenn man jetzt Leute öfters sieht, dann nimmt man da auch ein bisschen auch Respekt auf diese Einschränkung, wenn man sie dann kennt. Aber da muss ich zwar sagen, da bin ich auch oft vielleicht oft auch nicht aufmerksam genug, um dem Kulturkreis viel Rechnung zu tragen. Wenn ich natürlich- zum Beispiel eine Situation in der die Kommunikation nicht sofort an eine Frau gehen würde, sondern sie würde über ihren Mann gehen, wenn man mir sagen würde, dann würde ich das auch respektieren, dann ist es selbstverständlich, wenn das*

*geäußert und gewünscht wird, würde ich es respektieren. Aber das ist jetzt nichts, wo ich jetzt nicht a priori daran denken würde, muss ich da jetzt eine zusätzlich Vorsorge treffen, oder nicht.” (NB: 41)*

Demnach gab es mehrere Äußerungen von Ärzten, denen zufolge Kultur in der ärztlichen Konsultation kein Problem darstellt. Die diesbezüglichen Erklärungen in diesem Kapitel können wie folgt zusammengefasst werden:

- Individuum, nicht Kultur steht im Vordergrund.
- Kultur hat nur einen geringen Einfluss auf die A-P-Kommunikation (wird explizit betont)
- Sprache, nicht Kultur, hat einen Einfluss.
- Kommunikation mit Patienten aus einem anderen kulturellen Hintergrund wird als förderlich für die Kommunikation beschrieben.
- Faktoren, die zur Relativierung beitragen:
  - Respekt
  - Erfahrung

In den Darlegungen im vorliegenden Kapitel werden kulturelle Unterschiede als eher neutral bewertet. Im folgenden Kapitel werden positive Effekte eines multikulturellen und mehrsprachigen Settings dargestellt.

### 9.3.6 Positive Effekte eines multikulturellen und mehrsprachigen Settings

In den vorhergehenden Unterkapiteln des vorliegenden Kapitels 9.3 wurde dargestellt, inwiefern ein mehrsprachiges und multikulturelles Setting als Barriere von den Medizinerinnen aufgefasst wird. Einige Ärzte unterstreichen allerdings, dass ein multikulturelles und mehrsprachiges Setting auch Vorteile bringen kann. Da einige Äußerungen sich sowohl auf Kultur, als auch auf Sprache beziehen, fassen wir beide Aspekte in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung zusammen.

TF äußert, dass eine nonverbale Übersetzung **der Reflektion des Inhaltes** dienen würde. Diesbezüglich beschreibt er ein Beispielszenario, in dem ein Patient schlecht Englisch redet, TF auf Deutsch denkt und seiner Sekretärin die Informationen des Patienten auf Französisch erklärt. Bei diesen nonverbalen Übersetzungsarbeiten könne manchmal ein positiver Anlass zur Reflexion bestehen:

*„Verschiedene Informationen würden sich sicher besser vermitteln lassen, wenn jeder eine*

*Sprache perfekt beherrschen würde. [...] Ich denke, dass bei diesen Übersetzungsarbeiten manchmal ein positiver Anlass zur erneuter Reflexion bestehen kann.“*

(TF : 160)

Auch NB bemerkt, dass durch sprachliche Barrieren eine Holprigkeit entsteht, aufgrund derer er gezwungen sei, Informationen klarer zu formulieren und tiefgründiger nachzufragen. Aus seiner Sicht wird dies von den Patienten positiv aufgenommen, da er Informationen ein weiteres Mal umformuliert vermittelt.

UR sagt, dass der **Austausch über den Umgang mit Unsicherheiten** im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten mit Kollegen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben, interessant sei. Je nach Herkunfts- bzw. Ausbildungsland würden Ärzte verschiedene Ansichten zur Behandlungsmethoden, bzw. der Überprüfung von Diagnosen durch Analysen und Computerscanner haben. Mit Blick auf die unterschiedlichen Orte, in denen Luxemburger Ärzte ihr Medizinstudium und praktische Ausbildung absolvieren, kann angenommen werden, dass unter den Medizinern im Großherzogtum eine heterogenere Einstellung zur Absicherung von Diagnosen besteht, als in anderen europäischen Ländern.

*„Ich denke, verschiedene Ärzte haben verschiedene Ebenen innerhalb derer sie sich in der Lage fühlen mit Unsicherheit umzugehen, so leiten verschiedene Ärzte ihre Patienten eher weiter, einige Ärzte prüfen mehr nach, jedoch hat dies, denke ich, viel mit dem System zu tun, mit dem sie [eine andere Ärztin] aufgewachsen ist. [mhm] Und im Vereinigten Königreich, da die Kostenfrage immer sehr bedeutend ist, werden wir ermutigt, keine Bluttests und Röntgen durchzuführen, außer wenn diese wirklich klinisch notwendig sind. Wir würden diese nicht als Absicherung machen [mhm]. Somit ist es ziemlich interessant, wenn wir über Patienten reden, das hat mich dazu gebracht, darüber nachzudenken, ob ich nicht genug mache und ich denke, es hat auch sie zum denken gebracht: ‚Vielleicht mache ich zu <<lachend>viel>‘, also ist es ein interessanter kultureller Austausch.“ (UR: 71)*

Des Weiteren trage die Möglichkeit, mehreren Kulturen zu begegnen, zum **Spaß bei der Arbeit** bei. Aus dieser Sicht würde die Arbeit nicht langweilig werden:

*„Und wissen Sie, jeder hat seine eigene Kultur, ja. Aber das ist auch, was zum Spaß bei der Arbeit beiträgt.“ (JS: 116).*

Die Äußerungen im vorliegenden Kapitel zeigen, dass unterschiedliche Kulturen nicht eine Barriere im medizinischen Setting darstellen müssen, sondern im Gegenteil, von den Ärzten ebenfalls als Bereicherung im Rahmen der Tätigkeit als Allgemeinmediziner wahrgenommen werden können.

### 9.3.7 Personenorientierte Evaluierung des kulturellen Bewusstseins und der Sensitivität für kulturelle Themen - eine Metaperspektive

In diesem Abschnitt gehen wir der Frage nach, inwiefern Mediziner in Luxemburg ein Bewusstsein und eine Sensitivität für kulturelle Aspekte in der A-P-Kommunikation haben und auf welche Aspekte sie diesbezüglich einen Schwerpunkt legen. Des Weiteren soll analysiert werden, welche Bedeutung interkulturelles Bewusstsein und interkulturelle Sensitivität für interkulturelle Kompetenz haben. In Abschnitt 9.4 werden weitere Befunde zur interkulturellen Kompetenz diskutiert.

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden sowohl eine strukturierende als auch eine evaluative qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Kapitel 8.5) der Äußerungen der Mediziner zu kulturellem Bewusstsein und Sensitivität durchgeführt. Im Vordergrund stehen die Bewertung, die Klassifizierung und die Einschätzung von Inhalten durch den Forschenden. Wir entschieden uns, eine rein thematische Zusammenfassung durch eine evaluative Auswertung zu ergänzen, da es eine bedeutende Diskrepanz hinsichtlich der Ausprägungen des kulturellen Bewusstseins und der kulturellen Sensitivität zwischen den Medizinerinnen gab.

Bevor wir uns der Analyse zuwenden, fassen wir noch einmal kurz die Definitionen von kultureller Sensitivität und kulturellem Bewusstsein aus Kapitel 4 zusammen. Die *kulturelle Sensitivität* (Bennett, 1986; Chen & Starosta, 1996; Chen & Starosta, 2000; Hammer et al., 2003) bezieht sich auf den aktiven Wunsch von Personen, sich selbst zu motivieren, Unterschiede zwischen Kulturen zu verstehen, zu schätzen und zu akzeptieren.

Das *kulturelle Bewusstsein* hingegen, setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen (vgl. Kapitel 4.):

- Die Fähigkeit, kulturelle Dynamiken wahrzunehmen und multiple Identitäten zu unterscheiden (Starosta, 1996; Guo-Ming Chen & Starosta, 2000).
- Situations- und Eigenbewusstsein (Teal & Street, 2009)
- Achtsamkeit (Epstein, 2006)
- Selbstüberprüfung und detaillierte Analyse seines eigenen kulturellen und professionellen Hintergrundes (Campinha-Bacote, 2001).
- Bewusstsein seiner eigenen Überzeugungen, Einstellungen und Werte (Sue et al., 1982)

Im Folgenden werden die verschiedenen Durchgänge der strukturierenden und evaluativen Analyse der Interviews dargestellt. Nachdem in einem ersten Schritt die Aussagen in einer strukturierenden Analyse zusammengefasst wurden, wurden in einem weiteren Schritt die Ausprägungen der Kategorie „kulturelles Bewusstsein und Sensitivität“ bestimmt. Nach Bewertung des Materials schien eine dreistufige Gliederung sinnvoll. Folgende Abstufungen wurden gewählt: „Kein bis niedriges kulturelles Bewusstsein“, „Hohes kulturelles Bewusstsein“ und eine dritte Ausprägung, welche *am Material* (vgl. Schmidt, 2003) entwickelt wurde. Sie enthält die Interviewinhalte, die darauf schließen lassen, dass die befragte Person der Ansicht ist, dass kulturelle Aspekte im Allgemeinen einen Einfluss auf die A-P-Kommunikation haben können, sie selbst diese jedoch nicht in den eigenen Konsultationen wahrnimmt. In Tabelle 29 sind die drei Kategorien mit Ankerbeispielen und Erläuterungen dargestellt.

**Tabelle 29. Definition der drei Ausprägungen der Kategorie „kulturelles Bewusstsein und Sensitivität“**

<b>Ausprägung</b>	<b>Definition der Ausprägung</b>	<b>Ankerbeispiele</b>	<b>Hinweise</b>
<b>Gruppe 1:</b> <b>„Niedriges bis kein kulturelles Bewusstsein und Sensitivität.“</b>	Es werden nur wenige bis keine Äußerungen zu kulturellem Bewusstsein und Sensitivität als auch Kultur im Allgemeinen getätigt.	<i>„ Ich meine es sind aber Leute von vielen Orten, die kommen und irgendwie glaube ich, sind wir noch immer damit klar gekommen.“ (FN: 82)</i>	Keine bis sehr wenige Fundstellen, zu kulturellem Bewusstsein und Sensitivität als auch Kultur im Allgemeinen. Die Fundstellen enthalten eine eher unpersönliche Form.
<b>Gruppe 2</b> <b>„Mittleres bis hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität im Allgemeinen“</b>  <b>(Dies betrifft jedoch NICHT die eigenen Sprechstunden)</b>	Nur teilweise bzw. schwankende Überzeugung, dass kulturelle Aspekte einen Einfluss auf die A-P-Kommunikation in der eigenen Sprechstunde haben. Es besteht jedoch die Überzeugung, dass kulturelle Aspekte im Allgemeinen im Rahmen von Kommunikation sichtbar werden können.	<i>„Hier ist keine klassische Praxis, wo die kulturelle Problematik im klassischen Sinn wäre, wie man sie hätte, auch in Berlin, wo ich vorher gelebt habe.“ (TF: 140)</i>	Es sind Fundstellen zu kulturellem Bewusstsein und Sensitivität als auch Kultur im Allgemeinen vorhanden. Keine bis sehr wenige Fundstellen, die auf einen Einfluss auf kulturelle Aspekte auf A-P-Kommunikation in der eigenen Sprechstunde schließen.
<b>Gruppe 3:</b> <b>„Hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität.“</b>	Es werden viele Äußerungen zu kulturellem Bewusstsein und Sensitivität, als auch Kultur im Allgemeinen getätigt.	<i>„ Ich denke, dass der Kommunikationsstil sich wahrscheinlich etwas von dem unterscheidet, was einige Leute und ich gewöhnt sind. Es gibt hierbei viele kulturelle Elemente.“ (UR: 7)</i>	Viele Fundstellen zu kulturellem Bewusstsein und Sensitivität als auch Kultur im Allgemeinen vorhanden. Dieses wird in der Regel in der Ich-Form artikuliert.

**Tabelle 30. Personenorientierte Evaluierung des kulturellen Bewusstseins und kultureller Sensitivität**

<b>Gruppe 1</b> Kulturelle Aspekte können im Allgemeinen einen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben. Arzt selbst nimmt diese während seinen eigenen Sprechstunden wahr.	<b>Gruppe 2</b> Kulturelle Aspekte können im Allgemeinen einen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben. Arzt selbst nimmt diese NICHT während seinen eigenen Sprechstunden wahr.	<b>Gruppe 3</b> Glaube, dass kulturelle Aspekte einen eher geringen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben.
<b>OP</b>	TF	<b>VB</b>
<b>UR</b>	BO	SI
<b>JS</b>	NB	FM
<b>BB</b>	<b>SP</b>	BD
<b>JD</b>		FN
PP		<b>OJ</b>

*Anmerkung.* Fettgedruckt = Arzt mit Migrationshintergrund, d.h. mit nicht-luxemburgischer Nationalität bzw. einer anderen Muttersprache als Luxemburgisch.

In Tabelle 30 wird die Einteilung der Mediziner in die jeweiligen Gruppen dargestellt. Es sei hervorgehoben, dass wir anhand der Ausprägung des kulturellen Bewusstseins und Sensitivität der Mediziner nicht zwangsläufig auf das interkulturelle Wissen und Fähigkeiten der jeweiligen Ärzte schließen konnten. Zum einen machen kulturelles Bewusstsein und Sensitivität, wie wir gesehen haben (Kapitel 5), nur einen Teil der interkulturellen Kompetenz aus. Zum anderen ermöglichte uns unsere Erhebungsmethode ausschließlich die subjektive Sicht auf eine nicht standardisierte Situation (hier Kommunikation in der ärztlichen Konsultation) zu erfassen. So kann ein Mediziner sich selbst als kulturell kompetent beschreiben, aber nicht dementsprechend von Außenstehenden eingeschätzt werden und umgekehrt. Es ist denkbar, dass einige Mediziner in unserer Stichprobe bedeutend mehr interkulturelle Überschneidungssituationen als andere Mediziner in der Stichprobe haben. Die Wahrnehmung der Ärzte von kulturellen Aspekten in der medizinischen Konsultation kann unter anderem von ihrem eigenen kulturellen Hintergrund und/oder von dem kulturellen Hintergrund ihrer Patienten und/ oder von anderen Erfahrungen beeinflusst werden. Dies könnte dazu führen, dass diese ausführlicher über kulturelle Beobachtungen berichten. Diese potenziellen Einflussvariablen werden wir in Abschnitt 9.3.7.4 aufgreifen und näher beleuchten.

Zunächst werden die Aussagen der Mediziner innerhalb der Ausprägungen angeschaut und verbal-interpretativ analysiert (Abschnitte 9.3.7.1-9.3.7.3). In Abschnitt 9.3.7.4 werden die Ergebnisse statistisch-tabellarisch in Bezug auf andere Variablen analysiert. Der Ablauf der Auswertung bezieht sich auf die in Kapitel 7 beschriebenen Methoden.

### 9.3.7.1 Gruppe 1: „Kultur ist nicht wichtig“

In diesem Abschnitt werden die Aussagen der einzelnen Personen, die so eingestuft wurden, dass sie ein eher niedriges kulturelles Bewusstsein besitzen, dargestellt. Insgesamt konnten sechs Ärzte dieser Kategorie zugeordnet werden.

BD nimmt kulturelle Unterschiede und Barrieren nur bei vereinzelt Patienten wahr. Dies sei meistens der Fall, wenn der kulturelle Hintergrund der Patienten weit von seinem eigenen Hintergrund entfernt liegt und auch sprachliche Probleme zwischen ihnen vorhanden sind. Die meisten seiner Patienten seien aus Europa, daher würden kulturelle Unterschiede häufig keinen großen Einfluss auf seine Konsultationen haben. BD beschreibt eine Situation mit einem chinesischen Patienten, bei der er sich bewusst gewesen sei, dass es sich hierbei nicht um eine „glorreiche“ Kommunikation gehandelt habe, da aufgrund von sprachlichen Hindernissen nicht viel mit dem Patienten geredet werden konnte. BD verabreichte dem Patienten eine Grippeimpfung, jedoch habe er dem Patienten keine zusätzlichen Informationen geben können.

*„Nein, also wie gesagt, ich wollte heute Mittag einem Chinesen erklären, dass er sich gegen Grippe impfen lassen sollte. Nachher habe ich ihm gezeigt: ‚Hier ist eine Spritze, willst du sie? Ich habe noch gesagt Grippe in allen Sprachen, Influenza und hier und da, aber auf einmal sagte er ‚Yes‘. Und dann hat er sie bekommen. Aber es war keine glorreiche Kommunikation in dem Sinn, dass er informiert wurde, geschweige von den Nebenwirkungen, die er bekommen könnte, dass der Arm noch schmerzen könnte. Das da war nicht möglich. Es ist mein Lieblingschinese, weil ich gar nichts reden kann ((lachen)). Der kommt aber immer wieder ((lachen)). Ich kenne ihn schon 10 Jahre. Ich habe ihn schon zwei, drei Mal operieren müssen lassen mit etwas, was ganz dringend war und es ging aber ((lachen)).“ (BD (2): 81)*

Eine weitere Ärztin, OJ, kann sich vorstellen, dass Kultur einen Einfluss auf A-P-Kommunikation habe. Allerdings wählt sie hierfür eine sehr unpersönliche Form und bezieht sich nicht auf konkrete Beispiele:

*„Auch bei jungen Frauen zum Beispiel mit einem arabischen Hintergrund ist es auch oft schwieriger über Sexualität zu reden oder überhaupt einen Kompromiss zu finden zwischen ihrer Begierde von Freiheit und dem was aber kulturell von der Familie aus relativ strikt geregelt ist. [...] Das ist natürlich ein ganz spezielles Thema dann, die Sexualität bei diesen Leuten zum Beispiel.“ (OJ:77)*

OJ beschreibt eher beispielhaft unspezifische Probleme, die durch kulturelle Unterschiede (vor allem in Bezug auf die islamische Kultur) in Sprechstunden entstehen können, die jedoch nicht unbedingt ihre Praxis betreffen. An diese Probleme

müsse man sich anpassen, dann seien diese auch kein Problem mehr. In OJs Praxis kämen solche wahrgenommenen Kulturunterschiede nicht oft vor. Innerhalb von Europa seien Kulturunterschiede nicht sehr groß, jedoch gebe es sie (zum Beispiel bezüglich des Themas „Kommunikation mit den Eltern über Sexualität“).

SI beobachte nicht viele kulturelle Unterschiede zwischen ihm und seinem Patienten. Darüber hinaus sagt er ebenfalls, dass er nicht beurteilen könne, ob Personen in Abhängigkeit von ihrem kulturellen Hintergrund verschieden reagieren.

*„Um das festzustellen, das kann ich jetzt nicht so beurteilen. Also Sie meinen jetzt, dass die Italiener anders reagieren als die Spanier oder als die Griechen, das kann ich so schlecht beurteilen.“(SI: 226)*

Die einzige Ausnahme würden laut SI eventuell ältere portugiesische Patienten bilden. SI beschreibt, dass sie eine andere Mentalität haben. Die einzige Problematik, die mit Kultur zusammenhängen kann, sind ihm zufolge sprachliche Schwierigkeiten, welche allerdings durch Übersetzer, oder durch SIs Basiskenntnisse in Portugiesisch gelöst werden können.

FM sagt explizit, dass ihm im Rahmen der Kommunikation mit seinen Patienten hinsichtlich kultureller Aspekte nichts Besonderes auffallen würde. Er erzählt beispielhaft von der Kommunikation, mit Patienten, die einen anderen kulturellen Hintergrund als er aufwies, wobei er Aussagen tätigt, die als spezifisches kulturelles Wissen betrachtet werden können. Diese Aussagen lassen die Schlussfolgerungen zu, dass FM sich potenziellen kulturellen Einflüssen im Rahmen von A-P-Kommunikation angepasst haben könnte, ohne sich dessen bewusst zu sein. FM nimmt nicht viele kulturelle Unterschiede zwischen sich und seinen Patienten wahr. Schwierigkeiten in der A-P-Kommunikation führt er größtenteils auf Unterschiede der Persönlichkeit zurück. Auffällig bei FM ist, dass er den Einfluss von Kultur nicht dezidiert benennt und als solche anerkennt, aber dennoch Unterschiede zwischen ihm und Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien beschreibt.

*„Nein, nicht so regelmäßig. Da könnte man manchmal meinen, dass diese Leute aus dem früheren Jugoslawien manchmal anders auftreten, jedoch ich meine, das liegt aber auch daran, dass diese Portugiesen schon vielleicht länger hier im Land sind, dass man da auch schon teilweise mit der zweiten Generation zu tun hat, die dann schon fast keine Portugiesen mehr sind. Vielleicht liegt es aber auch daran, dass die Portugiesen auch so wie wir, so viel oder so wenig Katholiken sind wie wir und dass die anderen aber vielleicht noch andere Religi-Aber nicht, dass- merkt man nicht,*

*nein. Vereinzelt und dann muss das aber mal nichts mit der Nationalität zu tun haben. Kann auch mit der Person zu tun haben.“ (FM: 60)*

FM richte sich bei jedem Patienten individuell nach den Bedürfnissen. Ist das Reden über Kriegserfahrungen zum Beispiel (d.h. kulturspezifische Erfahrungen) ein Bedürfnis des Patienten, dann passe er sich dem an.

Für VB steht der Mensch als Individuum im Vordergrund. Es gebe nur geringfügige kulturelle Probleme (z.B. bei der Informationsweitergabe), welche in Verbindung mit Religion stünden. VB sieht in eindeutiger Weise die Persönlichkeit des Patienten („l’individu“) als ausschlaggebender für die A-P-Kommunikation als die Kultur des Patienten.

SI könne nicht beurteilen, ob es kulturelle Barrieren zwischen ihm und seinen Patienten gibt. Er nehme vor allem sprachliche, nicht kulturelle Barrieren bei Patienten mit Migrationshintergrund wahr. Diese scheint er jedoch nicht als wahrhaftige Barrieren wahrzunehmen, da sie durch Übersetzer oder durch Basiskenntnisse in einer Sprache (häufig Portugiesisch) gelöst werden können.

FN sticht aus der Gruppe zusätzlich heraus, da es für sie in keiner Situation einen kulturellen Einfluss auf A-P-Kommunikation gebe, der einen wirklichen Effekt habe. FN nimmt wahr, dass verschiedene Patienten einen anderen kulturellen Hintergrund als der Ihrige haben, jedoch stelle dies in der Konsultation kein Problem dar.

#### **9.3.7.2 Gruppe 2: „Kultur hat einen Effekt, jedoch nicht bei mir“**

Vier Personen konnten dieser zweiten Kategorie zugeordnet werden, d.h. alle sprechen der kulturellen Komponente eine hohe Bedeutung im Rahmen interkultureller Kommunikation zu, allerdings nehmen sie in ihren Sprechstunden keine Auswirkungen wahr. Die Personen, die dieser Gruppe zugeordnet wurden, schreiben dem Einfluss von Kultur im Gegensatz zu der vorherigen Gruppe, eine relativ hohe Bedeutung zu. Zwei Ärzte (TF und BO) berichten, dass ihre Beobachtungen von kulturellen Einflüssen auf A-P-Kommunikation im Ausland deutlich zahlreicher waren, als die Beobachtungen in Luxemburg. Aus diesem Grund stufen sie kulturelle Einflüsse auf A-P-Kommunikation in Luxemburg als weniger bedeutend als im Ausland ein. Laut TF sei eine „klassische kulturelle Problematik“ v.a. auf Glaubensunterschieden begründet. Er nennt auch als Beispiel kulturelle Konflikte, wie sie in der Stadt Berlin aufgrund ihres hohen Einwohneranteils an Personen mit türkischem Hintergrund vorhanden sein können. Zudem wirft TF die Frage auf, ob der

kulturelle Hintergrund eines Menschen durch seine ethnische Zugehörigkeit definiert sein muss. Der kulturelle Hintergrund eines Menschen könne auch durch andere Faktoren, wie durch den Beruf, den die Person ausübt und der damit einhergehenden Betriebskultur beeinflusst werden. Einen Einfluss der beruflichen, kulturellen Dimension könne er bestätigen.

*„Jedoch gibt es auch die Kultur, die ich vorher gesagt habe, die Leute, die bei den europäischen Institutionen arbeiten, unabhängig davon, dass das auch wieder ganz verschiedene Kulturen sind, bilden diese aber auch wieder eine innerbetriebliche Kultur, Leitkultur irgendwie heraus, ok, egal, das jetzt jemand aus Finnland oder aus Portugal der da kommt aus der Kultur aus der europäischen Kultur.“ (TF:128)*

Laut BO seien die Ursachen der Barrieren im Rahmen der Konsultationen mit Patienten mit einem anderen kulturellen Hintergrund wesentlich durch ihren sozioökonomischen Status bestimmt gewesen. Patienten, die einen anderen kulturellen Hintergrund als sie hatten, hatten häufig auch einen niedrigen sozioökonomischen Status. Dieser niedrige sozioökonomische Status hing mit äußerst prekären Wohnverhältnissen zusammen, die krankheitsfördernd waren und demnach einen direkten Effekt auf die Behandlung der Patienten hatten. Der sozioökonomische Status der luxemburgischen Bevölkerung und damit auch der Patienten sei oft sehr hoch und daher habe dieser häufig keinen Effekt auf die Behandlung.

NB berichtet zwar nicht von konkreten Beobachtungen kultureller Einflüsse auf A-P-Kommunikation, allerdings nehme er kulturelle Aspekte bewusst wahr. NB kann vor allem ein hohes kulturelles Bewusstsein, im Sinne eines ausgeprägten Situations- und Eigenbewusstseins (vgl. Definition/Komponenten von kulturellem Bewusstsein, Tabelle 9) zugeschrieben werden. Er sagt einerseits, dass nicht viele Patienten unterschiedlicher Kultur seine Praxis aufsuchen würden. Er bemerke zwar Unterschiede, allerdings würden diese die Kommunikation nicht notgedrungen negativ beeinflussen. Andererseits stelle er sich dahingehend selbst in Frage, ob er eventuell Dinge nicht so bewusst wahrnehme, wie er sollte.

Nach NB könne Kultur einen Einfluss auf die Ausdrucksweise von Patienten haben. Einige Patienten seien in Abhängigkeit ihrer Kultur eher reserviert, andere reagieren sehr expressiv. NB habe in den Jahren, in denen er tätig war, gemerkt, dass einzelne Familien oder Gruppen unterschiedlich reagierten, jedoch sei es nicht so, dass NB sich schon a priori mit Kulturkreisen vor einer Konsultation auseinander setze. NB habe

Respekt vor einer kulturellen Einschränkung, jedoch sei er manchmal nicht aufmerksam genug und denke daher manchmal a priori nicht an diese. Zwischen Personen unterschiedlicher europäischer Herkunft bemerke NB Unterschiede, jedoch bedeute dies nicht, dass NB die Kommunikation dadurch als kompliziert empfinde.

Allerdings sagt NB auch, dass man beispielsweise eine Hand nicht unterschiedlich ansehen könne, weil sie eine Hand aus dem Westen oder aus dem Norden sei. Was die Hand jedoch für die jeweiligen Personen selbst darstelle, kann unterschiedlich sein.

*„Ja und ich denke, da kann man aber eine Hand nicht anders ansehen, weil es eine Hand aus dem Westen ist, oder weil es eine aus dem Norden ist. Hand ist Hand. Was jetzt diese Hand für den anderen darstellt, das kann unterschiedlich sein.“ (NB: 65)*

Bewusst (er betont bewusst) kämen interkulturelle Konflikte nicht häufig bei NB vor. Falls ihm doch ein kultureller Konflikt bewusst werden würde, dann sei es wichtig, dieses Bewusstsein zu verbalisieren und sich schon im Voraus beim Patienten zu entschuldigen. Somit glaubt NB, dass Kultur einen großen Einfluss auf die A-P-Kommunikation haben könne, jedoch komme es in seiner Praxis eher selten vor, dass er auf kulturelle Unterschiede aufpassen müsse, da eine eher geringe Zahl an Personen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen in seine Sprechstunden kommen.

Auch wenn SP der Rolle von Kultur auf Kommunikation im Allgemeinen einen sehr großen Einfluss zuschreibt, bezieht sie diesen Einfluss weniger auf das medizinische Setting. Weder in Bezug auf ihre eigenen Konsultationen, noch bei Konsultationen im Allgemeinen, nennt sie konkrete Beispiele. Bezüglich des medizinischen Kontextes thematisiert sie kulturelle Unterschiede - allerdings auch zu einem geringen Ausmaß - ausschließlich bezüglich der Kommunikation mit Kollegen und kulturellen Unterschieden im Aufbau der nationalen Gesundheitssysteme.

SP äußert sich dahingehend, dass die meisten Europäer in ihrem Kommunikationsverhalten prinzipiell ähnlich reagieren würden. Allerdings nehme SP nichtsdestotrotz einen Kulturunterschied zwischen Deutschland und Frankreich wahr, welcher sich jedoch auf einer allgemeinen gesellschaftlichen Ebene zeigen würde und nicht unbedingt in der Konsultation. Kultur und Sprache würden eng zusammenhängen. SP sagt, dass man sich bewusst sein sollte, dass Kulturen unterschiedlich sein können. Als Beispiel nennt sie das „risikoreiche“ amerikanische Gesundheitssystem, dessen Strukturen man nicht mit dem europäischen

Gesundheitssystem vergleichen könne. SP<sup>15</sup> sagt, dass sich das kulturelle Bewusstsein schärfe, indem man in fremden Ländern leben würde.

### 9.3.7.3 Gruppe 3: „Kultur ist wichtig“

In diesem Abschnitt werden die Aussagen der Ärzte dargestellt, die davon überzeugt sind, dass kulturelle Aspekte einen Einfluss auf A-P-Kommunikation haben. In dieser Kategorie befinden sich sechs Mediziner.

OP sagt, dass sie mit Kommunikationsstilen, die kulturell bestimmt seien, ihre Schwierigkeiten habe. Zum einen kristallisiert sich für sie heraus, inwiefern Patienten mit einem anderen kulturellen Hintergrund ihren Körper anders wahrnehmen und zum anderen bemerke sie unterschiedliche Kommunikationsstile. OP habe schon mehrmals kulturelle Unterschiede im Kommunikationsverhalten zwischen Personen mit nördlichem und südlichem Hintergrund beobachtet. In Frankreich seien Patienten im Norden in ihrer Kommunikation eher introvertiert und im Süden eher extrovertiert. Kulturelle Barrieren habe OP mit portugiesischen Patienten erfahren, da diese eine andere Körperwahrnehmung haben würden und Symptome anders beschreiben, als OP dies erwarten würde.

*„Es fällt mir schwer, da die Portugiesen, finde ich, ist nicht wie der Süden Frankreichs, es ist mehr, ich weiß nicht, ich kann nicht wirklich bestimmen, was ich mit den Portugiesen habe, ich weiß nicht, ob es wirklich nur ein Sprachproblem ist oder ob, ((pffff)), ja, ob sie die Sachen beschreiben, die in ihrer Vorstellung, dass sie eine Auffassung von ihrem Körper haben, die verschieden ist, [...] Daher schafft man es nicht, sich einem Organ zuzuwenden, wirklich schon am Anfang zu wissen, wo die Schmerzen sind, ob es der Magen ist, oder ((lachen)) ah, oder ob es die Lungen sind, es ist manchmal sehr vage-“ (OP: 24)*

OP führe die kulturellen Unterschiede, die sie im Rahmen von A-P-Kommunikation wahrnimmt, auf die Erziehung bzw. Ausbildung, ihrer Patienten zurück. OP beschreibt, dass sie, nachdem sie verstanden habe, dass ein bestimmtes Verhalten eines Patienten kulturell bestimmt ist, auf eine individuelle Ebene mit dem Patienten gehe.

Laut JD können kulturell bestimmte, extreme Kommunikationsstile – in dem Sinn, dass jemand zum Beispiel seine Symptome übertrieben oder untertrieben zum Ausdruck bringt – zu Schwierigkeiten führen, jedoch verfüge er über genügend Erfahrung, bzw. über eigene Strategien, um eventuellen Problemen entgegen zu wirken. JD nehme andere Kulturen sehr bewusst wahr und sagt, dass diese akzeptiert werden müssen. Er

---

<sup>15</sup> SP ist in Frankreich geboren und aufgewachsen.

beschreibt Unterschiede zwischen Südländern und Nordländern in der Schmerzwahrnehmung als auch das Wissen, das man über andere Kulturen (z.B. islamische Kulturen) haben muss. Diesen Dingen trage er dann in der ärztlichen Behandlung auch Rechnung. Es müsse ein Gefühl, z. B. in der Hinsicht, ob eine Person gläubig ist oder nicht, für das Gegenüber entwickelt werden.

Sowohl OP, JD als auch PP berichten über **Unterschiede in der Kommunikation zwischen Personen aus nördlichen Ländern und Personen aus südlichen Ländern**. OP und JD beschreiben ähnliche Strategien, wie sie mit v. a. „südländischen“ Kommunikationsstilen umgehen würden. Es geht hier vor allem um ein Entdramatisieren der Situation und das Bewusstsein, dass Symptome evtl. „übertrieben“ werden.

PP äußert sich hinsichtlich dreier Aspekte zum kulturellen Einfluss auf ärztliche Behandlungen. PP sagt erstens, dass Patienten aus dem arabischen bzw. afrikanischen Raum andere Gene als Patienten aus Europa haben und daher andere Krankheiten haben, welche mittels angepasster Medikamente behandelt werden müssten. PP bezieht sich zweitens auch auf Erfahrungen in der Kommunikation mit islamischen Patientinnen, worin sie einen Vorteil gegenüber männlichen Kollegen sieht:

*„Die Zeit als ich in Belgien war, hatte ich mehr auch arabisch-stämmige Leute oder muslimische Leute, wo wirklich ein Problem war, wo ich aber weniger Probleme hatte, weil ich auch eine Frau war.“ (PP: 117)*

Ein dritter kultureller Aspekt sei für sie das „syndrome méditerranéain“:

*„Und das ist auch eher bei den portugiesischen Leuten. ‚Syndrome méditerranéain‘ nenne ich das dann. Das ist eher bei den portugiesischen Leuten. Sie haben etwas, aber sie tun so, als ob es 10 Mal schlimmer wäre. Obwohl sie das bei mir gar nicht müssen, weil ich genau weiß, sie sind krank und sie haben das. Aber das ist halt- ich nenne das ‚Syndrome méditerranéain‘, das heißt, es ist, es klingt als ob es 100 Mal schlimmer wäre. Es ist schlimm, aber es ist jetzt nicht, dass sie kurz vorm Sterben wären, jedoch oft sieht es so aus.“ (PP:119)*

In Belgien habe PP noch mehr Erfahrungen mit kulturellen Unterschieden zwischen ihr und ihren Patienten gemacht. PP bevorzuge fast die Behandlung von portugiesischen Patienten gegenüber der Behandlung von Luxemburgern, da sie viel weniger Ansprüche hätten, unkomplizierter und dankbarer seien.

BB sagt, dass es auf jeden Fall Unterschiede in der Kommunikation zwischen Personen verschiedener kultureller Herkunft gibt, wobei er diesbezüglich eine Unterscheidung

zwischen Personen südlicher und nördlicher Herkunft macht. Diese Unterschiede sieht er allerdings nicht als Barriere.

*„Ja, ich denke, diese Südländer sind hitziger, dramatisierender- sie dramatisieren mehr, sind empfindlicher. Wie jetzt hier- ich sage Luxemburger oder Deutsche.“ (BB:131)*

Er betont, dass es wichtig sei, sich in die jeweilige Personen hinein versetzen zu können. Hier sei sowohl empathisches Verhalten, als auch die Fähigkeit Situationen zu entschärfen, gefragt.

Des Weiteren wird von den Medizinern in Gruppe 3 geäußert, dass **kulturell bestimmte Erwartungen der Patienten die Kommunikation** beeinflussen können. Besonders kommt dies bei den Aussagen von UR, JS und PP zum Tragen. UR beschreibt die im anglophonen Raum üblichen Behandlungsmodelle („shared decision making“) zum Patienten, die zu ihrem Bedauern in Luxemburg nicht so verbreitet sind.

UR sagt, dass Kommunikationsstile von Ärzten sehr unterschiedlich in verschiedenen europäischen Ländern sein können (UR bezieht sich hierbei vor allem auf Großbritannien als Referenz). Sowohl Ärzte als auch Patienten in verschiedenen europäischen Ländern können unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich des Kommunikationsstils in medizinischen Behandlungen haben (partnerschaftlich vs. paternalistisch), wobei es zu Problemen kommen könne, wenn die Erwartungen nicht kompatibel seien. UR beschreibt, wie Patienten mit Migrationshintergrund (vermutlich v.a. anglophone Patienten) luxemburgische Ärzte wahrnehmen würden: Es gebe nicht die Möglichkeit, viele Fragen zu stellen. Die Beziehung sei formeller in Luxemburg, als in ihrem Heimatland und der Arzt sei allein für Entscheidungen verantwortlich. Die Ärzte in Luxemburg würden glauben, dass sie die Autorität über die Patienten behalten müssen. UR habe kulturelle Unterschiede bezüglich der Erwartungen der Patienten hinsichtlich des Erhaltens von Arztrezepten und der Häufigkeit mit der sie Ärzte aufsuchen (z. B. Gesundheitsvorsorge), bemerkt.

UR nennt des Weiteren Beispiele, die sie in Konfliktsituationen mit Patienten afrikanischer Herkunft hatte. Hier sei es manchmal nicht klar gewesen, ob ihr Verhalten kulturell bestimmt gewesen sei, oder ob es sich um psychische Störungen handle. Die kulturellen Unterschiede, die in medizinischen Konsultationen auftreten, würden alle dadurch beeinflusst werden, wie Ärzte in verschiedenen Ländern gesehen werden. In Großbritannien würden Mediziner als menschlich betrachtet werden und

man könne sie in Frage stellen. Patienten würden in verschiedenen Ländern unterschiedlich „erzogen“ werden.

*„Ärzte werden als menschlich angesehen und man kann sie herausfordern.“ (UR: 41)*

Ein weiteres Thema, das die Ärzte ansprachen, ist, dass die **Erwartungen an medizinische Behandlung** kulturell gefärbt sein können. Laut JS würden Patienten osteuropäischer Herkunft ihre Behandlung selbst bestimmen. Andere Patienten würden eine bestimmte Behandlung (z.B. Antibiotika) erwarten.

JS<sup>16</sup> erklärt, dass die flache Gesellschaftsstruktur in Skandinavien sich in der A-P-Kommunikation widerspiegeln würde. In skandinavischen Ländern seien Ärzte laut JS eher Berater („consultants“). Mit französischen Patienten sei Kommunikation hingegen sehr formal, wobei sie diesen Kommunikationsstil respektiere und sich daran anpasse. Mit Patienten anderer nationaler Herkunft (vermutlich v.a. skandinavische und anglophone Patienten) sei die Kommunikation lockerer und entspannter. Laut JS würden anglophone Patienten sich eventuell nicht verstanden fühlen, wenn der Arzt zwar Englisch rede, jedoch nicht die anglophone Mentalität habe.

*„Das ist- weil einige- viele unserer englischen Patienten, zum Beispiel, kommen herein und sagen: Kann ich Ihnen vertrauen, dass sie wirklich Anglophon sind? Dies bedeutet, ob sie darauf vertrauen können, dass ich verstehe, wie sie denken, weil sie zum Beispiel aus England sind und ich sage: ‚Ja, sie können.‘ aber das ist eigentlich, denke ich, der Grund, warum sie uns aufsuchen, weil wir verstehen, wie sie in ihrem Kopf funktionieren.“ (JS: 174-176)*

Des Weiteren würden französische Patienten eher Antibiotika als anglophone Personen erwarten. Die anglophone und skandinavische Welt sei eine andere, als die französische Welt. Hier gebe es einen großen Unterschied:

*„Es ist, es ist- Ich kann sogar nicht sagen, was es ist, jedoch ist es ein großer Unterschied.“. (JS: 177)*

JS nennt desweiteren Barrieren, die in der Kommunikation mit muslimischen Patienten auftreten könnten (z.B., dass die Kommunikation mit einer muslimischen Frau mit Hilfe des Mannes verläuft).

Im Folgenden werden die Äußerungen der Mediziner, die Gruppe 3 zugeteilt wurden, bezüglich folgender Aspekte zusammengefasst:

- Wahrgenommene Kulturkreise

---

<sup>16</sup> JS stammt aus einem skandinavischen Land und war dort ebenfalls als Ärztin tätig.

Die Ärzte berichten von einem Nord-Südgefälle im Bezug auf kulturelle Unterschiede. Dies bedeutet, dass sie Unterschiede zwischen Patienten aus südlichen Ländern/Regionen und Patienten aus nordischen Ländern/Regionen wahrnehmen. Dabei bezogen sie sich allerdings nicht auf bestimmte Länder. Darüber hinaus wurden auch kulturelle Unterschiede zwischen bestimmten europäischen Ländern angeführt, wie z. B. zwischen Großbritannien/skandinavischen Ländern und Luxemburg, als auch zwischen Deutschland und Frankreich. Zum Teil nehmen die Ärzte diese kulturellen Unterschiede einfach zur Kenntnis, zum Teil nehmen sie sie als Barriere wahr.

- Erklärungen für kulturell bestimmtes Verhalten

Einige Ärzte gaben Erklärungen für kulturell bestimmtes Verhalten ab, die hier noch einmal zusammengefasst dargestellt werden sollen. OP führt die kulturellen Unterschiede, die sie wahrnimmt, auf die kulturellen Unterschiede in der (familiären) Erziehung bzw. der Ausbildung zurück, die ihre Patienten erhalten haben. Dem zur Folge interpretiert sie diese kulturellen Unterschiede auf einer individuelleren Ebene. UR glaubt, dass Patienten in verschiedenen Ländern unterschiedlich „erzogen“ werden.

Für UR und JS werden kulturelle Verhaltensweisen von Patienten und Ärzten eher gesellschaftlich in einem außer familiären Setting geprägt. UR misst insbesondere der Tatsache, wie Ärzte in verschiedenen Ländern gesehen und beurteilt werden, sehr große Bedeutung bei. In Großbritannien werden Ärzte ihres Erachtens nach als menschlich gesehen und dürfen von den Patienten kritisiert bzw. in Frage gestellt werden. Ein weiteres Beispiel nennt JS, in dem sie die flache Gesellschaftsstruktur in Skandinavien in der A-P-Kommunikation thematisiert.

- Verhaltensweisen

Einige Ärzte beschreiben Verhaltensweisen, mit denen sie auf kulturell bestimmtes Verhalten der Patienten reagieren können. An dieser Stelle werden nur einige Beispiele hervorgehoben, da diese Verhaltensweisen mit IK in Zusammenhang stehen, auf die in Kapitel 9.4 ausführlicher eingegangen wird. OP beschreibt, dass sie, nachdem sie das Verhalten, das von der Kultur herrührt verstanden habe, auf eine individuelle Ebene mit dem Patienten gehe. Da OP den Patienten zuerst auf einer interkulturellen Ebene und schließlich auf einer individuellen Ebene wahrnimmt, können Zusammenhänge mit der Wahrnehmung von Patienten auf verschiedenen Ebenen (s. Anhang A)

gezogen werden. BB schildert etwa, dass es wichtig sei, sich in die jeweilige Person hinein versetzen zu können (Empathie, aber auch „Entschärfung der Situation“). JS wies noch intensiver auf einen weiteren Aspekt, den der Religion, hin. Seinem Erachten nach ist es wichtig ein Gefühl für sein Gegenüber zu entwickeln und z. B. herauszufinden, ob der Patient gläubig ist oder nicht.

#### ***9.3.7.4 Zusammenhang von kulturellem Bewusstsein und Sensitivität mit ausgewählten Variablen***

Nachdem thematische Zusammenfassungen innerhalb der Kategorien erstellt wurden, konzentrieren wir uns in diesem Kapitel auf Zusammenhänge des kulturellen Bewusstseins und kultureller Sensitivität mit weiteren Variablen. Wir wählten die soziodemographischen Merkmale Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund der Ärzte aus. Die Gründe, warum die Kategorien in die Analyse mit einbezogen wurden, sind in der Theorie begründet und werden im Folgenden dargelegt.

Werfen wir zunächst einmal einen Blick auf die Kategorien. Sechs Ärzte wurden dahingehend eingestuft, ein niedriges kulturelles Bewusstsein zu haben. Sechs Ärzten wurde ein hohes kulturelles Bewusstsein zugeschrieben, somit ist die Anzahl der Personen, die sich in beiden Kategorien befinden, ausgeglichen. Vier Personen wurden dahingehend eingestuft, dass sie denken, dass es einen allgemeinen kulturellen Einfluss auf Sprechstunden geben kann, sie diesen aber nicht in ihren eigenen Sprechstunden wahrnehmen.

Im nächsten Auswertungsschritt wurden Kreuztabellen zu bivariaten Zusammenhängen der Bewertungskategorie „kulturelles Bewusstsein und Sensitivität“ mit den genannten soziodemographischen Merkmalen der Ärzte erstellt (Tabelle 31).

**Tabelle 31. Statistische-tabellarische Darstellung der Zusammenhänge des kulturellen Bewusstseins, des Geschlechts, der Ethnizität und des Alters**

Kategorie	Kategorie 1: Kein bis niedriges kulturelles Bewusstsein	Kategorie 2: Kulturelle Aspekte können im Allgemeinen einen Einfluss auf A-P- Kommunikation haben. Arzt selbst nimmt diese während seiner eigenen Sprechstunden wahr	Kategorie 3: Hohes kulturelles Bewusstsein
<b>Ärzte</b>	<b>VB</b>	TF	<b>OP</b>
	SI	BO	<b>UR</b>
	FM	NB	<b>JS</b>
	BD		<b>BB</b>
	FN		<b>JD</b>
	<b>OJ</b>		PP
			<b>SP</b>
<b>Geschlecht</b>	Insgesamt 6, davon 2 ♀ 4 ♂	Insgesamt 3, davon 1 ♀ 2 ♂	Insgesamt 7, davon 5 ♀ 2 ♂
<b>Durchschnittliches Alter</b>	53,17 Jahre	42 Jahre	45,29 Jahre

*Anmerkung.* Fettgedruckt = Arzt mit Migrationshintergrund, d.h. mit nicht-luxemburgischer Nationalität bzw. einer anderen Muttersprache als Luxemburgisch.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Einflussfaktoren auf die medizinische Konsultation herauszufiltern und zu analysieren. In den Theoriekapiteln 3 und 4 wurde die bisherige Forschung zu den Einflussfaktoren auf die medizinische Konsultation dargelegt. Das **Geschlecht des Arztes** wurde dabei häufig untersucht und daher wurde dieses auch hier als soziodemographisches Merkmal aufgegriffen. Auffällig ist hier, dass sich in der Kategorie zum niedrigen kulturellen Bewusstsein mehr Männer und in der Kategorie zum hohen kulturellen Bewusstsein mehr Frauen befinden. Allerdings darf nicht vernachlässigt werden, dass die weiblichen Ärzte in der Stichprobe im Durchschnitt jünger sind als die männlichen Ärzte (Tabelle 32). Diese sich abbildende Tendenz könnte somit auch im Alter der Ärzte begründet liegen (s. unten)

**Tabelle 32. Kreuztabelle zur Verteilung des Alters und des Geschlechts innerhalb der Stichprobe**

Kategorien « Kulturelles Bewusstsein »	Alter 30-49 (N=7)	Alter 50-60 (N=9)	Männlich (N=8)	Weiblich (N=8)
Kategorie 1	1 (14.3%)	5 (55.6%)	4 (50.0%)	2 (25.0%)
Kategorie 2	2 (28.6%)	1 (11.1%)	2 (25.0%)	1 (12.5%)
Kategorie 3	4 (57.1%)	3 (33.3%)	2 (25.0%)	5 (62.5%)

Die zweite Variable, die berücksichtigt wurde, ist eines der Hauptthemen im Interviewleitfaden: der **Einfluss von Kultur und Ethnizität der Interagierenden auf die Konsultation**. Daher wird hier der Migrationshintergrund der Ärzte als bivariate Variable berücksichtigt. In Tabelle 30 ist ersichtlich, dass sich in der Kategorie zum

hohen kulturellen Einfluss fast ausschließlich Ärzte mit Migrationshintergrund befinden. Hieraus lässt sich ableiten, dass eine höhere Anzahl an kulturellen Erfahrungen – die durch den eigenen Migrationshintergrund sehr wahrscheinlich gegeben ist – mit einem höheren kulturellen Bewusstsein und Sensitivität einhergeht.

Zudem bestimmt die ethnische Zusammensetzung der Patientenschaft eines Arztes, wie vielen interkulturellen Begegnungen der jeweilige Arzt in seinen Konsultationen ausgesetzt ist. Wie in Abschnitt 8.4 beschrieben, gaben die meisten Ärzte einen Wert zwischen 40 bis 50 Prozent Patienten mit nicht-luxemburgischer Nationalität an. Fünf Ärzte machten Angaben zwischen 70 und 99 Prozent an Patienten mit Migrationshintergrund. PP, die einzige Person in Gruppe 3, die keinen Migrationshintergrund hat, zählt zu diesen. Von den weiteren vier Ärzten mit einem hohen Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund wurde lediglich ein Arzt nicht der Gruppe von Personen mit einem hohen kulturellen Bewusstsein zugeordnet. Hierbei handelt es sich um TF, der unterstreicht, dass er als Arbeitsmediziner eine andere Kommunikation mit Patienten habe, als Allgemeinmediziner. Er sagt, dass in seiner alltäglichen Arbeit der Inhaltsaspekt im Vordergrund stehe und er keine „großen Diskussionen“ führen würde, d.h. dass kulturelle Barrieren nicht so sehr ins Gewicht fallen würden. Ein eigener Migrationshintergrund und ein hoher Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund bieten demnach wohl eine solide Basis für ein höheres kulturelles Bewusstsein und Sensitivität.

Die dritte soziodemographische Variable, die berücksichtigt wurde, ist das **Alter des Arztes**. In Tabelle 4 sieht man, sich in der Kategorie zum niedrigeren kulturellen Bewusstsein vor allem ältere Ärzte befinden und in der Kategorie zu eine hohen kulturellen Bewusstsein vor allem jüngere Ärzte befinden. Alle bisher geäußerten Aussagen zu Unterschieden zwischen Gruppen (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund), weisen allerdings Tendenzen und keine allgemeingültigen Aussagen auf.

### 9.3.8 Interpretative Zusammenfassung der Ergebnisse zu Forschungsfrage 2

Forschungsfrage 2 richtete sich an das Bewusstsein sprachlicher Aspekte und kultureller Themen bei Allgemeinmedizinerinnen in Luxemburg. Diese Forschungsfrage wurde, wie oben erwähnt, in zwei Teile aufgegliedert. In den vorherstehenden Kapiteln 9.3.1-9.3.7 wurden die Befunde zu dieser Forschungsfrage dargestellt. Diese werden wir im Folgenden zusammenfassen und in Bezug zu den Ergebnissen aus vorhergehenden Studien setzen.

#### **Einfluss sprachlicher Aspekte auf A-P-Kommunikation**

Der erste Teil von Forschungsfrage 2 behandelt die Thematik, ob Mediziner in Luxemburg sprachliche Barrieren zwischen sich und ihren Patienten wahrnehmen und wie diese im Spezifischen ausgeprägt sind. Bezüglich ersterem wurde anhand der erfolgten evaluativen inhaltsanalytischen Auswertung ersichtlich, dass die Mehrzahl der Ärzte Sprachbarrieren als ein Problem in ihren Konsultationen wahrnimmt:

- Fünf Ärzte in der Stichprobe bewerteten Sprache nicht als Barriere („Gruppe 1“),
- Drei Ärzte bewerteten Sprachbarrieren in differenzierter Weise, d.h. sie sahen Sprache nur in bestimmten Situationen als Barriere oder bewerteten sie eher als Belastung („Gruppe 2“),
- Acht Ärzte in der Stichprobe bewerteten Sprache als Barriere („Gruppe 3“).

Als erstes werden wir uns mit den Äußerungen der Ärzte aus Gruppe 2 und 3 und daher damit beschäftigen, inwiefern Sprache in der vorliegenden Studie als Barriere im Rahmen von A-P-Kommunikation wahrgenommen wird. An dieser Stelle wird der in Kapitel 4 dargestellte aktuelle Forschungsstand zu Sprachbarrieren in der A-P-Kommunikation zusammengefasst und in Bezug mit den Ergebnissen aus der vorliegenden Studie gesetzt. Dabei unterscheiden wir zwischen dem Kommunikationsverhalten des Patienten und dem Kommunikationsverhalten des Arztes (s. Tabelle 33).

Tabelle 33. Ergebnisse aus früheren Studien zum Kommunikationsverhalten von Ärzten und Patienten

Kommunikationsverhalten der Patienten (Ergebnisse aus früheren Studien)
<p>Ergebnisse aus der Analyse von <i>Screening-Fragebögen</i>:            Patienten mit geringen Sprachkenntnissen berichteten weniger über traumatische Geschehnisse und psychologische Symptome (Bischoff et al., 1999)</p> <p>Ergebnisse aus der Analyse von <i>Videoaufnahmen</i>:            Patienten äußern sich mehr zu negativen Emotionen, wenn sie höhere Sprachkenntnisse haben (De Maesschalck et al., 2011)</p>
Kommunikationsverhalten der Ärzte (Ergebnisse aus früheren Studien)
<p>Ergebnisse aus <i>Interviews mit Patienten</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Sprachbarrieren berichteten Patienten von einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit, dass der Arzt immer sorgfältig zuhört, Dinge immer so erklärt, dass man sie versteht, immer genug Zeit mit Patienten verbringt und immer in die Entscheidungsfindung mit einbezieht (Wallace, DeVoe, Heintzman &amp; Fryer, 2009).</li> <li>• Patienten erhalten nicht alle in Frage kommenden Gesundheitsdienstleistungen (Cheng et al., 2007)</li> </ul> <p>Ergebnisse aus der Analyse von <i>Patientenakten</i>:            Ärzte, die Spanisch beherrschen, im Vergleich zu Ärzten, die nur Englisch sprechen, beraten den Patient eher hinsichtlich eines gesunden Lebensstils (Eamranond et al., 2009)</p>

In früheren Studien zeigte sich, dass Sprachbarrieren vor allem bei **psychologischen Problemen** oder bei präventiven Maßnahmen und Beratung zum Tragen kommen. Auch in der vorliegenden Studie zeigt sich, dass Sprachbarrieren bei bestimmten gesundheitlichen Beschwerden (chronische Krankheiten, längere Krankengeschichte und psychologische Probleme), als auch bei präventiven Maßnahmen am meisten ins Gewicht fallen.

Ebenso in Übereinstimmung mit vorhergehenden Studien wird die Rolle von **Übersetzern** bei Sprachbarrieren von unseren Interviewpartnern hervorgehoben. So beschreibt SI ausführlich die Problematik der Anwesenheit von Übersetzern im Rahmen von ärztlichen Konsultationen. Hier würden zum einen verschiedene Inhalte eventuell nicht richtig übersetzt werden. Zum anderen dürfe der Patient nicht das Gefühl bekommen, dass über ihn, und nicht mit ihm geredet wird. OPs Wahrnehmung ergänzt die Beschreibung von SI. Sie meint, dass ein Patient eventuell nicht alle Informationen vor der Begleitperson äußern möchte.

Den Ärzten zufolge haben Sprachbarrieren in erster Linie einen Einfluss auf die **Anamnese und Informationsvermittlung**. BD sagt, dass er bei zu großen Sprachbarrieren nicht alle Informationen erfassen kann. JS unterstreicht, dass es schwierig sei, verstanden zu werden, wenn sie nicht in ihrer Muttersprache spricht. Des Weiteren zeigen einige Ärzte ebenfalls **subtilere Nuancen** in der Sprachbenutzung in der A-P-Kommunikation auf. Laut BD etwa führe die Luxemburger Sprachsituation im medizinischen Setting zu einem „Sammelsurium“. SP beschreibt zudem, dass, obwohl sie fließend Luxemburgisch spricht, ihr der Kontakt mit ihren Patienten in ihrer Muttersprache Französisch leichter fällt. Des Weiteren zeigt sie den

Zusammenhang von Sprache und Kultur (vgl. Kapitel 4), anhand von Frankreich und Deutschland auf. Vor allem auch den Personen in Gruppe 2 kann eine subtilere Betrachtung von Kommunikationsbarrieren zugeschrieben werden: Laut TF sind Informationen schwieriger zu vermitteln, JS findet ein mehrsprachiges Setting ermüdend und FN sieht ausschließlich bei psychologischen Problemen Schwierigkeiten.

Des Weiteren zeigen die Befunde der vorliegenden Studie, dass die **in der Konsultation gesprochene Sprache** das Ausmaß von Sprachbarrieren bestimmt. Am häufigsten werden Portugiesisch und Englisch als Sprachen genannt, in denen es Kommunikationsprobleme gibt. Die Ärzte differenzieren jedoch zwischen den Abläufen der Konsultationen in denen die Patienten Portugiesisch und in denen sie Englisch sprechen.

Demnach bezeichnen einige Ärzte die Kommunikation mit Patienten, die vorwiegend Portugiesisch sprechen, als „Sprachenmix“. Sie schildern, dass sie mit jenen Patienten eine Mischung aus Französisch und Portugiesisch sprechen würden. Die erwähnten Portugiesisch-Kenntnisse eigneten sich die Mediziner in erster Linie für Sprechstunden mit portugiesischen Patienten an. Zudem beschreiben zum Beispiel SI und OJ, die beide schon viele Jahre als Mediziner tätig sind, dass sie aufgrund ihrer Erfahrung bestimmte Sprachfallen (z. B. „constipado“, s. oben) kennen und dadurch vermeiden können. Sehr schwierig bleibe laut mehreren Ärzten allerdings die Kommunikation, wenn die jeweiligen Patienten ausschließlich Portugiesisch sprechen und entweder kein Übersetzer anwesend sei, oder die Patienten, wie erwähnt, sich auf psychologische Probleme beziehen. Mehrmals sagen die Mediziner, dass sie in jenen Fällen versuchen, die Patienten an portugiesisch-sprachige Ärzte weiterzuleiten.

Englisch hingegen, ist häufig im Gegensatz zu Portugiesisch, nicht die Muttersprache der Patienten, die diese als Konversationssprache im Rahmen der Sprechstunde wählen. Einige Ärzte unterstreichen, dass es sowohl ihnen, als auch den Patienten in den besagten Fällen schwerfalle, sich in Englisch auszudrücken. Eine Ärztin (SP) sagt, dass sie in den letzten Jahren immer häufiger von Patienten aufgesucht wurde, die ausschließlich Englisch und keine der Nationalsprachen Luxemburgs sprechen. JS und UR verweisen ebenfalls auf den Bedarf an englischsprachigen Ärzten in Luxemburg. In der luxemburgischen Bevölkerung stellen Personen aus Großbritannien, den USA, den asiatischen Ländern und anderen europäischen Länder (Peltier et al, 2012; s. Tabelle 1

in Kapitel 1) - z.B. skandinavische Länder, die Türkei oder osteuropäische Länder - insgesamt fünf Prozent der Bevölkerung dar. In all diesen Ländern ist Englisch die Erst- bzw. Zweitsprache. Dieser bedeutende Bevölkerungsanteil an Personen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Englisch als Erst- bzw. Zweitsprache sprechen, belegt deutlich die Notwendigkeit von englischsprachigen Ärzten. Da Luxemburg einen Zuwanderungsanstieg erlebt (Thill & Zahlen, 2012), kann davon ausgegangen werden, dass Englisch zukünftig mehr Raum im luxemburgischen medizinischen Setting einnehmen wird, als es momentan schon der Fall ist.

Zudem nennen zwei Ärztinnen Luxemburgisch explizit als problematische Kommunikationsprache. Aus ihren Aussagen lässt sich ableiten, dass vor allem bei minderjährigen und älteren Patienten, als auch bei psychologischen Beschwerden seitens der Patienten, Kommunikationsprobleme entstehen. Die weiteren zwei Ärzte in unserer Stichprobe, die kein Luxemburgisch beherrschen, geben an, fast nicht von luxemburgisch-sprachigen Patienten konsultiert zu werden. Daher kann davon ausgegangen werden, dass Patienten, die Luxemburgisch im Rahmen einer Konsultation sprechen möchten, auch luxemburgisch-sprachige Ärzte aufsuchen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen dennoch, dass auch bei einer freien Arztwahl klare Sprachbarrieren zwischen Mediziner und Patient in der Kommunikation auf Luxemburgisch wahrgenommen werden. Da relativ häufig von Sprachbarrieren bei englisch- und portugiesisch-sprachigen Personen berichtet wird, kann darauf geschlossen werden, dass diese Patienten keinen ausreichenden Zugang zu Mediziner, die ihre jeweilige Muttersprache beherrschen, haben. Weiterhin zeigt sich an den diesbezüglich geschilderten Problemen, dass Dolmetscher nicht immer eine zufriedenstellende Lösung darstellen (s. oben).

Wie erwähnt, gibt es ebenfalls eine Gruppe an Ärzten (Gruppe 3), die Sprache nicht als Barriere bewerten. Folgende Erklärungsmöglichkeiten konnten zwischen den beiden stark ausgeprägten Gruppen 1 und 3 ermittelt werden:

- **Sprachkompetenzen und eigener Migrationshintergrund:** Die Mediziner, die Sprache als Barriere bewerten haben geringere Sprachkompetenzen, als jene, die dies nicht tun.
- **Anzahl von Patienten mit Migrationshintergrund:** eine höhere Anzahl an Patienten mit Migrationshintergrund erklärt die Wahrnehmung von Sprache als Barriere.

- **Arbeitsinhalt:** die beiden Arbeitsmediziner in der Stichprobe nehmen Sprache nicht als Barriere war, dies könnte auf ihrem Arbeitsinhalt begründet sein. So erklärt etwa FM, dass er über klarer umrissene Themengebiete mit seinen Patienten kommuniziere als Allgemeinmediziner mit ihren Patienten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein überwiegender Teil der befragten Ärzte Sprachbarrieren aus dem beruflichen Alltag kennt und diese in erster Linie auf die Art der gesundheitlichen Beschwerden des Patienten, die eigenen Sprachkompetenzen, den eigenen Migrationshintergrund, die Anzahl an Patienten mit Migrationshintergrund, den Arbeitsinhalt und die im Rahmen der Behandlung gesprochene Sprache zurückgeführt werden kann. Als problematische Sprachen werden Englisch und Portugiesisch am Häufigsten genannt. Sprachbarrieren werden ebenfalls bezüglich Luxemburgisch, der Nationalsprache Luxemburgs, wahrgenommen. Die Sprachbarrieren haben vorrangig einen Einfluss auf die Anamnese und die Informationsvermittlung. Des Weiteren wird von einigen Ärzten aufgezeigt, dass ebenfalls subtile Nuancen bei Sprachen, zu Missverständnissen führen können.

### **Einfluss kultureller Aspekte auf A-P-Kommunikation**

Nachdem wir uns mit dem ersten Teil der Fragestellung 2 beschäftigt haben, wenden wir uns nun dem zweiten Teil dieser Fragestellung zu. Letzterer bezieht sich darauf, inwiefern Mediziner in Luxemburg ein Bewusstsein und eine Sensitivität für kulturelle Aspekte in der A-P-Kommunikation haben und auf welche Aspekte sie thematisch einen Schwerpunkt legen. Dieses Forschungsziel wirft die Frage auf, inwiefern die Mediziner in Luxemburg kulturelle Barrieren zwischen sich und ihren Patienten wahrnehmen, mit ein.

In Kapitel 4.2.4.1 wurde das Modell von Schouten und Meeuweesen (2006) dargestellt, das die Hauptprädiktoren von kulturbezogenen Kommunikationsproblemen, aus der Patienten- und Arztperspektive, enthält. Wie erwähnt, stellten wir ein integratives Modell interkultureller A-P-Kommunikation auf, das ebenfalls die einzelnen Elemente einer medizinischen Konsultation nach Makoul (2001) berücksichtigt (s. Abbildung 22) mit dem wir unsere Daten in Relation setzten. In Bezug auf die Elemente interkultureller A-P-Kommunikation, geben die Mediziner an, dass vor allem die **Informationssammlung** und die **Einigung bezüglich Schwierigkeiten und Plänen** im Rahmen einer Konsultation durch kulturelle Aspekte negativ beeinflusst werden

können. Mit Blick auf das oben beschriebene Modell werden in unserer Studie als Einflussfaktoren auf die Arzt-Patienten-Kommunikation genannt:

- *Kultureller Hintergrund des Patienten*: je weiter entfernt die Kultur, desto größer ihr Einfluss.
- *Sprachfähigkeiten* des Patienten und des Arztes.
- *Erklärungsmodell* von Gesundheit und Krankheit auf Seiten des Patienten beeinflusst seine Wahrnehmung und die Beschreibung der Symptome.
- *Problematische Kommunikation*, die über *Drittparteien* vermittelt wird (z.B. durch Übersetzung) – **neuer Faktor**
- *Demographische Variablen*: Kulturelle Probleme werden häufig in Bezug auf weibliche Patientinnen geschildert.
- *Präferenzen* bezüglich des Behandlungsmodells (paternalistisch vs. shared decision-making)
- Psychologische/soziale Probleme
- Soziökonomischer Status

Mit Ausnahme des Rassismus-Faktors konnten alle Variablen des integrativen Modells interkultureller A-P-Kommunikation somit validiert werden. Als neuer Einflussfaktor, der noch nicht im Modell enthalten ist, konnte problematische Kommunikation über Drittparteien ermittelt werden.

Im Folgenden werden Ergebnisse früherer Studien zu den Besonderheiten interkultureller Arzt-Patient-Gespräche mit den vorliegenden Interviewdaten verglichen. In Abschnitt 4.2.4.2 wurden die Ergebnisse aus niederländischen Studien zur Kommunikation von niederländischen Ärzten mit Patienten mit Migrationshintergrund diskutiert (Meeuwesen et al., 2007; Schouten, Meeuwesen & Harmsen, 2008b; Schouten et al., 2007). In jenen Studien wurde gezeigt, dass niederländische Patienten bestimmter (auf Englisch: „assertive“) im Rahmen der Sprechstunde auftreten als Patienten mit anderem ethnischen Hintergrund. Dies äußert sich darin, dass erstere mehr Fragen an ihren Arzt richten, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit, erhöht, dass diese mehr Unterstützung und Zustimmung von letzterem erhalten. Des Weiteren signalisieren niederländische Patienten eher als Patienten mit Migrationshintergrund, wenn sie Informationen nicht verstanden haben.

Zudem würden Patienten mit Migrationshintergrund auch weniger Nachfragen erhalten, ob sie die Inhalte verstanden haben, als Patienten ohne Migrationshintergrund. In unseren Interviews wird nicht erwähnt, dass luxemburgische Patienten bestimmter auftreten als Patienten mit Migrationshintergrund. Hierzu steht im Gegensatz, dass vor allem Patienten mit anglophonem und osteuropäischem Hintergrund eher in die Entscheidungsprozesse zur Auswahl der Behandlung mit einbezogen werden wollen. Ein bestimmtes Auftreten des Patienten wird eher negativ aufgefasst und auf die Persönlichkeit des Patienten, nicht auf die Kultur zurückgeführt.

Interkulturelle Unterschiede hinsichtlich Behandlungspräferenzen werden vor allem bei Patienten beschrieben, die aus europäischen Kulturkreisen stammen. Auch einige Mediziner in unserer Stichprobe sagen, dass sie Unterschiede bezüglich der Meinung über bestimmte medizinische Behandlungsmethoden zwischen ihnen und Medizinern aus anderen europäischen Ländern wahrnehmen. Dies geht einher mit den Ergebnissen von van den Brink-Muinen et. al. (2000), die zeigen, dass es bezüglich der tatsächlichen Häufigkeiten und den Patientenpräferenzen, ob Ärzte biomedizinische und psychosoziale Aspekte ansprechen, Unterschiede zwischen europäischen Ländern gibt.

Die Mediziner in der vorliegenden Studie berichten bei Patienten mit einem anderen kulturellen Hintergrund vor allem von Problemen mit der Informationssammlung. Als Lösungsstrategie würden die Ärzte in dem Fall mehr Fragen an den Patienten richten. Dies steht im Gegensatz zu den Befunden von Schouten (2008b), deren Ergebnisse Hinweise darauf bieten, dass an Patienten mit Migrationshintergrund weniger Fragen als an Patienten ohne Migrationshintergrund gerichtet werden.

In einer Studie in den USA (Dorgan et al., 2009), eine der wenigen vorher durchgeführten qualitativen Studien, die die Sicht von internationalen Medizinern auf interkulturelle A-P-Kommunikation erfassten, kristallisierten sich zwei Barrieren heraus: (1) Barrieren aufgrund der medizinischen Ausbildung und (2) interpersonale Barrieren. In unserer Studie wird weniger eine unzureichende Ausbildung in Kommunikationskompetenzen thematisiert, sondern die ungenügende Reflektion über diese im Alltag. Ein Arzt betont, dass er nicht als Kommunikator geschult sei, jedoch eine Verbindung zu kulturellen Barrieren stellt er diesbezüglich nicht her.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die von Arzt und Patient wahrgenommene Ähnlichkeit hinsichtlich demographischer und kognitiver Eigenschaften mit einer positiven Bewertung der Kommunikation einhergeht (Sue, 1998). Einige Ärzte mit Migrationshintergrund bewerteten Kommunikation positiver, wenn diese mit Patienten mit einem ähnlichen kulturellen Hintergrund, wie sie selbst, stattfand. In Übereinstimmung mit Street, O' Mally, Cooper und Haidet (2008) konnten hier ebenfalls Hinweise gefunden werden, dass die Kommunikation als positiver bewertet wird, wenn Ärzte sich hinsichtlich persönlicher Überzeugungen, Werte und Kommunikation als ähnlich zu ihrem Patient wahrnehmen.

Die in der vorliegenden Studie befragten Ärzte beschreiben den Einfluss von Kultur auf A-P-Kommunikation auf verschiedenen Ebenen. Darunter sind die Ebenen „Wahrgenommene Kulturkreise“ und „Erklärungen für kulturell bestimmtes Verhalten“, welche im Folgenden dargestellt werden. Bezüglich der **wahrgenommenen Kulturkreise** berichten die Ärzte zum einen von kulturellen Unterschieden zwischen sich selbst und Patienten aus Ländern, die weit entfernt von Europa sind, wie etwa asiatische Länder. Des Weiteren betonen einige Ärzte, dass es ein Nord-Südgefälle im Bezug auf kulturelle Unterschiede gibt. Darüber hinaus werden kulturelle Unterschiede zwischen bestimmten europäischen Ländern angeführt, zum Beispiel kulturelle Unterschiede zwischen Großbritannien/skandinavischen Ländern und Frankreich, oder auch kulturelle Unterschiede zwischen Deutschland und Frankreich. Zweitens geben einige Ärzte **Erklärungen für kulturell bestimmtes Verhalten** ab. So wird unterstrichen, dass Einstellungen und Verhalten, die kulturell bestimmt sein können, in der Familie und von der Gesellschaft<sup>17</sup> geprägt werden. Allerdings wird ebenfalls geäußert, dass Einstellungen in Familien zu medizinischen Konsultationen (z. B. wie häufig man diese aufsucht), einen direkten Einfluss auf A-P-Kommunikation haben können. Hier könnte somit eine Wechselwirkung zwischen kulturellem und familiärem Einfluss (welcher ja auch kulturell geprägt sein kann) bestehen.

Neben dem kulturellen familiären Einfluss wird ebenfalls ein kultureller gesellschaftlicher Einfluss beschrieben. In Großbritannien werden Ärzte laut UR als menschlich gesehen und dürfen von den Patienten kritisiert bzw. in Frage gestellt werden. Ein weiteres Beispiel nennt OJ in dem sie die flache Gesellschaftsstruktur in

---

<sup>17</sup> UR glaubt, dass Patienten in verschiedenen Ländern unterschiedlich „erzogen“ werden

Skandinavien thematisiert, welche sich ebenfalls in der dortigen A-P-Kommunikation widerspiegelt.

Der Einfluss von Kultur auf andere Komponenten einer medizinischen Behandlung als die der Kommunikation, wurde im theoretischen Teil nicht berücksichtigt, da der Fokus der vorliegenden Arbeit der A-P-Kommunikation gilt. Allerdings werden in den meisten Interviews Einflüsse von Kultur auf die klinische Untersuchung und medizinische Behandlung beschrieben, die teilweise Kommunikationselemente beinhalten. Diese Beschreibungen bezüglich der klinischen Untersuchung hängen durchgehend mit religiösen Aspekten zusammen, welche vor allem im Zusammenhang mit muslimischen Patientinnen stehen. In bestimmten Religionen (zum Beispiel Islam und Zeugen Jehovas) werden einige medizinische Behandlungen und Medikamente nicht toleriert.

Auch wenn frühere Forschung beschreibt, dass kulturelle und sprachliche Barrieren eindeutig zu Missverständnissen in der A-P-Kommunikation führen können, so gibt es doch eine bedeutende Anzahl an Mediziner in unserer Stichprobe, die dies nicht so sieht. Da diese unterschiedlichen Auffassungen zwischen den Mediziner sichtbar wurden, wurden im Rahmen einer evaluativen Inhaltsanalyse drei Kategorien gebildet.

- 1. Gruppe: Niedriges bis kein kulturelles Bewusstsein und Sensitivität (6 Personen)
- 2. Gruppe: Mittleres bis hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität im Allgemeinen, dies betrifft jedoch NICHT die eigenen Sprechstunden (3 Personen)
- 3. Gruppe: Hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität (7 Personen)

Demnach gibt es mehrere Äußerungen von Ärzten, laut denen Kultur in der ärztlichen Konsultation kein Problem darstellt. Dieser ersten Kategorie wurden sechs Ärzte zugeordnet. Zusammengefasst betrachtet, sticht bei den meisten Personen in dieser Gruppe heraus, dass ihnen eine Beurteilung bezüglich eines eventuellen kulturellen Einflusses auf A-P-Kommunikation schwerfällt. Beispiele, die den Ärzten zu einem Einfluss von Kultur auf A-P-Kommunikation einfallen, sind eher vereinzelt und sind im Kontext aller Konsultation nicht sehr bedeutsam. Wenn die Ärzte Beispiele nennen, wirken diese eher wie Einzelfälle und Ausnahmen. Ein kultureller Faktor scheint für die Mediziner in dieser Gruppe hinsichtlich der Effekte von A-P-Kommunikation im

Allgemeinen nicht besonders relevant zu sein. So messen die Personen, die in Gruppe 1 eingeordnet wurden, dem Einfluss von Kultur auf die ärztliche Sprechstunde keine hohe Bedeutung zu. Im Folgenden werden die Erklärungen dargestellt, warum jene Personen, den Einfluss von Kultur relativieren:

- Individuum, nicht Kultur steht im Vordergrund.
- Einige Ärzte sprechen explizit von einem geringen Einfluss der Kultur auf die A-P-Kommunikation.
- Sprache, nicht Kultur, hat einen Einfluss.
- Kommunikation mit Patienten aus einem anderen kulturellen Hintergrund wird als förderlich für die Kommunikation beschrieben.

Die zweite Kategorie wurde am Material gebildet und enthält Äußerungen von Personen, denen ein kulturelles Bewusstsein und Sensitivität im Allgemeinen zugeschrieben werden kann, diese jedoch nicht die eigenen Sprechstunden betrifft. Sowohl die Äußerungen der Personen in Gruppe 1 als auch aus Gruppe 2 wurden oben dargestellt. Nachstehend greifen wir weitere Äußerungen der Personen aus Gruppe 2 auf. Zwei Ärzte aus dieser Gruppe bringen kulturelle Einflüsse mit anderen Variablen in Zusammenhang. Dies ist zum einen der sozioökonomische Status; so sagt BO, dass in Belgien häufig Patienten, die eine andere Kultur als sie selbst haben, ebenfalls einen niedrigen sozioökonomischen Status haben. Laut TF ist eine „klassische kulturelle Problematik“ v.a. auf Glaubensunterschieden begründet. Die zwei anderen Ärzte in dieser Kategorie nehmen zwar kulturelle Unterschiede wahr, jedoch würde Respekt vor dem Patienten und eine langjährige Erfahrung dazu beitragen, dass Kulturunterschiede keine Barriere darstellen. Der zweiten Kategorie wurden vier Personen zugeordnet. Das Fazit, das aus diesen Aussagen gezogen werden kann, ist, dass Kultur in Luxemburg in den Augen dieser Mediziner nicht als bedeutender Einflussfaktor auf A-P-Kommunikation gesehen wird. Dennoch kann den Mediziner ein hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität für mögliche kulturelle Einflüsse auf A-P-Kommunikation zugeschrieben werden. In der dritten Kategorie befinden sich sechs Mediziner. Jede der Personen in dieser letzten Gruppe nennt Beispiele für kulturelle Einflüsse auf die A-P-Interaktion und betont deren Bedeutung. Zum Teil gehen die hier erfassten Aussagen über die eigene Interaktion der Mediziner mit dem Patienten hinaus und beziehen sich auf generelle Wahrnehmungen und

Einschätzungen, die interkulturelle A-P-Kommunikation betreffen. Zum einen wurden kulturell bedingte, unterschiedliche Kommunikationsstile zwischen den Patienten festgestellt. In den Fällen, wo diese als Barriere gesehen werden, betrifft dies vor allem die Informationssammlung. Die Art, wie einige Patienten, die einen anderen kulturellen Hintergrund als der Arzt haben, ihre Symptome beschreiben, beeinflusst die Sammlung der Informationen. Einige Ärzte berichten, dass sie mit diesen Barrieren klarkommen würden, während andere Ärzte mehr Schwierigkeiten haben. Zudem werden unterschiedliche Stile bezüglich des Umgangs mit diesen Barrieren beschrieben. Bezogen auf die Merkmale der Interviewpartner unserer Studie lässt sich zusammenfassend konstatieren, dass kulturelles Bewusstsein und Sensitivität höher ausgeprägt ist bei:

- Weiblichen Ärzten
- Jüngeren Ärzten
- Allgemeinmediziner mit einem Migrationshintergrund

Da viele der jüngeren Ärzte in der vorliegenden Stichprobe weiblich sind, können jedoch keine sicheren Schlüsse gezogen werden, ob eher das Alter oder das Geschlecht einen Einfluss auf das interkulturelle Bewusstsein und Sensitivität hat. Allgemeinmediziner mit Migrationshintergrund kann mehr interkulturelle Erfahrung als Mediziner ohne Migrationshintergrund zugesprochen werden, womit sich das höhere kulturelle Bewusstsein und Sensitivität dieser Gruppe begründen lässt.

Zusammengefasst gesehen, nimmt die Mehrzahl der befragten Mediziner einen kulturellen Einfluss auf die A-P-Kommunikation in ihren Luxemburger Praxen wahr. Dieser lässt sich durch das Modell der Einflussfaktoren interkultureller Kommunikation von Schouten und Meeuweesen beschreiben. Hervorzuheben ist, dass einige Mediziner bedeutende kulturelle Unterschiede zwischen Patienten aus verschiedenen europäischen Ländern wahrnehmen, während andere Ärzte ausschließlich von einem kulturellen Einfluss bei Patienten aus weiter entfernten Kulturen berichten. Die im vorliegenden Kapitel aufgezeigten Befunde zu Multikulturalität und Mehrsprachigkeit in ärztlichen Konsultationen werden im Rahmen der Diskussion in Kapitel 10 tiefergehend besprochen. Diesbezüglich soll berücksichtigt werden, inwiefern die vorliegenden Ergebnisse spezifisch für den Luxemburger Kontext sind.

## 9.4 Interkulturelle Kompetenz aus der Sicht der Ärzte

Im vorliegenden Kapitel steht die Forschungsfrage 3<sup>18</sup> im Mittelpunkt, die sich auf interkulturelle Kompetenz (IK) bezieht, d.h. das Wissen und die Fähigkeiten, die ein Arzt benötigt, damit interkulturelle Kommunikation in der Sprechstunde erfolgreich verläuft. In Kapitel 5.5.2 (Abbildung 11) stellten wir ein integratives heuristisches Modell interkultureller Kompetenz auf. Dieses Modell beschreibt die situativen und persönlichen Vorbedingungen, sowie die eigentlichen Komponenten interkultureller Kompetenz (interkulturelle Fähigkeiten und interkulturelles Wissen). Aus Fragestellung 3 leiten wir die folgenden zwei Untersuchungsschritte ab.

In einem ersten Schritt wird der Frage nachgegangen, ob die Mediziner in unserer Stichprobe interkulturelle Kompetenz beschreiben, wie sie im Modell dargestellt wird. Wir untersuchen somit, wie Allgemeinmediziner in Luxemburg interkulturelle Kompetenz definieren. Wir werden uns dabei hauptsächlich auf kulturelles Wissen sowie kulturelle Fähigkeiten beziehen. In einem zweiten Schritt werden wir dann untersuchen, wie Allgemeinmediziner in Luxemburg die Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz im Rahmen von interkultureller A-P-Kommunikation einschätzen.

### 9.4.1 Definitionen und Beschreibungen der Ärzte von interkultureller Kompetenz

In Kapitel 5 wurde aufgezeigt, dass IK „die Kompetenz einer Person in interkulturellen Überschneidungssituationen erfolgreich handeln zu können“ (Thomas & Simon, 2007, S. 136), ist. In dem vorliegenden Kapitel wird zunächst dargelegt, wie die Mediziner interkulturelle Kompetenz beschreiben und wie sie dieses Konzept definieren. Hier lassen sich drei unterschiedliche Antwortmuster erkennen: (1) spezifische Definition von IK, (2) allgemeine Definition von IK und (3) keine Definition von IK. Diese Antwortkategorien werden wir nachstehend genauer spezifizieren.

#### Spezifische Definition von interkultureller Kompetenz

11 von den insgesamt 16 befragten Ärzten geben eine spezifische Definition für interkulturelle Kompetenz an. Die Aussagen zu den spezifischen Definitionen wurden den verschiedenen Überkategorien des integrativ heuristischen Modells zugeordnet. Die häufigsten Nennungen gab es innerhalb der Kategorien „interkulturelle

---

<sup>18</sup> Forschungsfrage 3 lautet: „Was sind die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz?“

Fähigkeiten“ und „interkulturelles Bewusstsein und Sensitivität“. Dies bedeutet, dass die Mediziner diese Elemente als die Hauptbestandteile interkultureller Kompetenz sahen. In Kapitel 9.4.2 werden diese Äußerungen zu IK genauer analysiert.

### **Allgemeine Definition von interkultureller Kompetenz**

Drei Ärzte nennen keine spezifische Definition für interkulturelle Kompetenz, sondern definierten eine Art von Kompetenz, welche auch für allgemeine Arzt-Patienten-Kommunikation gültig ist. TF sagt, dass es drei Aspekte in ärztlichen Konsultationen gebe, die „man unter einen Hut bekommen müsste“ unabhängig davon, ob es sich um eine interkulturelle Interaktion handele, oder nicht:

- der fachlich-medizinische Aspekt
- die Beziehungsebene: Zufriedenstellung des Patienten – auch in seiner Eigenschaft als Kunde
- der ökonomische Aspekt einer Praxis, d.h. die beiden vorhergehenden Punkte effektiv in die Konsultation zu integrieren, ohne einen zeitlichen Rahmen zu überschreiten

Wenn diese drei Punkte erfüllt werden, dann fühle TF sich sowohl weniger erschöpft als auch weniger gestresst, dafür aber erfüllter durch seine Arbeit.

*„Das wären wieder ein Mail diese drei Punkte. Das heißt, dass man wirklich diese drei Punkte unter einen Hut bekommt. Das heißt, dass Sie wirklich also fachlich-medizinisch gut arbeiten können, den Patienten zufriedenstellen, als Kunde aber auch als Patienten, einfach zwischenmenschlich. Und dass Sie die Praxis auch ökonomisch gut führen können, das heißt, dass Sie das in einer gewissen Effizienz machen können, dass Sie nicht= Und selbstverständlich das zufriedenstellend können über die Bühne bekommen, dass Sie sich abends ein bisschen frischer fühlen und dass Sie weniger ausgelaugt sind. Das heißt, Sie haben dann selbst einen stressreduzierten Faktor. [...] Dass Sie selbst weniger Stress haben und sich erfüllter durch die Arbeit fühlen. (TF: 141)*

TF wiederholt diese Überlegungen mehrmals im Laufe des Interviews. Schon in Bezug auf die Arzt-Patient-Kommunikation im Allgemeinen betont er, dass diese drei Punkte in kurzer Zeit auf effektive und effiziente Art und Weise erfüllt werden müssten. Erst dann bewertete er Arzt-Patienten-Kommunikation sowohl für den Patienten als auch für sich selbst als erfolgreich. Allerdings stelle der Zeitfaktor häufig ein Problem dar.

*„Und diese drei Sachen müssen Sie in einem kommunikativen Akt irgendwie in kurzer Zeit über die Bühne bekommen. Effektive und effiziente Art und Weise. Und das geht oft daneben.“ (TF: 47)*

FM hingegen, sieht Wissen, das in der vorliegenden Arbeit als kulturelles Wissen bewertet wird, nicht als spezielle interkulturelle Kompetenz an, sondern eher als Allgemeinwissen. Er unterstreicht, dass dieses Allgemeinwissen soziale Kompetenz, nicht unbedingt kulturelle Kompetenz darstellt.

*„Ja genau. Bei dem einen muss man halt wissen, es ist ein Muslim, da geht man nicht fragen, ob er trinkt oder ob er Schweinefleisch isst. Jedoch ist das jetzt aber nicht von einer furchtbarer kultureller Kompetenz [...] Das ist schon sozial- aber nicht unbedingt kulturell, nein. So sehe ich das mal.“ (FM: 76-78)*

BO hat eine ähnliche Auffassung wie TF. Sie nehme ihre Patienten, wie sie sind, mit all ihren Facetten: kulturelle, religiöse, oder im Allgemeinen. Auf diese Weise respektiere sie ihre Patienten in ihrer jeweiligen Art. Das ist keine spezielle kulturelle Kompetenz, sondern gehört insgesamt zur Konsultation hinzu.

*„Ich denke, das gehört auch dazu, dass man sowieso den Patienten auch nimmt, wie er ist und respektiert. In ALL seinen Fassetten, sowohl seine kulturellen, religiösen oder was weiß ich oder auch sonst, wenn er sonst irgendwelche Meinungen hat, wir sind nicht da, um das zu beurteilen.“ (BO: 62)*

Sowohl BO und TF betonen, dass es selbstverständlich sei, alle Eigenschaften eines Patienten zu respektieren, unabhängig von seiner Kultur oder anderen Eigenschaften. Somit stellt diese Kompetenz für die beiden Ärzten keine spezielle kulturelle Kompetenz, sondern *soziale* Kompetenz dar. TF geht einen Schritt weiter, in dem er mehrere Ebenen einer ärztlichen Konsultation beschreibt, die effektiv verlaufen müssen, damit sowohl er, als auch der Patient zufrieden mit dem Verlauf der Konsultation sind. Hier ist es dann untergeordnet, ob Kultur einen Einflussfaktor auf die jeweilige Konsultation darstellt.

### **Keine Definition zu interkultureller Kompetenz**

Zwei Mediziner nennen im Rahmen des Interviews keine konkrete Definition zu interkultureller Kompetenz. Im Gegensatz zu den Medizinerinnen die eine allgemeine Definition zu IK angeben, machen diese Ärzte keine Angaben dazu, inwiefern kulturelle Kompetenz in einer anderen Kompetenz, wie etwa sozialer Kompetenz, eingebettet ist. Dies ist zum einen SI, der zum Beispiel sagt, dass er nicht beurteilen

kann, ob Personen in Abhängigkeit von ihrem kulturellen Hintergrund verschieden reagieren. BD interpretiert die Fragestellung zur interkulturellen Kompetenz aus einem anderen Blickwinkel. Er beschreibt kulturelle Kompetenz vorwiegend in Form von kulturellem Wissen, wie beispielsweise Theater und Kunst. Seine Aussagen fanden daher keine direkte Berücksichtigung.

#### **9.4.2 Analyse des integrativ heuristischen Modells interkultureller Kompetenz**

In diesem Abschnitt greifen wir die Aussagen zu einer spezifischen interkulturellen Kompetenz, der eingangs erwähnten 11 Ärzte auf. Im Folgenden werden wir genauer analysieren, ob diese Befunde mit dem in Kapitel 5 aufgestellten integrativ heuristischen Modell zu IK übereinstimmen. Dieses Modell beschreibt die situativen und persönlichen Vorbedingungen, als auch die eigentlichen Komponenten von IK (Wissen und Fähigkeiten), die ein Mediziner benötigt, um in interkulturellen Überschneidungssituationen erfolgreich handeln zu können. In der folgenden Analyse wurden die oben erwähnten, spezifischen Aussagen zu interkultureller Kompetenz der 11 Mediziner eingeschlossen.

Fragestellung 3 bezieht sich, wie in Kapitel 6 beschrieben, hauptsächlich auf die Komponenten von IK: kulturelles Wissen und kulturelle Fähigkeiten. In den folgenden Abschnitten werden nun die Befunde zu den Komponenten der IK – Wissen und Fähigkeiten - dargestellt.

##### **9.4.2.1 Kulturelles Wissen**

In Kapitel 5 wurden die Charakteristiken interkulturellen Wissens spezifiziert:

- Erfahrungsbildung, Lernen, Verstehen nach Thomas (2009)
- Kenntnis über die Kultur, Weltsicht und Erwartungen bezüglich der Beziehung des Patienten (Sue et al., 1982)
- Kulturspezifisches Wissen (Sue, 1998, 2006)
- Kulturelle Kernthemen (Teal & Street, 2009)
- Prozess, der das Suchen und Erhalten einer grundlegenden Wissensbasis über diverse kulturelle und ethnische Gruppen umfasst (Campinha-Bacote, 2002)

Diese Definitionen können in zwei Überkategorien eingeteilt werden: die Struktur und der Inhalt kulturellen Wissens (Abbildung 23).

<b>Struktur</b>	<b>Inhalt</b>
Statisches Konstrukt	Kulturspezifisches Wissen
Prozess	Kulturübergreifende Kernthemen

*Abbildung 23. Klassifikationsmöglichkeiten interkulturellen Wissens*

Die **Struktur** interkulturellen Wissens verstehen einige Modelle entweder als Teil eines Prozesses zum Erwerb interkultureller Kompetenz oder aber als statisches Konstrukt. Ersteres ist allerdings nur in einigen wenigen in Kapitel 5 dargestellten Modellen beschrieben, namentlich bei Thomas (2009) und Campinha-Bacote (2002). In Thomas' Modell stellt interkulturelles Wissen eine Stufe zum Erwerb interkultureller Kompetenz dar und wird als kulturelles Lernen und Verstehen bezeichnet. Campinha-Bacote beschreibt interkulturelle Kompetenz an sich als Prozess, nicht als statisches Konstrukt und schließt hier mit ein, dass Wissen, als Komponente von IK sich entwickeln und elaborieren kann. In anderen Konzepten wird Wissen als statisches Konstrukt beschrieben, das nicht ein Teil eines Prozesses ist. Im Folgenden werden sowohl Wissen als statisches Konstrukt, als auch als Prozess untersucht.

In Bezug auf den **Inhalt** kulturellen Wissens kann zwischen kulturellen Kernthemen oder kulturspezifischem Wissen differenziert werden. Erste beziehen sich nicht auf bestimmte Kulturen, sondern beinhalten Themen, bezüglich derer es häufig zwischen Kulturen unterschiedliche Werte und Auffassungen geben kann (z.B. Geschlechterrollen oder paternalistisches Kommunikationsverhalten von Mediziner:innen). Das kulturspezifische Wissen, hingegen ist nur für eine bestimmte Kultur gültig. Die nachstehende Ergebnisdarstellung wird sich diesen zwei, aus der Theorie abgeleiteten, Klassifizierungsmöglichkeiten von interkulturellem Wissen orientieren. Im Folgenden werden wir demnach untersuchen, welche Struktur und welchen Inhalt die Ärzte interkulturellem Wissen zuschreiben.

Als erstes analysieren wir die Aussagen, im Rahmen derer die **Struktur** interkulturellen Wissens beschrieben wurde. Diesbezüglich werden wir uns zunächst auf Wissen als **Prozess** beziehen. Die von Thomas (2009) dargestellten Stufen der Erfahrungsbildung, des Lernens und des Verstehens können in einigen Aussagen der Ärzte wiedergefunden werden.

OP unterstreicht den Zusammenhang von interkultureller Erfahrung und Wissen. Sie berichtet von ihren kulturellen Erfahrungen und äußert im Zuge dessen Inhalte, die wir als interkulturelles Wissen interpretierten. OP hat an verschiedenen Orten in Frankreich gearbeitet, wo sie kulturelle Unterschiede zwischen den Patienten im Süden Frankreichs und im Zentrum Frankreichs wahrgenommen hat. Im Süden sprachen die Patienten sehr viel und ausschweifend. Die Patienten im Zentrum Frankreichs hingegen, waren zurückhaltender.

*„Ich habe auch die Erfahrung, weil ich an mehreren Orten gearbeitet habe, ich habe in Marseille gearbeitet. In Marseille kommen die Leute mit vielen Symptomen, sie reden viel, sie haben im Großen und Ganzen überall Schmerzen und es ist sehr überschwänglich. Es sind sehr starke Schmerzen, also hatte ich da das Problem zu wissen, was das <<lachend> Hauptproblem> in Rahmen der mündlichen Kommunikation ist. Dann bin ich in eine Region in Orléans im Zentrum Frankreichs [mhm] gegangen, und dort war es komplett verschieden. Am Anfang passierte es oft, dass die Leute hinausgingen und sie mir an der Tür sagten, was wirklich ihr Problem war.“(OP: 24)*

JD beschreibt in Zusammenhang mit kulturellen Unterschieden, wie er aufgrund seiner Erfahrung wisse, wie er einen Patienten untersuchen müsse und so „rieche, wenn jemand wirklich krank ist“. Auch wenn er sich hier im Speziellen auf kulturelle Unterschiede bezog, kann davon ausgegangen werden, dass er hiermit seine Arbeit im Allgemeinen anspricht. Laut ihm hätten jüngere Kollegen zwar ein besseres theoretisches Wissen als er, aber dafür wisse er aufgrund seiner Erfahrungen, wie er mit Patienten umgehen soll. Erfahrungen lassen sich hier auch durchaus als eine Art von Wissen verstehen.

*„Ja, das verfeinert sich im Lauf des Lebens immer mehr. Da geht mehr mit Erfahrung, weniger mit Wissen sag ich immer, denn es gibt sicherlich jüngere Kollegen, die haben ein viel besseres theoretisches Wissen wie ich, dafür weiß ich mehr wie ich einen Patienten angehen muss und wie ich ihn untersuchen muss und wo ich dann meine Nase so geschärft habe, dass ich rieche wenn jemand wirklich krank ist.“ (JD: 24)*

Somit zeigen die vorliegenden Befunde, dass zum einen das Praktizieren in verschiedenen Gegenden/Ländern, als auch eine längere Berufserfahrung von den Ärzten als Quelle kulturellen Wissens und als Teil eines Prozesses zum Erlangen kultureller Kompetenz gesehen werden kann. Es zeigt sich, dass nicht nur internationale Erfahrungen, sondern auch schon das Praktizieren in verschiedenen Regionen eines Landes als kulturelle Erfahrungsbildung bewertet wird. Des Weiteren

wird vor allem die praktische Berufserfahrung als Mediziner als Teil kulturellen Wissens gesehen.

Nachdem die Ergebnisse zu Wissen als Prozess aufgezeigt wurden, werden im Folgenden jene Äußerungen analysiert, in denen Wissen als **statisches Konstrukt** beschrieben wurde. In der Literatur (vgl. Kapitel 5) wurde mit Blick auf den **Inhalt von interkulturellem Wissen** zwischen kulturellen Kernthemen, als auch kulturspezifischem Wissen unterschieden. Im Folgenden werden beide Arten analysiert. Zunächst legen wir den Fokus auf die Äußerungen der Ärzte zum **kulturspezifischem Wissen**. Einige dieser Aussagen wurden schon in Zusammenhang mit kulturellen Einflüssen sowie kulturellem Bewusstsein und Sensitivität in Kapitel 9.3. beschrieben. Jene werden daher hier nicht mehr im Detail dargestellt.

Mehrfach wurde über kulturelles Wissen in Zusammenhang mit **Religion** berichtet. (v. a. Islam und Zeugen Jehovas). Ein religiöser Einfluss hat vor allem bei folgenden Faktoren Gewicht:

- Art der Kommunikation (z.B., ob mit der Frau selbst oder mit ihrem Ehemann über sie kommuniziert wird)
- Inhalte der Kommunikation (z.B. die Nahrungsaufnahme in der Zeit des Ramadan)
- Körperliche Untersuchung (z.B. die Untersuchung einer muslimischen Frau durch einen männlichen Arzt)
- Kommunikation über die Behandlung und Behandlung selbst (z.B. Medikamente, die Schweinefleischextrakte enthalten)

Zudem wird angesprochen, dass Kultur **die Art und Weise, wie Krankheit und Gesundheit beschrieben werden**, bestimmen können. Diesbezüglich erwähnt die Ärztin UR z.B. Unterschiede in der Kommunikation von indischen und europäischen Patienten. Obwohl verschiedene Sprachen in Europa gesprochen werden, sprechen wir laut UR die gleiche Sprache, wenn es um die Beschreibung von Krankheit und Gesundheit geht. Als Beispiel nennt sie indische Frauen, die sich über Schmerzen im ganzen Körper beschwerten und welche sich oft als Depression entpuppten. Dies sei laut ihr keine europäische Kommunikationsweise („thing to say“).

*„Ich schätzte, dass in vielen Hinsichten, obwohl Europa viele verschiedene Sprachen hat, wir eher die gleiche Sprache sprechen, wenn es darum geht Gesundheit/Krankheit zu beschreiben. Wohingegen, wenn Sie jemanden aus Indien sehen, zum Beispiel. Wir hatten viele Frauen, die*

*sich über Schmerzen in ihrem ganzen Körper beschweren und das würde man auf keinen Fall als Europäer sagen.” (UR: 101)*

Manche Ärzte nehmen ausschließlich kulturelle Unterschiede zwischen sich und ihren Patienten wahr, wenn letztere aus weit entfernten, in erster Linie außereuropäischen Kulturen stammen. UR ist demnach mit Blick auf die Informationssammlung ebenfalls dieser Ansicht. Jedoch nimmt UR auch Unterschiede zwischen europäischen Patienten bezüglich der Erwartungen an eine medizinische Konsultation wahr. Somit gewichtet UR kulturelle Differenzen mit Blick auf die verschiedenen Komponenten der Konsultation unterschiedlich: Diese zeigen sich demnach eher bezüglich der Einigung auf Behandlungspläne als bei der Informationssammlung.

Weiterhin konnte ein Wissen über **kulturell bestimmte allgemeine Kommunikationsstile** (z.B. ob Angehörige spezifischer Kulturen einen eher formellen Kommunikationsstil bevorzugen) festgestellt werden. JS sieht diesbezüglich Unterschiede in der Kommunikation zwischen europäischen Personen.

Obschon SI keine expliziten Äußerungen zu kultureller Kompetenz tätigt, äußerte er Inhalte, die von uns als kulturelles Wissen eingestuft werden konnten. Er schildert, dass es Unterschiede in der Mentalität von Personen gibt, die in Luxemburg aufgewachsen sind bzw. schon länger in Luxemburg leben und Personen, die in Portugal aufgewachsen sind. Gegenüber letzteren würde er eindeutig mehr Unterschiede in der Mentalität im Vergleich zu sich selbst<sup>19</sup> bemerken. Diese Mentalitätsunterschiede hätten Folgen auf seinen Umgang mit den Themen, die in der Konsultation angesprochen werden. Als Beispiel nennt er hier, dass portugiesische Frauen fast nie rauchen würden.

*„Ja die portugiesische Mentalität ist eine andere, als meine Mentalität. Ich denke jetzt die Jungen, die jetzt hier aufgewachsen sind, auf die Welt gekommen sind (.) diese Mentalität ist mir sicher ein bisschen näher, weil sie in unserer Kultur aufgewachsen sind, als die älteren Leute, die hier her gelegentlich auf Besuch kommen [...] und diese Leute haben sicher eine andere Mentalität, eben eine typisch portugiesische Mentalität [...] Zum Beispiel, es ist verschieden, wir haben letztens mit jemanden über rauchen geredet. [mhm] Und rauchen ist, das ist zum Beispiel, eine portugiesische Frau in Portugal die raucht normalerweise nicht.” (SI: 79-85)*

---

<sup>19</sup> SI ist ein Arzt mit luxemburgischer Nationalität ohne Migrationshintergrund

### Kulturübergreifende Kernthemen

Einige Ärzte unterstreichen, dass es nicht möglich ist über jedes spezifische kulturelle Wissen zu verfügen. VB hebt etwa hervor, dass „enzyklopädisches“ Wissen nicht möglich ist und man sich daher immer an die jeweilige Person, die einem gegenüber sitzt, anpassen muss.

*„Ich weiß wirklich nicht, wie man es anders machen könnte [mhm], außer, dass man ein enzyklopädisches Wissen über alle Kulturen hat und- man muss sich auf die Ebene der Person, die einem Gegenüber sitzt begeben und Dinge lernen, um sich anzupassen, anders ist es nicht möglich.“ (VB: 140)*

Daher betont er, dass Offenheit und „sich anpassen“ zwei sehr wichtige Aspekte der interkulturellen Kompetenz sind.

*„Es ist immer das gleiche Problem mit dem Individuum, dass man sich anpasst [mhm], aber es ist das gleiche für die Kultur. Man passt sich also der Person gegenüber an [mhm] und= es ist oft die Person aus einer anderen Kultur, die einem Dinge ihrer Kultur beibringt.“ (VB: 130)*

VB beschreibt hier, dass die Wahrnehmung der Kultur einer anderen Person und die Anpassung an diese, wichtig für gelungene A-P-Kommunikation seien. Ebenso würde man dadurch kulturelles Wissen erwerben.

JD schildert, dass es als Arzt durchaus erforderlich sei, über den eigenen Tellerrand zu schauen und sich nicht als allwissend zu verstehen. JDs Äußerung kann als Voraussetzung und Notwendigkeit gedeutet werden, sich als Arzt Wissen über andere Kulturen anzueignen. Nur wenn die Bereitschaft für Offenheit gegenüber Unbekanntem besteht, kann man Neues zulassen, aufnehmen und lernen.

*„Das eine ist die Hybris der Männer im weißen Kittel und das andere ist die, dass man in diesem Beruf immer mal ein bisschen Demut an den Tag legen muss und auch mal sagen muss, da gibt's noch was anders außer mir selbst.“ (JD: 151)*

Diese Aufnahmefähigkeit und Offenheit gegenüber anderen Kulturen können allerdings auch schon als interkulturelle Fähigkeiten, wie wir sie im Folgenden beschreiben, gedeutet werden. So können das Erwerben und die Anwendung kulturübergreifender Kernthemen als Fähigkeit bezeichnet werden. Hier lässt sich ein Graubereich zwischen kulturellem Wissen und kulturellen Fähigkeiten identifizieren.

### 9.4.2.2 Interkulturelle Fähigkeiten

Interkulturelle Fähigkeiten stellen die Fähigkeiten eines Kliniklers dar, auf eine kulturell sensitive und relevante Art zu intervenieren (Sue et al., 1982). In Kapitel 5 haben wir interkulturelle Fähigkeiten um folgende Aspekte erweitert:

- Die Kompetenz die es erlaubt, die eigenen und gemeinsamen Handlungsziele zu optimieren (Thomas, 2009)
- Die „dynamische Klassifikation“ (dynamic sizing), die Fähigkeit, zu wissen, wann man sich im Rahmen der Arbeit mit Klienten auf Generalisierungen und Pauschalisierungen verlassen kann (Sue, 2006)
- Kommunikationsfähigkeiten (Teal & Street, 2009)
- Anpassungsfähigkeiten (CAT, Teal & Street, 2009)
- Die Beherrschung der Kommunikationsfunktionen der ärztlichen Untersuchung (Teal & Street, 2009; siehe auch Kapitel 3)
- Die kulturelle Metakognition (Chiu et al., 2013; Leung et al., 2013; Sieck et al., 2013)

Nachstehend werden die kulturellen Fähigkeiten, die die befragten Mediziner nannten, dargestellt. Wir unterteilten diese in die *allgemeinen interkulturellen Kommunikationsfähigkeiten* und *Reaktionen bei interkulturellen Konfliktsituationen*. Erstere stellen die Fähigkeit dar, pro-aktiv bezüglich eventueller Konfliktsituationen zu agieren. Als „interkulturelle Konfliktsituationen“ werden hier A-P-Interaktionen verstanden, in denen es beispielsweise zu Missverständnissen oder aufgrund von Kultur und Sprache kommt oder Patienten aus der Perspektive der Kultur des Arztes unerwarteten Reaktionen zeigen. Die allgemeinen Kommunikationsfähigkeiten gliederten wir in sowohl Fähigkeiten hinsichtlich der Informationsmitteilung als auch Informationssammlung und allgemeine Verhaltensweisen auf. Des Weiteren wird ein Zusammenhang mit kulturellem Wissen und Wahrnehmungsfähigkeiten beschrieben. Effektive Reaktionen bei interkulturellen Konfliktsituationen setzen die Fähigkeit voraus, angemessen auf kulturelle Konfliktsituationen und Sprachbarrieren zu reagieren. Unter diesen fassten wir unter anderem Kommunikationsverhalten, wie die Erwartungen des Patienten zu explorieren, als auch praktische Lösungen, wie das Benutzen eines Internetwörterbuchs zusammen. Alle genannten Fähigkeiten zum proaktiven und reaktiven Agieren sind in Textbox 3 im Detail dargestellt.

Als erstes werden wir die allgemeinen interkulturellen Kommunikationsfähigkeiten näher ausführen und uns dann den Reaktionen bei interkulturellen Konfliktsituationen zuwenden.

Mit Blick auf die **Informationsmitteilung** sagt UR z.B., dass es in interkulturellen Situationen mit Sprachbarrieren wichtig sei, sich verständlich auszudrücken. Gemeint sind hiermit etwa langsames Sprechen und die Möglichkeit Informationen über eine geeignetere Art und Weise zu erklären.

*„Ich schätze, dass man nur viel Zeit und Reden braucht, Dinge langsam auf verschiedene Weisen zu sagen und die Nachricht zu übermitteln.“ (UR : 79)*

Bezüglich der **Informationssammlung** lässt sich JD exemplarisch anführen, der hervorhebt, dass man spüren müsse, wie weit man bei einem Patienten gehen kann. Der Patient müsse „open minded“ gemacht werden.

*„Ich muss für mich erspüren, wie weit ich bei diesem Patienten gehen kann, was kann ich ihn abfragen, ohne ihn zunächst Mal in die Defensive zu treiben, ich muss ihn ja ‚open minded‘ machen.“ (JD : 165)*

### Textbox 3. Interkulturelle Fähigkeiten aus der Sicht der Mediziner

#### I Allgemeine interkulturelle Kommunikationsfähigkeiten in der Konsultation

##### a. Informationsmitteilung<sup>20</sup>

- Eventuelle Unklarheiten direkt klären, Nachfragen stellen
- Anpassung, durch mehr reden, mehr Fragen stellen, versuchen besser zu verstehen
- Verständlich ausdrücken: Langsam sprechen und Dinge auf andere Art und Weise sagen

##### b. Informationssammlung (verbale und nonverbale Verhaltensweisen)

- Spüren, „wie weit man beim Patienten gehen kann“
- Beobachten, ob der Patient Inhalte ggf. nicht verstanden hat.
- Zuhören
- Kulturspezifische Sachverhalte durch (Nach-)Fragen erfahren
- Die kulturellen Hintergründe der Patienten explorieren und sich den Patienten anpassen.

##### c. Allgemeine Verhaltensweisen

- Offenheit; sich darauf einlassen, dass Menschen (kulturell) unterschiedlich sind
- Feinfühliges Anpassen
- Respekt

##### d. Wissen um Kultur

- Kulturspezifisches Wissen und seine Anwendung, z.B. bei muslimischen Patienten

##### e. Wahrnehmungsebenen (CAT)

- Nachdem man die Kultur des Patienten verstanden hat, ist es eine individuelle Frage
- Patienten Informationen mitteilen, ohne ihn in die Defensive zu treiben. Wenn der Patient sich öffnet, kann über kulturelle Dinge geredet werden

#### II Reaktion bei interkulturellen Konfliktsituationen

- In interkulturellen Konfliktsituationen reagiert der Arzt mit « seiner Kultur und seinem Gewissen »
- Fokus auf die medizinische Untersuchung
- Nutzung nonverbaler Kommunikation: z. B. Zeichnen oder mimische Darstellung
- Verwendung einfacher Sätze
- Ggf. zugeben, wenn man etwas nicht weiß und bei Kollegen rückversichern.
- Beruhigung, Empathie
- Wissen über und Umsetzen von praktischen Lösungen: z.B. Wissen über und Rückgreifen auf Telefon-

<sup>20</sup> Hier bezogen die Ärzte sich auf kulturelle und sprachliche Barrieren.

- Übersetzer-Services, Nachschlagen von Impfschemen im Internet oder Online-Wörterbücher
- Erwartungen der Patienten explorieren, v.a. bezüglich ihrer Behandlung (z. B. Hustensirup für Kinder)<sup>21</sup>

Zudem werden von einigen Ärzten **Verhaltensweisen** genannt, die sich nicht einer inhaltlichen Komponente der ärztlichen Konsultation zuordnen lassen. Darunter fällt z. B. JS Äußerung, in der sie sagt, dass sie im Umgang mit französischen Patienten formeller als mit skandinavischen oder anglophonen Patienten sei, und versuche, zurückhaltend zu sein und sich so den kulturellen Gegebenheiten der Patienten anzupassen. Sie betont, dass sie niemandem ihre eigene Kultur auferlege. Als weiteres Beispiel führt sie hierzu an, dass französische Patienten im Gegensatz zu skandinavischen Patienten eher erwarten, Antibiotika verschrieben zu bekommen. Dies respektiert sie im Rahmen ihrer ärztlichen Möglichkeiten.

*„Es ist das, worüber wir geredet haben, wenn es eine französische Person ist, dann ist es- wird es plötzlich sehr formell, weil sie auch an eine formellere Art und Weise gewöhnt sind und ich weiß nicht. Mit dem Rest, glaube ich, ist es sehr relaxed und fließend, dann kann man scherzen und die französischen Leute machen das nicht. [((lachen))] Sie verstehen nicht, wenn ich über etwas zu lachen beginne. Wenn sie nicht lachen, ist es sehr- dann verziehe ich keine Miene und das war's. Es ist in Ordnung- Ich weiß, wie es funktioniert, somit ist es- Ich versuche, nicht zu nahe zu kommen, oder zu aufdringlich zu werden [mhm] und ich weiß, dass sie wahrscheinlich eher ein Antibiotikum erwarten, als eine [skandinavische Person]. Falls es einen kleinen Grund gibt, dann ist es in Ordnung. Dann gebe ich es ihnen einfach, es macht keinen Sinn seine eigene Kultur aufzuzwingen und dann ist es ‚Nein‘. Ich muss mich anpassen und das ist, was ich mache. (JS : 55)*

Weiterhin wird der Zusammenhang von kulturspezifischem **Wissen und seine Anwendung**, z.B. bei muslimischen Patienten, genannt. So ist beispielsweise für OJ interkulturelle Kompetenz Allgemeinwissen und habe nichts spezifisch mit Medizin zu tun. Bei Patienten aus Europa sei dies kein Thema, jedoch bei Patienten mit islamischem Hintergrund könne dieses Wissen in der alltäglichen Arbeit durchaus ein Thema sein.

*„Ja, das ist meiner Meinung nach Allgemeinwissen. Das hat jetzt nichts spezifisch mit Medizin zu tun, sondern kann es in unserer alltäglichen Arbeit ein Thema sein. Nicht sehr oft. Aber die allermeisten Patienten, die ich jetzt hier behandle, kommen aus Europa, dann ist das nicht so ein Thema, jedoch abhängig davon, wo man die Praxis hat, arbeitet, dann kann dies ein stärkeres Thema sein und dann ist das Allgemeinwissen, was ist Islam, wie funktionieren die Familien, auch die Homosexualität in den islamischen Familien“ (OJ: 77)*

<sup>21</sup> Hier beschreibt UR, dass sie zwar ihre Meinung sagt, dass sie glaube, dass jene nicht wirken. Jedoch verschreibt sie dennoch den Hustensaft.

Ebenso wird ein Zusammenhang zwischen **Wahrnehmungsebenen** (vgl. Abschnitt 9.2) und kulturellen Fähigkeiten beschrieben. Nachdem man die Kultur des Patienten verstanden hat, ist die Interaktion mit dem Patienten eine individuelle Frage, so wie OP es etwa ausdrückt, indem sie sagt:

*„Die Kultur zählt trotzdem ein wenig, ich habe Ihnen gesagt, dass es trotzdem Unterschiede zwischen den Regionen in Frankreich gibt, dort spürt man, dass die Leute im Großen und Ganzen nicht die gleiche Erziehung erhalten haben, nicht gleich funktionieren, nicht gleich kommunizieren. Hat man jedoch ein Mal verstanden, wie das funktioniert, ist es nachher wirklich eine individuelle Frage.“ (OP: 238)*

Neben den Fähigkeiten zum proaktiven Agieren werden **Reaktionen bei interkulturellen Konfliktsituationen** geschildert. VB beschreibt zum Beispiel eine Situation mit einer muslimischen Familie, in der es einen Konflikt aufgrund einer Zwangsverheiratung der Tochter gab. VB stellte sich auf die Seite der Tochter und beschreibt dies als „natürliches“ Verhalten seinerseits, das nicht speziell kulturbezogen sei. In interkulturellen Konfliktsituationen reagiere er mit seiner **„Kultur und seinem Gewissen.“** Er sage was er denke.

*„Darauf antworte [mhm] ich erneut mit eventuell meiner Kultur oder meinem Gewissen.“ (VB: 154)*

BB beschreibt seinerseits dramatische Situationen mit den Patienten, die er durch eine **empathische Zugangsweise** entschärfe.

*„Oh, ich gehe gut damit um, aber wie? Es ist in <<lachend> meiner Natur.> Ich versuche, zu beruhigen und zu entdramatisieren. [mhm] Also den Leuten aber Vertrauen zu geben und zu sagen, beruhigen Sie sich, es ist nicht so dramatisch wie Sie meinen oder- Versuche aber ein bisschen mehr Empathie dabei zu haben.“ (BB: 133)*

Zudem kann in interkulturellen Überschneidungssituationen das **Wissen über und Umsetzen von praktischen Lösungen** sehr wichtig sein. UR beschreibt, dass sie manchmal im Internet Informationen nachschaut (zum Beispiel japanische Impfschemen von Kindern).

*„Manchmal werden Dinge gezeichnet oder aufgeschrieben und manchmal schaue ich online nach. Zum Beispiel wollte ich das japanische Impfschema für Kinder herausfinden [mhm]. Ich habe es eigentlich nur gegoogelt und es war online verfügbar. [...] Und wenn ich auf Französisch konsultiere, sind da klarerweise Dinge, die ich nicht sagen kann und ich muss nur über eine andere Weise nachdenken, wie ich diese Dinge sagen kann [mhm]. Ich verwende laterales Denken.“ (UR :85)*

UR findet es ebenfalls sehr wichtig **die Erwartungen der Patienten** v.a. bezüglich ihrer Behandlung zu erforschen, damit diese nicht enttäuscht werden. Diese Erwartungen seien auch kulturell bestimmt. Manchmal habe sie selbst andere Ansichten, jedoch falls es mehrere Behandlungsmöglichkeiten gebe, sei sie offen und bereit diese Unterschiede mit ihren Patienten zu diskutieren.

*„Ich frage ziemlich oft, was die Leute erwarteten oder was sie in der Vergangenheit gemacht haben. Hatten sie immer Antibiotika für diese Sinusitis? Ich weiß, dass wenn ich nicht vorhabe, Antibiotika zu verschreiben, ich immer ein bisschen mehr erklären muss. Wenn man hingegen einen Patienten sieht, dem immer gesagt wurde, Paracetamol zu nehmen und Wasserdampf anzuwenden, dann ist es das, was sie erwarten. Bezüglich ärztlicher Rezepte frage ich die Leute, was sie wollen.“ (UR :101)*

Es sei auch manchmal gut, **zuzugeben, wenn man etwas nicht wissen würde** und dann bei einem Kollegen nachzufragen Dies sei laut JD ebenfalls eine Frage der Kommunikation und die Grundvoraussetzung, Medizin zu praktizieren.

In dem vorliegenden Abschnitt wurden die kulturellen Fähigkeiten, die die Mediziner nannten, einzeln herausgegriffen. Im Folgenden werden sämtliche Äußerungen, die einzelne Mediziner zu kultureller Kompetenz tätigten, dargestellt. Dabei handelt es sich jeweils um die vollständige Definition zu interkultureller Kompetenz, die die jeweiligen Mediziner gaben.

### **Beispiele von Definitionen der Mediziner zu interkultureller Kompetenz**

Vier Ärzte äußern sich ausführlicher zu interkulturellen Fähigkeiten und Kompetenz. Deren Definitionen werden im Folgenden dargestellt. Laut **OP** umfasst interkulturelle Kompetenz, dass man auch bei kulturell verschiedenen Patienten als Arzt versteht warum ein Patient einen Mediziner aufsucht und was seine Symptome sind. Als Arzt wüsste man, wie man sich um Patienten kümmere, ihnen helfen könne oder ob man sie zu einem Facharzt überweisen würde.

*„Das ist wenn- das ist, wenn man weiß, warum die Leute gekommen sind [mhm], wenn man ihre Symptome versteht und wenn man weiß, dass man sie betreuen kann oder ihnen helfen oder zu einem Spezialisten orientieren kann.“ (OP: 59)*

**FN** sagt, dass man lernen und sich darüber informieren müsse, dass nicht jede Person den gleichen Hintergrund habe und dieselben Dinge an unterschiedlichen Orten anders verlaufen würden. Dies gelte es zu respektieren und als Arzt müsse man sich bemühen mit diesen Situationen umgehen zu können.

*„Ich denke, dass man einfach lernt, dass es an anderen Orten anders abläuft als hier und dass nicht immer jeder den gleichen Background hat und dass verschiedene Gewohnheiten anders sind und dass man sich einfach informiert, wie es an einem anderen Ort ist, dass man das respektiert und schaut, damit klar zu kommen.“ (FN: 84)*

Laut **NB** besteht interkulturelle Kompetenz darin, jedem Patienten das Gefühl zu geben, dass er so sein kann, wie er ist, und dass er sich nicht nach einer bestimmten Mentalität richten muss. Weder NB, noch der Patient sollen sich die Fragen über einen kulturellen Einfluss überhaupt erst stellen müssen.

*„Das ist wirklich jedem mal zuerst das Gefühl zu geben, dir geht es hier gut, du kannst hier sein, wie du bist und du brauchst dich hier nicht an eine luxemburgische Mentalität anzupassen oder (.) so würde ich das sehen, dass der Patienten und ich auch in der Konsultation eigentlich so im Hinterkopf sich die Fragen überhaupt nicht mehr stellen müssen. (NB: 69)*

Nach SP sei IK eine Frage der Öffnung und des Respekts gegenüber anderer Kulturen. Als Beispiel nennt SP den Zusammenhang zwischen der US-amerikanischen, risikofreudigen Kultur und dem amerikanischen Krankenversicherungssystem. In den USA sei es normal, wenn ein Touristenführer mit Gips und auf Krücken seine Arbeit ausführt. Daher solle man aufpassen, dass man Gegebenheiten, die in anderen Ländern als normal angesehen werden, nicht aus seiner eigenen Kultur heraus negativ bewertet.

*„Ja, das ist die Frage von der Öffnung gegenüber anderen Kulturen, vom Respekt anderen Kulturen gegenüber. [...] Wir können nicht mit unserem System hier für Amerikaner denken. Weil sie Risiken eingehen und das nicht ungerne. [...] Ich war in Amerika und ich habe einen Touristenführer mit Gipsbein und Krücken gesehen. Hier wäre das ein Skandal, jedoch sie sind einfach anders. Dann müssen wir aufpassen, dass wir nicht mit unseren Strukturen eine Überlegung machen, die ihnen einfach nicht passt.“ (SP: 78)*

Zusammengefasst gesehen, steht bei diesen Definitionen der Respekt vor der Kultur des Patienten im Vordergrund. Dazu gehört, dass ein Mediziner seine beruflichen Aufgaben mit fremdkulturellen Patienten angemessen erfüllt, sich über andere kulturelle Gegebenheiten informiert, und Patienten aus einer fremden Kultur ermöglicht, sich wohl zu fühlen.

### 9.4.3 Erwerb interkultureller Kompetenz

Nachdem wir die Beschreibungen von IK dargelegt haben, gehen wir nun der Frage nach, wie die befragten Allgemeinmediziner IK erlangten, beziehungsweise wie ihrer Ansicht nach IK erlangt werden kann. Hierzu gab es eine Vielzahl an Äußerungen von Seiten der Ärzte, die wir im Folgenden darstellen:

- Keiner der Ärzte absolvierte theoretische Kurse zu IK im Rahmen der medizinischen Grundausbildung.
- Einige Ärzte heben interkulturelle Erfahrungen im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung hervor.
- Die Mehrzahl der Allgemeinmediziner hat ihre selbst zugeschriebene interkulturelle Kompetenz, durch Erfahrung erworben (hauptsächlich durch berufliche Erfahrung, aber auch durch private Erfahrungen).
- Einige der Allgemeinmediziner glauben, dass interkulturelle Kompetenz Teil des Medizinstudiums sein sollte, beziehungsweise jungen Ärzten Möglichkeiten der Weiterbildung in diesem Bereich angeboten werden sollten.
- Nur wenige Ärzte sagen explizit, dass sie nachträglich einen Kurs in interkultureller Kompetenz belegen würden<sup>22</sup>, aber dies in erster Linie aus zeitlichen Gründen unterlassen würden.
- Andere Mediziner geben an, dass sie kein Interesse an Kursen zu IK haben würden, da sie schon genug IK durch Erfahrung gelernt haben, bzw. es für die Ausübung der medizinischen Tätigkeit in Luxemburg nicht wichtig sei, IK zu erwerben.

Zusammengefasst gesehen, glauben die Ärzte, das IK in erster Linie durch berufliche Erfahrung erworben werden kann. Kurse zu interkultureller Kompetenz seien vor allem für junge Ärzte mit wenig Berufserfahrung sinnvoll. Einige Ärzte sagen aber auch, dass Kurse zu einer Verbesserung ihrer interkulturellen Kompetenz führen würden, jedoch würde vor allem der Zeitmangel sie davon abhalten, an diesen teilzunehmen.

---

<sup>22</sup> Ein Beispiel war PP, die sagte, dass sie zwar schon viel im Feld gelernt habe, jedoch fühle sich nicht interkulturell kompetent, dazu würde sie Kurse benötigen. Der Grund, warum sie das jedoch nicht mache, sei der Zeitfaktor.

### 9.4.4 Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz

In diesem Kapitel soll der zweite Teil von Forschungsfrage 3, nämlich wie Allgemeinmediziner die Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz eines Mediziners im Rahmen interkultureller A-P-Kommunikation einschätzen, beantwortet werden. Hierzu wurde eine evaluative strukturierende Analyse durchgeführt.

Nach Sichtung des Materials wurde die Kategorie „Bedeutsamkeit der interkulturellen Kompetenz“ in drei Kategorien eingeteilt: (1) Niedrige Wichtigkeit interkultureller Kompetenz, (2) hohe Wichtigkeit interkultureller Kompetenz, (3) Wichtigkeit nicht ableitbar. Folgende Ankerbeispiele wurden für die ersten beiden Kategorien verwendet:

- Niedrige Wichtigkeit

*„Die Leute respektieren, vor allem mit ihnen reden, ihnen zuhören, das ist schon viel Wert heutzutage. Dann sind die Leute schon sehr zufrieden, wenn sie zu einem solchen Arzt kommen. Dass dieser jetzt auch noch kulturell total auf der Höhe ist...?“ (FM: 70)*

- Hohe Wichtigkeit

*„Ja, wenn man in einem Kontext wie diesem arbeitet. Und ich nehme an, dass es immer wichtiger wird. [...] Besonders an einem Ort wie Luxemburg, der sehr international ist“ (JS: 102)*

- Wichtigkeit nicht ableitbar

**Tabelle 34. Statistisch-tabellarische Darstellung der Zusammenhänge der Wichtigkeit interkultureller Kompetenz, des Geschlechts, der Ethnizität und des Alters**

Kategorien	Wichtigkeit nicht ableitbar	Niedrige Wichtigkeit	Hohe Wichtigkeit
<b>Ärzte</b>	SI BD SP	TF FM BO FN OJ NB VB	UR JS BB JD OP PP
<b>Geschlecht</b>	1 ♀ 2 ♂	4 ♀ 3 ♂	4 ♀ 2 ♂
<b>Altersdurchschnitt</b>	57 Jahre	47,57 Jahre	43,7 Jahre

*Anmerkung.* Fettgedruckt = Arzt mit Migrationshintergrund, d.h. mit nicht-luxemburgischer Nationalität bzw. einer anderen Muttersprache als Luxemburgisch.

Bezüglich der Wichtigkeit der IK zeigt sich ein ähnliches Ergebnis, wie bei interkulturellem Bewusstsein und Sensitivität (vgl. Kapitel 9.3.5). Jüngere Ärzte und Ärzte mit Migrationshintergrund schreiben IK eine höhere Wichtigkeit zu, das Gleiche gilt für das interkulturelle Bewusstsein und Sensitivität (Tabelle 34). Allerdings ist das

Geschlechterverhältnis diesmal ausgeglichen: Es befindet sich jeweils die gleiche Anzahl an Frauen in der Gruppe, die interkulturelle Kompetenz eine hohe Wichtigkeit zuschreiben und der Gruppe, die interkultureller Kompetenz als wenig bedeutsam bewerten. Daraus lässt sich ableiten, dass das Alter der jeweiligen Ärzte in Zusammenhang mit der Einschätzung der Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz stehen könnte. Dies könnte sich dadurch erklären lassen, dass Mediziner mit mehr Arbeitserfahrung interkulturelle Kompetenz nicht als gesonderte Kompetenz in ihrem Berufsalltag betrachten.

Während die Mehrzahl der Ärzte in der Stichprobe über ein hohes interkulturelles Bewusstsein und Sensitivität verfügt, stellt die Gruppe jener Ärzte, die interkulturelle Kompetenz als wichtig bewerten, die Minderheit dar. Dies kann dadurch erklärt werden, dass interkulturelles Bewusstsein und Sensitivität nur einen Teil der IK darstellen. Interkulturelle Kompetenz enthält noch zusätzliche Komponenten, wie etwa spezifisches kulturelles Wissen, die von den Ärzten als nicht als wichtig für effektive A-P-Kommunikation eingeschätzt werden. Allerdings zeigt sich, dass die kulturelle Sensitivität und das kulturelle Bewusstsein in engem Zusammenhang mit der Einschätzung der Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz stehen: Alle Ärzte, die IK eine hohe Wichtigkeit zusprechen, verfügen über ein hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität. Dies unterstreicht die Rolle des kulturellen Bewusstseins und Sensitivität als Vorbedingungen zur Bildung interkultureller Kompetenz, wie sie im integrativ heuristischen Modell dargestellt ist.

#### 9.4.5 Interpretative Zusammenfassung der Ergebnisse zu Forschungsfrage 3

Die Untersuchung der Fragestellung 3 bestand aus zwei Schritten. Erstens wurde der Frage nachgegangen, wie die befragten Allgemeinmediziner kulturelles Wissen und kulturelle Fähigkeiten beschreiben. Zweitens wurde analysiert, wie Allgemeinmediziner in Luxemburg die Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz im Rahmen von interkultureller A-P-Kommunikation einschätzen.

Nach Thomas und Simon (2007, S.136) ist interkulturelle Kompetenz „die Kompetenz einer Person in interkulturellen Überschneidungssituationen erfolgreich handeln zu können“. Die Autoren betonen, dass es sich hierbei um eine *Handlungskompetenz*, nicht um eine reine Kommunikationskompetenz handelt. Leung et al. (2013) beschreiben interkulturelle Kompetenz ebenfalls als kulturell angebrachte Verhaltensstrategien in verschiedenen kulturellen Kontexten. Laut den genannten

Autoren kann eine kulturell kompetente Person sich reibungslos in kulturellen Situationen bewegen, um die in verschiedenen kulturellen Kontexten als angemessen betrachteten Ziele zu verfolgen.

Im Rahmen der Studie wurden die 16 Mediziner gefragt, wie sie interkulturelle Kompetenz definieren. Dabei können, wie in Kapitel 9.4.1 ausführlich beschrieben, drei Antwortmuster festgehalten werden:

1. Keine Definition von IK (2 Ärzte)
2. Allgemeine Definition von IK (3 Ärzte)
3. Spezifische Definition von IK (11 Ärzte)

Mit Blick auf das zweite Antwortmuster (Allgemeine Definition von IK) sagen zwei Ärzte, dass interkulturelle Kompetenz bereits schon in einer *sozialen* Kompetenz eingebettet sei. Laut einem weiteren Arzt, TF, sei es wichtig, dass der fachlich-medizinische Aspekt, der Beziehungsaspekt, als auch der ökonomische Aspekt einer Praxis zueinander in Beziehung stehen. Letztere nehme eine entscheidende Rolle ein, da die ökonomische Effizienz einer Praxis erfordere, dass die einzelnen Sprechstunden in einem gewissen Zeitrahmen bleiben. Dies habe in erster Linie einen negativen Einfluss auf den Beziehungsaspekt in einer Sprechstunde. Die Zeit- bzw. Finanzproblematik im Rahmen der Ausübung von Allgemeinmedizin wird in mehreren Interviews betont. Diese greifen wir daher in der Diskussion der vorliegenden Arbeit (Kapitel 10) auf.

11 Ärzte äußern eine spezifische Definition zu IK. Im Rahmen der Auswertung wurde untersucht, wie jene Ärzte kulturelles Wissen und kulturelle Fähigkeiten beschreiben. In der Literatur werden verschiedene Arten von kulturellem Wissen beschrieben, welche wir in *Inhalt* (kulturelle Kernthemen oder kulturspezifisches Wissen) und *Struktur* (Wissen als statisches Konstrukt oder Prozess) aufgliedern. In Relation zu dieser Einteilung wurden die Äußerungen der Mediziner untersucht. Zusammenfassend können die folgenden Punkte festgehalten werden: In den Interviews wird zum einen kulturspezifisches Wissen, das durch Erfahrung erworben wurde, beschrieben. Zum anderen wird allerdings auch betont, dass „enzyklopädisches Wissen“ oft nicht möglich sei. In dem Fall sei das Verhalten des Arztes wichtig: er solle offen sein und sich dem Patienten anpassen. Insgesamt wird kulturspezifisches Wissen häufiger als kulturelle Kernthemen genannt. Erstere umfassen kulturelles Wissen in Zusammenhang mit Religion, Wissen über den

Einfluss von Kultur auf die Art und Weise, wie Krankheit und Gesundheit beschrieben werden, als auch über kulturell bestimmte allgemeine Kommunikationsstile.

Bezüglich der kulturellen Fähigkeiten wurden im Gegensatz zum kulturellen Wissen keine deduktiven Kategorien auf Basis der Theorie, sondern induktive Kategorien gebildet, die im empirischen Datenmaterial fundiert sind. Die in der Literatur beschriebenen kulturellen Fähigkeiten sind größtenteils vage gehalten und überschneiden sich inhaltlich, deswegen gestaltete sich eine deduktive Kategorienbildung als schwierig. In den Interviews konnten wir jedoch konkrete Verhaltensweisen identifizieren, die eine Unterteilung der kulturellen Fähigkeiten in Kategorien erleichterten. Wir fassten die Aussagen zusammen und bildeten in Anlehnung an die von anderen Autoren beschriebenen Fähigkeiten neue Kategorien: (1) *Fähigkeiten in der Konsultation pro-aktiv zu reagieren* (Allgemeine interkulturelle Kommunikationsfähigkeiten in der Konsultation; Informationsmitteilung, Informationssammlung (verbale und nonverbale Verhaltensweisen), kulturelles Wissen und seine Anwendung, sowie Wahrnehmungsebenen (CAT)) und (2) *Reaktionen bei interkulturellen Konfliktsituationen*.

Allerdings zeigt sich, dass die Minderheit der befragten Ärzten IK im Rahmen von A-P-Kommunikation eine hohe Bedeutung zumisst. Ein Grund hierfür könnte die mehrfache Betonung von Seiten der Ärzte sein, dass eine menschliche bzw. soziale Kompetenz wichtiger sei als interkulturelle Kompetenz und dass letztere in ersterer eingebettet sei. Aufgrund dieser Kontroverse werden die Befunde zur Auffassung der Mediziner inwiefern sich interkulturelle Kompetenz von einer allgemeinen Kommunikations- bzw. Fachkompetenz abhebt, ausführlicher in Kapitel 10 diskutiert.



## 10. Diskussion und Konklusion

In dem vorliegenden Kapitel wird die Diskussion zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie als auch zu den angewandten Forschungsmethoden dargestellt. Des Weiteren werden ein Fazit und ein Ausblick dargelegt.

### 10.1 Diskussion der Ergebnisse

In dem vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse zu den drei Forschungsfragen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersucht wurden, diskutiert. Die Fragestellungen umfassten (1) wie Allgemeinmediziner in Luxemburg die Kommunikation mit ihren Patienten beschreiben, (2) welches Bewusstsein diese bezüglich kultureller Themen und sprachlichen Aspekte während des ärztlichen Gesprächs haben und (3) was die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz sind. Da die Ergebnisse für jede Forschungsfrage einzeln in den Kapiteln 9.2.2.6, 9.2.3, 9.3.8 und 9.4.5 zusammengefasst und interpretiert wurden, wird im vorliegenden Kapitel eine weitere Synthese zu zwei Punkten, die aus sämtlichen Befunden herausgearbeitet wurden, erstellt. Erstens stellen wir dar, welche Bedeutung die Ergebnisse der vorliegenden Studie speziell für den luxemburgischen Kontext haben. Zweitens wird diskutiert, inwiefern und ob die Mediziner, die an der vorliegenden Studie teilnahmen, interkulturelle Kompetenz von der allgemeinen Fach- und Kommunikationskompetenz von Ärzten abgrenzen.

#### 10.1.1 Bedeutung der Ergebnisse für den luxemburgischen Kontext

Es gab mehrere Ausgangsüberlegungen, die der vorliegenden Studie vorangingen und ihre Relevanz unterstreichen (vgl. Kapitel 1). Luxemburg ist ein Land mit drei Nationalsprachen und einer multikulturellen Bevölkerungsstruktur. Jedoch gab es wenig Diskussion und keine wissenschaftliche Forschung zu Multikulturalität und Mehrsprachigkeit im Gesundheitswesen im Großherzogtum. Demnach war unklar, inwiefern ein Bewusstsein und Sensitivität für sprachliche und kulturelle Einflüsse auf die A-P-Kommunikation bei Mediziner in Luxemburg ausgeprägt sind. Im Folgenden werden daher die Befunde, die sich als spezifisch - hinsichtlich der gegebenen sprachlichen und demographischen Situation des Landes - für den Luxemburger medizinischen Kontext herausstellten, dargestellt.

Zwischen den befragten Medizinerinnen gibt es bedeutende Unterschiede in der Wahrnehmung von sowohl Sprach- als auch Kulturbarrieren. So bewerten fünf der 16 Medizinerinnen Sprache nicht als Barriere in der ärztlichen Konsultation und sechs Medizinerinnen sprechen kulturellen Unterschieden einen geringen Einfluss auf A-P-Kommunikation zu. Im Folgenden werden die Erklärungsgründe für und somit Einflussvariablen auf die unterschiedliche Wahrnehmung von Sprach- und Kulturbarrieren der befragten Medizinerinnen fokussiert.

Fast alle Einflussvariablen auf interkulturelle Arzt-Patienten-Kommunikation, die im Modell von Schouten und Meeuwesen (2006, vgl. Abbildung 10, S. 89) dem Referenzmodell der vorliegenden Studie, angeführt sind, können validiert werden. Zudem ergänzen wir anhand unserer Befunde das Modell (vgl. Kapitel 9.3.3) um den Einflussfaktor *Anwesenheit einer Drittperson*. Im Folgenden werden zum einen die im Modell von Schouten und Meeuwesen beschriebenen Einflussvariablen und ihre Ausprägung in der vorliegenden Studie (d.h. im Luxemburger Kontext) dargestellt. Zum anderen wurden in Kapitel 9.3 weitere Beschreibungen zu kulturellen und sprachlichen Faktoren, die spezifisch für die Luxemburger Sprach- und Bevölkerungssituation sind, dargestellt. Auf Basis dieser Beschreibungen konnten weitere Erklärungsvariablen<sup>23</sup> für die Wahrnehmung und Bewertung von sprachlichen und kulturellen Faktoren herausgearbeitet werden. Sowohl die Faktoren von Schouten und Meeuwesens Modell als auch die Luxemburg-spezifischen Variablen werden im Folgenden diskutiert:

**(1) Kultureller Hintergrund bzw. Migrationshintergrund des Patienten und des Arztes.** Erstens zeigen die Befunde, dass ein kultureller Einfluss auf die A-P-Kommunikation als umso bedeutender wahrgenommen wird, je weiter entfernt die Kultur des Patienten von jener des Arztes ist. Einige Ärzte berichten, ausschließlich kulturelle Unterschiede wahrzunehmen, wenn sie von Patienten mit außereuropäischer Kultur konsultiert werden. Zudem stehen bei jenen Patienten häufig Sprachbarrieren im Vordergrund, d.h., dass die Ärzte aufgrund unzureichender Sprachkenntnisse der Patienten mit diesen nicht adäquat kommunizieren können.

---

<sup>23</sup> Diese Erklärungsvariablen wurden größtenteils aus der Gegenüberstellung der extrem ausgeprägten Gruppen „Niedriges kulturelles Bewusstsein und Sensitivität/Keine Wahrnehmung von Sprachbarrieren“ und „Hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität/Wahrnehmung von Sprachbarrieren“ herausgearbeitet (vgl. Kapitel 9.3). Zudem werden hier die Begründungen jener Ärzte, warum sie im Ausland kulturelle Einflüsse auf die A-P-Kommunikation, jedoch nicht in Luxemburg wahrnehmen, dargestellt.

Zweitens äußern ebenfalls einige Ärzte, dass es ein Nord-Süd-Gefälle bei europäischen Patienten, vor allem bezüglich ihrer Symptomdarstellung (s. Punkt 3 unten) gebe. Einige Ärzte sagen, dass sie kulturelle Unterschiede zwischen Großbritannien/skandinavischen Ländern und Frankreich, oder auch kulturelle Unterschiede zwischen Deutschland und Frankreich wahrnehmen. Allerdings gibt es ebenfalls eine luxemburgische Ärztin, die die Arbeit mit portugiesischen Patienten als positiver sieht als die Konsultationen mit luxemburgischen Patienten.

In erster Linie schildern vor allem die Mediziner mit Migrationshintergrund in den Interviews von der Wahrnehmung von kulturellen Unterschieden. Hieraus lässt sich ableiten, dass eine höhere Anzahl an kulturellen Erfahrungen – die durch den eigenen Migrationshintergrund sehr wahrscheinlich gegeben ist – mit einem höheren kulturellen Bewusstsein und Sensitivität einhergeht. Allerdings berichten sehr viele Mediziner mit Migrationshintergrund, vor allem jene mit hohen selbsteingeschätzten Sprachkompetenzen, dass sie keine Sprachbarrieren wahrnehmen. Ein Indikator für eine hohe Wahrnehmung von Sprachbarrieren war hingegen die Anzahl an Patienten mit Migrationshintergrund, die die jeweiligen Ärzte betreuen.

Somit finden wir hier verschiedene Ebenen, auf denen ein kultureller Einfluss in Luxemburger Praxen wahrgenommen wird. Zum einen werden kulturelle Unterschiede nur bei außereuropäischen Patienten wahrgenommen, andererseits werden kulturbezogene Unterschiede zwischen europäischen Patienten beschrieben. Da Luxemburger Ärzte an verschiedenen, vorwiegend europäischen, Orten ausgebildet wurden, stellt sich hier auch die Frage, inwiefern sie die kulturellen Gegebenheiten der Ausbildungsorte eventuell schon aufgenommen haben. Diese Fragestellung könnte im Rahmen einer weiteren Studie exploriert werden.

**(2) Sprachfähigkeiten des Patienten und des Arztes sowie die in der Konsultation gesprochene Sprache.** Die Befunde in der vorliegenden Studie zeigen, dass die Wahrnehmung von Sprachbarrieren in der ärztlichen Konsultation von den Sprachkenntnissen der jeweiligen Personen und der in der Konsultation gesprochenen Sprache abhängt. Sowohl die Sprachkenntnisse der Ärzte, als auch jene der Patienten sind unterschiedlich ausgeprägt und zahlreiche verschiedene Sprachen werden in den Luxemburger Praxen gesprochen, wie in Kapitel 8 dargelegt wurde. In Luxemburg ist für Ärzte und Zahnärzte vorgeschrieben, dass sie über die notwendigen sprachlichen Kenntnisse in Deutsch oder Französisch verfügen und die drei administrativen

Sprachen des Landes verstehen oder die Fähigkeiten erlangen, diese zu verstehen (Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 2010). Dies ist jedoch nicht immer der Fall, auch bei den Ärzten in der vorliegenden Stichprobe ist dies nicht immer gegeben (vgl. Beschreibung der Sprachkenntnisse der Ärzte in Kapitel 8).

Fast alle Personen, die Sprache nicht als Barriere bewerten, haben Migrationshintergrund, sprechen jedoch im Gegensatz zu den Personen mit Migrationshintergrund in der Gruppe, die Sprache als Barriere bewertet, eine höhere Anzahl an Sprachen. Erstere beherrschen zudem immer Luxemburgisch. Demnach könnte die Nicht-Beherrschung des Luxemburgischen ein bedeutender Faktor für die Bewertung von Sprache als Barriere sein. So gibt es zwei Ärztinnen, die angeben, kein **Luxemburgisch** zu sprechen und darauf begründete Schwierigkeiten in ihren Sprechstunden in der Kommunikation auf Luxemburgisch beschreiben. Obwohl beide Ärztinnen ebenfalls kein **Deutsch** beherrschen, sagt nur eine Ärztin, dass sie Barrieren in der Kommunikation auf Deutsch mit anderen Kollegen, etwa bei geschriebenen Arztberichten, erlebt habe. Alle 16 Ärzte in der Stichprobe geben an, **Französisch** zu sprechen, wobei eine Ärztin von Barrieren, im Sinn von Missverständnissen und Benutzung falscher Ausdrücke von ihrer Seite auf Französisch berichtet. Neben den offensichtlichen Barrieren schildern einige Ärzte ebenfalls subtilere Unterschiede und Nuancen in der Benutzung der drei Landessprachen.

Neben den drei Landessprachen werden **zahlreiche andere Sprachen** genannt, die eine Barriere darstellen können. Diesbezüglich erwähnen die Ärzte am Häufigsten Portugiesisch und Englisch. Die Überlegungen zu der Bedeutung dieser Sprachbarrieren im luxemburgischen Setting wurden bereits in Kapitel 9.3.8 ausführlich diskutiert und daher an dieser Stelle nicht mehr im Detail aufgegriffen. Einige Ärzte sehen allerdings ebenfalls positive Aspekte hinsichtlich der Sprachvielfalt: Die erforderlichen Übersetzungsprozesse würden ihnen einen Anlass geben, medizinische Inhalte besser zu reflektieren.

Das Fazit zu diesen Darstellungen ist, dass zum einen jede der drei Nationalsprachen Luxemburgs von verschiedenen Medizinern als Sprache erwähnt wird, die eine Barriere in der A-P-Kommunikation darstellen kann. Nicht alle befragten Mediziner beherrschen die drei Nationalsprachen auf einem Niveau, auf dem sie angemessen mit den Patienten kommunizieren können. Diese Barrieren lassen sich jedoch größtenteils dadurch vermeiden, dass die Patienten, wenn sie in einer bestimmten der drei

Luxemburger Nationalsprachen kommunizieren möchten, sich ihren Hausarzt aussuchen können. Allerdings gibt es Hinweise, dass auch wenn die Ärzte sich als kompetent in den drei Nationalsprachen einschätzen, es zu Missverständnissen bzw. Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau mit dem Patienten kommen kann. Dies liegt einerseits an der in Luxemburg üblichen parallelen Nutzung der Nationalsprachen, etwa der Verwendung von Luxemburgisch als verbaler Kommunikationssprache und von Französisch als Schriftsprache (z. B. beim Verfassen von Arztberichten). Andererseits werden subtile Sprachunterschiede zwischen den Nationalsprachen unterstrichen. Hervorzuheben ist jedoch, dass sich eine Minderheit der befragten Ärzte in diese Richtung äußerte, obwohl viele Interviewteilnehmer mit mindestens drei Sprachen regelmäßig in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert werden dürften. Zudem heben wir hervor, dass mehrere Ärzte sagen, dass in ihren Konsultationen vielmehr sprachliche nicht-kulturelle Aspekte eine Barriere darstellen. Aus der Zusammenschau aller Aussagen lässt sich ableiten, dass sprachliche Barrieren bedeutender als kulturelle Barrieren bewertet wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass es, ausgehend von der vorliegenden Stichprobe, vermutlich genügend Hausärzte in Luxemburg gibt, die aus ihrer Sicht effektive Konsultationen in Luxemburgisch, Deutsch und Französisch durchführen können, jedoch scheint der Bedarf bei portugiesisch- und englischsprachigen Ärzten noch nicht gedeckt zu sein. Beide Sprachen könnten aufgrund des Zuwanderungsanstiegs in Luxemburg in Zukunft eine noch größere Rolle einnehmen. Im Zuge der Erweiterung der europäischen Union bzw. des Schengen-Raums und der potentiell damit verbundenen Zuwanderung von Menschen aus ost- bzw. südosteuropäischen Ländern, könnten Ärzte in Luxemburg zum Beispiel vermehrt von Patienten aus diesen Ländern konsultiert werden. Dies könnte erstens zu einem Anstieg eines Bedarfs von Englisch als Kommunikationssprache in den Konsultationen führen. Zweitens könnte, die bereits in der vorliegenden Studie genannte Problematik der A-P-Kommunikation über einer Drittperson, die als Übersetzer fungiert, dann häufiger auftreten bzw. den Konsultationsprozess stärker beeinflussen.

**(3) Einfluss von Sprach- und Kulturbarrieren auf bestimmte Elemente der A-P-Kommunikation.** In Bezug auf die Elemente interkultureller A-P-Kommunikation geben die Mediziner an, dass vor allem die Informationssammlung und die Einigung bezüglich Schwierigkeiten und Plänen im Rahmen einer Konsultation durch kulturelle

Aspekte negativ beeinflusst werden können. Auch das **Erklärungsmodell** von Gesundheit und Krankheit auf Seiten des Patienten wurde als beeinflussende Variable auf die Wahrnehmung und Beschreibung der Symptome gesehen (v.a. im Bezug auf Nord-Süd-Gefälle). Laut den Ärzten haben Sprachbarrieren in erster Linie einen Einfluss auf die Anamnese und Informationsvermittlung. Der Einfluss dieser Variablen auf die Patientenzentriertheit<sup>24</sup>, wird im folgenden Kapitel 10.2 beschrieben.

**(4) Problematische Kommunikation, die über Drittparteien vermittelt wird.** Übersetzer werden häufig als Lösungen für Sprachbarrieren gesehen, allerdings bringt ihr Einsatz eine gewisse Ambivalenz mit sich. Die befragten Ärzte nennen folgende problematische Aspekte: (a) Inhalte werden eventuell nicht richtig übersetzt, (b) es besteht die Gefahr, dass nur mit dem Übersetzer und nicht dem Patienten geredet wird, (c) Patienten möchten eventuell nicht alle Informationen vor der Begleitperson äußern. Zudem zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass einige Ärzte meinen, nicht ausreichend über Übersetzerdienste in Luxemburg informiert (z.B. telefonische Übersetzung) zu sein.

**(5) Demographische Variablen.** Innerhalb der Gruppen der Ärzte, die sowohl ein hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität haben, als auch viele Sprachbarrieren wahrnehmen, sind vorrangig die jüngeren Ärzte und mehr Frauen als Männer. Da die Ärztinnen in der Stichprobe im Durchschnitt jünger sind als die Ärzte, können jedoch keine sicheren Schlüsse gezogen werden, ob eher das Alter oder das Geschlecht einen Einfluss auf das interkulturelle Bewusstsein und Sensitivität, bzw. die Wahrnehmung von Sprachbarrieren hat. Zudem sei erwähnt, dass alle bisher dargestellten Unterschiede zwischen Gruppen (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund), eher Tendenzen aufzeigen, aufgrund derer keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können. Wie erwähnt, konnte allerdings in früheren Studien unterschiedliche Kommunikationsstile von männlichen und weiblichen Ärzten festgestellt werden, daher ist das Geschlecht auf jeden Fall eine Variable, die mit Blick auf interkulturelle Kommunikation genauer untersucht werden sollte.

Bezüglich des Geschlechts der Patienten lässt sich feststellen, dass kulturelle Probleme häufig in Bezug auf weibliche Patientinnen geschildert werden und oftmals in

---

<sup>24</sup> Patientenzentriertheit wird in vielen Studien mit „guter“ A-P- Kommunikation gleich gesetzt und bezieht sich in erster Linie darauf, den Patienten als Person wahrzunehmen (z. B. Mead & Bower, 2000; vgl. Kapitel 3).

Zusammenhang mit Religion stehen. Es stellt sich die Frage, ob weibliche Patienten in Bezug auf Kulturunterschiede in medizinischen Konsultationen vulnerabler sein könnten als männliche Patienten, d.h. eher aufgrund ihrer Kultur Missverständnissen ausgesetzt sein können. In einem Review zu Geschlechterunterschieden in ärztlichen Konsultationen kamen Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter und Kidd (2009, vgl. Kapitel 3.5.1) zu der Schlussfolgerung, dass Arzt-Patient-Dyaden in Abhängigkeit ihrer Geschlechterzusammensetzung bezüglich der vorgetragenen Anliegen der Patienten, des Inhaltes des Gesprächs, des Kommunikationsstils, der nonverbalen Kommunikation, der Darstellung von Macht und Status, sowie die Länge der Konsultation variieren können. Die oben beschriebenen Befunde bieten Hinweise, dass einige dieser Variablen sich ebenfalls in der vorliegenden Studie wiederfinden lassen. Indessen werden weitere Variablen, die von Sandhu et al. (2009) beschrieben wurden, wie die Darstellung von Macht und Status oder die Länge der Konsultation, in den vorliegenden Interviews nicht erwähnt. Da in der vorliegenden Studie nur einige Tendenzen zu Geschlechterunterschieden in der A-P-Kommunikation aufgezeigt wurden, sollte in zukünftigen Studien ausführlicher untersucht werden, ob sich der Einfluss von Kultur auf ärztliche Konsultationen bei männlichen und weiblichen Patienten unterschiedlich gestaltet.

**(6) Präferenzen bezüglich des Behandlungsmodells (paternalistisch vs. shared decision-making).** Es gibt in der vorliegenden Studie eher wenige Hinweise auf kulturell bestimmte Präferenzen bezüglich des Behandlungsmodells. Einige Ärzte schildern, dass anglophone, skandinavische und osteuropäische Patienten, verglichen mit luxemburgischen und frankophonen Patienten, diesbezüglich eine andere Vorstellung haben. Da diese Unterschiede aber nur marginal angesprochen werden, stellt sich die Frage, inwiefern in Luxemburg, ausgehend von der vorliegenden Stichprobe, ein Bewusstsein über unterschiedliche Vorstellungen zu Behandlungsmodellen in unterschiedlichen europäischen Ländern besteht. Dies ist wiederum mit Blick auf die unterschiedlichen Ausbildungs- und Herkunftsländer der in Luxemburg praktizierenden Ärzte interessant. Die detaillierten Beschreibungen der Ärzte zu Patientenzentriertheit werden in Kapitel 10.2 diskutiert.

**(7) Art der gesundheitlichen Beschwerden des Patienten.** In früheren Studien zeigte sich, dass Sprachbarrieren vor allem bei präventiven Maßnahmen und Beratung oder psychologischen Problemen am meisten Gewicht haben. Auch in der vorliegenden

Studie zeigt sich, dass Sprachbarrieren bei präventiven Maßnahmen, als auch bei bestimmten gesundheitlichen Beschwerden (chronische Krankheiten, längere Krankengeschichte und psychologische Probleme) am meisten zum Tragen kommen.

**(8) Erklärungen für kulturell gefärbtes Verhalten: Familie und gesellschaftliche Normen.** Einige Ärzte geben Erklärungen für kulturell gefärbtes Verhalten ab. So wurde unterstrichen, dass Einstellungen und Verhalten, das kulturell bestimmt sein kann, von der Familie und der Gesellschaft geprägt wird. Allerdings wird ebenfalls geäußert, dass Einstellungen in den Familien zu medizinischen Konsultationen (z. B. wie häufig man einen Arzt aufsucht), einen direkten Einfluss auf A-P-Kommunikation haben können. Hier könnte somit eine Wechselwirkung zwischen kulturellem und familiärem Einfluss, welcher ja auch kulturell geprägt ist, bestehen. Neben einem familiären Einfluss wurde ebenfalls der Einfluss von gesellschaftlichen Normen auf die Einstellung zu A-P-Kommunikation thematisiert.<sup>25</sup>

**(9) Sozioökonomischer Status (SES) der Patienten.** Ein paar Ärzte äußern, dass einige Patienten, die einen fremdkulturellen Hintergrund haben, eher über einen niedrigen sozioökonomischen Status verfügen. Letzterer stehe in Zusammenhang mit gesundheitsschädlichen Lebensbedingungen und würde daher zu schwierigeren Konsultationen und mehr Gesundheitsproblemen der betroffenen Patienten führen. Zudem gebe es bei einigen Patienten einen Zusammenhang zwischen deren niedrigen SES und deren niedrigen Sprachkompetenzen, welche zu Barrieren in der Kommunikation führen. Allerdings wird dieser Zusammenhang zwischen Kultur und SES nicht durchgängig beschrieben. Einerseits differenziert ein Arzt explizit zwischen fremdkulturellen Patienten mit einem hohen SES und mit einem niedrigen SES. Erstere hätten höhere Sprachkenntnisse als letztere. Andererseits sagt eine Ärztin, dass der sozioökonomische Status der luxemburgischen Bevölkerung im europäischen Vergleich und damit auch ihrer Patienten sehr hoch sei und daher dieser häufig keinen Effekt auf die Behandlung habe.

**(10) Religiöse Faktoren.** Einige Ärzte bringen kulturelle Einflüsse auf die A-P-Kommunikation ausschließlich mit religiösen Einflüssen in Verbindung. Da in Luxemburg andere Religionen als das Christentum nur einen prozentualen Bruchteil

---

<sup>25</sup> Nach der Ansicht einer Ärztin dürften in Großbritannien Ärzte eher als in Luxemburg, kritisiert bzw. in Frage gestellt werden. Als weiteres Beispiel wird der Zusammenhang zwischen der flachen Gesellschaftsstruktur in Skandinavien in der dortigen informellen A-P-Kommunikation thematisiert.

darstellen, ist dieser Einfluss laut den Ärzten demnach nur wenig gegeben. Allerdings wird dennoch von Konsultationen berichtet, die sich aufgrund von religiösen Faktoren als schwierig gestalten. Diesbezüglich ist jedoch weniger die Kommunikation, sondern vielmehr die klinische Untersuchung und Behandlung betroffen. Auch wenn religiöse Faktoren, quantitativ gesehen, derzeit einen eher einen geringen Einfluss auf die Sprechstunden in den luxemburgischen Praxen haben, so sind sie dennoch vorhanden und können Konsultationen in Luxemburger Praxen maßgeblich beeinflussen.

**(11) Lösungsstrategien für kulturelle und sprachliche Barrieren.** Es zeigt sich, dass kulturelle und sprachliche Barrieren als weniger bedeutend bewertet werden, wenn die Mediziner aus ihrer Sicht ausreichende Strategien für den Umgang mit diesen gefunden haben. Dass äußerst zahlreiche und kreative Lösungsansätze gefunden werden, könnte dahingehend interpretiert werden, dass der Luxemburger Kontext diese kompensierenden Verhaltensweisen erforderlich macht. Diesbezüglich spielt ebenfalls die Arbeitserfahrung der Mediziner eine Rolle, was den positiven Zusammenhang von Alter und geringer Wahrnehmung von Sprach- und Kulturbarrieren erklären könnte.

Im Rahmen dieser Diskussion griffen wir mehrere Faktoren, die den Einfluss sprachlicher und kultureller Faktoren in luxemburgischen medizinischen Setting moderieren können, heraus. Das Vorhandensein einer Vielzahl an Faktoren zeigt in erster Linie, dass es eine äußerst individuelle Sichtweise auf Sprach- und Kulturbarrieren im medizinischen Setting in Luxemburg gibt. Hervorzuheben sind diesbezüglich der kulturelle Hintergrund sowie die Sprachfähigkeiten des Arztes und Patienten, als auch die in der Konsultation gesprochene Sprache, sowie die Anzahl von Patienten mit Migrationshintergrund, die ein Mediziner betreut. Vor allem diese Faktoren, können die in der vorliegenden Studie gefundene unterschiedliche Wahrnehmung der Multikulturalität und Mehrsprachigkeit im Luxemburger Gesundheitswesen zugeschrieben werden. Mediziner, die der ethnischen Mehrheit angehören, zeigen tendenziell eine andere Sichtweise als die die Mediziner, die der ethnischen Minderheit angehören (d.h. Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit oder mit Migrationshintergrund), hinsichtlich der Ausprägung von Kultur- und Sprachbarrieren.

Als weiterer bedeutender Einflussfaktor lässt sich der Gesundheitszustand des Patienten, v.a. in Form von psychologischen Problemen, identifizieren. Mehrfach

betonen die Mediziner, dass sie ausschließlich sprachliche Barrieren wahrnahmen, wenn die Patienten psychologische Themen ansprachen. Allgemeinärzte sind häufig die erste Anlaufstelle bei allen Arten von gesundheitlichen Beschwerden und werden damit auch häufig mit psychologischen Problemen, die sich mit oder ohne körperliche Beschwerden präsentieren, konfrontiert. Vor allem für diese Gruppe von Ärzten sind daher sprachliche Barrieren im Zusammenhang mit psychologischen Problemen relevant.

Als weitere wichtige Einflussvariable stellen sich Übersetzer heraus, die sehr häufig als Lösung für Sprachprobleme genannt werden, deren Effizienz in der A-P-Kommunikation jedoch in Frage gestellt wird und deren Einsatz daher weiterer Reflektion bedarf. Zwei weitere Einflussvariablen, die mehrfach erwähnt wurden, der ökonomische und zeitliche Faktor, werden im folgenden Kapitel 10.2 aufgegriffen, da sie sich ebenfalls auf A-P-Kommunikation im Allgemeinen beziehen.

Zwei weitere Faktoren, die in der vorliegenden Studie noch nicht ausreichend beleuchtet wurden und daher Potenzial für weitere Forschung bieten, sind zum einen der Einfluss von Kultur und Sprache auf bestimmte Elemente der A-P-Kommunikation. Zwar konnten sowohl die Informationssammlung, die Informationsvermittlung, als auch die Einigung bezüglich Schwierigkeiten und Pläne als besonders vulnerable Elemente identifiziert werden, jedoch könnten diese Einflüsse noch gezielter und detaillierter erfasst werden. Zweitens sollte noch weiter erforscht werden, ob das Alter des Mediziners, sein Geschlecht oder beide Variablen ausschlaggebend für die Wahrnehmung von kulturellen und sprachlichen Barrieren sind. Nachdem dargestellt wurde, welchen Einfluss Kultur und Sprache auf die A-P-Kommunikation haben kann, wird im Folgenden die Bedeutung weiterer Einflussfaktoren diskutiert.

### **Bedeutung weiterer Einflussvariablen auf die A-P-Kommunikation im luxemburgischen medizinischen Setting**

In der vorliegenden Studie wurden neben Sprache und Kultur zahlreiche andere Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation festgestellt. Das Modell zu den Einflussvariablen auf A-P-Kommunikation von Mead und Bower (2000) wurde validiert. Zusätzlich wurden zahlreiche induktive Einflussvariablen auf Basis der Interviewdaten gebildet (s. Tabelle 35).

Insgesamt sind die Patientenfaktoren die am häufigsten genannten Einflussvariablen, d.h., die Ärzte machen den Ablauf der A-P-Kommunikation in erster Linie vom Patienten abhängig. Die Ärzte heben so unter anderem hervor, wie die Einstellungen/Erwartungen und der Kommunikationsstil der Patienten die Konsultation negativ beeinflussen kann.

**Tabelle 35. Induktiv gebildete Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation**

<b>Eigenschaften des Patienten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance</li> <li>• Soziales Umfeld des Patienten</li> <li>• Kommunikationsstil</li> <li>• Religionszugehörigkeit</li> </ul>
<b>Eigenschaften des Arztes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Müdigkeit/Tagesverfassung</li> <li>• Kommunikationsstil: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medizinische Fachsprache</li> </ul> </li> </ul>
<b>Einflüsse des beruflichen Kontextes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachgebiet <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Allgemeinmedizin</li> <li>○ Freie Arztwahl</li> <li>○ Ökonomischer Aspekt</li> </ul> </li> <li>• Sicht auf Arztberuf <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personenbezogene Voraussetzungen um Arztberuf ausüben zu können (z. B. Kommunikationsfähigkeiten)</li> </ul> </li> <li>• Schweigepflicht</li> </ul>
<b>Rahmenbedingungen der Sprechstunde</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine induktiv gebildeten Einflussfaktoren, dafür wurde „Zulassung („accreditation“) nicht validiert</li> </ul>

Als äußerst bedeutende Einflussvariable auf A-P-Kommunikation stellt sich der Zeitfaktor heraus. Die Ärzte unterstreichen, dass mangelnde Zeit sowohl die Informationssammlung als auch die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung negativ beeinflussen kann. Die Überwindung kultureller oder sprachlicher Barrieren zwischen Arzt und Patient kann zu einem zusätzlichen Zeitdruck in einer Konsultation führen, da diese in erster Linie die Informationssammlung erschweren und damit verlängern. Als Grund für diesen Zeitmangel nennen die Ärzte vorrangig ökonomische Faktoren: damit die Praxiskosten gedeckt werden können, muss eine bestimmte Anzahl an Konsultationen am Tag stattfinden. Zusätzlich wird die Problematik hervorgehoben, dass das Honorar für eine Sprechstunde unabhängig von deren Dauer berechnet wird. So wird sichtbar, dass viele Ärzte eine theoretische Vorstellung über ideale Arzt-Patienten-Kommunikation haben, und sich zum Beispiel mehr Zeit für den Beziehungsaufbau mit dem Patienten wünschen, dies jedoch aus ihrer Sicht leider häufig in der Praxis nicht durchführbar ist.

Das Fazit ist, dass es wahrgenommene kulturelle und sprachliche Barrieren im Luxemburger medizinischen Setting gibt, die von den oben dargestellten Faktoren

beeinflusst werden. Einige der der dargestellten Einflussvariablen bieten, wie erwähnt, Potenzial für weitere Forschung. Nachdem im vorliegenden Kapitel die Ergebnisse der vorliegenden Studie spezifisch für den Luxemburger Kontext mit seinen linguistischen und kulturellen Charakteristika diskutiert wurde, wird im folgenden Kapitel die Bedeutung der vorliegenden Befunde für die Konzeptualisierung von effektiver A-P-Kommunikation und interkultureller Kompetenz besprochen.

### **10.1.2 Interkulturelle Kompetenz vs. Fach-und Kommunikationskompetenz in der medizinischen Konsultation**

Als zweites wenden wir uns der Frage zu, inwiefern die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass interkulturelle Kompetenz (IK) sich von allgemeiner Kompetenz abhebt, bzw. in welchen Aspekten sie mit dieser überlappt. Frühere Konzepte und Überlegungen zu interkultureller Kompetenz betonen die Überlappung ersterer mit anderen Kompetenzen, wie etwa Kommunikationsfähigkeiten/-fertigkeiten (Teal & Street, 2009) sowie Verhaltensweisen und Einstellungen, wie etwa Patientenzentriertheit (Beach et al., 2006). Andere Konzepte zu IK stellen jedoch keine Verbindung zu anderen Fähigkeiten dar (z. B. Sue et al., 1982), zudem enthalten die verschiedenen Konzepte zu IK unterschiedliche Elemente. Daher werden wir hier diskutieren, wie interkulturelle Kompetenz von den an der vorliegenden Studie teilnehmenden Ärzten beschrieben wurde.

#### **Was ist interkulturelle Kompetenz?**

Teal und Street (2009) unterstreichen, wie oben erwähnt, die Interdependenz der Kommunikationsfähigkeiten und der Komponenten der interkulturellen Kompetenz. Laut den Autoren erhöhen sich die Kommunikationsfertigkeiten eines Arztes, je mehr er oder sie an interkultureller Kompetenz erwirbt. Viele der Kerneigenschaften von Patientenzentriertheit und interkultureller Kompetenz überlappen sich, wobei erstere die individuelle Versorgung der Patienten fokussiert und letztere sich vorrangig der Versorgung von benachteiligten und kulturell diversen Gruppen widmet (Beach et al., 2006; Teal & Street, 2009). Da es eine hohe Anzahl an Definitionen zu interkultureller Kompetenz gibt (vgl. Kapitel 5), stellten wir in einer Synthese dieser Modelle ein eigenes Modell zu interkultureller Kompetenz auf, das der vorliegenden Studie als theoretisches Rahmenmodell diene. Dieses beschreibt die in der Literatur genannten situativen und persönlichen Vorbedingungen, als auch die eigentlichen Komponenten interkultureller Kompetenz. Letztere umfassen kulturelle Fähigkeiten und kulturelles

Wissen und wurden in der vorliegenden Studie untersucht. Zudem berücksichtigen wir die im Modell dargestellten Vorbedingungen, nämlich kulturelle Sensitivität und Bewusstsein, sowie Sprachkenntnisse, welche im vorhergehenden Kapitel 10.1 diskutiert wurden.

In Anlehnung an frühere Theoriemodelle (Campinha-Bacote, 2002; Sue et al., 1982; Sue, 1998, 2006; Teal & Street, 2009; Thomas, 2009) teilten wir das kulturelle Wissen in vier Kategorien ein. So analysierten wir das kulturelle Wissen dahingehend, ob jenes ein statisches Konstrukt oder ein Prozess ist und ob es kulturelle Kernthemen oder kulturspezifisches Wissen umfasst. Zusammenfassend können die folgenden Punkte festgehalten werden. In den Interviews wurde zum einen kulturspezifisches Wissen, das durch Erfahrung erworben wurde, beschrieben. Die von Thomas (2009) dargestellten Stufen der Erfahrungsbildung, des Lernens und des Verstehens können in einigen Aussagen der Ärzte wiedergefunden werden. Die vorliegenden Befunde zeigen, dass zum einen das Praktizieren in verschiedenen Gegenden/Ländern, als auch eine längere Berufserfahrung von den Ärzten als Quelle von kulturellem Wissen und als Teil eines Prozesses zum Erlangen kultureller Kompetenz gesehen wird. Kulturelles Wissen wird von den Medizinerinnen jedoch nicht nur als Prozess, sondern ebenso als statisches Konstrukt, in Form von kulturspezifischem Wissen, beschrieben. Dazu gehören kulturelles Wissen in Zusammenhang mit Religion, die Art und Weise, wie Krankheit und Gesundheit beschrieben werden, als auch kulturell bestimmte allgemeine Kommunikationsstile. Zum anderen wird allerdings auch betont, dass „enzyklopädisches Wissen“ oft nicht möglich sei. In dem Fall sei die Kenntnis von kulturübergreifenden Kernthemen wichtig. Diese werden laut den Ärzten vor allem durch Aufnahmefähigkeit und Offenheit erworben. Allerdings überlappen sich die kulturellen Kernthemen und die kulturellen Fähigkeiten und stellen daher einen Graubereich dar.

Bezüglich der kulturellen Fähigkeiten bildeten wir in Anlehnung an die von anderen Autoren beschriebenen Fähigkeiten neue Kategorien. Diesbezüglich konnten wir feststellen, dass die Ärzte zum einen *allgemeine interkulturelle Kommunikationsfähigkeiten* und zum anderen *Reaktionen bei interkulturellen Konfliktsituationen*<sup>26</sup> beschreiben. Bisher gab es, unserem Wissen nach, noch keine derartige Unterteilung der Fähigkeiten in

---

<sup>26</sup> Als „interkulturelle Konfliktsituationen“ werden hier A-P-Interaktionen verstanden, in denen es beispielsweise zu Missverständnissen aufgrund von Kultur und Sprache kommt oder Patienten aus der Perspektive der Kultur des Arztes unerwarteten Kommunikationsverhaltensweisen zeigen.

früheren Modellen zu interkultureller Kompetenz. Somit trägt eine Unterteilung der Fähigkeiten zu einer Erweiterung der Theorie bei.

Von den 16 Interviewpartnern gab es 11, die eine Definition zu interkultureller Kompetenz äußern, also die Mehrheit. Aus den anderen fünf Interviews war entweder keine Definition zu IK ableitbar oder die Mediziner sagten, dass IK keine spezielle Kompetenz ist, sondern eine normale „soziale Kompetenz“. Letztere betonen, dass interkulturelle Kompetenz sich nicht von einer allgemeinen sozialen Kompetenz unterscheidet. Diese umfasst, dass man einen Menschen so akzeptiert wie er ist, in all seinen Facetten, unabhängig, ob diese kulturell bedingt sind oder nicht. Ein weiterer Mediziner sagt, dass es drei Komponenten in der ärztlichen Konsultation gebe, nämlich den fachlichen Aspekt, die Beziehungsebene zum Patienten und den ökonomischen Aspekt einer Praxis. Diese Elemente sollten immer in Balance gehalten werden, unabhängig, davon ob es sich um interkulturelle Kommunikation handelt oder nicht.

Allerdings gibt es ebenfalls eine Gruppe an Ärzten innerhalb der Stichprobe, die explizit sagen, dass interkulturelle Kompetenz in ihren eigenen Konsultationen nicht wichtig sei und demnach das Konzept in Frage stellten. Zu diesen Ärzten zählen ebenfalls jene Interviewpartner, die sagen, dass sie einen Einfluss von kulturellen Unterschieden zwischen sich und ihren Patienten im Rahmen von ihren beruflichen Erfahrungen im Ausland erlebt hätten, bzw., dass sie sich vorstellen können, dass dies im Ausland verstärkt der Fall sei. Die Aussagen dieser Personen wurden in Kapitel 10.1 im Detail aufgreifen. Somit lässt sich ableiten, dass mehrere Ärzte der Stichprobe zwar Beispiele aus ihrem beruflichen Alltag berichteten, die mit interkultureller Kompetenz in Zusammenhang gebracht werden können, gleichzeitig aber das « Label » und die Wichtigkeit interkultureller Kompetenz ablehnten.

Die Einschätzung der Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz kann mit den drei Wahrnehmungsebenen (die interkulturelle, die interpersonale und die Intergruppen-Wahrnehmung) nach Jain und Krieger (2011) in Zusammenhang gebracht werden. Die Autoren beschreiben, dass im Rahmen interkultureller A-P-Kommunikation zuerst die interkulturelle Ebene, dann die Intergruppen-Ebene und schließlich die interpersonale Wahrnehmungsebene erreicht werden. Während nach Jain und Krieger die interkulturelle Wahrnehmung eine eher negative Nuance, im Sinne von Stereotypisieren hat, wird interkulturelles Bewusstsein und Sensitivität in den

Modellen zu interkultureller Kompetenz eher als Vorbedingung derselben gesehen. Somit stellt sich auf der interkulturellen Ebene vielmehr die Frage, ob Kultur stereotypisiert oder mit einer gewissen Neutralität wahrgenommen wird. So ist für den Arzt VB Kultur eher ein weiterer Aspekt in der Individualität eines Menschen, als eine andere Wahrnehmungsebene im Sinne Jain und Kriegers. Er wurde in die Gruppe, jener, die über ein „niedriges bis kein kulturelles Bewusstsein und Sensitivität“<sup>27</sup> verfügen, als auch interkulturelle Kompetenz wenig Bedeutsamkeit explizit zuschreiben, eingeordnet. BD sieht eher sprachliche als kulturelle Barrieren in der A-P-Kommunikation, daher hat er ein eher niedriges kulturelles Bewusstsein und äußert sich auch nicht explizit zu IK. JD hingegen ist sowohl der Gruppe der kulturellen Bewussten zugeordnet, als auch jenen Ärzten, die IK eine hohe Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz zusprechen. JD beschreibt den Wahrnehmungsprozess interkultureller A-P-Kommunikation, wie er von Jain und Krieger angeführt wurde: JDs Wahrnehmung der Patienten wechselt von der interkulturellen, zur Intergruppen- bis zur interpersonalen Ebene. Daraus lässt sich ableiten, dass Ärzte, die die interpersonale und interkulturelle Ebene im Rahmen interkultureller Kompetenz explizit und differenziert wahrnehmen, interkultureller Kompetenz mehr Bedeutung zuschreiben. Somit scheint laut den Interviewdaten die Betrachtung eines Patienten auf allen drei Ebenen notwendig, um auf ihn eingehen zu können. Entgegen Jain und Kriegers Modell sollte die interkulturelle Ebene allerdings nicht als Wahrnehmungslevel betrachtet werden, das überwunden werden muss, sondern eher als Vorbedingung, um die Bedeutsamkeit interkultureller Kompetenz zu erkennen.

### **Effektive A-P-Kommunikation**

Zusammengefasst gesehen, wird von den Medizinerinnen ein individuelles Anpassen an den Patienten und eine empathische Kommunikationsweise, sowie die Analyse des eigenen Kommunikationsstils als effektive Kommunikationsstrategien von den Medizinerinnen bewertet. Auch erlernbare Kommunikationsstrategien und das Vermeiden von medizinischem Jargon werden hervorgehoben.

An dieser Stelle werden wir im Spezifischen die Ergebnisse zu Patientenzentriertheit, ein Konzept, das in der Literatur als Qualitätskriterium für ärztliche Behandlung angesehen wird, diskutieren. Die theoretische Definition von Mead und Bower (2000)

---

<sup>27</sup> Es handelt sich hierbei um die Gruppenbezeichnungen, die im Rahmen der evaluativen Inhaltsanalyse zu kulturellem Bewusstsein und Sensitivität erstellt wurden (vgl. Kapitel 9.3.7).

zu Patientenzentriert besteht aus fünf Unterpunkten (vgl. Kapitel 3), die nicht alle in den Interviews bestätigt werden konnten. Die von den Autoren angeführten Elemente „Gemeinsame Übernahme von Macht und Verantwortlichkeit“, und „therapeutische Allianz“ sind laut einigen Medizinerinnen nur eingeschränkt im Rahmen der medizinischen Konsultation durchführbar. Mit Blick auf die „Gemeinsame Übernahme von Macht und Verantwortlichkeit“ sagen die Ärzte, dass nicht alle Patienten diese wünschen, da sie eine paternalistische ärztliche Herangehensweise bevorzugen. Zudem möchten die Ärzte auch nicht immer dem Patienten zu viel Verantwortlichkeit übertragen, da letztere manchmal „falsche“ Vorstellungen, z. B. aufgrund von fehlerhaften Informationen aus dem Internet haben. Die „therapeutische Allianz“ erfordert, dass der Arzt in der Kommunikation die Prinzipien der Gesprächstherapie von Rogers befolgen: Empathie, Kongruenz und Wertschätzung. Allerdings sagt ein Arzt, dass er sich nicht als Psychotherapeut sehe, d.h. es ist fraglich, inwiefern die Ärzte bereit sind, psychotherapeutische Richtlinien in ihrer Vollständigkeit zu verfolgen. Die drei weiteren Komponenten, die Erfassung der „biosychosozialen Perspektive“, als auch die Betrachtung des „Patienten als Person“, und des „Arztes als Person“ konnten bestätigt werden.

In Anlehnung an frühere Theorien zeigen die vorliegenden Befunde, dass allgemeine effektive A-P-Kommunikation und interkulturelle Kompetenz sich aus der Sicht der befragten Mediziner überschneiden. Die Fähigkeiten zum proaktiven Agieren schließen einerseits Konzepte wie die Patientenzentriertheit mit ein. Einschränkend sei hier allerdings erwähnt, dass das theoretische Konzept von Mead und Bower zu Patientenzentriertheit nicht in seiner Vollständigkeit in der vorliegenden Studie validiert wurde und daher noch Forschungsbedarf besteht, inwieweit Patientenzentriertheit, im Rahmen von A-P-Kommunikation und sowohl aus Sicht der Mediziner als auch der des Patienten, gegeben sein sollte. Allerdings macht die Unterteilung der kulturellen Fähigkeiten in Fähigkeiten zum proaktiven und zum reaktiven Agieren ersichtlich, dass interkulturelle Kompetenz sich von allgemeinen Fach- und Kommunikationskompetenzen der Mediziner abhebt. Die Fähigkeiten zum reaktiven Agieren grenzen sich eindeutig von allgemeiner effektiver A-P-Kommunikation ab, da erstere spezifische Fähigkeiten, die ausschließlich im Rahmen von kulturellen „Konflikten“ notwendig werden, bezeichnen. Das spezifische kulturelle Wissen hebt sich ebenfalls vom medizinischen Fachwissen ab. Da dem kulturellen Wissen und den Fähigkeiten zum reaktiven Agieren von den befragten

Ärzten Bedeutsamkeit im Rahmen interkultureller A-P-Kommunikation zugesprochen wird, wird somit der interkulturellen Kompetenz als eigenständiger Fähigkeit, die ein Mediziner aufweisen sollte, Bedeutung zugeschrieben. Allerdings soll unterstrichen werden, dass es eine bedeutende Anzahl an Mediziner in der vorliegenden Stichprobe gibt, die dem Label „interkulturelle Kompetenz“ eine eher geringe Bedeutung zusprechen. Zum einen begründen die jeweiligen Mediziner dies dadurch, dass sie in ihren Konsultationen keine kulturellen Barrieren wahrnehmen. Zum anderen können laut den Mediziner kulturelle Konfliktsituationen ebenfalls durch soziale Kompetenzen entschärft werden.

Zusammengefasst konnten in der vorliegenden Diskussion erstens die Bedeutsamkeit der Ergebnisse der vorliegenden Studie wurden den Luxemburger Kontext herausgearbeitet werden. Im Rahmen dessen wurde sowohl die Validität des Modells auf Einflussfaktoren interkultureller Kommunikation von Schouten und Meeuweesen (2006), als auch des Modells der Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation von Mead und Bower (2000) diskutiert. Weiterhin wurden das Konzept der interkulturellen Kompetenz und seine Überlappung mit medizinischer Fachkompetenz, bzw. Kommunikationsfähigkeiten und -fertigkeiten diskutiert. Die Befunde zu beiden Punkten tragen jeweils zu einer Erweiterung der untersuchten Modelle bei. Im folgenden Kapitel zeigen wir einige Kritikpunkte an der vorliegenden Studie, als auch praktische Folgerungen und mögliche Ansätze für weiterführende Forschung auf.

## 10.2 Überlegungen zu den methodischen Ansätzen

Mit der vorliegenden Studie handelt es sich um eine explorative Studie zu A-P-Kommunikation in Luxemburg, in der aus mehreren Gründen (vgl. Kapitel 1) die Allgemeinmediziner als Teilnehmer ausgewählt wurden. Da A-P-Kommunikation ein sehr weitläufiges Forschungsgebiet ist, steht fest, dass wir anhand der vorliegenden Studie nur einen Aspekt dieser im luxemburgischen Setting erfassen konnten. Erhoben wurde ausschließlich die Sichtweise von Allgemeinmediziner auf ausgewählte Bereiche, bzw. in Bezug auf bestimmte Modelle der (interkulturellen) A-P-Kommunikation (vgl. Forschungsfragen, Kapitel 6). Allerdings ist eine Mehrzahl an weiteren Forschungsansätzen in zukünftigen Studien zu A-P-Kommunikation in Luxemburg denkbar, welche im Folgenden aufgezeigt werden. Die nachstehenden Darlegungen beziehen sich sowohl auf Forschung zu A-P-Kommunikation im Allgemeinen, als auch auf Mehrsprachigkeit und Multikulturalität im Speziellen.

In Kapitel 7 wurden die im Rahmen des vorliegenden Forschungsprozesses berücksichtigten Kernkriterien qualitativer Forschung dargestellt, welche, soweit dies angesichts der Zeit- und Personenressourcen möglich war, beachtet wurden. An dieser Stelle soll daher nur die Bias-Gefahr der *Selbstdarstellung*, bzw. der *sozialen Erwünschtheit*, die bei Datenmaterial, das auf Eigenberichten beruht (Bortz & Döring, 2005), hervorgehoben werden. Dieser Verzerrungsfaktor könnte in der vorliegenden Studie aufgrund der behandelten Thematik – Barrieren im beruflichen Alltag von Mediziner\*innen – verstärkt zum Tragen gekommen sein. Daher liegt es nahe, die Befunde der vorliegenden Studie mit Daten zu ergänzen, die einer weniger hohen Wahrscheinlichkeit, durch diesen Faktor verzerrt zu werden, ausgesetzt sind. Eine mögliche Option für weiterführende Forschung wäre daher, „natürliche Daten“, die anhand von Ton- bzw. Videoaufnahmen oder Beobachtung von A-P-Kommunikation zustande kommen (Silverman, 2006), zu verwenden.

In vielen psychologischen Studien besteht ein *Selektivitäts-Bias* der Teilnehmer (Bortz & Döring, 2005), welcher in der vorliegenden Studie aufgrund der im Allgemeinen geringen zeitlichen Ressourcen von Allgemeinmediziner\*innen besonders bedeutsam gewesen sein könnte. Ein Großteil der interviewten Mediziner\*innen könnten aufgrund eines – für die Population der Mediziner\*innen – überdurchschnittlichen Interesses an den Kommunikationsprozessen in ärztlichen Konsultationen an der vorliegenden Studie teilgenommen haben. Dies könnte in Folgestudien zum Teil verhindert werden, in dem auf die vorliegende Untersuchung aufbauende Fragebögen mit geringer Bearbeitungsdauer konzipiert und angewandt werden. Das geringere benötigte Zeitinvestment der Untersuchungsteilnehmer\*innen könnte ebenfalls Mediziner\*innen mit einem geringeren Interesse an der untersuchten Thematik zur Teilnahme an Studien motivieren und damit zu einer homogeneren Stichprobe führen.

Des Weiteren soll hier nochmal unterstrichen werden, dass in der vorliegenden Studie Interviews auf vier Sprachen durchgeführt wurden. Dies hatte einerseits den Vorteil, dass die Ärzte, aus vier Sprachen ihre bevorzugte Sprache (14 von 16 Mal ihre Muttersprache) auswählen konnten. Somit konnten die Mediziner\*innen sich in der Sprache ausdrücken, in der sie sich am kompetentesten fühlen

Es war zu erwarten, dass mehrsprachiges Material aufgrund der besonderen Sprachsituation in Luxemburg und des im Vorfeld festgelegten Kriterienrasters<sup>28</sup> für die Stichprobe erhoben werden würde. Allerdings bergen diese Daten, aufgrund von im Rahmen der Auswertung getätigten Übersetzungsprozessen, Potenzial für eine Verzerrung der Befunde. Dem sollte zum einen entgegengewirkt werden, indem alle für die Darstellung der Befunde relevanten Interviewpassagen in der Originalsprache im Ergebnis teil dargelegt wurden und dem Leser die Möglichkeit gegeben wird, Interpretationsprozesse nachzuvollziehen. Des Weiteren fand die Dateninterpretation in Gruppen statt. Beide Schritte tragen dazu bei, das Gütekriterium intersubjektiven Nachvollziehbarkeit einzuhalten (Steinke, 2010; Kapitel 7.4.3).

Auch wenn in der vorliegenden Studie ausschließlich Allgemeinmediziner befragt wurden, sind Teile der Ergebnisse ebenfalls für Konsultationen mit Medizinern anderer fachlicher Richtung gültig. Davon kann ausgegangen werden, da das in der vorliegenden Studie angewandte Referenzmodell zu den Elementen von A-P-Kommunikation, das Kalamazoo Consensus Statement (KCS; Makoul, 2001), als leitgebendes Modell für Kommunikation innerhalb aller medizinischen Fachbereiche konzipiert wurde. Allerdings wurde ersichtlich, dass einige Befunde aus den Interviews ausschließlich die Kommunikation im Rahmen der Allgemeinmedizin betreffen. Diese Befunde beziehen sich beispielsweise auf den beruflichen Kontext (z. B. freie Arztwahl) oder bestimmte gesundheitliche Beschwerden (z. B. Patienten mit psychologischen Problemen) mit denen vorrangig Allgemeinmediziner konfrontiert werden. Auch die Gegenüberstellung der Äußerungen der zwei, in erster Linie in der Arbeitsmedizin tätigen, Ärzte in der Stichprobe mit den Schilderungen der anderen Mediziner in der Stichprobe machen ersichtlich, dass fachlich unterschiedliche Arbeitsinhalte eine andere Art von Kommunikation erfordern. So sind die Kommunikationsinhalte bei den Arbeitsmedizinern stärker strukturiert und enthalten daher weniger thematische Variation.

Des Weiteren erwähnen die interviewten Ärzte, dass Sprachbarrieren in Luxemburg eher im Krankenhauskontext, als in den Praxen von Allgemeinmedizinern vorkommen würden. In der Literatur finden sich ebenso Hinweise, dass z. B. Krankenpfleger ein höheres Ausmaß, als auch eine andere Art von Belastung bei durch Sprachbarrieren

---

<sup>28</sup> In der vorliegenden Studie wurde ein in etwa gleicher Anteil von Medizinern mit und ohne Migrationshintergrund in der Stichprobe angestrebt, d.h. unterschiedliche Sprachkompetenzen der Mediziner waren zu erwarten.

gekennzeichneten Interaktionen angeben als Ärzte. Um ein vollständiges Bild von Sprach- und Kulturbarrieren im medizinischen Setting in Luxemburg zu erhalten, sollten zukünftige Studien im Krankenhaus tätige Ärzte und/oder Mediziner aus anderen Fachbereichen, sowie Dienstleister aus anderen Gesundheitsberufen (z. B. Krankenpfleger) mit einbeziehen.

In Kapitel 7.5.1 wurde begründet warum ein qualitativer Zugang in der vorliegenden Studie gewählt wurde. Anhand der gefundenen Ergebnisse konnte nur ein Teil der Thematik „Kommunikation im medizinischen Setting in Luxemburg“ erfasst werden. Da noch viel Raum für eine weitere Exploration dieses Forschungsgebietes bleibt, empfehlen wir für weitere Studien ebenfalls qualitative Forschungsansätze. Zusammengefasst gesehen, sollte in weiteren Studien zu interkultureller A-P-Kommunikation Ärzte weiterer Fachgebiete, als auch Ärzte, die im Krankenhaussetting tätig sind, inkludiert werden. Zudem empfehlen wir, die Sicht von Dienstleistern aus anderen Gesundheitsberufen (z. B. Krankenpfleger) ebenfalls zu erfassen. Des Weiteren sollten Daten durch direkte Verhaltenserfassung erhoben werden. Quantitative Ansätze bieten sich zum einen bei an fokussierten Untersuchungsteilnehmern mit eingeschränkten zeitlichen Ressourcen an, die für Interviews eher schwierig zu gewinnen wären. Zum anderen konnten potenzielle Variablen (etwa Geschlecht oder Alter) identifiziert werden, die in Zusammenhang mit Unterschieden in der Wahrnehmung von interkultureller A-P-Kommunikation stehen könnten, was anhand von quantitativen Daten inferenzstatistisch überprüft werden könnte. Aufbauend auf der vorliegenden Studie kann ein Fragebogen für die quantitative Datenerfassung entwickelt werden.

Schließlich sei erwähnt, dass ebenfalls die Sicht der Patienten, als weitere Beteiligte in der Arzt-Patienten-Dyade in zukünftiger Forschung berücksichtigt werden sollte. Auch wenn die Begründung, warum die Patientenperspektive ebenfalls Raum in der Forschung zu A-P-Kommunikation einnehmen sollte selbsterklärend ist, bringt eine in der vorliegenden Studie interviewte Ärztin dies mit ihrer Äußerung auf den Punkt. Sie hebt hervor, dass sie im Rahmen des Interviews ausschließlich ihre eigene Sicht auf A-P-Kommunikation äußert. Sie könne nicht einschätzen, wie eine Person aus der Allgemeinbevölkerung einen bestimmten Arzt wahrnimmt.

*„But also you don't- you know you are not seeing a doctor as another doctor. You don't get a realistic [mhm] viewpoint of what a general member of the public would see.“ (UR: 55)*

Nachdem wir die methodischen Aspekte zur vorliegenden Studie diskutierten, wenden wir uns nun weiteren Schlussfolgerungen zu den inhaltlichen Ergebnissen und den sich daraus ergebenden Forschungsperspektiven in sowohl dem luxemburgischen, als auch anderen nationalen Kontexten, zu.

### 10.3 Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde die Perspektive von in Luxemburg praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen auf A-P-Kommunikation anhand von drei Forschungsfragen<sup>29</sup> untersucht. Im Rahmen der Diskussion dieser Befunde wurde erstens herausgearbeitet, welche Ergebnisse sich als besonders bedeutsam für den Luxemburger Kontext, v.a. mit Blick auf die sprachlichen und demographischen Gegebenheiten, herausstellten. Zweitens wurde besprochen, inwiefern sich interkulturelle Kompetenz im Rahmen von A-P-Kommunikation von allgemeiner medizinischer Fachkompetenz und Kommunikationsfähigkeiten bzw. -fertigkeiten abgrenzt.

Mit der vorliegenden Arbeit handelt es sich um die erste wissenschaftliche Studie, die sich ausführlich mit der A-P-Kommunikation in Luxemburg beschäftigt. Da sowohl das Land Luxemburg, als auch im Spezifischen das Gesundheitswesen des Großherzogtums durch Mehrsprachigkeit und Multikulturalität geprägt sind, sind die vorliegenden Ergebnisse sowohl für den nationalen Kontext als auch für die internationale Forschung bedeutsam. Die wichtigsten Ergebnisse diesbezüglich sollen im Folgenden dargelegt und reflektiert werden. In Textbox 4 sind die Hauptergebnisse zusammengefasst.

#### **(1) Wahrnehmung von Kultur und Sprache**

In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass die interviewten Ärzte, obschon sie alle im Luxemburger Kontext praktizieren, die untersuchten Themen äußerst differenziert wahrnehmen. Die Beschreibungen zu sowohl den allgemeinen Aspekten der A-P-Kommunikation, den potenziellen Sprach- und Kulturbarrieren innerhalb dieser, als auch zur interkulturellen Kompetenz weisen vielfältige Nuancen auf. In Kapitel 10.1 wurden mehrere Faktoren dargelegt, die die in der vorliegenden Studie gefundenen

---

<sup>29</sup> Forschungsfrage 1: Wie beschreiben Allgemeinmediziner in Luxemburg die Kommunikation mit ihren Patienten?

Forschungsfrage 2: Welches Bewusstsein bezüglich kultureller Themen und sprachlicher Aspekte während des ärztlichen Gespräches besteht bei Allgemeinmedizinerinnen in Luxemburg?

Forschungsfrage 3: Was sind die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz?

unterschiedlichen Wahrnehmungen von Multikulturalität und Mehrsprachigkeit in Rahmen ärztlicher Behandlungen erklären können (z. B. der Migrationshintergrund und die Sprachkenntnisse der Ärzte, die in der Konsultation gesprochene Sprache, die Anzahl von Patienten mit Migrationshintergrund, die ein Mediziner betreut, sowie Alter und Geschlecht der Mediziner). Einige dieser Faktoren sind ebenfalls im Modell zu den Einflussfaktoren auf interkulturelle A-P-Kommunikation von Schouten und Meeuweesen (2006), das wir somit validieren konnten und durch den Faktor „Anwesenheit von Drittparteien“ erweiterten, vertreten. Da das Potential für weiterführende Forschung hierzu im Rahmen der Darlegung und Diskussion dieser Befunde schon für die jeweiligen Ergebnisse aufgezeigt wurde (vgl. Kapitel 10.1), werden wir hier nicht auf die einzelnen Unterpunkte eingehen. Ausschließlich heben wir hier exemplarisch die Wahrnehmung des kulturellen Einflusses auf verschiedene Ebenen in Luxemburger Praxen hervor. Einige der befragten Ärzte unterstreichen, dass sie kulturbezogene Unterschiede zwischen europäischen Patienten wahrnehmen, während andere Mediziner kulturelle Einflüsse auf die A-P-Kommunikation nur bei außereuropäischen Patienten beschreiben. In der vorliegenden Studie konnten, wie erwähnt, erste Erklärungsansätze für diese unterschiedliche Wahrnehmung gefunden werden. Ob und in welchem Ausmaß Mediziner kulturelle Einflüsse in ihren Konsultationen wahrnehmen, sollte spezifischer in zukünftigen – z.B. ländervergleichenden – Studien untersucht werden.

## **(2) Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation**

Neben Schouten und Meeuweesens Modell konnten wir das Modell zu den Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation von Mead und Bower (2000) validieren und um mehrere Einflussfaktoren erweitern (vgl. Abbildung 21). Demnach stellt die vorliegende Studie einen bedeutenden Beitrag, nicht nur spezifisch zur interkulturellen A-P-Kommunikation, sondern ebenso zum allgemeinen Forschungsgebiet der A-P-Kommunikation dar. Die Studie zeigt auf, dass das Modell von Mead und Bower noch nicht vollständig ist und daher sollte in zukünftiger Forschung zu Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation das von uns erweiterte Modell berücksichtigt werden.

In der vorliegenden Studie stellten sich in erster Linie drei Einflussfaktoren als besonderes relevant im Rahmen von interkultureller A-P-Kommunikation heraus: (1) psychologische Probleme des Patienten, (2) Anwesenheit von Übersetzern in der

Konsultation, (3) die ökonomische und zeitliche Komponente bei Konsultationen. So werden Sprach- und Kulturbarrieren als besonders schwerwiegend eingeschätzt, wenn die Patienten psychologische Beschwerden haben. Übersetzer werden häufig als Lösung für Sprach- und Kulturbarrieren genannt, jedoch ist ihre Rolle sehr ambivalent. Oft werden z. B. Inhalte nicht richtig übersetzt oder die Anwesenheit einer dritten Person beeinflusst die Beziehung zum Patienten in negativer Weise. Aufgrund dieser Ergebnisse ist es daher empfehlenswert, die Häufigkeit von (1) Patienten mit psychologischen Problemen, als auch (2) die Häufigkeit der Anwesenheit von Übersetzern in luxemburgischen Praxen zu erfassen, um ihr quantitatives Ausmaß präziser einschätzen und dementsprechend reagieren zu können.

Obgleich in Luxemburg bei Allgemeinmedizinerinnen eine freie Arztwahl besteht, wurden Sprach-(und Kultur-) Barrieren wahrgenommen. Demnach stellt sich die Frage, ob es in Luxemburg bezüglich der medizinischen Versorgung genügend Angebote für Patienten mit unzureichenden Sprachkenntnissen gibt. So könnte z. B. aufgrund der vorliegenden Befunde auf einen eventuellen zusätzlichen Bedarf an portugiesisch- und englischsprachigen Ärzten verwiesen werden.

Zudem zeigt sich, dass die Mediziner häufig das theoretische Wissen zu effektiver A-P-Kommunikation haben, dieses jedoch aus ökonomischen und zeitlichen Gründen nicht in dem von ihnen gewünschten Ausmaß einsetzen können. Somit übt der luxemburgische berufliche Kontext einen hohen Einfluss auf die A-P-Kommunikation aus. Zeitliche und ökonomische Faktoren werden zu einem eher geringen Ausmaß in theoretischen Modellen zu A-P-Kommunikation und interkultureller Kompetenz im medizinischen Setting (vgl. Kapitel 3, 4 und 5) abgebildet. Da dieser sich allerdings in der vorliegenden Studie als sehr bedeutsam zeigt, sollte er sowohl bei theoretischen Überlegungen, als auch bei empirischen Studien berücksichtigt werden.

### **(3) Patientenzentriertheit und interkulturelle Kompetenz**

Gleichwohl wird anhand der Befunde ersichtlich, dass bestimmte „Label“ und Konzepte, die in der Literatur häufig erwähnt werden und als essentiell bei allgemeiner und interkultureller A-P-Kommunikation gelten, wenig verbreitet sind bei den Medizinerinnen in der vorliegenden Stichprobe. So wird „patientenzentriert“ als Label nicht explizit von den befragten Medizinerinnen erwähnt. Zudem werden nicht alle Elemente der Patientenzentriertheit, die von Mead und Bower (2000) vorgeschlagen werden, bestätigt.

Die Ergebnisse deuten ebenfalls daraufhin, dass das Label „interkulturelle Kompetenz“ nicht allen Medizinerinnen bekannt ist. Allerdings äußerten die Medizinerinnen sich in vielfältiger Weise zu Wissen und Fähigkeiten, was wir in der vorliegenden Studie als interkulturelle Kompetenz einstufen. Aus zahlreichen schon bestehenden Theorien und Konzepten interkultureller Kompetenz erstellen wir ein integrativ heuristisches Modell interkultureller Kompetenz (vgl. Kapitel 5). Bezüglich einer Komponente dieses Modells, die „interkulturellen Fähigkeiten“ ließen sich anhand der Interviewdaten zwei Arten von beschriebenen Fähigkeiten feststellen: die Fähigkeit zum proaktiven Handeln einerseits und die Fähigkeit zum reaktiven Handeln andererseits. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Medizinerinnen gerade aufgrund dessen, dass sie in Luxemburg häufig mehreren interkulturellen und mehrsprachigen Überschneidungssituationen ausgesetzt sind, eine Vielzahl von Umgehensweisen mit eventuellen kulturellen und sprachlich bedingten Schwierigkeiten elaboriert haben.

In Textbox 4 sind die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Studie im Überblick dargestellt. Die vorliegende Forschungsarbeit ermöglichte einen ersten Einblick in die A-P-Kommunikation in Luxemburg. Gleichzeitig zeigt die Studie auf, welche weiteren Themen (s. Textbox 4) sowohl im nationalen als auch im internationalen Kontext weiter erforscht werden sollten. Zusätzlich sollte in weiterführender Forschung selbstredend die Sichtweisen von Patienten berücksichtigt werden. Zudem sollten die Perspektiven von medizinischen Dienstleistern in anderen Behandlungskontexten und aus anderen Berufen im Gesundheitswesen untersucht werden. Des Weiteren würden zukünftige Studien, die direkte Verhaltenserfassung (z. B. Videoaufnahmen) und/oder quantitative Methoden einschließen, die hier gefundenen Ergebnisse ergänzen. Demnach liefert die vorliegende Studie einen ersten Einblick in das Phänomen medizinischer Kommunikation in Luxemburg und zeigt weiterführende Forschungsansätze auf.

**Textbox 4. Zusammenfassung der Hauptergebnisse der Studie**

- Differenzierte Wahrnehmung des Phänomens A-P-Kommunikation (insbesondere in Bezug auf den Einfluss von Sprache und Kultur):
  - Zum einen werden kulturelle Unterschiede nur bei Patienten mit außereuropäischen Hintergrund wahrgenommen, andererseits werden kulturbezogene Unterschiede zwischen europäischen Patienten beschrieben
  - Es werden mehr Sprach- als Kulturbarrieren wahrgenommen
  - Innerhalb der Gruppe der Ärzte, die sowohl ein hohes kulturelles Bewusstsein und Sensitivität haben, als auch viele Sprachbarrieren wahrnehmen, sind vorrangig die jüngeren Ärzte und mehr Frauen als Männer
- Validierung und Erweiterung des Modells interkultureller A-P-Kommunikation von Schouten und Meeuweesen (2006)
- Validierung und Erweiterung des Modells zu den Einflussfaktoren auf A-P-Kommunikation von Mead und Bower (2000)
- Besonders relevante Einflussfaktoren:
  - Patienten mit psychologischen Problemen
  - Übersetzer
  - Ökonomische und zeitliche Komponente einer Konsultation
- Unterteilung der „Fähigkeiten“ der interkulturellen Kompetenz:
  - Fähigkeit zum proaktiven Agieren
  - Fähigkeit zum reaktiven Agieren



## 11. Zusammenfassungen

### 11.1 Deutsche Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation thematisiert die Sicht von in Luxemburg tätigen Allgemeinmedizinerinnen auf mögliche Sprach- und Kulturbarrieren in ihren Konsultationen. Zudem bezieht sich die Arbeit auf die Wahrnehmung der Mediziner von Arzt-Patienten-Kommunikation (A-P-Kommunikation) im Allgemeinen und schließt weitere potentielle Einflussfaktoren (z. B. weitere Eigenschaften von Arzt und Patient oder beruflicher Kontext) auf diese mit ein. Des Weiteren werden die Vorstellungen von Allgemeinmediziner zu interkultureller Kompetenz, d.h. „die Kompetenz einer Person in interkulturellen Überschneidungssituationen erfolgreich handeln zu können“ (Thomas & Simon, 2007, S. 136), thematisiert.

Im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit werden zunächst die Eigenschaften des medizinischen Settings in Luxemburg dargelegt. Anschließend werden Modelle zu interpersonaler Kommunikation und A-P-Kommunikation dargestellt, wobei die *Communication Accommodation Theory* (Giles et al., 1991) und die *drei Ebenen interkultureller A-P-Kommunikation* (Jain & Krieger, 2011) im Besonderen berücksichtigt werden. Des Weiteren erläutern wir die wichtigsten Elemente der A-P-Kommunikation nach dem *Kalamazoo Consensus Statement* (Makoul, 2001) das Modell der *Einflussfaktoren auf Arzt-Patientenkommunikation* nach Mead und Bower (2000). Ferner wird der aktuelle Forschungsstand zu interkultureller Kommunikation im medizinischen Setting dargelegt. Schließlich behandeln wir allgemeine Konzepte zu interkultureller Kompetenz sowie spezifische Modelle zu interkultureller Kompetenz im medizinischen Setting. Aus einer Synthese dieser Modelle erstellen wir ein integrativ heuristisches Modell interkultureller Kompetenz, das ihre Vorbedingungen und Komponenten (interkulturelles Wissen und Fähigkeiten) enthält.

Die konkreten Fragestellungen der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten empirischen Studie umfassen: (1) wie Allgemeinmediziner in Luxemburg die Kommunikation mit ihren Patienten beschreiben, (2) welches Bewusstsein diese bezüglich kultureller Themen und sprachlichen Aspekte während des ärztlichen Gesprächs haben und (3) was die Vorstellungen der Allgemeinmediziner in Luxemburg zu interkultureller Kompetenz sind. Die Forschungsfragen wurden anhand eines phänomenologischen Zugangs untersucht. Es wurden qualitative

Interviews mit 16 in Luxemburg tätigen Allgemeinmedizinerinnen geführt. Diese Interviews wurden mittels inhaltlich strukturierenden bzw. evaluativen Inhaltsanalysen (Kuckartz, 2012; Mayring, 2010) ausgewertet.

Die Befunde der Studie zeigen, dass die Ärzte die Elemente der A-P-Kommunikation weitgehend in Übereinstimmung mit den Darstellungen von Makoul (2001) beschreiben. Das Modell zu den Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Kommunikation von Mead und Bower (2000) konnte fast vollständig validiert und um mehrere Einflussfaktoren erweitert werden. Es stellten sich in erster Linie drei Einflussfaktoren als besonders relevant im Rahmen von interkultureller A-P-Kommunikation mit Sprachbarrieren heraus: (1) Patienten mit psychologischen Problemen (2) Anwesenheit von Übersetzern in der Konsultation, (3) die ökonomische und zeitliche Komponente bei Konsultationen.

Des Weiteren bieten die Ergebnisse Hinweise, dass die Mehrzahl der befragten Mediziner einen kulturellen Einfluss auf die A-P-Kommunikation in ihren Luxemburger Praxen wahrnimmt. Dieser lässt sich durch das *Modell der Einflussfaktoren auf interkulturelle A-P-Kommunikation* von Schouten und Meeuweesen (2006) beschreiben. Ein überwiegender Teil der befragten Ärzte kennt Sprachbarrieren aus seinem beruflichen Alltag. Diese Sprachbarrieren können in erster Linie auf die Art der gesundheitlichen Beschwerden des Patienten, die eigenen Sprachkompetenzen, den eigenen Migrationshintergrund, die Anzahl an Patienten mit Migrationshintergrund, den Arbeitsinhalt und die in der Konsultation gesprochene Sprache zurückgeführt werden.

Bezüglich der interkulturellen Fähigkeiten lassen sich zwei Arten von beschriebenen Fähigkeiten feststellen: die Fähigkeit zum proaktiven Agieren einerseits, welche beispielsweise erlaubt, Missverständnisse zu verhindern, sowie die Fähigkeit zum reaktiven Agieren in interkulturellen Konfliktsituationen andererseits. Die Ergebnisse deuten ebenfalls darauf hin, dass das Label „interkulturelle Kompetenz“ nicht allen Medizinerinnen bekannt ist.

In der Diskussion der vorliegenden Arbeit werden die Bedeutung der Ergebnisse für den Luxemburger Kontext und inwiefern sich interkulturelle Kompetenz von allgemeiner Fach- und Kommunikationskompetenz in der medizinischen Konsultation abhebt, besprochen. Die Befunde der vorliegenden Studie tragen zur Erweiterung von verschiedenen Modellen zu (interkultureller) A-P-Kommunikation und

interkultureller Kompetenz bei, welche in zukünftiger Forschung weiter exploriert werden sollten.

## 11.2 English summary

This dissertation addresses the view of general practitioners working in Luxembourg on possible language and culture barriers in their consultations. Furthermore the thesis deals with the doctors' perceptions of doctor-patient-communication in general, including further possible influencing factors (e.g., further doctor and patient factors or professional context). In addition the thesis focuses on the general practitioners' ideas on intercultural competence, i.e. "the competence to act successfully in an intercultural encounter." (Thomas & Simon, 2007, S. 136).

The theoretical part of the thesis initially deals with the characteristics of the Luxembourg medical setting. Subsequently we present models concerning interpersonal communication and doctor-patient-communication in which the *Communication Accommodation Theory* (Giles et al., 1991) and the *Three levels of doctor-patient-communication* (Jain & Krieger, 2011) are considered in detail. Moreover, we explain the essential elements of doctor-patient-communication according to the *Kalamazoo Consensus Statement* (Makoul, 2001) and the *Factors influencing doctor-patient-communication* by Mead and Bower (2000). Furthermore, we discuss recent research on intercultural doctor-patient-communication. Finally, general concepts concerning intercultural competence in general and specific intercultural competence in the medical setting are presented. Through a synthesis of those models, we developed an integrative heuristic model of intercultural competence including its requirements and components (intercultural knowledge and skills).

The objectives of the empirical study conducted in line with the present thesis, lead to research on (1) how general practitioners in Luxembourg describe the communication with their patients, (2) the awareness of Luxembourg general practitioners of cultural and language factors which may affect doctor-patient-communication and (3) the ideas of general practitioners in Luxembourg on intercultural competence. The research questions were analysed using a phenomenological approach. 16 general practitioners working in Luxembourg were interviewed. The interviews were analysed with a structuring resp. evaluative content analysis (Kuckartz, 2012; Mayring, 2010).

The findings of the present study show that the doctors describe the elements of doctor-patient-communication in accordance with Makoul (2001). The model of influencing factors on doctor-patient-communication by Mead and Bower (2000) was almost entirely validated and new factors were added. Perceived as the three most relevant influencing factors in intercultural doctor-patient-communication with language barriers were: (1) patients with psychological problems (2) presence of translator in the consultation, (3) economic and time related components of consultations.

Furthermore, the findings show that the majority of the interviewed doctors perceive a cultural influence on doctor-patient-communication in their Luxembourg practices. This influence can be described by the *Model on influencing factors on intercultural communication* by Schouten and Meeuweesen (2006). The greater portion of the interviewed doctors experienced language barriers in their professional daily routine. These language barriers can primarily be related to the patient's medical condition, the doctor's language proficiencies and migration background, the work content, as well as the language used in the consultation.

Concerning intercultural competence, the practitioners described two kinds of intercultural skills: the skill to act proactively, e.g., which allows preventing misunderstandings, and the skill to react in intercultural conflict situations. Moreover, the findings show that the label "intercultural competence" is not known to all doctors.

The relevance of the findings for the Luxembourg context as well as the differentiation between intercultural competence and professional resp. communication competencies in the medical consultation are discussed. The findings contribute to the development of existing models on intercultural doctor-patient-communication and intercultural competence which should be further explored in future studies.

## 12. Anhang

### Anhang A. Zusatzmaterial zu den Ergebnissen: Anpassung im Kommunikationsverhalten

In Abschnitt 2.4 wurde die Communication Accommodation Theorie (CAT) als einer unter mehreren theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit beschrieben. Im vorliegenden Kapitel werden Aussagen aus den Interviews mit der CAT aus der Perspektive einer reinen Kommunikationstheorie untersucht. Die Befunde werden in erster Linie dem in Abschnitt 2.4.8 beschriebenen Modell der verschiedenen Ebenen interkultureller Arzt-Patienten-Kommunikation von Jain und Krieger (2010) gegenübergestellt, das auf der CAT begründet ist.

Jain und Kriegers (2010) Modell beschreibt Arzt-Patienten-Kommunikation mit Gesprächspartnern, die unterschiedlichen Ethnizitäten oder Nationalitäten angehören, anhand dreier Dimensionen: der interkulturellen, der interpersonalen und der Intergruppen-Ebene (Arzt-Patient). In drei Interviews wurden die drei Ebenen nach Jain und Krieger besonders deutlich. Anhand dieser drei Interviews soll exemplarisch untersucht werden, auf welchen Ebenen die Mediziner interkulturelle A-P-Kommunikation wahrnehmen.

Jain und Krieger (2010) gehen davon aus, dass sich Kommunizierende im Rahmen interkultureller Sprechstunden zunächst als Angehörige verschiedener Kulturen wahrnehmen. Diese Wahrnehmungsebene sollte laut den Autoren jedoch überwunden und die Intergruppen-Ebene, sollte erreicht werden. Dem partnerschaftlichen Modell der A-P-Beziehung zufolge, sollten jedoch Machtverhältnisse medizinische Kommunikation nicht zu stark beeinflussen. Aus diesem Grund sollten beide Beteiligte A-P-Kommunikation auf der interpersonalen Ebene wahrnehmen. Im Folgenden wird dargestellt werden, wie die Ärzte VB, JD und BD A-P-Kommunikation bezüglich der in Jain und Kriegers Modell beschriebenen drei Ebenen wahrnehmen.

#### **Beispiel 1: VB**

VB betont, dass er seine Patienten immer als Individuum wahrnehme. Er beschreibt, dass er auf die Bedürfnisse der Patienten eingeht, unabhängig davon, ob diese auf die Persönlichkeit, Erwartungen an den Arzt, oder Kultur des Patienten zurückzuführen sind. Obgleich er in erster Linie die interpersonale Wahrnehmung im Rahmen der A-P-

Kommunikation hervorhebt, sind bei VB dennoch Anzeichen einer Wahrnehmung auf der interkulturellen bzw. Intergruppen-Ebene erkennbar. Ihm zufolge berücksichtige man die Kultur einer Person in ähnlicher Weise, wie auch die Persönlichkeit oder die Erwartungen jener Person. Für VB stellen der kulturelle Hintergrund und die Erwartungen eines Patienten vielmehr ein weiterer Aspekt in der Individualität eines Menschen als einen unabhängigen Faktor dar.

Des Weiteren berücksichtige VB, ob Patienten eine eher paternalistische oder partnerschaftliche Kommunikationsweise bevorzugen. VB beschreibt, dass er Patienten zunächst den Raum gibt, um ihre Anliegen zu schildern, dann aber das Gespräch lenkt. Hier werden auch die sogenannten multiplen Ziele (s. unten) sichtbar.

### **Beispiel 2: JD**

Mit Blick auf die interkulturelle Ebene stellt JD kulturelle Kompetenz mit Anpassung gleich; dies wird ausführlicher in Kapitel 9.4 behandelt. Bezüglich der Intergruppen-Ebene beschreibt JD, dass es wichtig sei, sich bewusst zu machen, wie man auf die Patienten zugeht und die Vertrauensebene nicht zu missbrauchen. Dann würde man auch als Arzt akzeptiert werden.

JDs Äußerungen hinsichtlich der interpersonalen Ebene beziehen sich ebenfalls auf die Intergruppen-Ebene, da er die Erwartungen und Emotionen eines Patienten beim Arztbesuch anspricht. JD müsse spüren, wie weit er bei einem Patienten gehen kann, ohne ihn in die Defensive zu treiben, so, dass der Patient alle Hintergründe seiner Erkrankung darlegt.

JD zufolge ist vor allem der Vertrauensaufbau zum Patienten wichtig und dies erreicht er nur, wenn er den Patienten sowohl auf der interkulturellen als auch Intergruppen-Ebene akzeptiert.

### **Beispiel 3: BD**

Für BD sei es sehr wichtig, im Rahmen der A-P-Kommunikation alle Inhalte zu verstehen. Wenn die Sprach- oder Kulturbarrieren zwischen BD und einem Patienten zu bedeutend sind, dann leitet er letzteren an Kollegen weiter. Mit Blick auf die interkulturelle Ebene bezieht sich BD eher auf Sprachbarrieren, als auf kulturelle Barrieren. BD kommuniziert nur innerhalb der Rolle, die er sich als Arzt zuschreibt. Er passt sich jedoch auch den Patienten an, indem er Dinge erklärt, die nicht unbedingt medizinisch sind. BD scheint demnach in erster Linie der Intergruppen-Ebene eine

hohe Bedeutung zuzuschreiben. So sagt er, dass er zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Inhalten in der Konsultation differenziert.

Zusammenfassend gesehen, beschreiben alle Ärzte explizit die Wahrnehmung der Patienten auf der interkulturellen Ebene. BD rückt hier vor allem die Sprachbarriere in den Vordergrund und beschreibt im Gegensatz zu VB und JD keine Anpassungsprozesse. VB und JD betonen die interpersonale Ebene stärker als BD, der eher seine Rolle als Arzt betont. Letztere wird allerdings auch ausführlich von VB und JD beschrieben.

### **Multiple Ziele in der A-P-Kommunikation**

In Kapitel 2.4.8 wurde die spezifische Anpassung im Rahmen von paternalistischer A-P-Kommunikation beschrieben, die sich dadurch auszeichnet, dass sie multiple Ziele hat. Eine paternalistische Kommunikationsweise umfasst zum einen die Absicht des Arztes seinen Status und seine Autorität gegenüber dem Patienten beizubehalten (divergente oder komplementäre kommunikative Verhaltensweisen), zum anderen wird beabsichtigt, sich dem Patienten soweit kommunikativ anzunähern, wie es für einen Informationsaustausch und Beziehungsaufbau notwendig ist (s. Kapitel 2.4.8 für nähere Ausführungen). In den Interviews gab es allerdings nur einige wenige Äußerungen zu den multiplen Zielen der Ärzte im Rahmen der A-P-Kommunikation. Folgendes Beispiel greifen wir heraus:

*„Ich passe mich an, aber in dem Sinn, dass du aber nicht den Finger gibst und sie nehmen dann den ganzen Arm. Das heißt, es müssen aber Grenzen gesetzt werden. Es gibt Grenzen. Ich weiß nicht, Respekt ist auch schön, der eine gegenüber von dem anderen.“ (BB: 187)*

Diese exemplarische Interviewpassage zeigt, wie der zitierte Arzt BB die Anpassung an seine Patienten abwägt. BB betont vor allem, dass ihm die Kontrolle des Gesprächs in Form von Grenzsetzung wichtig sei. Diese Verhaltensweisen stehen mit Komplementarität in Verbindung. Für ihn sei kommunikative Anpassung in Ordnung, solange die Patienten nicht zu viel einfordern. Ist letzteres der Fall, nehme er eher eine paternalistische Haltung ein. Da es, wie erwähnt, nicht viele Äußerungen zu multiplen Zielen in den Interviews gibt, werden wir an dieser Stelle die Diskussion über diese nicht vertiefen. Festhalten können wir allerdings, dass die multiplen Ziele aus der Sicht dieses Arztes durchaus vorhanden sind.

## Anhang B. Originalzitate

### Kapitel 9.2.1

*„Dat ass ganz wichteg fir eng richtig Relatioun ze hunn.“ (BB: 3)*

*z. B.: „Dann gët geschwat iwwert hier Problemer, iwwert hier Aarbecht, wéi se hier Aarbecht gesinn, ob se eens ginn mat der Aarbecht. Op se lo gesondheetlech Problemer haten an dann. Déi Gespréicher, déi ginn dann- haaptsächlech geet et dann dorëms“ (FM, Arbeitsmediziner: 25)*

*z. B.: „Ça dépend un peu de la personne que vous avez en face de vous, il faut s'adapter à chaque personnalité, chaque patient ou chaque problème.“ (VB: 5)*

*„Dass et eng Situatioun ass eben, déi dem Secret medical ënnerlecht ass, dat heescht, t'ass eppes wat ganz confidentiel ass.“ (BO: 6)*

*„Ben, dass se zimlech wichteg ass, mh=, net grad dat wichtigst, mä op jiddwer Fall vill Platz och an der Konsultatioun ofhellt- also brauch.“ (FN: 3)*

### Kapitel 9.2.2.1

*„Also lo net Sprooch mä Kultur u sech vun den Patienten. Ausserdeem dat sinn jo verschidden Familljen. Verschidden Approchen hunn, vis à vis vun der Medezin. Et sinn Familljen wou et gëtt fir egalwat eng Konsultatioun gefrot aneren et gëtt probéiert mat Hausmëttelen, an am Fong dat ass dat nämlecht.“ (SP: 74)*

*„Wann den Patient oppen ass, e kënnt, seet Moien, an en seet och, hei ech hunn dat an dat oder och- et sinn heiansdo Patienten déi soen, ah ech schwätzen net gär doriwwer, mä an der Lescht esou hunn ech dat oder dat, an dann versichen ech dann mat hinnen doriwwer ze schwätzen.“ (BB: 35)*

*„An ech mengen dass et effektiv vun- och e bësschen vun Charakter ass, he. Bei eis och. Den Dokter X (Arzt aus Gemeinschaftspraxis) brauch eng hallef Stonn pro Patient, deen huet och effektiv och ëmmer déi Leit déi gären schwätzen kommen an ëmmer, deen hellt sech och méi Zäit dofir an en aneren mëscht dat méi schnell. An dat mierkt och e bësslchen, et sinn Leit déi net esouvill Wäert dorop leeën an deenen och egal ass. An ech mengen t'ass schon eng Charaktersaach“ (FN: 94)*

*„Demno wat wat en seet, op et kohärent ass, deemno wat en beschreift, oder (.) soss Saachen, wann en seng Medikamenter net geholl huet. Dat gesinn ech op en se geholl huet oder net. Wann ech se verschriwwen hunn, oder esou Saachen. Dat mëscht dann och, dat mëscht dann och dass Kommunikatioun deelweis kann gutt sinn oder méi*

*schlecht sinn.“ (BO: 8)*

*„Eigentlech jo, he eigentlech jo, misst do d’Kommunikatioun besser sinn, tèschent Infirmière an deemjéinegen an och tèschent der Famill well dat ass och déi drëtt Komposant déi ganz schwiereg ass am Altersheem. Dat heescht du bass do, du probéiers däin Job ze man, an dann kennt een vun der Famill, deen seet: Ah nee, ech well dat Medikament do awer net fir meng Mamm. Wat man ech dann, he? An t’ass oft esou. “ (PP: 83)*

*„Oh PAR EXEMPLE une attitude un peu revendicatrice.“ (VB: 9)*

*„En général ca c’est claire, nette, il y a des gens qui viennent pour une chose précise mais qui vient plus tard. Donc c’est-à-dire une chose souvent plus gênante ou des choses comme ca. [ah ok] e:h, donc ils commencent par enrober un peu la chose, parler d’une chose ou de l’autre et puis vers la fin de la consultation, ils-on vous dit: à propos, il y a aussi ci et ça. “ (VB:11)*

*„Ech praktizéieren jo na net laang. Ech hunn am Januar [sechs Monate vor dem Zeitpunkt des Interviews] ugefaang an, eh, et geséit een awer wann den Patient éischer oppen ass oder wann en méi zou ass. T’ heescht dat méi-d’Kommunikatioun méi soll schwéier ginn oder esou. Mee ech hunn awer och keen Problem domadder. “ (BB: 15)*

*„Si on est face à quelqu’un qui a des problèmes familiaux, financier, de travail, etc, e:h-. Disons que l’abord n’est jamais directement celui-là, e:h. Mhm. Donc c’est un abord(.)organique, donc ils viennent parce qu’ils ont mal à la tête ou ils ont mal au ventre [mhm] ou des choses comme ca, ou ils se sentent, ils tremblent, ils ne dorment pas bien, ils ont des insomnies. “ (VB: 35)*

*„Mir hunn dat do scho méi wei eng Kéier an der Praxis diskutéiert, ech soen dann ëmmer : dir gleeft lo méi engem Anonymen deen der guer net kennt [mhm] wou der iergendeppes am Internet liest. An dir traute dem Dokter deen der jorelaang kennt- traute der manner wéi deem deen dat do am Internet geschriwwen huet, deen der net emol kennt. “ (SI: 280)*

*„Jo och wann een- also dat wat ech elo gemierkt hunn, well ech elo réischt säit engem Joer installéiert sinn, dat ass- Leit déi vun déi scho laang bei meng Kollegin ginn, déi hunn dann net vläit onbedéngt Angscht mä si sinn zeréckhalend mir dat ze soen wat si wierklech betrëfft, och psychesch.“ (PP: 15)*

„Also en Hausdokter krut ech ëmmer gesot, dat ass wéi en Hond. Deen gehéiert zur Famill.“ (PP: 65)

### Kapitel 9.2.2.1

„Dat heescht wat dir iech méi upasst an méi nondirektiv do sou lafen léist, datt et besser ass, da muss een just kucken dat absolut noutwendeg un direktiven Aussoen unzebréngen an den Rescht e bësschen“ (TF: 83)

„Et iert een sech och heiansdo. Mä do kënnst awer dann den Erfahrungswäert derbäi deen, wou een sech awer méi secher kann spieren.“ (BD(1): 123)

„C'est très théorique tout ça, parce qu'on est bien souvent aussi nous même dans des bons ou mauvais jours. [...] Pressé par le temps, pressé par différents soucis avec des autres patientes, des analyses qu'on attend [oui] donc on peut aussi, je peux aussi réagir parfois différemment en fonction de l'état dans lequel je suis bien sûr.“ (VB: 19)

„Well ech schonn awer spiren dat heiansdo- datt een selwer heiansdo sou am Gespréich mat engem Patient- Barrière an sech spiert, déi kommen oder wou een mengt, wat geet deen mer lo op den Geescht, datt dat do net weider geet oder hei oder do. An wou een dach sech awer bewosst ass, dat een do villäicht u sech misst méi schaffen an net nëmmen den Patient als deen Verantwortlechen hisetzen.“ (NB: 13)

„Bei mir war et esou fréier, geeste bei den Dokter, dann haaste keen Handy un. En ass aus. Dann setzte hei, bass de am Gang ze schwätzen, geet den Handy. An dann hunn se nach den Culot- et ginn Leit déi dann direkt soen: oh pardon, ech hu mech vergiess auszeman, anerer déi ginn drop. An dat, dat reizt mech. Dat- do hunn ech keen Verständnis. Ok, wann elo d'Schoul uriff- hei mäin- d'Schoul huet ugeruff- mäin Kand geet net gutt. Ok. Awer net hei fir Jänni an Männi.“ (BB: 202)

„All Dag, all Dag, all Dag, sech ëmmer eng kéier nei äh jo zesummen huelen fir den leit nozelauschteren.[mhm] Oft kennt et dann och fir, ben, geleeëntlech kennt et fir, datt d'Leit dann dobaussen sinn an dann seet een, dat do do war awer lo net sou weis du häss missen maachen.[ah] Dat kennt ëmmer rëm fir.“ (SI: 187)

„Ech mierken dass d'Leit mech heiansdo net verstinn. Well ech dann, voilà- dass ech dann Saachen gesot hunn, vläit ze séier oder mat Termen déi se net verstanen hunn. An ech mierken dat och soss mat aneren Leit, mat Confrères oder esou, wou ech mierken dass dass am Fong de Patient net richtig verstanen hat, wat se gesot hunn, well mir sou an engem Dengen dran sinn, wou mer unhuelen <<laachend> dass jiddwereen eis

*versteet, an t' ass eben net ëmmer den Fall, mä et versicht een halt et esou vill wéi méiglech ze ëmgoen, dat ze vereinfachen, mä dat ass eben net ëmmer méiglech. “ (BO: 16)*

*„Dat as awer och eng Charaktersaach, wéi een ass. Wéi ech sinn an wéi hien ass, dat passt net ëmmer. D'Liaisoun Patient-Dokter, déi passt net ëmmer. “ (BO: 75)*

*„Et ginn och Leit, bon lo hei lo net, well d'Leit kënne wielen op si bei mech oder bei mäin Associé ginn, mä soss sou ass et mer halt schon mol fir komm, datt ech d'Gefill hat, besonnesch am Ufank wou ech geschafft hun- o dat Jonkt do- ech ginn elo souwisou bei en ANEREN“ (BO: 75)*

*„Et kennt een mat der Zäit natierlech och opeemol seng Leit, seng Patienten an t'sinn och Leit, wou een d'Gefill huet, hei dat do bréngt näischt, wou een net ukënnt. Wou een iergendwéi net ukënnt mat eneen an wou se erausginn an du denks: Ok, wat war dat do lo?“ (FN: 29)*

### Kapitel 9.2.2.3

*„Ech mengen et ass och meng Pflicht fir e bësschen als Dokter ze verstoen wat d'Plainten sinn an net fir dat éischt wat en mer dohigehéit ze akzeptéieren.“ (BD (1): 119)*

*„Wat heiansdo e bësschen ass, mat der Kommunikatioun och mam secret médical effektiv. Wou een heiansdo e bësschen Problemer huet, zemools bei Jugendlechen oder bei jonken Erwuessenen, wou d'Elteren sech dann amëschen an sech awer net anzemëschen hunn. [mhm] Wou een do dann mol e bëssi uneckt. An dat voilà. Dann muss een ganz kloer soen, dat ass esou, ech stinn ënner secret médical [mhm] an do soen ech lech näischt. Wou een och muss oppassen, wann d'Leit een matbréngen ass et a priori jo gutt, dann ass et jo well se wëllen, dass deen och alles mathéiert [mhm] Mä dat sinn awer- eigentlech ass dat eppes wou een muss oppassen.“ (BO: 145)*

*„Ech soen mir sinn, mir probéieren méi basic ze bleiwen, mä mir kommunizéieren an dem Kader. Den Patient deen huet schonn den Internet gekuckt, hien huet schonn- ech weess net wéi eng Informatiounen, an dann wëllt en herno- schonn eppes wat en elo an der Zeitung gelies huet, wat et soll ginn fir déi an déi Krankheeten, mä do kann en net- ech mengen do si mir net zoustänneg. “ (BD(1): 33)*

*„Am Altersheem hunn ech ganz vill Schwieregkeeten. [Wisou?] Well oft sinn do net si, déi mech eraussichen, mä t'ass d'Famill oder t'ass een aneren deen decidéiert. Bei mir*

*war et esou gaang, ech hat eng 16 Leit iwwerhol vun engem aneren Dokter, well deem vun deem engen op deem aneren Dag gesot huet, ech halen op mat Schaffen och, an ech war mech zwar iwwerall virstellen, mä do waren der déi waren net frou. An déi hunn mech net erausgesicht. Ech sinn do einfach spadséiert komm souzesoen. An do waren verschidden Situatiounen immens schwierig am Ufank an och elo nach, well einfach, well ech net hiren Hausdokter sinn. Si net direkt dat Vertrauen hunn. “(PP:59)*

*„Vue que dass d' Sprechstonn eemol ëmmer selwecht bezuelt gëtt, ass dat jo geduecht fir mengetweegen 10 Minutten eng Sprechstonn. Wann se awer 20 Minutten dauert, Wann se awer 20 Minutten dauert, dann- [...] Wann e Jonken kënnt mat e bësschen Halswéi, deem ass an 7 Minutten fäerdeg an wann en Alen kënnt, deem kompenséiert well deem huet dann 20 Minutten. “ (BD: 120)*

#### Kapitel 9.2.2.4

*„Den <<laachend> Telefon ass e ganz groussen Problem>, jo. “ (TF)*

*„Well mir andauernd jo och ëmmer an der Kommunikatioun, mir sinn jo andauernd och leider och während der Sprichstonn och mat x aner Leit an Kommunikatioun, déi eis uruffen. “ (BD: 29)*

*„Donc là on peut=c'est une communication par le pied d'un tiers souvent, c'est-à-dire la fille est là, la mère est là, la mère parle tunisien, elle parle à sa fille [ah comme ça] et moi je parle à la fille, quoi, ça il ya pas mal de gens comme ça de Tunisie, [mhm] qui viennent avec leur fille [ok] donc il faut communiquer avec la fille et c'est vrai que là je pense qu'il y a beaucoup de choses qui nous échappent, parce que [mhm] c'est difficile de faire un interrogatoire avec trois personnes et il y a des choses certainement qu'elle ne dira pas avant sa fille [mhm] donc le problème. “(OP: 82)*

*„Also am allgemengen emol iwwerhaupt zur Kommunikatioun mat den Dokteren, déi meescht Dokteren kommunikéieren guer net méi mat den Leit. [mhm] dat ass mol schonn allgemeng, wann d'Dokteren méi gestresst sinn, sech manner Zäit huelen, wat manner Kommunikatioun entsteet [mhm] dat heescht déi Kommunikatioun ass net ëmmer ganz gutt, esouguer éischer relativ schlecht [ok], an dass mir eis all Dag all Dag rëm müssen zesummen huelen, an a fro stellen fir ze soen, hei << laachend> huel dech elo zesummen an dann schwätz du mat den leit>, oder lauschter mol nO wat se soen.“(SI: 185)*

*„De Problem ass einfach den Zäitfaktor. Dat positiv ass datt et och flott ass mat engem mol eng Kéier Hallef Stonn einfach ze schwätzen, wou einfach den Beziehungsaspekt vun der Kommunikatioun am Vordergrund steet. Deen iergendeppes schwätzt, deem*

*iech Geschichten erzielen vun den Kanner, vum Noperen an vun der leschter Vakanz, iergend een Smalltalk oder och nach iwwert hier Gesondheitsfroen, laang eppes erzielen, ehm dat ass jo flott wann der iergendeen Moment Zäit a Rou fannt fir lo net an deem maschinellen Prozess do dran ze sinn fir ze funktionéieren an den nächsten ze huelen an den nächsten ze huelen. De Problem ass awer, dofir kommen ech ëmmer op deem wirtschaftlechen Punkt zréck, well der an engem ökonomeschen System awer dran agebonnen sidd, wou der musst soen hei ech muss awer och eng gewëssen Produktivitéit bréngen, ech kann net den ganzen Dag mech mat dräi Patienten beschäftegen an deenen ausféierlech nolauschten. “(TF:121)*

*„Wéi ech mat dann Leit dann, well ech keng Wierklechkeetskonstruktioun fäerdegbruecht hunn bis elo wou d'Leit dann finalement, well ech d'Leit ze vill verwinnt hunn mat menger Kommunikatioun, déi ruffen dann un, ne. Dir sid lo virdrun komm dunn komm deen Här do.[Jo] Ech kennen deen nach e bësschen, deen bréngt mer lo d'Formulairen eran. En huet keen richtegen Rendezvous, dat heescht ech maan dat dann awer den Owend ech kann net wierklech net wierklech eng Konsultatioun verrechnen. Ech muss en nach eng Kéier zréck uruffen, en freet dann: Kennt der mer zeréckruffen wann d'Saachen fäerdeg sinn, do soen ech natierlech: Jo ech ruffen Iech zréck un. An wann et fäerdeg ass, eh setzen ech zwou Stonnen do. “(TF:41)*

### Kapitel 9.2.2.5

*„Ben: j'ai l'impression avant on parlait, il y avait des des endroits ou on pouvait parler, il y avait la famille, même au Luxembourg dans les familles elles sont aussi un peu éclatés, les gens ils=les enfants vont travailler en Allemagne,[mhm] ou je ne sais pas ou, donc déjà dans la famille, on déjà pas toujours quelqu'un avec qui parler, parce qu'il n'existe plus.[oui] Après les gens ne vont plus. Après les gens ne vont plus tellement par leur curé ((rire)) “(OP: 228)*

*„C'est la vie elle n'est pas très facile actuellement, donc bon, peut-être les étudiants ils n'ont pas encore trop de soucis, ils ne sont pas encore vraiment dans la vie réelle mais les gens actifs, bon ça arrive souvent qu'on aie des soucis et finalement on aie que le docteur à qui vraiment parler quoi. “(OP: 234)*

*„Ech fannen dat ganz gutt wann d'leit sech informéieren, well dann brauch ech net alles ze erklären, well herno kennt jo ëmmer d'fro : wéi ass dat, eh? Well ech muss den leit jo dann och erklären. Wann d'leit sech schonn e bëssi informéiert hunn am viraus, dann kenne mer doriwwer schwätzen. mä et sinn ganz vill Ideeën déi do schif lafen. “(SI: 274)*

## Kapitel 9.3.1.1

„Mmh, je crois pas, parce que j'essaye de régler les malentendus directement, donc je vais dire. une de mes règles si vous voulez quand vous parlez de technique, je finis toujours ma consultation en différentes langues“ (VB: 163-169)

„Nee, well ech dann awer och wéi gesot e bëschen Kauderwelsch schwätzen a braddelen an gestikuléieren an do ginn mer awer ëmer iergendwéi eens. Do- ech gesinn dat net als Problem, als Barrière, nee.“ (FM: 44).

„Lëtzebuenger kee Problem, Franséisch och net, Däitsch och net, Portugisen och net. Méi schwiereg ass et mat sou Kosovo-Albaner, déi guer keng Sprooch kennen, dat ass, dat ass net evident. Och mat- an den Stagen wou ech am Spidol hat, do sinn der an d'Urgencen komm. Wann do keen Dolmetscher ass, t'ass-.“ (BB: 55)

„Ech héieren et jo och oft vun de Patienten déi an de Spideeler sinn. Déi carrément soen, ech well lo net an d'Stad an d'Spidol goen, well do ganz vill Fransousen schaffen. Dann ginn ech léiwer op Ettelbréck an d'Spidol, well do méi Leit vun St. Vith an esou schaffen, déi och Däitsch oder respektiv Lëtzebuergesch kënnen. Oder platt, wéi se dat nennen, an Lëtzebuergesch ähnlech Sprooch schwätzen. Do kann den Choix vum Spidol och en Ënnerscheid man.“ (OJ: 63)

„And I have to change you know the database all the time, you know, what's this in [Scandinavian language]<sup>30</sup> and then, so it's very tiring also, to speak in a lot of languages all the time and yeah.“ (JS: 43)

„Wéi gesot, also ech mengen een deen elo kënnt fir Halswéi oder Duerchfall kréien ech och behandelt ouni vill mat ëm ze schwätzen, brauch ech iwwerhaupt näischt ze schwätzen wann et elo net muss sinn. Een deen elo kënnt deen elo e Problem an der Famill huet, wat alles méi psychologesch ass oder esou, ehm, ass ganz schwiereg wann een mat der Sprooch net, net déi selwecht Sprooch schwätzt.“ (FN: 46-49)

„Do ginn et ganz praktesch Saachen, also wann ech soen constipation. de Portugis versteet dorënner verschnappt.[Mmh,mhm] Ech verstinn eppes ganz anesches drënner.“ (SI: 40)

„An ech sinn do der perséinlecher Meenung, dass mer dräi Sproochen hunn, déi mer mat deenen solle mer schwätzen. Franséisch, Däitsch, Lëtzebuergesch. An een deen dat

<sup>30</sup> Hier nannte JS eine Fremdsprache. Zur Wahrung von JS Anonymität wird diese nicht genauer spezifiziert.

*net versteet, do soen ech och-ech hunn schonn Leit, déi guer keen Wuert verstan hunn, hunn ech dann bei den Dokter gescheckt, deen wou ech weess, deen kann dat. Dann hunn ech déi Saach opginn.“ (BD (1): 73)*

*„Sproch, jo. Ah schonn, jo. Also wann een-Wann lo wierklech en Patient kënnt, deen lo eng- ech wees net (.) Wann et elo Portugisen oder Italiener hei zu Lëtzebuerg, do gëtt een nach iergendwéi eens mat e bëssi wat een halt sou kann. Mä t'ass kloer dass do natierlech e Problem ass, jo.“ (BO: 23-24)*

*„D'Sprooch schonn. Hei jo hei jo. Och schonn eng englesch Sprooch, wann een owes midd ass an t'kann een nëmmen méi basic englesch schwätzen als Dokter an et fënnt een mol an der Medizin d'Ausdréck net méi déi déi richteg Termen duerstellen. You have pain, pain iwwerall pain. Et ginn verschidden „painen“ et weess een net méi wéi een se soll nennen, dann ass et schonn schwiereg, an bestëmmt ganz ustrengend fir den Patient fir sou een Kauderwelsch nozelauschteren.“ (NB: 99-100)*

*„Den Kontakt kënnt méi schnell, d'Verständnisser sinn méi schnell do, an ech sinn och eng Fra, Ausländerin, an engem klengen Duerf. Dat ass net ze vergläichen mat engem, deen ech weess net besser kommerziell positionéiert ass, déi Sprooch besser beherrscht an esou wéider- en muss, jo.“ (SP: 159-159)*

*„Gréisser Diskussiounen wou et an d'psychescht geet, do sinn ech och verluer.“ (PP:109-109)*

*„From patient point of view, eh, I think patients- a lot of patient- that's why a lot of patients have come to us, is because they feel more comfortable consulting in their native tongue and they're happy to try and speaking French, when you're in the shops or at the hairdressers, but actually when you're talking about your health, they want to feel that they are probably understood [mhm], ehm or that- and they can probably express themselves. [ok] So a lot of people that said<<laughing> oh it's so nice to be speaking English>, ehm, and I think, ehm from my point of view, it it is quite challenging.“ (UR: 135)*

### Kapitel 9.3.1.2

*„Ech hunn zum Beispill jo awer , wéi vill portugisesch clientèle, déi zum Deel villäicht dann awer exklusiv portugisesch schwätzen. Do kann een natierlech mat e puer Grondwieder, deen een weess sech aus der Patsch zéien an e bësschen franséisch Iwwersetzungen sou probéieren op dat net e bësschen kann weiderhëllefen, soss natierlech dofir froen, datt déi vun der Famill oder Bekannten mat kann kommen, deen als Interpret kann fungéieren.“ (NB: 32)*

„Jo lo och englesch an deem Fall, well dann awer-bon et geet nach. Et ass lo net, dass ech mech do guer net debrouilléieren, mä et ass natierlech méi schwierereg, well oft ass et och net deemjéinegen seng Mammesprooch. Weder meng nach deem seng, he. Dat heescht t'ass vun 2 Säiten vill méi schwierereg. Fir mech fir z'erklären, mä awer och fir si. Fir mir z'erklären.“ (PP: 113)

„Lo ass et, et huet changéiert. Franséisch an Lëtzebuergesch, Deutsch. An um Ufank hunn ech ganz vill lëtzebuergesch geschwat an lues a lues waren méi Belge, dat franséischt, an elo déi letzten déi letzten 5, 8 Joeren, an Skandinavien waren ganz vill och aus der Tierkei och Leit, déi léieren elo haaptsächlech englesch an si sinn ëmmer méi anglophone. Déi nëmmen englesch schwätzen.[...]Ech sinn am Gang zënter 7 Joer rëm englesch ze léieren aus dem Grond, jo.“ (SP: 40)

„A wéi gesot, ech mengen d'Sproch ass schonn e ganzt wichtegt Medium an der Medezin. Mir hunn eng Sproch déi an den medizineschen Termen natierlech net ganz räich ass. Ech selwer hunn op däitsch studéiert, däitsch-latäin, ech kommen hei an e Milieu deen komplett franséisch ass an ech schwätzen mam Patient lëtzebuergesch, dat heescht herno kënnt schonn e bësschen e Sammelsurium eraus.“ (BD (1): 86)

„Wann hien mir seet: „I have a low back pain“. Dann schreiwen ech „low back pain“ an den Dossier. Dann schreiwen ech net „lombalgie“ dohinner, ech schreiwen net „Rückenschmerzen“, ech schreiwen „low back pain.“ Domadder ass dann ganz kloer gemengt, wat déi an hiren Länner dorënner verstinn. Wéi den Hexeschoss op lëtzebuergesch mä ech schreiwen net Hexeschoss. Wann e Lëtzeburger kënnt a seet Hexeschoss, dann schreiwen ech Hexeschoss.“ (BD: 90)

„Oh, dat ass enk zesummen gebonnen Sprooch an Kultur awer (.) Doch. Mir hunn ëmmer gelaacht mat Däitsch Kollegen. Well gerade mir hunn ganz vill iwuer- Wéi kann ech dat soen? Net Schwerpunkten-et war ëmmer esou en Witz, well no menger Zäit ech hunn eng vun mengen Däitschen Kollegen ëmmer gefrot: wat hunn däitscher ëmmer mat den tiefen Blutdruckwerten? Dat si sech schlecht fühlen well den Blutdruck déif ass. Ech sot d'ganz Menschheet huet sou Schwankungen mat sengem Blutdruck, dat ass keng Krankheet. An hien huet iwuer mech gelaacht ëmmer well hien sot, jo an dir Franzousen mat ärer Leberkrise, dunn huet hien sech ëmmer futti gelacht, Leberkrise, dann ech war perplex an ech sot, du hues Recht, dat huet medizinesch guer keng Bedeutung, dat existéiert net. Dat war crise de foie, voilà. Medizinesch, dat ass total- dat ass e Begrëff deen et net gëtt, an dann hunn mir heiansdo e Gespréich doriwwer gehat, dat ass bestëmmt well d'Fransousen, dat gutt iessen an dat ganzt

villäicht wann si iwwerdréien Alkohol an gutt iessen, si hunn effektiv méi Gallenkrise, dat ass well anatomesch déi sinn net esou kënneg, an si soen *crise de foie*. Dat ass zwar lustig an komesch mä dat ass fir dat ze soen wat si fillen, an an Däitschland dat lessen, dat deet mer leed mä dat ass net deen selwechten Niveau. Obwuel dertëschent dat huet immens vill changéiert, wéi iwwerall, an dann bon, déi kennen keng *crise de foie* hunn ((laachen)). Wann si sech fühlen dat ass den Blutdruck. “ (SP: 120)

„Op franséisch ech mierken den Kontakt kennt méi schnell. Also humoristesch dat ass méi einfach. Bon, t'ass net onméiglech. Mä et ass méi kriddeleg an aneren Sproochen. Et kann och falsch verstan ginn. Dat ass mir schonn geschitt. Oder dat Leit mir schonn gesot hunn, oh nee, sot hir dat net, sou well- Do war ech e bësschen genéiert. An ech fillen mech an menger eegener Sprooch also Muttersprooch méi sécher mat den Begrëffer déi ech uwenden“ (SP: 66)

„Sometimes you have the situation, where the child only speaks, say Luxembourgish and Japanese ((laughing)), and then it is obviously difficult for me, because I don't speak any Luxembourgish yet, but then I have to communicate with the parents, who then explain to the child.“ (UR: 152)

„Mais mon luxembourgeois est loin d'être <<en riant> parfait> [mhm], donc il y a, quand il s'agit justement de discussions plus approfondies notamment si c'est quelqu'un qui vient pour des problèmes psychologiques [mhm] là j'ai beaucoup plus de mal en luxembourgeois, quoi.“ (OP: 8)

„Wann eng portugisesch Bomi kënnt, déi keen Wuert versteet, an ech verstinn si net, dann soen ech der Famill, hei mir hunn awer och elo e puer Dokteren, déi portugisesch kënnen, gitt weg. duer. Ech kann depannéieren kuerzfristeg. Ech kann awer net eng Anamnese man an- Ech mengen 80 Prozent vun der Kommunikation mam Patient ass jo d'Anamnese awer. T'ass jo awer immens wichteg, dass en engem erzielt wat en huet an wat en hat an wat en spiert an wat en net spiert. An Froen, präzis Äntwerten, dat geet bei deenen Leit net. [...] Ech mengen t'ass awer kloer datt et muss op engem Niveau sinn, wou déi zwee sech awer reng verbal mussen verstoen.“ (BD: 73)

„So this probably the most challenging part with speaking a different language that is not your native language is getting your message understood. “ (OJ: 69)

„Bon ech kann en ënnersichen, dat geet dann och, mä deemno wéi et ass, ass et dat ganz schwiereg, wann hien elo, wann hien mer net richteg- oder ech net kann erausfannen wéi laang en wéi huet oder wat en alles soss vun Symptomer huet, wann en mer do keng uerdentlech Äntwert kann ginn, dann bon, behandeln ech dat wat ech gesinn.

Dann kann ech net méi maachen. Wéi gesot et gëtt een plus ou moins eens mä net genuch fir eng uerdentlech, so mer vläit mol an der akuter Medezin geet dat och nach, wann een lo mat Saachen kënnt, déi eben rezent sinn an déi och rëm séier ewech ginn normalerweis oder wou een muss séier behandelen, wann et eppes chronesch ass, en Traitement iwwer laang Weil oder esou Saachen, dat gëtt dann méi schwierig, well fir dat ze explizéieren oder en Regime explizéieren oder esou Saachen dat ass natierlech dann ganz schwierig [...] An dann eben effektiv wann et elo méi wéitgräifend Diskussiounen sinn, méi Präventiounssaachen sinn ech um Portugiseschen limitéiert, dann gëtt et och mam Régime diskutéieren <<laachend> net vill> dat geet fir erauszefannen wéi den Schnapp ass an wéi laang an wat weess ech > awer net fir eng eng laang- Effort fir eng Krankegeschicht oder esou, wann hien mir op Portugisesch erklärt wat hien hat schonn alles dann verstinn ech dann och net alles. Dat ass dann-“ (BO: 42-44)

„Oder et kennt=dat ass en eeleren Här, bon, dat ass en portugiseschen Mann deen ass elo heihinner geplënnert bei seng Duechter, deen schwätzt nëmmen portugisesch a soss guer näischt, dat heescht en plus säin patois <<laachend> deen net> sou evident ze verstoen ass. Do kennt d’Duechter systematesch mat.[ajo] Dat heescht et ass am Fong méi eng Kommunikatioun, si huet schonn déi ganz Consultatioun preparéiert [mhm] en huet dat do kritt net gutt Loft hei an do, dat heescht ech schwätzen am Fong méi mat (.) der Duechter well ech den Patient net gutt verstinn“ (SI: 173)

„Il y a la FILLE qui vient avec la mère ou, donc là on peut=c’est une communication par le pied d’un tiers souvent, c’est-à-dire la fille est là, la mère est là, la mère parle tunisien, elle parle à sa fille [ah comme ça] et moi je parle à la fille, quoi, ça il ya pas mal de gens comme ça de Tunisie, [mhm] qui viennent avec leur fille [ok] donc il faut communiquer avec la fille et c’est vrai que là je pense qu’il y a beaucoup de choses qui nous échappent, parce que [mhm] c’est difficile de faire un interrogatoire avec trois personnes et il y a des choses certainement qu’elle ne dira pas avant sa fille [mhm] donc le problème.“ (OJ: 82)

### Kapitel 9.3.2

„Dann ginn ech op Nummer sécher. Dat heescht ech bleiwen absolut fachlech. Nëmmen Froen, di also ganz kloer sinn, dat ass Yes or No, kleng Erklärungen. “ (SP: 40)

„Also et geet ganz liicht fir en Mëssverständnes ze kréien. De Moien war nach een hei, deen ass, ehm, aus Südamerika komm an deen huet awer, ehm, bon kennt och Portugisesch, an deen huet dann op Franséisch seng Saach erklärt, e jonke Mann, deen elo e puer Jahr zu Lëtzebuerg ass, 5, 6 Joer, deen huet vun constipado geschwat.

*Constipado heescht Schnapp. Dat heescht net verstoppt sinn. Wann ech him lo eppes sollt opschreiwen fir dass den Mann net méi sollt verstoppt sinn, dann ass en gehait duerno ((laachen)) [((laachen))] Dat geet ganz séier fir Mëssverständnesser ze hunn, mä déi Falen kënnst een schonn aus Erfahrung, also ass do wéinstens keen Problem. Also ech denken net. Ech hunn net héieren am Nachhinein, dass sollen Problemer gewiescht sinn. Dat geet ganz séier fir Mëssverständnesser ze hunn, mä déi Falen kënnst een schonn aus Erfahrung, also ass do wéinstens keen Problem.” (OJ:53)*

#### Kapitel 9.3.4

*„Alors, oui j’ai quelques patientes tunisiennes, pff, eh, bon la c’est plus pour l’examen, quand on est un peu plus en retrait, quoi, [mhm] on sent que déjà elles arrivent certaines avec leurs voiles, beaucoup de vêtements=et on sent que c’est pas évident de les déshabiller, ça c’est plus pour l’examen clinique. “ (OP : 82)*

*„Déi Zäit wou ech an der Belge war, hat ech méi och arabeschstämmeg Leit oder muslimesch Leit, wou wierklech e Problem war, wou ech awer manner Problemer hat, well ech och eng Fra war. Do duerfen si sech dann ausdoen, wann den Mann net derbäi war. Dat hunn ech hei wierklech éischer net” (BO:91 )*

*„Ech sinn och guer net frou mat Leit di do eng Virastellung hunn wéi d'Zeugen Jehovahs, déi jo schon e bësschen Donnéeën praktesch op den Dësch leeën wat se vun der Medezin guer net akzeptéieren. “ (BD(2): 74)*

*„P: Dann sinn et éischer méi medizinesch Problemer, wou ech wierklech muss drun denken, deen kennt wierklech aus der Türkei oder Tunesien, wou ech wierklech éischer medizinesch muss drun denken, dass hir Genen anescht sinn. Awer lo soss vun der Kultur hunn ech manner Problemer.*

I:

I: Dass d'Genen anescht sinn?

*P: Genen anescht sinn, dovunner hir Krankheeten och anescht sinn. Déi bréngen aner Krankheeten mat. Dat heescht wéi ech hat lo de Fall effektiv bei enger Damm, déi aus Tunesien ass, wous de wierklech- wou eng eng eng e Problem mat enger Malabsorbtion vum Bauch ass. Do muss de aner- Do gees de anescht medizinesch un d'Saach erun. Du muss hält bedenken, déi hunn- hir Genen sinn anescht a si hunn aner Path- si hunn aner Krankheeten hält. Saachen, déi fir eis banal sinn, déi hunn déi net.” (PP: 117-119)*

## Kapitel 9.3.5

„Ech mengen et sinn awer Leit vun villen Platzen déi kommen an iergendwéi mengen ech sinn mer nach ëmmer eens ginn domat. Also hunn ech net d'Gefill dass elo een rausgangen ass deen lo seet: ëm Gottes wëllen do ginn ech net méi eran, well mer lo eis vun der Kultur hir net verstanen haten iergendwéi.“ (FN: 82)

„Déi sinn vill- wéi soll ech dat soen. Si hu manner Uspréech wéi d'Lëtzebuenger- hunn ech d'Gefill, t'ass just e Gefill. An si sinn, ehm, einfach, wéi soll ech soen? Wanns de hinnen eppes an d'Rei mëschs, hei den Dag drop hunn ech dann e Porto hei stoen, ouni dat ech dat froen, ouni dat ech dat well. Och wann ech soen: Hei nee. Dat ass dann einfach esou. Dofir man ech deenen ganz oft Saachen an d'Réih wou ech einfach och keng Suen dofir froen an esou, well ech weess, dat sinn Aarbechter, an si hunn net vill Suen. Dat geet dann ëmmer mat duerch, ënnert der Hand ((laachen)).“ (PP:107)

„Dat ass elo keen Problem, et muss een sech just upassen. Et geet een vläit e bësschen anescht mat deenen Leit em an dann versicht een nach aner Diskussiounen. Wann Eheproblemer do sinn, ass et net selwecht bei engem Araber, bei engem Syrier oder bei engem Lëtzebuenger, dat ass e bësschen anescht deen Moment, deemno wat den Hannergrondproblem ass. “ (OJ: 45)

„Jo dat ass eng- Kulturen soen mer mol, et ass een jo gewinnt, mat deem wou een grouss ginn ass déi Kulturen, do ass een- (.) Kommunikatioun an Kultur ass oft och ganz ënnerschiddlech well och zum Beispill d'Verbalisatioun wéi en Patient sech kann ausdrécken kann ganz ënnerschiddlech sinn, déi eng sinn ganz reservéiert an anerer fänken ganz expressiv direkt un ze reagéieren an dat hunn ech muss ech soen, dat hunn ech lues an lues an den Joeren och gemierkt wéi eenzel Famillen oder Gruppen e bësschen ënnerschiddlech reagéieren, dat ech mech awer elo sou a priori dermat auserneenzesetzen, wann ech op eng Konsultatioun zouginn, muss ech soen, dat man ech net, well ech och oft net direkt den direkten Kulturkrees vun Ufank un weess. Awer wann een elo Leit öfters gesäit, dann hält een do e Bëschelchen och Respekt op déi Aschränkung, wann een se dann kennt, mä du muss ech zwar soen, do sinn ech och oft villäicht oft och net attentif genuch, fir dem Kulturkrees vill Rechnung ze droen. Wann ech natierlech zum Beispill eng Situatioun wou d' Kommunikatioun net direkt un eng Fra géif goen, mä si misst iwwer hiren Mann goen, bon wann een mer et géif soen, dann géif ech dat och respektéieren, dann ass et selbstverständlech wann dat geäussert an gewünscht gött, géif ech et respektéieren, mä dat ass awer elo net eppes wou ech elo net à priori géif drunn denken, muss ech do lo eng extra Précautioun treffen, oder net.“ (NB: 41)

## Kapitel 9.3.6

„Jo d'Sekretärin schwätzt just franséisch. Dann sinn schonn all déi just lëtzebuergesch oder däitsch oder englesch schwätzen muss ech dann schonn nees iwwerhuelen. An ëmgedréit mäin englesch ass net sou immens datt ech mech do scho bal heiansdo genéieren wann ech mat den Leit muss schwätzen> fir se ze froen wéi hier Symptomer an Problemer genau sinn. Dat heescht dat geet awer alles, dat ass alles eng- et geet. Mä am Fong loossen mer soen, praktesch ass et keen Problem. Et kann een driwwer theoretiséieren.[jo] Datt s'echer verschidden Informatiounen sech s'echer giffen besser vermëttelen loossen wann jiddwereen eng Sproch perfekt géif kënnen. Op der anerer Säit gëtt et dann ëmmer och den Problem, datt ëmmer méi Stereotypen ëmmer weider vermëttelt ginn. Einfach stereotyp Virstellungen ginn ëmmer einfach widderholl ouni sech fräsch domat d'Iwwersetzungsarbecht ze man. [ok] Wann op eemol musst der iech awer méi d'Fro stellen wann een lo awer schlecht Englesch schwätzt an dir denkt op Däitsch an dann wëllt der d'Sekretärin op franséisch erklären muss dir dat iech alles an engem méiglech nonverbalen Modus virstellen a Gedanken maachen wat dat do lo iwwerhaapt vun der Saach hier soll an dat hanner huet méi d'Tendenz datt der iech op d' Sproch als Vehikel verloosst wou einfach onreflektéiert widderholl gëtt. Sou datt ech denken, dass bei deenen Iwwersetzungsarbeiten heiansdo en positiven Anlass zur erneiter Reflexioun kann bestoen.“ (TF : 160)

„I mean different doctors have different levels of which they feel able to deal with uncertainty, so some doctors always refer more, some doctors always investigate more, but also that's very much I think a result of the system that she [other doctor] has grown up in, [mhm] And in the UK, because cost is such a big issue, we are very much encouraged not to do blood tests and not to do X-rays unless they really are clinically necessary. We wouldn't do them just for reassurance. [mhm] So it's quite interesting, when we talk about patients, so it's made me think, maybe I don't do enough and I think it probably made her think, maybe I do to <<laughing>many>, so it's an interesting cultural exchange.“ (UR: 71)

„And you know it's everybody has their own culture, yeah. But it's also what makes the work fun.“ (JS:116)

„Ech mengen et sinn awer Leit vun villen Platzen déi kommen an iergendwéi mengen ech, sinn mer nach ëmmer eens ginn domat. Also hunn ech net d'Gefill dass elo een rausgangen ass deen lo seet: ëm Gottes wëllen do ginn ech net méi eran, well mer lo eis vun der Kultur hir net verstanen haten iergendwéi.“ (FN: 82)

„Ech géif mengen. Ech hunn mer d'Fro ni gestallt, well hei keng kllassesch Praxis ass, wou déi kulturell Problematik am kllasseschem Sënn wär, wéi een se lo hätt, och zu Berlin, wou ech gelieft hunn virdrun [ajo] a wou zum Beispill do sinn an engem Bezierk do sinn ganz vill Türken do. An wou dann natierlech kulturell Problemer sinn.[jo] An hei ass dat net. Also zumindest net thematesch als Problem. Et kann een lo alles ënnert deem Aspekt gesinn, och wat ech virdrun wollt soen mat den Kulturen, (?hei et gëtt och ?) den wäiten Kulturbegrëff [genau] kucken. Dann kann een eigentlech wahrscheinlech och praktesch interessant Konsequenzen fannen.“ (TF: 140)

So I think the style of communication is probably slightly different compared to what some people are used to and what I am more used to as well. There is a lot of a cultural element to it.“ (UR: 7)

#### Kapitel 9.3.7.1

„Nee, also wéi gesot ech hunn de Mëtten engem Chinees wollten erklären, dat en sech soll d' Grippeimpfung man. Ech hunn him herno gewisen: hei ass eng Sprëtz, wëlls du se? Ech hunn nach gesot Gripp an all den Sproochen, Influenza an hei an do, mä beemol sot en Yes. An dunn huet en se kritt. Awer et war keng glouhrreich Kommunikatioun am Sënn dass hien informéiert ginn ass, geschweige dann vun Niewewierkungen déi en kéint kréien dass en den Aarm nach wéi kritt. Dat do war net méiglech. Tass mäin Lieblingsschinees, well ech guer näischt kann schwätzen ((laachen)). Deen kënnt awer ëmmer rëm ((laachen)). Ech kennen en schon 10 Joer. Ech hunn en schonn zwee, dréi Mol missen opréieren loossen mat eppes, wat ganz dréngend war, an et ass awer gaang ((laachen)) “ (BD (2) : 81)

„Och bei jonke Fraen zum Beispill mat engem arabeschen Hannergrond ass et och oft méi schwierig iwwer Sexualitéit ze schwätzen oder iwwerhaapt e Kompromëss ze fannen tëschent hirem Begier vu Fräiheet, an dat wat awer kulturell vun der Famill aus relativ strikt geregelt ass. [...] Dat ass natierlech e ganzt speziell Thema dann, d'Sexualitéit bei deenen Leit zum Beispill.“ (OJ:77)

„Fir dat feststellen, dat kann ech elo net sou jugéieren. Also dir mengt elo dass d'Italiener aneschtlers reagéieren wéi d'Spuenier oder wei d'Griichen, dat kann ech esou schlecht jugéieren.“(SI: 226)

„Nee net sou regelméisseg. Do kéint een heiansdo mengen, datt déi Leit aus dem fréiere Jugoslawien heiansdo aneschter optrieden, mä ech mengen dat leit awer och do drun dass di Portugisen schonn villäicht méi laang hei am Land sinn, dass een do och schonn deelweis mat der zweeter Generatioun ze dinn huet, déi dann och schonn bal keng

*Portugisen méi sinn, villäicht läit et awer och drun, dass d'Portugisen och ewéi mir sou gutt oder sou vill oder sou wéineg Katholiken sinn wéi mir an dass déi aner awer villäicht nach aner religi- Më awer net datt- mierkste net, nee. Ponctuel an dann muss dat awer mol näischt mat der Nationalitéit ze dinn hunn. Kann och mat der Persoun ze dinn hunn."* (FM: 60)

### Kapitel 9.3.7.2

*„Mä get och déi Kultur déi ech fir drun gesot hunn, déi Leit déi bei den europäeschen Institutiounen schaffen, quit datt dat ganz verschidden Kulturen och nees sinn bilden déi awer och nees eng innerbetriblech Kultur, Leitkultur iergendwéi eraus, ok egal dass elo een aus Finnland oder aus Portugal deen do kënnt deen do kennt aus der Kultur aus der europäeschen Kultur."* (TF:128)

*„Jo, an ech mengen do kann een awer net eng Hand aneschtters consideréieren, well et eng Hand aus dem Westen ass, oder well et eng aus dem Norden ass. Hand ass Hand. Wat elo déi Hand fir deen aneren duerstellt, dat kann ënnerschiddlech sinn."* (NB: 65)

### Kapitel 9.3.7.3

*„J'ai du mal parce que les Portugais je trouve c'est pas du tout comme le sud de la France, c'est encore, eh, j'ai pas, je sais, je ne sais pas vraiment déterminer ce que j'ai avec les Portugais, je sais pas si c'est vraiment qu'un problème de langue ou si c'est, eh, eh ((pfff)), oui, qu'ils décrivent des choses qui sont dans leur idée, qu'ils ont une conception de leur corps qui est différente, [...] du coup on n'arrive pas bien on n'arrive pas bien à s'orienter vers un organe, eh, vraiment déjà au départ savoir où il y a douleur, si c'est l'estomac où ((rire)) ah, ou si c'est, eh, les poumons, c'est c'est vraiment parfois très vague comme-."* (OP: 24)

*„Déi Zäit wou ech an der Belge war, hat ech méi och arabeschstämmeg Leit oder muslimesch Leit, wou wierklech e Problem war, wou ech awer manner Problemer hat, well ech och eng Fra war."* (PP: 117)

*„An dat ass och bei den portugiseschen Leit éischer Syndrome méditerranéen nennen ech dat dann. Dat ass éischer bei den portugiseschen Leit. Si hunn eppes awer si maaachen ëmmer wéi wann et 10 Mol méi schlëmm wier. Obwuel si dat bei mir guer net müssen, well ech genau weess si sinn krank an si hunn dat. Mä dass hält- ech nenne dat syndrome méditerranéen, dat heescht, t'ass et kléngt wéi wann et 100 Mol méi schlëmm wier. Et ass schlëmm, mä et ass lo net, dass si just vïrum stierwen wieren, mä oft gesäit et esou aus. An- just fir ze soen, fir en Ënnerscheid ze ginn."* (PP:119)

*„Jo, ech mengen déi Südlänner sinn méi- méi gehëtzt, méi dramatisant- si*

*dramatiséieren méi, si sinn méi empfindlech. Wéi lo hei- ech soen Lëtzebuenger oder Däitscher.” (BB:131)*

*„Doctors are thought to be human, and you can challenge them. “ (UR: 41)*

*„This is the- Because some- a lot of our English patients for example, they would come in and say: Can I trust that you are really Anglophone? Meaning that can they trust that I understand how they think because they are from England for example and I say: Yes you can but this is actually I think the clue to why we get them, because we understand their-how they function in their head.” (JS: 174-176)*

*„It's it's - I can't even you know tell you what it is, but there is a big difference“. (JS: 177)*

#### Kapitel 9.4.1

*„Majo déi wäeren nees eng Kéier déi dräi Punkten do. Dat heescht datt een wierklech déi dräi Punkten ënnert een Hutt kritt. Dat heescht datt der wierklech kennt also fachlech-medezinisch gutt schaffen, den Patient zefridden stellen, als Client awer och als Patient, einfach zwëschemenschlech. An datt der d'Praxis och ökonomesch kennt féieren, dat heescht datt der dat no enger gewësser Effizienz kennt maache, datt der net= An selbsterständlech dat zefriddestellend kennt iwwert d'Bühn kréien, datt der iech owes bëssi méi frësch fillt an bëssi manner ausgelaugt sidd. Dat heescht dir hutt dann selwer en stressreduzierten Facteur. [...] Datt der selwer manner Stress hutt mä iech méi erfëllt fillt duerch d'Aarbecht.“(TF: 141)*

*„An déi dréi Saachen musst dir am kommunikativen Akt iergendwéi iwwert d'Bühn kréien an kuerzer Zäit, he. [mhm, an déi 3 Saachen] Effektiv an effizient Aart a Weis. An dat geet oft dernieft.“(TF: 47)*

*„Jo genau. Bei deem engem muss een halt wëssen, t'ass e Muslim, du gees deen net froen, op en drénkt oder op en Schwéngfleesch ësst. Mä dat ass elo awer net vun enger furchtbarer kultureller Kompetenz. [...] Dat ass schonn sozial- mä net onbedéngt kulturell, nee. Esou gesinn ech et elo mol.“(FM: 76-78)*

*„Ech mengen dat gehéiert och DOZOU dass een souwisou och den Patient hellt wéi en ass an respektéiert, an voilà. An ALL senge Facetten, souwuel seng kulturell, reliéis oder wat weess ech oder och soss wann en soss iergendwellech Meenungen huet, mir sinn net do fir do fir dat ze jugéieren.“(BO: 62)*

## Kapitel 9.4.2.1

„Moi j'ai une expérience aussi parce que j'ai travaillé dans plusieurs endroits, j'ai travaillé à Marseille, eh. À Marseille, les gens viennent avec beaucoup de symptômes, ils parlent beaucoup, ils ont mal partout en gros et c'est très exubérant, quoi, c'est des douleurs très forts, voilà donc là j'avais le problème de savoir quel est le problème <<en riant> principale> pour la communication orale et puis je suis allé dans une région à Orléans au centre de la France [mhm] et là, c'était complètement différent. Il s'arrivait souvent au début que les gens sortaient et c'était à la porte qu'ils me disaient quel était vraiment leur problème {{ils ne parlaient pas} parce que} ils ne parlaient pas. “(Q4)

„So I guess in a lot of ways although Europe has lots different languages, we speak more the same language when it comes to describing ill/health, where as if you see somebody from India for example we used to get a lot of women who would complain of pain all over their bodies and that's not an European thing to say at all.“ (UR: 101)

„J:0 d'portugisesch Mentalitéit ass eng aner wéi meng Mentalitéit [mhm] äh (2) [...] Ech mengen elo déi jonk, déi elo hei hei opgewuess sinn, op d'Welt komm sinn (.) déi Mentalitéit ass mer sècher e bësschen méi méi no, well se an eiser Kultur [jo] opgewuess sinn, ewéi déi eeler leit, di heihinner geleeëntlech op Besuch kommen [...] an äh déi leit hunn sècher eng aner Mentalitéit, eben eng typesch portugisesch Mentalitéit. [...] ma zum Beispill dass verschidden, äh, mir hunn elo zulescht hunn mer mat engem esou geschwat iwert fëmmen [mhm] An d'fëmmen ass, dat ass zum Beispill eng portugisesch Fra dohannen déi fëmmt normalerweis net, eh.“(SI: 79-85)

„Je ne vois vraiment pas comment on peut faire autrement [mhm], au moins d'avoir des connaissances encyclopédiques sur toutes les cultures et de-il faut se mettre au niveau de la personne qu'on a en face de soi et (.) apprendre des choses pour s'adapter je veux dire, c'est pas possible autrement. “ (VB: 140)

„C'est toujours le même problème de l'individu que l'on s'adapte [mhm] e:h, mais c'est la même chose pour la culture. Donc on s'adapte à la culture de la personne en face, e:h de vous [mhm] et= disons que c'est souvent la personne d'une autre culture qui vous apprend autre choses de sa culture.“ (VB: 130)

## Kapitel 9.4.2.2

„Well I guess, it just takes lots of time and lots of saying things slowly in different ways to try and get the message across.“ (UR : 79)

„It's what we talked about, you know when it's a French person then it's-it gets

*suddenly very much more formal, because they are also used to the more formal way and I don't know- yeah. It's it's with all the rest I think it's very relaxed and fluent, then you can joke and with the French people they don't [(laughing)] They don't understand if I start laughing at something, if they don't laugh you know It's very- you keep your face and that's it. It's fine- I know how it works, so it's, I don't try to get too close or to be too pushy [mhm] and I know that they probably expect an antibiotic more easily than a [scandinavian person] does [ok] so ok if there is a little reason, then fine. Then I'll just give it to them, it's no use trying force your own culture and then it's no. I have to adapt and this is what I do.”(JS : 55)*

*„Jo, dat ass menger Meenung no Allgemengwëssen. Dat huet lo net spezifesch mat der Medezin ze dinn, mä an eiser alldäglicher Aarbecht kann et en Thema sinn, net ganz oft, mä déi allermeescht Patienten déi ech elo hei behandelen, kommen aus Europa, dann ass dat keen sou Thema, mä deemno wou een d'Praxis huet, schafft, dann kann dat méi e staarkt Thema sinn, an dann ass d'Allgemengwëssen, wat ass Islam, wéi funktionéieren déi Familljen, och d'Homosexualitéit an den islameschen Familljen” (OJ: 77)*

*„La culture ça compte quand même un peu, eh, je vous ai dit il y a quand même des différences entre les régions en France, là on sent bien que les gens ont gros ont pas eu la même éducation, fonctionnent pas pareil, ne communiquent pas pareils, mais une fois qu'on a compris comment ça marche, après c'est une question vraiment individuelle.” (OP: 238)*

*„Là j'y répons [mhm] et à nouveau avec éventuellement ma culture ou ma conscience.”(VB: 154)*

*„ Oh, ech ginn gutt domat ëm, mä wei? T'ass an <<laachend> menger Natur>. Ech versichen ze berouegen, an ze dedramatiséieren. [mhm] also d'Leit awer Vertrauen ze ginn, an ze soen an deem Sënn, hei berouegt Iech, t'ass net sou dramatesch wéi Dir et mengt oder-versichen e bësschen méi Empathie awer dobäi ze hunn.” (BB: 133)*

*„So (..) yeah sometimes drawing things or writing things down, ehm, and sometimes I look online for example I wanted to find out the Japanese vaccination schedule for children [mhm] ,actually I just googled it, and it came up online [mhm]. So there's a lot of useful stuff online. But I - that hasn't arisen too much. And then if I'm consulting in French, sometimes obviously there's things that I can't say, and I just have to think of another way of saying them [mhm] so, I think a bit laterally, yeah. ”(UR :85)*

*„I quite often ask people what they were expecting or if they? up to the past, what have*

*they done? Had they always had Antibiotics for that sinusitis? I know that if I'm not planning to prescribe antibiotics, I have a bit more explaining to do, where as if you see a patient who has always been told to take Paracetamol and do a bit of steaming, then that's what they expect, so I do ask patients what they're expecting, sometimes, ehm. I also- from the point of view of prescriptions, I do- I ask people what they want. So for example with colds and coughs, ehm, I wouldn't normally prescribe cough medicines for children because they don't work [mhm] But a lot of people expect them, and so we'll talk about it, and if they want them, I'm happy to prescribe them, but I would tell them my advice, which is, if it doesn't seem to be helping then stop using it. [ok] There's no clinical need. So I just, I guess, it's more- I try to find out what they're expecting from me, so that they don't go away disappointed or feeling that I haven't addressed what they wanted.”(UR :101)*

*„C'est quand, ben, c'est on sait pourquoi les gens sont venus [mhm] qu'on comprend bien leur symptômes, quand on comprend bien et quand on sait comment on va pouvoir les soigner ou les aider ou les orienter, eh, vers un spécialiste [mhm]“ (OP: 59)*

*„Ech denken dass een einfach léiert dass et op aner Platzen einfach anescht geschitt wéi hei an dass net ëmmer jiddereen deen selwechter Background huet an dass verschiddenen Gewunnechten anescht sinn an dass een sech einfach informéiert wéi ass dat op enger anerer Platz, dass een dat respektéiert an kuckt domat eens ze ginn.“(FN: 84)*

*„Dat ass wierklech jiddwereen mat mol fir d'éischt Gefill ze ginn, he du bass hei à l'aise, hei du kanns hei sinn weis de bass, an du brauchts dech hei net un eng lëtzebuergesch Mentalitéit unzepassen oder (.) sou géif ech dat gesinn, datt den Patient an ech och an där Konsultatioun eigentlech esou am Hannerkapp sech déi Froe iwuerhaupt net méi misst stellen.“(NB: 69)*

*„Jo, dat ass d'Fro vun der Öffnung vis à vis vun aneren Kulturen vis à vis vum Respekt vun aneren Kulturen.[...] Mir kënnen net mat eisem System hei fir Amerikaner denken. Well si si gin Risiken an, net ungär. Dat ass einfach sou, dat ass eng Aart Pokerspill fir si [Dir mengt an der Kultur?] Déi sinn méi an déi Richtung, jo. Dat ass eng ganz- ech war do an Amerika, an ech hunn een gesinn, den Touristenführer dat maachen mat dem Gips um Been, an seng Kretschen. Hei, dat wär e Skandal, mä déi sinn einfach anescht. Dann müssen mir oppassen, datt mir net mat eisen Strukturen en Raisonnement maachen, déi hinnen einfach net passt. “ (SP: 78)*

*„Coursen fir et ze man. Ech denken dat wier net verkéiert. Mä den Problem ass ëmmer*

*Zäitfacteur. Ech wéisst net wéi ech dat nach géif ënnerschreiden. Pardon. [ok] Mä verkéiert fannen ech elo net. Anerersäits du léiers hält um Terrain ganz vill. Dat heescht du gesäis schonn e ganzen Koup. Dass de domat elo awer elo. Ech fillen mech elo doranner awer net kompetent. Ech hunn einfach geléiert domat ëmzegoen. Mä awer elo wierklech soen ech sinn kompetent am interkulturellen, dofir misst ech schonn wierklech eppes maachen, also Coursen hunn.“ (PP: 192)*

#### Kapitel 9.4.4

*„Ma d'Leit respektéieren, virun allem mat hinnen schwätzen, hinnen nozelauschteren, dat ass schonn vill Wärt hautdesdaags. Dann sinn d'Leit schonn déck zefridden wann si esou bei een Dokter kommen. Dass deen awer och elo nach kulturell total op der Héicht ass, fir all deenen Situatiounen do ze begéinen.“ (FM: 70)*

*„Yes. If you work in an environnement like this. And I presume that later on it's getting more and more important, because the globe is getting smaller and smaller, but yes especially in a place like Luxembourg, which is very international“ (JS: 102)*

## Anhang C. Studienplan der „Formation spécifique en médecine générale“ an der Universität Luxemburg

Règlement grand-ducal du 26 mai 2004 déterminant les conditions d'accès, les études ainsi que les conditions de réussite de la formation spécifique en médecine générale.

<b>1<sup>ère</sup> ANNEE DE FORMATION</b>	
Rôle et fonction du médecin généraliste (spécificité de la médecine générale) (Mission communautaire)	8 heures
Législation sociale luxembourgeoise	10 heures
Certificats, constats, rapports demandés au médecin généraliste	2 heures
Prescrire (Le traitement symptomatique. L'essai de traitement) (Situation particulière du Grand-Duché quant aux possibilités de prescription )	12 heures
Santé publique (Recueil de données. Le dossier clinique. Les réseaux.) Médecine du Travail. Médecine Scolaire. Interactions du généraliste avec les secteurs conventionnés des Ministères de la Santé et de la Famille.	4 heures
La médecine préventive. Dépistages en médecine générale	4 heures
Les urgences en Médecine Générale	6 heures
L'ECG en médecine générale	3 heures
Pathologie ostéoarticulaire (1 <sup>ère</sup> partie)	6 heures
Pathologies infectieuses courantes. Antibiothérapie	8 heures
Le suivi du patient chronique (Gestion du dossier en médecine générale) (Identification des principales pathologies chroniques)	8 heures
EBM. Recherche bibliographique. Techniques nouvelles de formation	4 heures
Les pathologies banales. Maladies auto- résolutives	2 heures

Total: 77 heures

<b>2<sup>e</sup> ANNEE DE FORMATION</b>	
Pathologie ostéoarticulaire (2 <sup>e</sup> partie)	6 heures
HTA	2 heures
Diabète	2 heures
Dysthyroïdies	3 heures
Vomissements et diarrhées	2 heures
Céphalées en médecine générale	4 heures
Pathologie veineuse des membres inférieurs	2 heures
Petite chirurgie. Soins des plaies. Ulcères de jambe	3 heures
Gynécologie	6 heures
Dermatologie en médecine générale	4 heures
Rappel urgences	2 heures
Maladies psychosomatiques et troubles fonctionnels	12 heures
Sexologie	2 heures
Relation Médecin / malade Communication en médecine générale	12 heures
Ethique en médecine générale	3 heures
Recherche en médecine générale	1 heure

Total: 66 heures

<b>3° ANNEE DE FORMATION</b>
------------------------------

Pathologie ostéoarticulaire (3° partie)	3 heures
Rappel urgences	2 heures
Médecine palliative. Fin de vie. Traitement de la douleur	10 heures
Diététique	2 heures
Médecine de l'environnement	4 heures
Organisation du cabinet et gestion financière	3 heures
Gériatrie	8 heures
Pédiatrie	6 heures
L'adolescent	2 heures
Les dépendances. Toxicomanies	8 heures
Le patient démuné	2 heures
Pathologies psychiatriques en médecine générale. Les psychothérapies	19 heures
Le patient difficile	2 heures
Le cas banal et ce qu'il peut cacher	2 heures
Santé et maladie dans la perspective du patient	3 heures
Accueil de la délégation médicale	1 heure
Aspects pluriculturels en Médecine Générale	3 heures

**Total: 80 heures**

## Anhang D. Interviewmaterialien

### D.1 Brief zur Kontakierung der Interviewteilnehmer

...  
...  
...

Walferdange, XX.XX.20XX



UNIVERSITÉ DU  
LUXEMBOURG

INSIDE | INTEGRATIVE RESEARCH UNIT  
ON SOCIAL AND INDIVIDUAL  
DEVELOPMENT

□ FACULTY OF LANGUAGE AND LITERATURE, HUMANITIES, ARTS AND EDUCATION

Projet de doctorat sur la communication médecin-patient

Dr. ...

En raison de mon projet de doctorat en psychologie à l'Université du Luxembourg, je me permets de vous contacter. Le projet aborde le sujet de la communication entre médecin et patient. Pour mon étude, je cherche des médecins généralistes pour des interviews sur la communication médecin-patient (durée: 30-60 minutes). Je suis flexible concernant le temps et le lieu de l'interview. Les interviews pourront être menés en luxembourgeois, allemand, français ou anglais. Bien entendu, toutes vos données seront rendues anonymes.

Si vous seriez intéressés à participer ou si vous auriez encore des questions supplémentaires, vous pouvez me contacter par courrier électronique ([elisabeth.bourkel@uni.lu](mailto:elisabeth.bourkel@uni.lu)) ou téléphone (46 66 44 95 39).

Dans l'attente d'une réponse favorable, je vous prie d'agréer mes salutations distinguées,

Elisabeth Bourkel

## D.2 Interviewleitfaden

Einleitender Satz: In diesem Interview wird es um Arzt-Patienten Kommunikation im Allgemeinen gehen, wobei mich einige Aspekte im Speziellen interessieren. Auf die werde ich jedoch erst im Verlauf des Gesprächs eingehen. Die Fragen werden relativ offen sein.

<p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was fällt Ihnen zum Thema „Kommunikation zwischen Arzt und Patient“ ein?</li> </ul>
<p><b>Rolle/Stellenwert von Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welchen Stellenwert hat A-P-Kommunikation innerhalb der medizinischen Untersuchung für Sie ?</li> <li>• Beschäftigt Sie das Thema « Kommunikation » im Allgemeinen sehr?</li> </ul>
<p><b>Schwierigkeiten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es manchmal Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit den Patienten? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In welchen Situationen gibt es Schwierigkeiten?</li> <li>○ In welchen Situationen gibt es keine Schwierigkeiten?</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Positiver Verlauf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wann verläuft die Kommunikation mit Ihren Patienten gut ?</li> <li>• Woran merken Sie das ?</li> <li>• Was ist effektive Kommunikation ?</li> </ul>
<p><b>Interkulturelle Kommunikation</b></p> <p>Im Speziellen interessiert mich die Kommunikation zwischen Arzt und Patient unterschiedlicher Nationalität.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was sind ihre Erfahrungen hierzu ?</li> <li>• Wie denken Sie im Allgemeinen, wie solche Erfahrungen sind?</li> <li>• Glauben Sie, dass es zu Missverständnissen kommen kann ?</li> </ul>
<p><b>Kulturelle Unterschiede</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haben Sie schon einmal bemerkt, dass es kulturelle Unterschiede zwischen Ihnen und Ihren Patienten gab ?</li> <li>• Woran haben Sie das gemerkt ?</li> <li>• Beschäftigt Sie das Thema « Kulturunterschiede » sehr ?</li> </ul>
<p><b>Erfahrung mit Übersetzern, Begleitern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Erfahrung haben Sie mit Übersetzern und Begleitern im Gespräch gemacht?</li> </ul>
<p><b>Interkulturelle Kompetenz :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie kann bei vorhandenen Schwierigkeiten interkulturelle Kommunikation verbessert werden?</li> <li>• Wie reagieren Sie bei « kulturellen » Problemen?</li> <li>• Wie wichtig ist interkulturelle Kompetenz?</li> <li>• Worin besteht interkulturelle Kompetenz? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Situation</li> <li>○ Person (Kulturelles Bewusstsein, Persönlichkeit, Erfahrung, Wunsch mit den Personen in Kontakt zu treten)</li> </ul> </li> <li>• Kann man interkulturelle Kompetenz erlernen?</li> </ul>
<p><b>Kommunikation mit Kollegen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie nehmen Sie sprachliche/kulturelle Unterschiede in der Kommunikation mit Kollegen wahr?</li> </ul>
<p><b>Kommunikationsfähigkeiten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wodurch können Kommunikationsfähigkeiten erworben werden? (Studium, Erfahrung, Persönlichkeitseigenschaft,...)</li> </ul>
<p><b>Nachfrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fällt Ihnen noch etwas zur Kommunikation mit den Patienten ein?</li> </ul>
<p><b>Nachfrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es eventuell wichtige Punkte, die ich noch nicht angesprochen habe?</li> </ul>

**D.3 Fragebogen zu demographischen und beruflichen Angaben (deutsche und französische Version)**

# *Fragebogen*

<b>Alter</b>	-----Jahre
<b>Nationalität</b>	
<b>Geburtsland</b>	
<b>Muttersprache</b>	
<b>Welche weiteren Sprachen sprechen Sie noch?</b>	
<b>Falls Sie nicht in Luxemburg geboren sind, seit wann sind Sie in Luxemburg?</b>	
<b>Hatten Sie längere Auslandsaufenthalte? (&gt;1 Monat) Wenn ja, wo?</b>	
<b>Familienstand/Partnerschaft</b>	
<b>Kinder</b>	
<b>Ausbildungsland/-länder</b>	

<b>Demographische Zusammensetzung Ihrer Patienten</b>	A) Wie viel Prozent Ihrer Patienten haben einen Migrationshintergrund?  -----%  Welche Nationen sind am Meisten vertreten?  1.-----  2.-----  3.-----  4.-----  5.-----  B) Wie viel Prozent Ihrer Patienten sind über 60?  -----%  C) Wie viel Prozent Ihrer Patienten sind über 60 und haben einen Migrationshintergrund?  -----%
---	--

Code-----

# Questionnaire

<b>Age</b>	----- ans
<b>Nationalité</b>	
<b>Pays de naissance</b>	
<b>Langue maternelle</b>	
<b>Quels autres langues est-ce- que vous parlez ?</b>	
<b>Si vous n'êtes pas né au Luxembourg, depuis quand êtes vous ici?</b>	
<b>Est-ce que vous aviez eu des séjours à l'étranger prolongés ? (&gt;1 mois) Si oui, où?</b>	
<b>Etat civil</b>	
<b>Enfants</b>	
<b>Pays où vous avez suivi votre formation</b>	

<b>Composition démographique de vos patients</b>	<p>A) À combien le pourcentage des patients issus à l'immigration s'élève-t-il?</p> <p>-----%</p> <p>Quels nations sont représentés?</p> <p>1.-----</p> <p>2.-----</p> <p>3.-----</p> <p>4.-----</p> <p>5.-----</p> <p>B) Quel est le pourcentage de vos patients ayant plus que 60 ans?</p> <p>-----%</p> <p>C) Quel pourcentage de vos patients issus de l'immigration a plus que 60 ans?</p> <p>-----%</p>
--	---

Code-----

#### D.4 Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

##### Déclaration concernant la protection des données

Par la présente, je soussigné(e)\_\_\_\_\_ donne mon accord pour l'enregistrement et la transcription de mon interview du\_\_\_\_\_ effectué par Elisabeth Bourkel de l'Université du Luxembourg dans le cadre de son projet doctoral sur la communication patient-médecin.

J'accepte que des extraits de l'interview transcrite puissent être utilisés pour des publications dans le cadre du travail doctoral d'Elisabeth Bourkel sous condition que toutes mes données personnelles soient rendues anonymes.

La résiliation écrite de cette déclaration par la personne interviewée est toujours possible.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



## 13. Literaturverzeichnis

- Agar, M. (2006). Culture: Can you take it anywhere? *International Journal of Qualitative Methods*, 5(2). Retrieved from [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5\\_2/PDF/agar.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_2/PDF/agar.pdf)
- Allegrezza, S., Ferring, D., Willems, H. & Zahlen, P. (Eds.). (2014). *La société luxembourgeoise dans le miroir du recensement de la population*. Luxembourg: Saint Paul.
- American Psychological Association (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58(5), 377-402. doi:10.1037/0003-066X.58.5.377
- American Psychological Association (2009). *Multicultural competency in geropsychology*. Washington, DC American Psychological Association
- Association Nationale des Infirmiers et Infirmières Luxembourgeois(es) (2011). *Krankepfleg ass...* Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Ministère de la Santé.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17, 269-276.
- Beach, M. C., Saha, S. & Cooper, L. A. (2006). *The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality*. New York: The Commonwealth Fund.
- Bemtgen, M., Madert, D., Mathey, G. & Weber-Messerich, J. (o.J.). Cours de langue luxembourgeoise. Professions de santé. Secteur hospitalier et Maison de soins.
- Bemtgen, M. & Weber-Messerich, J. (o.J.). Lëtzebuergesch am Spidol an am Altersheem.
- Bennett, M. J. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 10(2), 179-196. doi:10.1016/0147-1767(86)90005-2
- Bensing, J. & Langewitz, W. (2003). Die ärztliche Konsultation. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. v. Uexküll & W. Wesiack (Eds.), *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (pp. 415-423). München: Urban & Fischer.
- Bensing, J., Rimondini, M. & Visser, A. (2013). What patients want. *Patient Education and Counseling*, 90, 287-290. doi:10.1016/j.pec.2013.01.005
- Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S. L., et al. (2006). Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent upon role. *Journal of Professional Nursing*, 22(6), 355-358. doi:10.1016/j.profnurs.2006.09.001
- Berry, J. W. (2006). Contexts of acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *Acculturation Psychology* (pp. 27-42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 356-360. doi:10.1016/j.pec.2009.07.022
- Bischoff, A., Bovier, P. A., Isah, R., Gariazzo, F., Ariel, E. & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57(3), 503-512.
- Bischoff, A., Tonnerre, C., Loutan, L. & Stalder, H. (1999). Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. *Sozial-und Präventivmedizin*, 44, 283-287.

- Blackhall, L. J., Frank, G., Murphy, S. T., Michel, V., Palmer, J. M. & Azen, S. P. (1999). Ethnicity and attitudes towards life sustaining technology. *Social Science & Medicine*, 48(12), 1779-1789. doi:10.1016/S0277-9536(99)00077-5
- Borsenberger, M. & Dickes, P. (2011) Religions au Luxembourg. Quelle évolution entre 1999-2008? *Les Cahiers du CEPS/INSTEAD. Population et Emploi: CEPS / Instead*.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Bourhis, R. Y. & Giles, H. (1977). The language of intergroup distinctiveness. In H. Giles (Ed.), *Language, ethnicity and intergroup relations* (pp. 119-135). London: Academic Press.
- Bourhis, R. Y., Giles, H., Leyens, J. P. & Tajfel, H. (1979). Psycholinguistic Distinctiveness: Language Divergence in Belgium. In H. Giles & R. St-Clair (Eds.), *Language and Social Psychology* (pp. 158-185). Oxford: Basil Blackwell.
- Brach, C. & Fraserirector, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57(4 Suppl.), 181-217. doi:10.1177/1077558700574009
- Braithwaite, D. O. & Baxter, L. A. (Eds.). (2008). *Engaging theories in interpersonal communication: Multiple perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Braman, A. C. & Gomez, R. G. (2004). Patient personality predicts preference for relationships with doctors. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 815-826. doi:10.1016/j.paid.2003.10.009
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Buddeberg, C. (1998). Bedeutung und Aufgaben der psychosozialen Medizin. In C. Buddeberg & J. Willi (Eds.), *Psychosoziale Medizin* (pp. 3-12). Heidelberg: Springer.
- Buddeberg, C., Laederach, K. & Buddeberg-Fischer, B. (1998). Die Arzt-Patient-Beziehung. In C. Buddeberg & J. Willi (Eds.), *Psychosoziale Medizin* (pp. 455-482). Heidelberg: Springer.
- Bühler, K. (1934/1982). *Sprachtheorie*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Bylund, C. L., Peterson, E. B. & Cameron, K. A. (2012). A practitioner's guide to interpersonal communication theory: An overview and exploration of selected theories. *Patient Education and Counseling*, 261-267. doi:10.1016/j.pec.2011.10.006
- Caisse Nationale de Santé (2013). Le médecin référent. Retrieved 12.02. 2014, from <http://www.cns.lu/prestataires/?m=55-114-0&p=265#FAQ2D>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. doi:10.1177/10459602013003003
- Carter, S. M. & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328. doi:10.1177/1049732307306927
- Centre de Recherche Public de la Santé (2014). Annuaire. Retrieved 28.03. 2014, from <http://www.sante.public.lu/fr/annuaire/index.php?advanced&c=141>
- Chamberlain, K. (2012). *Qualitative Research in Perspective: Achieving excellence in qualitative research practice*. Paper presented at the Create Workshop, Prague.
- Chamberlain, K. & Murray, M. (2008). Health Psychology *The SAGE Handbook of qualitative Research in Psychology* (pp. 390-406). London.
- Chen, G.-M. & Starosta, W. J. (1996). Intercultural communication competence: A synthesis. In B. R. Burleson & A. W. Kunkel (Eds.), *Communication yearbook* (Vol. 19, pp. 353-384). Thousand Oaks: Sage.

- Chen, G.-M. & Starosta, W. J. (2000). *The Development and Validation of the Intercultural Sensitivity Scale*. Paper presented at the Annual Meeting of the National Communication Association.
- Cheng, E. M., Alex Chen, M. & William Cunningham, M. (2007). Primary language and receipt of recommended health care among Hispanics in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 283-288. doi: 10.1007/s11606-007-0346-6
- Chiu, C.-Y., Lonner, W. J., Matsumoto, D. & Ward, C. (2013). Cross-Cultural Competence: Theory, Research and Application. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(6), 843-848. doi:10.1177/0022022113493716
- Clark, H. H. (1996). *Using language* (Vol. 4): Cambridge University Press Cambridge.
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Johnson, R. L., Ford, D. E., Steinwachs, D. M. & Powe, N. R. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine*, 139(11), 907-915.
- Creswell, J. (2013). *Qualitative Inquiry And Research Design: Choosing Among Five Approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Crotty, M. (1998). *The Foundations of Social Research*. London: SAGE.
- D'Agostino, T. A. & Bylund, C. L. (2011). The Nonverbal Accommodation Analysis System (NAAS): Initial application and evaluation. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 33-39. doi:10.1016/j.pec.2010.07.043
- De Haes, H. & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 287-294. doi:10.1016/j.pec.2008.12.006
- De Maesschalck, S., Deveugele, M. & Willems, S. (2011). Language, culture and emotions: Exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations. *Patient education and counseling*, 84(3), 406-412. doi:10.1016/j.pec.2011.04.021
- De Saussure, F. (2011). *Course in general linguistics*. New York City: Columbia University Press.
- Deardorff, D. K. (2006). Identification and assessment of intercultural competence as a student outcome of internationalization. *Journal of studies in international education*, 10(3), 241-266. doi: 10.1177/1028315306287002
- Deledda, G., Moretti, F., Rimondini, M. & Zimmermann, C. (2013). How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling* doi:10.1016/j.pec.2012.05.005
- Deumert, A. (2010). "It would be nice if they could give us more language"-Serving South Africa's multilingual patient base. *Social Science & Medicine*, 71, 53-61. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.036
- Dew, K. (2007). A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Australian and New Zealand journal of public health*, 31(5), 433-437. doi:10.1111/j.1753-6405.2007.00114.x
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S. & Liamputtong, P. (2007). Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research*, 7(3), 327-353. doi:10.1177/1468794107078515
- Die Krux mit dem Sprachenmix (2014, 5. Februar). *Luxemburger Wort*,
- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P. & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International journal for quality in health care*, 19(2), 60-67. doi: 10.1093/intqhc/mzl069
- Dorgan, K. A., Lang, F., Floyd, M. & Kemp, E. (2009). International medical graduate-patient communication: a qualitative analysis of perceived barriers. *Academic Medicine*, 84(11), 1567. doi:10.1097/ACM.0b013e3181baf5b1

- Duden (2013). Retrieved 12.02. 2014, from <http://www.duden.de/rechtschreibung/interkulturell>
- Eamranond, P. P., Davis, R. B., Phillips, R. S. & Wee, C. C. (2009). Patient-physician language concordance and lifestyle counseling among Spanish-speaking patients. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11, 494-498. doi:10.1007/s10903-008-9222-7
- Epstein, R. & Street, R. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Bethesda, MD National Cancer Institute.
- Epstein, R. M. (2006). Making communication research matter. What do patients notice, what do patients want, and what do patients need? *Patient Education and Counseling*, 60, 272-278. doi:10.1016/j.pec.2005.11.003
- Faller, H. & Lang, H. (2010). *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie* (3rd ed.). Berlin: Springer.
- Fehlen, F. (2009) Une enquête sur un marché linguistique multilingue en profonde mutation / Luxemburgs Sprachenmarkt im Wandel. Luxembourg: Sesope Centre Intercommunautaire.
- Fehlen, F., Heinz, A., Peltier, F. & Thill, G. (2013) Les langues parlées au travail, à l'école et/ou à la maison. Luxembourg: STATEC.
- Fernandez, A., Schillinger, D., Grumbach, K., Rosenthal, A., Stewart, A. L., Wang, F., et al. (2004). Physician language ability and cultural competence. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 167-174.
- Filipp, S.-H. & Mayer, A.-K. (1999). *Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Finset, A. & Visser, A. (2009). EACH 2008 in Oslo: In the pursuit of the good consultation. *Patient Education and Counseling*, 76, 293-295. doi:10.1016/j.pec.2009.07.023
- Fischer, L. & Wiswede, G. (2009). *Grundlagen der Sozialpsychologie*. München: Oldenbourg.
- Fitzpatrick, M. A. & Vangelisti, A. (2001). Communication, Relationships and Health. In W. P. Robinson & H. Giles (Eds.), *The new handbook of language and social psychology* (pp. 505-530). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 395-407). Wiesbaden: Springer.
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (2010). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 13-29). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., et al. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14. doi: 10.1542/peds.111.1.6
- Freytag, P. & Fiedler, K. (2007). Soziale Kognition und Urteilsbildung. In U. Six, U. Gleich & R. Gimmler (Eds.), *Kommunikationspsychologie und Medienpsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Frindte, W. (2001). *Kommunikationspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Giles, H., Coupland, N. & Coupland, J. (1991). Accommodation theory: Communication, context, and consequence. In H. Giles, N. Coupland & J. Coupland (Eds.), *Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics* (pp. 1-68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Giles, H., Mulac, A., Bradac, J. J. & Johnson, P. (1987). Speech accommodation theory: The first decade and beyond. *Communication yearbook*, 10(13-48)

- Gilles, P. & Moulin, C. (2009). Die soziale Praxis der Mehrsprachigkeit in Luxemburg. In H. Willems, G. Rotink, D. Ferring, J. Schoos, M. Majerus, N. Ewen, M. A. Rodesch-Hengesch & C. Schmidt (Eds.), *Handbuch der sozialen und erzieherischen Arbeit in Luxemburg*. Luxembourg: Saint-Paul.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. New Jersey: AldineTransaction.
- Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg (2010). *Exercice des professions de médecin*.
- Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg (2011). *Exercice de certaines professions de santé*.
- Gregg, J. & Saha, S. (2007). Communicative competence: a framework for understanding language barriers in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 368-370. doi:10.1007/s11606-007-0364-4
- Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. In Cole et al. (Ed.), *Syntax and semantics 3: Speech arts* (pp. 41-58). New York: Academic Press.
- Griffin, S. J., Kinmonth, A.-L., Veltman, M. W., Gillard, S., Grant, J. & Stewart, M. (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 595-608.
- Gudykunst, W. B., Lee, C. M., Nishida, T. & Ogawa, N. (2005). Theorizing About Intercultural Communication. In W. B. Gudykunst (Ed.), *Theorizing About Intercultural Communication*. Thousand Oaks: Sage
- Guichet.lu (2012). Der Referenzarzt: Praktische Aspekte. Retrieved 09.04.2013, from <http://www.guichet.public.lu/citoyens/de/actualites/2012/08/20-medecin-referent/>
- Gumperz, J. J. & Levinson, S. C. (1996). *Rethinking linguistic relativity*. Melbourne: Cambridge University Press.
- Hall, E. T. (1959). *The silent language* (Vol. 3). New York: Doubleday
- Hammer, M. R., Bennett, M. J. & Wiseman, R. (2003). Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations*, 27(4), 421-443. doi:10.1016/S0147-1767(03)00032-4
- Hammer, M. R., Gudykunst, W. B. & Wiseman, R. L. (1978). Dimensions of intercultural effectiveness: An exploratory study. *International Journal of Intercultural Relations*, 2(4), 382-393. doi:10.1016/0147-1767(78)90036-6
- Harmsen, J., Bernsen, R., Meeuwesen, L., Pinto, D. & Bruijnzeels, M. (2006). Cultural dissimilarities in general practice: Development and validation of a patient's cultural background scale. *Journal of immigrant and minority health*, 8(2), 115-124.
- Helfferrich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heringer, H. J. (2007). *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Herkner, W. (2001). *Sozialpsychologie* (2nd ed.). Bern: Hans Huber.
- Herzog, B. (2007). *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Hesson, A. M., Sarinopoulos, I., Frankel, R. M. & Smith, R. C. (2012). A linguistic study of patient-centered interviewing: Emergent interactional effects. *Patient Education and Counseling*, 373-380. doi:10.1016/j.pec.2012.06.005
- Hofmann, F., Schreiner, C. & Thonhauser, J. (Eds.). (2008). *Qualitative versus quantitative Aspekte. Zu ihrer Komplementarität in der erziehungswissenschaftlichen Forschung*. Münster: Wasmann.
- Hofstede, G. (2010). *Cultures and Organizations: Software for the Mind* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill USA.

- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. (2004). The active interview. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice* (2nd ed.). London: Sage.
- Holtgraves, T. (1997). Styles of language use: Individual and cultural variability in conversational indirectness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 624-637. doi:10.1037/0022-3514.73.3.624
- Hopf, C. (2000). Forschungsethik und qualitative Forschung. In U. Flick, E. v. Kardoff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 589-599). Renbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Horner, K. & Weber, J. J. (2008). The language situation in Luxembourg. *Current Issues in Language Planning*, 9(1), 69-128. doi:10.2167/cilp130.0
- Ilkic, I. (2008). Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(8), 857-864. doi:10.1007/s00103-008-0606-6
- Jacobs, E., Chen, A. H., Karliner, L. S., Agger-Gupat, N. & Mutha, S. (2006). The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Quarterly*, 84(1), 111-133. doi:10.1111/j.1468-0009.2006.00440.x
- Jain, P. & Krieger, J. L. (2011). Moving beyond the language barrier: The communication strategies used by international medical graduates in intercultural medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 84(1), 98-104. doi:doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.022
- Janssen, S. M. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2012). Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 89, 221-226. doi:10.1016/j.pec.2012.06.034
- John-Baptiste, A., Naglie, G., Tomlinson, G., Alibhai, S. M. H., Etchells, E., Cheung, A., et al. (2004). The effect of english language proficiency on length of stay and in-hospital Mortality. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 221-228. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.21205.x
- Jones, E., Gallois, C., Callan, V. & Barker, M. (1999). Strategies of accommodation: Development of a coding system for conversational interaction. *Journal of Language and Social Psychology*, 18(2), 123-151. doi:10.1177/0261927X99018002001
- Kattmann, U. (1999). Rassismus, Biologie und Rassenlehre. Retrieved 1.10. 2013, from <http://www.zukunft-braucht-erinnerung.de/drittes-reich/ideologie-und-weltanschauung/368.html>
- Keil, W. W. (2013). Therapietheorie der klientenzentrierten Psychotherapie. Retrieved 23.07.2013, from <http://www.oegwg.at/home/klientenzentrierte-psychotherapie/therapietheorie/>
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Weijden, T. v. d., LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., et al. (2009). Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*, 70(5), 763-768. doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.065
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258. doi:10.7326/0003-4819-88-2-251
- Koehn, P. H. (2006). Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters. *Globalization and Health*, 2(2), 1-16. doi:10.1186/1744-8603-2-2
- Kruse, J. (2008). *Einführung in die qualitative Interviewforschung*. Unpublished manuscript, Freiburg.

- Kubinger, K. (2006). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J. & Draper, J. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine*, 78(8), 802-809.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- LaVeist, T. A., Nickerson, K. J. & Bowie, J. V. (2000). Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients. *Medical Care Research and Review*, 57(Suppl. 1), 146-161.
- Leung, A. K.-Y., Lee, S.-L. & Chiu, C.-Y. (2013). Meta-Knowledge of Culture Promotes Cultural Competence. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(6), 992-1006. doi:10.1177/0022022113493137
- Löh, C. (2011). *Wer sind die Grenzgänger der Großregion? Charakteristiken und Determinanten der beruflichen Mobilität*. Luxembourg: Statistiques Grande Région.
- Lyons, J. (1981). *Language and Linguistics. An introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393.
- Margue, C. & Messaoudi, S. (2011, 29 August, 2013). Patient experience, from <https://www.tns-ilres.com/cms/Home/News/Publications/Archive/Ministere-et-Direction-de-la-Sante---OECD-2010-201>
- Matsumoto, D. & Hwang, H. (2013). Assessing Cross-Cultural Competence: A Review of Available Tests. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(849), 849-873. doi:10.1177/0022022113492891
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110. doi:10.1016/S0277-9536(00)00098-8
- Meeuwesen, L., Tromp, F., Schouten, B. C. & Harmsen, J. A. (2007). Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? *Patient education and counseling*, 67(1), 183-190. doi:10.1016/j.pec.2007.03.013
- Merkens, H. (2007). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In E. v. K. u. I. S. Uwe Flick (Ed.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 286-299). Reinbeck: Rowohlt.
- Morris, C. W. (1938). *Foundations of the theory of signs*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Moss, B. & Roberts, C. (2005). Explanations, explanations, explanations: how do patients with limited English construct narrative accounts in multi-lingual, multi-ethnic settings, and how can GPs interpret them? *Family Practice*, 22, 412-418. doi:10.1093/fampra/cmi037
- Motivational-interview.de (2013). Was ist MI? Retrieved 22.04. 2013, from <http://www.motivational-interview.de/motivational-interview/de/2/0/einfuehrung/default.aspx>
- Müller-Jacquier, B. (2000). Linguistic Awareness of Cultures. Grundlagen eines Trainingsmoduls. In J. Bolten (Ed.), *Studien zur internationalen Unternehmenskommunikation* (pp. 20-49). Leipzig: Popp.

- Novack, D. H. (1987). Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine*, 2(5), 346-355.
- OECD (2013). International Migration- OECD. Retrieved 26.09. 2013, from <http://www.oecd.org/els/mig/imo2013.htm>
- Oevermann, U. (2002). *Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung*. Unpublished manuscript, Frankfurt am Main.
- Ong, L. M. L., J.C.J. M. de Haes, Hoos, A. M. & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a Review of the literature. *Social Science & Medicine*(7), 903-918.
- Peltier, F., Thill, G. & Heinz, A. (2012). *La population par nationalité*. Luxembourg: STATEC.
- Peltier, F., Thill, G. & Heinz, A. (2013). *L'arrière-plan migratoire de la population du Grand-Duché de Luxembourg*. Luxembourg: STATEC.
- Pfitzner, H. (2006). Interkulturelle Kompetenz in der psychiatrischen Pflege *Psychiatrische Gesundheits-und Krankenpflege* (pp. 139-144). Heidelberg: Springer.
- Pöchlacker, F. (2000). Language barriers in Vienna hospitals. *Ethnicity & Health*, 5(2), 113-119. doi:10.1080/713667449
- Ponterotto, J. G., Gretchen, D., Utsey, S. O., Rieger, B. P. & Austin, R. (2002). A revision of the multicultural counseling awareness scale. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 30(3), 153-180. doi: 10.1002/j.2161-1912.2002.tb00489.x
- Portail Santé.lu (2013). Système et politique de santé Retrieved 01.03. 2013, from <http://www.sante.public.lu/fr/systeme-sante/systeme-politique-sante/index.html>
- Ralser, B. (2008). Mit Schmah, Charme und Raunzerei. *uni:view*. Retrieved from <http://www.dieuniversitaet-online.at/beitraege/news/mit-schmah-charme-und-raunzerei/10/neste/124.html>
- Rinaldetti, S. & Jung, I. (2011). *Démographie médicale du Luxembourg*. Luxembourg: Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine.
- Roberts, C., Moss, B., Wass, V., Sarangi, S. & Jones, R. (2005). Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Medical Education*, 39, 465-475. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02121.x
- Roberts, C., Sarangi, S. & Moss, B. (2004). Presentation of self and symptoms in primary care consultations involving patients from non-English speaking backgrounds. *Communication & Medicine*, 1(2), 159-169.
- Sam, D. L. (2006). Acculturation: conceptual background and core components. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *Acculturation Psychology* (pp. 11-26). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D. & Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 76, 348-355. doi:10.1016/j.pec.2009.07.010
- Santé.lu, P. (2013). Dispositif du médecin référent. Retrieved 10.04. 2013, from <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2012/10/medecin-referent/index.html?highlight=medecin%22referent>
- Schmidt, C. (2003). "Am Material": Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (pp. 544-568). Weinheim. München: Juventa.
- Schönpflug, U. & Phalet, K. (2007). Migration und Akkulturation. In G. Trommsdorff & H.-J. Kornadt (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie: Kulturvergleichende Psychologie*

3. *Anwendungsfelder der kulturvergleichenden Psychologie* (pp. 1-48). Göttingen: Hogrefe.
- Schouten, B. C. & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21-34. doi:10.1016/j.pec.2005.11.014
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L. & Harmsen, H. A. M. (2008a). GPs' Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11, 468-475.
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L. & Harmsen, H. A. M. (2008b). GPs' Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11, 468-475. doi:10.1007/s10903-008-9131-9
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L., Tromp, F. & Harmsen, H. A. (2007). Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient education and counseling*, 67(1), 214-223. doi:10.1016/j.pec.2007.03.018
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.
- Schuster, J. (2003). *Einführung in die Linguistik*. München Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Schwan, S. & Buder, J. (2007). Informationsaufnahme und-verarbeitung. In U. Six, U. Gleich & R. Gimmler (Eds.), *Kommunikationspsychologie und Medienpsychologie* (pp. 51-69). Weinheim: Beltz.
- Sieck, W. R., Smith, J. L. & Rasmussen, L. J. (2013). Metacognitive Strategies for Making Sense of Cross-Cultural Encounters. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(6), 1007-1023 doi:10.1177/0022022113492890
- Silverman, D. (2000). Analyzing Talk and Text. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (Second ed., pp. 821-834). Thousand Oaks: Sage.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative Data* (3rd ed.). London: Sage.
- Smith, R. C., Dwamena, F., Grover, M., Coffey, J. & Frankel, R. M. (2010). Behaviorally Defined Patient-Centered Communication-A narrative Review of the literature. *Journal of General Internal Medicine* doi:10.1007/s11606-010-1496-5
- Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B. & Wise, S. L. (1994). Development of the Multicultural Counseling Inventory: A self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 137-148.
- Söllner, W., Pieringer, W., Springer-Kremser, M., Schüßler, G. & Wesiack, W. (2002). Balint-Arbeit: Entwicklung, Wirkprinzipien und Effekte. *Psychologische Medizin*, 13.Jhg.(4), 26-29.
- Sox, H. C. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*, 136(3), 243-246.
- Steinke, I. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (8th ed., pp. 319-331). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Straub, J. & Thomas, A. (2003). Positionen, Ziele und Entwicklungslinien der kulturvergleichenden Psychologie. In A. Thomas (Ed.), *Kulturvergleichende Psychologie* (pp. 29-80). Göttingen: Hogrefe.
- Street, R. (1991). Accommodation in medical Consultations. In H. Giles, J. Coupland & N. Coupland (Eds.), *Contexts of Accommodation* (pp. 131-156). Cambridge: Cambridge University Press.

- Street, R., Gordon, H. & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*, 65, 586-598. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.036
- Street, R., Makoul, G., Arora, N. K. & Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301. doi:10.1016/j.pec.2008.11.015
- Street, R., O'Malley, K. J., Cooper, L. A. & Haidet, P. (2008). Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *The Annals of Family Medicine*, 6(3), 198-205.
- Sue, D., Bernier, J., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P. & Smith, E. (1982). Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45-52.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440-448.
- Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 237-245.
- Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L., Takeuchi, D. T. & Zane, N. W. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: a test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(4), 533-540.
- Sue, S. & Zane, N. (1985). *The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation*. Paper presented at the Asian American Psychological Association Convention, Los Angeles, CA, US.
- Szasz, T. S. & Hollender, M. H. (1956). A Contribution to the philosophy of Medicine. *Archives of internal medicine*, 97(5), 585-592.
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations*. Monterey: Brooks/Cole.
- Takeuchi, D. T., Sue, S. & Yeh, M. (1995). Return rates and outcomes from ethnicity-specific mental health programs in Los Angeles. *American Journal of Public Health*, 85(5), 638-643.
- Teal, C. R. & Street, R. (2009). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science & Medicine*, 77, 60-67. doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.015
- Thill, G. & Zahlen, P. (2012). *Regards sur les flux migratoires*. Luxembourg: STATEC.
- Thom, D. H. & Tirado, M. D. (2006). Development and validation of a patient-reported measure of physician cultural competency. *Medical care research and review*, 63(5), 636-655. doi: 10.1177/1077558706290946
- Thom, D. H., Tirado, M. D., Woon, T. L. & McBride, M. R. (2006). Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. *BMC medical education*, 6(1) doi:10.1186/1472-6920-6-38
- Thomas, A. (2003). Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns. In A. Thomas (Ed.), *Kulturvergleichende Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (2009). Interkulturelles Training. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 40(2), 128-152. doi:10.1007/s11612-009-0064-0
- Thomas, A. & Simon, P. (2007). Interkulturelle Kompetenz. In G. Trommsdorff & H.-J. Kornadt (Eds.), *Anwendungsfelder der kulturvergleichenden Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (pp. 135-185). Göttingen: Hogrefe.
- Trabant, J. (1996). *Elemente der Semiotik*. Stuttgart: UTB.
- Tylor, E. B. (1871). *Culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. (Vol. I). London: John Murray.
- United States Census Bureau (2013). Census 2000 Gateway. Retrieved 04.03.2014, from <http://www.census.gov/main/www/cen2000.html>

- Van den Brink-Muinen, A., Verhaak, P., Bensing, J., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L., et al. (2000). Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling*, 39, 115-127.
- Van Der Zee, K. I. & Van Oudenhoven, J. P. (2000). The Multicultural Personality Questionnaire: A multidimensional instrument of multicultural effectiveness. *European Journal of Personality*, 14(4), 291-309. doi:10.1002/1099-0984(200007
- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience*. New York: State University of New York Press.
- Van Ryn, M. & Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social science & medicine*, 50(6), 813-828. doi:10.2105/2FAJPH.2004.041806
- VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH (1989-2014). MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse. Berlin.
- Wallace, L. S., DeVoe, J. E., Heintzman, J. D. & Fryer, G. E. (2009). Language Preference and Perceptions of Healthcare Providers' Communication and Autonomy Making Behaviors among Hispanics. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11, 453-459. doi:10.1007/s10903-008-9192-9
- Watson, B. & Gallois, C. (1998). Nurturing communication by health professionals toward patients: A communication accommodation theory approach. *Health Communication*, 10(4), 343-355. doi:10.1207/s15327027hc1004\_3
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969/2003). *Menschliche Kommunikation. Formen. Störungen. Paradoxien*. Bern: Hans Huber.
- Whorf, B. L. (1939/1956). The Relation of Habitual Thought and Behavior to Language. In J. B. Carrol (Ed.), *Language, Thought, and Reality: Selected Writings of Benjamin Lee Whorf* (pp. 124-159). Cambridge, MA: MIT Press.
- Willems, H., Milmeister, P., Hartmann-Hirsch, C. & Kollwelter, S. (2009). Migration und Immigration. In H. Willems, G. Rotink, D. Ferring, J. Schoos, M. Majerus, N. Ewen, M. A. Rodesch-Hengesch & C. Schmit (Eds.), *Handbuch der sozialen und erzieherischen Arbeit in Luxemburg* (pp. 165-182). Luxembourg: saint-paul.
- Williams, S., Weinman, J. & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*, 15, 480-492.
- Wilson, J., Ward, C. & Fischer, R. (2013). Beyond Culture Learning Theory: What Can Personality Tell Us About Cultural Competence. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(900), 900-927. doi:10.1177/0022022113492889
- Yeh, M., Takeuchi, D. T. & Sue, S. (1994). Asian-American children treated in the mental health system: A comparison of parallel and mainstream outpatient service centers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(1), 5-12. doi:10.1207/s15374424jccp2301\_2



## **Erklärung**

Ich versichere, dass ich die Dissertation ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Luxemburg, den 4. September 2014

---