

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule
Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science B.Sc.

Empfehlungen zum Einsatz professioneller Dolmetscher im Gesundheitswesen
Eine systematische Literaturstudie

Maike Herbert

Gutachter: Prof. Dr. rer. cur. Jürgen Härlein

Abgabetermin: 08.01.2016

Abstract

- Titel:** Empfehlungen zum Einsatz professioneller Dolmetscher im Gesundheitswesen
Eine systematische Literaturstudie
- Ziel:** Darstellung, wie die Hinzuziehung professioneller Dolmetscher von Patienten und Pflegekräften empfunden wird und Entwicklung von Empfehlungen für deren Einsatz im Gesundheitswesen
- Hintergrund:** Sprachbarrieren im Gesundheitswesen führen zu einer schlechteren medizinischen Versorgung fremdsprachiger Patienten. Quantitative Studien zeigen, dass professionelle Dolmetscher hierbei Abhilfe schaffen können. Jedoch gibt es keine Übersichtsarbeiten, wie der Einsatz professioneller Dolmetscher von Patienten und Pflegekräften empfunden wird.
- Methodik:** Durchführung einer systematischen Literaturrecherche in vier Datenbanken und Auswahl von sechs Studien. Die Auswertung der Studienergebnisse folgt den Empfehlungen von Panfil (2011) und Polit, Tatano Beck & Hungler (2010). Aus den Ergebnissen wurden Empfehlungen für den Einsatz professioneller Dolmetscher entwickelt.
- Ergebnisse:** Fünf Hauptkategorien wurden identifiziert: Professionelle Dolmetscher als Hilfe, Geforderte Charakteristika des professionellen Dolmetschers, Bevorzugte Form des Dolmetschens, Professionelle Dolmetscher als Problem und Verbesserungsvorschläge. Professionelle Dolmetscher sind hilfreich bei der Sprachvermittlung und als Begleitung im Gesundheitswesen. In manchen Situationen sind sie unverzichtbar. Sie verbessern die Qualität der Versorgung und vermitteln den Patienten ein Gefühl von Sicherheit. Gute Sprachkompetenzen und professionelles Verhalten sind notwendig, das gleiche Geschlecht, die gleiche Religion, Herkunft und Kultur sind gewünscht. In sensiblen Situationen wird gerne auf Telefondolmetscher zurückgegriffen, generell wird ein professioneller Dolmetscher vor Ort bevorzugt. Doch stellen sie auch ein Hindernis dar, wenn Unsicherheit bezüglich der korrekten Übersetzung entsteht, der Einsatz zeitaufwändig ist und Unwohlsein bei sensiblen Themen aufkommt. Als Verbesserungsvorschläge werden Schulungen für Pflegekräfte und professionelle Dolmetscher genannt.
- Fazit:** Trotz bestehender Schwierigkeiten mit professionellen Dolmetschern, werden diese als hilfreich, teils als unverzichtbar erachtet. Angesichts steigender Asylbewerberzahlen im Jahr 2015 sollte deshalb in einen Ausbau von Dolmetscherdiensten im Gesundheitswesen investiert werden.

Abstract (english)

- Title:** Recommendations for the use of professional interpreters in health care: a systematic review
- Aim:** Description how patients and nurses experience the use of professional interpreters and development of recommendations for their use in health care system.
- Background:** Language barriers in the health care system lead to poorer medical treatment of foreign-language patients. Quantitative studies show that professional interpreters can produce relief. However, there is no review which shows how patients and nurses experience the use of professional interpreters.
- Method:** Systematic literature research in four databases and selection of six studies. The study evaluation followed the recommendations of Panfil (2011) and Polit, Tatano Beck & Hungler (2010). Recommendations for the use of professional interpreters were developed from the results.
- Results:** Five main categories were identified: Professional interpreters as support, requested characteristics of the professional interpreter, preferred way of interpreting, professional interpreters as problem, and suggestions for improvement. Professional interpreters help not only by translating, they also serve as company in the health care system. In some situations they are indispensable. They improve the quality of care and give the patients a feeling of security. Good language fluency and professional behaviour are necessary, same gender, religion, origin and culture are desired. In sensitive situations interpreters by telephone are gladly used, in general face-to-face interpreters are preferred. However, they are a hindrance as well, if there exists uncertainty regarding their correct interpreting, if their participation is time-consuming, or if there arises discomfort due to sensitive issues. Trainings for nurses and professional interpreters are named as suggestions for improvement.
- Conclusion:** Even if difficulties with professional interpreters exist, they are considered as helpful, sometimes as indispensable. In light of increasing asylum seekers in 2015, it should be invested in an expansion of interpreting services in healthcare.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
2.	Theoretischer Hintergrund	3
2.1.	Formen des Dolmetschens	3
2.2	Aktuelle Situation in Deutschland	4
2.3.	Rolle der Pflege.....	6
3.	Methodik	7
3.1.	Ein – und Ausschlusskriterien	7
3.2	Literaturrecherche	8
3.3	Darstellung der Literaturrecherche	10
4.	Ergebnisse.....	11
4.1	Zusammenfassung der Studieninhalte.....	11
4.2	Bewertung der Studienqualität	15
4.3	Outcomes	23
4.3.1	Professionelle Dolmetscher als Hilfe.....	23
4.3.2	Geforderte Charakteristika des professionellen Dolmetschers	24
4.3.3	Bevorzugte Form des Dolmetschens	25
4.3.4	Professionelle Dolmetscher als Problem.....	26
4.3.5	Verbesserungsvorschläge.....	28
5.	Schlussbetrachtungen	29
5.1	Diskussion der Ergebnisse.....	29
5.2	Empfehlungen zum Einsatz professioneller Dolmetscher.....	35
5.2.1	Professionelle Dolmetscher sind zu bevorzugen	35
5.2.2	Professionellen Dolmetscher mit medizinischer Qualifikation wählen	35
5.2.3	Geschlecht, Herkunft, Religion und Kultur des professionellen Dolmetschers....	36
5.2.4	Frühzeitige Organisation eines professionellen Dolmetschers	36
5.2.5	Ausreichende Zeitplanung	36
5.2.6	Schulungen für medizinisches Personal und professionelle Dolmetscher	36
5.3	Diskussion der Literaturanalyse.....	37
5.4	Fazit.....	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Recherchediagramm	10
Abbildung 2: Studiencharakteristika	13
Abbildung 3: Studiencharakteristika	14
Abbildung 4: Beurteilung der Studienqualität: Barnes, Ball & Niven (2010)	17
Abbildung 5: Beurteilung der Studienqualität: Fatahi et al. (2009).....	18
Abbildung 6: Beurteilung der Studienqualität: Hadziabdic et al. (2008)	19
Abbildung 7: Beurteilung der Studienqualität: Hadziabdic et al. (2010)	20
Abbildung 8: Beurteilung der Studienqualität: Hadziabdic & Hjelm (2014).....	21
Abbildung 9: Beurteilung der Studienqualität: McCarthy et al. (2013).....	22
Abbildung 10: Outcomes	23

Gender Hinweis

Im Sinne der besseren Lesbarkeit, wird in dieser Arbeit auf die Formulierung der weiblichen Form verzichtet. Es wird darauf hingewiesen, dass die männliche Formulierung als geschlechtsneutral verstanden werden soll und dies keine Benachteiligung impliziert.

1. Einleitung

„Sprache ist die Verkörperung des Seelenlebens, ordnet wahrgenommene Welt und fungiert als Ausdruck des Denkens und Bewusstseins sowie der Reflexion.“ (Salman 2000, S.94)

In der Pflege spielt die Sprache eine große Rolle und eine präzise Kommunikation zwischen Patient und Pflegekraft ist unverzichtbar. Doch immer wieder kommt es zu Schwierigkeiten, wenn der Patient der Landessprache nicht mächtig ist. Laut des statistischen Bundesamtes (2015) hatten im Jahr 2014, 20,3% der deutschen Bevölkerung einen Migrationshintergrund und seit 2008 nimmt die Anzahl an Asylanträgen stetig zu (BAMF= Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2015, S.3). Im Zuge der so betitelten Flüchtlingskrise im Jahr 2015, gewinnt diese Thematik weiter zunehmend an Brisanz. Ende 2015 wird von bis zu einer Million Flüchtlingen, überwiegend aus Syrien, Albanien und dem Kosovo ausgegangen, die in Deutschland Asyl beantragen (ebd. 2015, S.8).

Obwohl die Bundesrepublik bereits in den 50er Jahren begann Arbeitskräfte anzuwerben, verzichtete sie bis heute auf eine konsequente Eingliederungspolitik (Wessel-Neb 2002). Das macht sich in besonderem Maße im Gesundheitswesen bemerkbar, wo die interkulturelle Öffnung von Institutionen zwar seit 1990 gefordert, aber bis jetzt noch schwach umgesetzt ist (Penka et al. 2015). Die interkulturelle Öffnung zielt darauf ab, Menschen mit Migrationshintergrund einen gleichwertigen und gleichberechtigten Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen und eine sensible Diagnostik und Therapie zu gewährleisten (ebd. 2015). Dies ist notwendig, da Migranten zwar nicht per se kränker sind, aber aus verschiedenen Gründen höheren Gesundheitsrisiken unterliegen (Albrecht 2009). Diese beginnen bereits im Herkunftsland, wo viele spätere Migranten bereits in der Kindheit unter besonderen Belastungen, wie einer problematischen finanziellen Situation der Eltern oder regelmäßiger Arbeit und früher Verantwortungsübernahme leiden (Schmeling-Kludas, Boll-Klatt & Fröschlin 2002). Auch Anlässe der Flucht wie Verfolgung, Folter, Leben in Kriegsgebieten sowie eine physisch wie psychisch aufreibende Reise belasten die Gesundheit (Albrecht 2009). Im Aufnahmeland leiden die Migranten unter Stigmatisierung, Ausgrenzung und Fremdenfeindlichkeit (Haasen & Yagdiran 2002), Trennung von Familienangehörigen, Diskriminierungserfahrungen und fehlender Anerkennung (FfG =Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. 2010).

Die zugewanderten Menschen bringen, kultursensibel geprägt, eine andere Einstellung zu Gesundheit und Verhalten gegenüber Krankheit mit. Leiden werden fremdartig interpretiert und es existieren andere Bewältigungsstrategien (Marschalck 2000) sowie ein abweichendes Problembewusstsein gegenüber psychischen Erkrankungen (Hill & Röhl 2002). Bei älteren Migranten sind risikobehaftete Gewohnheiten wie starkes Rauchen oder fettbetonte Ernährung weit verbreitet (FfG 2010). Slapp (2004, S.51) fasst zusammen: „Oftmals

betrachten Ausländer die eigene Gesundheit als nicht so wichtig. Sie haben andere Sorgen als ihre Gesundheit, so sorgen sie sich um die Zukunft ihrer Familie, sie haben Angst vor der Abschiebung, vor Arbeitslosigkeit oder in der alten Heimat als Verlierer dazustehen.“

Auch das deutsche Gesundheitssystem ist schlecht auf Migranten vorbereitet. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass wenig Wissen über migrationsspezifische, soziokulturelle und krankheitsspezifische Probleme von Migranten, unter deutschen Ärzten und dem Pflegepersonal besteht. Die Mitarbeiter fühlen sich überfordert und verunsichert, was dazu führt, dass weniger Pflegemaßnahmen bei Migranten durchgeführt werden und vertrauensbildende Maßnahmen ausbleiben. Zudem fehlt, laut Habermann (2000), eine interkulturelle Unternehmensentwicklung.

Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem existieren für Migranten außerdem aufgrund von Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten (FfG 2010). Laut dem Aufenthaltsgesetz §43 der Bundesrepublik Deutschland haben Ausländer mit Aufenthaltstiteln, sowie Asylantragssteller mit Aufenthaltsgestattung und guter Bleibeperspektive einen rechtlichen Anspruch auf einen Integrationskurs (Bundesgesetzblatt Teil I 2004). Dieser besteht aus 600 Unterrichtsstunden Sprachkurs und 60 Stunden Orientierungskurs. Die Kosten hierfür können zwar unter bestimmten Umständen erstattet werden, müssen aber im Normalfall von den Teilnehmern selbst getragen werden (BAMF 2012). Die finanziellen Mittel der Bundesrepublik reichen aktuell nicht aus, allen Asylbewerbern und Geduldeten einen Sprachkurs zu finanzieren (Özoğuz 2015). In manchen Fällen erachten die Migranten die Notwendigkeit des Spracherwerbes aber auch als nebensächlich. Es wird sich auf Familienmitglieder verlassen oder bedingt durch den kulturellen Hintergrund, möchten Männer nicht, dass sich ihre Frauen durch den Spracherwerb emanzipieren (Taylor, Nicolle & Maguire 2003). Bei Migranten mit mangelnden Sprachkenntnissen ist Anamnese, Diagnostik und Therapie erschwert (Jordan 2000). Sie werden häufiger Opfer medizinischer Fehler und inadäquater Therapien, verstehen Diagnosen und Behandlungen schlechter und halten deshalb Anweisungen seltener ein (Ribera et al. 2008). Sie haben schlechteren Zugang zu Präventionsangeboten und Vorsorgeuntersuchungen. Im Extremfall verursachen sie höhere Kosten aufgrund von unnötigen Arztbesuchen, medizinischen Tests, längeren Krankenhausaufenthalten oder falscher Medikamenteneinnahme (ebd. 2008). Für das Personal im Gesundheitswesen bedeutet das einen höheren Zeitaufwand und für beide Gruppen eine Zunahme an Stress (Taylor, Nicolle & Maguire 2003). Diese Patienten gelten somit schnell als renitent, nicht kooperativ oder gar als undankbar (Domenig 2004).

Verschiedene Stellen fordern seit Beginn des Jahrtausends, Sprachbarrieren abzubauen. So sind in den letzten Jahren, nach Vorbildern aus dem europäischen Ausland, Gemeindedolmetscher oder klinikinterne Dolmetscherdienste entstanden, die mit Hilfe medizinisch geschulter, professioneller Dolmetscher die Kommunikation im

Gesundheitswesen erleichtern und somit die Versorgung im Sinne der Chancengleichheit verbessern sollen (Razum et al. 2008). Die Pflege kann, angesichts ihres stetigen Kontaktes zum Patienten, eine Vermittlungsfunktion übernehmen (Habermann 2000).

Quantitative Studien belegen den Erfolg professioneller Dolmetscher. Therapieanweisungen werden besser verstanden und das Risiko medizinischer Fehler aufgrund falscher Übersetzungen, wird gesenkt (Ribera et al. 2008). Schmerzen werden durch den Einbezug professioneller Dolmetscher reduziert und die schmerzfreie Zeit kann verlängert werden (Jimenez et al. 2012). In einer Studie von Lindholm et al. (2011) wurde die Aufenthaltsdauer von Patienten um bis zu 1,47 Tage verkürzt, bekamen sie bei Aufnahme und Entlassung, einen professioneller Dolmetscher zur Seite gestellt. Einzelne Studien untersuchen außerdem, wie der Einsatz professioneller Dolmetscher von Patienten und Pflegekräften subjektiv empfunden wird. Jedoch existiert bis zum aktuellen Zeitpunkt keine Übersichtsarbeit, die erlebte Erfahrungen von Patienten und Pflegekräften darstellt und die Ergebnisse verschiedener qualitativer Studien miteinander vergleicht. Die folgende Literaturübersicht soll dazu beitragen, diese Lücke zu schließen und einen Überblick über die bestehende Literatur bieten. Aus den Ergebnissen werden zusätzlich Empfehlungen für den Einsatz professioneller Dolmetscher im Gesundheitswesen entwickelt.

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden notwendige Hintergrundinformationen zu Art und Weise des Dolmetschens und dem aktuellen Einsatz professioneller Dolmetscher im deutschen Gesundheitswesen geliefert. Zudem wird dargestellt, warum sich die Pflege mit dieser Thematik beschäftigen muss.

2.1. Formen des Dolmetschens

Unter dolmetschen wird die mündliche Übertragung eines gesprochenen oder schriftlich fixierten Textes verstanden, wohingegen das Übersetzen bedeutet, einen Inhalt schriftlich festzuhalten (BDÜ = Bundesverband für Übersetzer und Dolmetscher e.V. 2013, S.3). Üblicherweise wird bei Dolmetschern im Gesundheitssystem zwischen drei Typen unterschieden.

- 1) Professioneller Dolmetscher: Er ist freiberuflich tätig oder in einer Einrichtung oder Vermittlungsstelle für Dolmetscher angestellt. Er hat ein Studium an einer Universität oder Fachhochschule absolviert, arbeitet gegen Bezahlung, kennt sich in mehreren Fachbereichen aus und bereitet sich gezielt auf die Inhalte der Einsätze vor (BDÜ 2013). Er kann vor Ort dolmetschen oder via Telefon bzw. Video (Ribera et al. 2008) und unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht (BDÜ 2014)

- 2) Ad hoc Dolmetscher: Ad hoc (lat.: zu diesem) wird im heutigen Sprachgebrauch für *aus dem Augenblick heraus* verwendet. In diesem Fall sind damit Personen ohne Ausbildung zum professionellen Dolmetscher gemeint, die aus dem Stehgreif heraus dolmetschen, wie anwesende Verwandte, häufig auch Kinder, Freunde oder andere Begleitpersonen. Oft werden auch zweisprachige Angestellte des Krankenhauses heran gezogen, wie Reinigungskräfte oder Mitarbeiter des Transportdienstes (Ribera et al. 2008)
- 3) Zweisprachiges Gesundheitspersonal: Zweisprachiges Personal mit medizinischer Ausbildung, wie Pflegekräfte oder Ärzte (ebd. 2008)

Es gibt die Möglichkeit das Gesagte sinngemäß zu übertragen und dabei Verhaltensweisen und den fremden soziokulturellen Hintergrund zu vermitteln (Morales 2013). Im Gegensatz dazu, werden beim Gesprächsdolmetschen kürzere Textpassagen in Gesprächssituationen zeitversetzt, abschnittsweise und wortwörtlich in eine andere Sprache gedolmetscht (BDÜ 2013, S.6). Diese Unterscheidung spiegelt zwei von drei Rollen wieder, die ein Dolmetscher einnehmen kann. Als *culture brokers* vermittelt der Dolmetscher das nötige kulturelle Hintergrundwissen und gibt Informationen sinngemäß wieder (Dysart-Gale 2007). In der Funktion des reinen *Übermittlers* des Gesprochenen wird lediglich das Gesagte wortwörtlich gedolmetscht. Als dritte Rolle nennt Slapp (2004, S.25) die des *advocate*, bei der der Dolmetscher als Interessensvertreter des Patienten auftritt. Dies ist notwendig, da medizinisches Personal dazu neigt, auf Grund von Kommunikationsproblemen, Entscheidungen über den Kopf des Patienten hinweg zu treffen.

2.2 Aktuelle Situation in Deutschland

In Deutschland kommen überwiegend ad hoc Dolmetscher zum Einsatz, einerseits aus Gründen der Praktikabilität (Becker, Grebe & Leopold 2010), andererseits, weil die Kosten für einen professionellen Dolmetscher von den Patienten selbst getragen werden müssen. Laut eines Urteils des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1995, Aktenzeichen 1 RK 20/94, müssen weder Krankenkassen, noch Ärzte für die Kosten der Übersetzung aufkommen, da Dolmetscherleistungen keine ärztliche Leistung darstellen. Zudem ist es, laut Urteil des Oberlandesgerichtes Karlsruhe 13 U 44/94 zulässig, wenn eine Putzhilfe als Dolmetscher fungiert (Wienke 2013).

Professionelle Dolmetscher in Deutschland arbeiten auf Honorarbasis und die Kosten sind abhängig von Sprachkombination, Anlass, Fachgebiet, Zeit und Einsatzort (BDÜ 2015a), wodurch sich die Kostenkalkulation für den Auftraggeber schwierig gestaltet.

Unkenntnis des medizinischen Personals über bestehende Dienste oder Angst vor mehr Arbeitsbelastung und Zeitverlust, führt laut Ribera et al. (2008) dazu, dass professionelle

Dolmetscher kaum eingesetzt werden. Bischoff & Hudelson (2009) fügen hinzu, dass die Verfügbarkeit von professionellen Dolmetschern nicht immer gewährleistet ist und eine Bereitstellung dieser, noch keinen Nutzen garantiert. Das medizinische Personal befürchtet zudem, dass die eigene Unwissenheit bezüglich fremder Kulturen zu Tage tritt und ist unerfahren im Umgang mit professionellen Dolmetschern. Dies bedingt den Einsatz von ad hoc Dolmetschern oder bilinguaalem Personal, welche zudem einfacher und schneller zur Verfügung stehen (Tribe & Tunariu 2008).

Doch von Ausnahmen abgesehen, ist vom Einsatz ad hoc Dolmetscher abzuraten, werden deren Fähigkeiten doch oftmals überschätzt (Bischoff & Steinauer 2007). Zwar sind sie möglicherweise zweisprachig aufgewachsen, doch bestehen keine Kenntnisse der medizinischen Fachsprache. Es können Probleme bezüglich des Datenschutzes auftreten und Interessenskonflikte entstehen, wenn Patienten sensible Informationen vor dem ad hoc Dolmetscher nicht aussprechen möchten (Alborn & McKinney 2014). Flores et al. (2012) zeigte außerdem, dass die Fehlerquote bei ad hoc Dolmetschern höher ist und die Fehler häufiger klinische Konsequenzen nach sich ziehen.

Davon abgesehen entwickeln sich in Deutschland jedoch einzelne Initiativen, die die sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen auf professionelle Art verbessern wollen.

Es wurden Gemeindedolmetscherdienste aufgebaut und die Bundesrepublik nimmt am MedInt-Projekt der EU teil, einem Projekt zur Entwicklung eines Lehrplanes für professionelle Dolmetscher im medizinischen Bereich (Ghelfof 2014). Auch das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover bemüht sich um eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migranten in Deutschland. Es bietet Präventions- und Beratungsprogramme an, Dolmetscherangebote und eine interkulturelle Suchthilfe (Ethno-Medizinische Zentrum e.V. 2009).

Nicht zuletzt richten einzelne Einrichtungen, wie beispielsweise das Klinikum Stuttgart, eigene Dolmetscherdienste ein, bei denen Dolmetscher vor Ort anwesend sind und hierfür ein eigenes Budget eingeplant wird (Klinikum Stuttgart 2015). Bei Modellprojekten in zwei Berliner Einrichtungen werden Gemeindedolmetscher genutzt, die über eine Vermittlungsstelle angefordert werden. Die Entscheidung für einen professionellen Dolmetscher trifft das Pflegepersonal, es gibt keine Budgetrestriktionen und es wird darauf geachtet, für einen Patienten möglichst immer den gleichen Dolmetscher zu buchen. (Becker, Grebe & Leopold 2010)

Allgemein stellt der Einsatz professioneller Dolmetscher in Deutschland jedoch noch die Ausnahme dar. Habermann (2014) sieht Mitarbeiter der Organisationsentwicklung und Führungspositionen in der Pflicht, Veränderungen voran zu treiben. Aber auch das übrige medizinische Personal, welches sich interkulturell weiterbilden muss.

2.3. Rolle der Pflege

In der Pflege spielen Sprache und ausreichende Verständigung eine wichtige Rolle. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass in drei großen Pflegetheorien von Henderson, Roper, Logan, Tierney und Juchli die Kommunikation stets Teil der Grundbedürfnisse bzw. der Lebensaktivitäten des Menschen ist (Schoolmann 2009, S.56). Mitte des letzten Jahrhunderts entstanden die ersten Pflegeprozesse, da die Notwendigkeit erkannt wurde, pflegerische Handlungen zielgerichtet und methodisch zu planen und durchzuführen. Dass auch hierfür kommunikative Fähigkeiten unerlässlich sind, wird im Folgenden dargestellt.

Unter dem Pflegeprozess wird ein dynamischer Problem- und Beziehungsprozess verstanden, der aus logisch aufeinander aufbauenden Phasen besteht, die sich wechselseitig beeinflussen (Hokenbecker-Belke 2009, S.87). Im europäischen Raum findet der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier weitverbreitete Anwendung, der aus den folgenden sechs Schritten besteht (Hokenbecker-Belke 2009, S.88):

- 1) Informationssammlung (Assessment)
- 2) Erkennen von Problemen und Ressourcen (Pflegediagnosen)
- 3) Festlegung der Pflegeziele
- 4) Planung der Pflegemaßnahmen
- 5) Durchführung der Pflege
- 6) Beurteilung der Wirkung der Pflege (Pflegeevaluation)

Für diese Schritte sind ein präziser Sprachgebrauch und eine gute Verständigung notwendig. Während des Assessments werden Daten über den Patienten gesammelt und ausgewertet, indem unter anderem Gespräche mit der Person selbst und gegebenenfalls Angehörigen geführt werden (Wikinson 2012, S.39). Mit Hilfe der Sprache werden notwendige Informationen erhoben, wie beispielsweise Gesundheitsprobleme, Gewohnheiten, Ressourcen oder Bedürfnisse (Hockenbecker-Belke 2009, S.89). Kommt es hierbei zu sprachlichen Missverständnissen, kann die darauf aufbauende Pflegeplanung gegebenenfalls nicht bedarfsgerecht erstellt werden. Im zweiten Schritt werden die gesammelten Informationen geordnet und analysiert, sowie aktuelle und potentielle Probleme und Ressourcen des Patienten identifiziert (Wikinson 2010, S.39). Es ist notwendig diese mit dem Patienten zu kommunizieren, um dessen Compliance zu erhöhen und die eigene Einschätzung zu überprüfen. (Hockenbecker-Belke 2009, S.91).

Mit den Pflegezielen wird im dritten Schritt ein Zustand beschrieben, der zu einem festgelegten Zeitpunkt erreicht werden soll und sie dienen als Maßstab für die spätere Evaluation. Die konkrete Festlegung der Ziele findet ebenfalls in Absprache mit dem Patienten statt (Hockenbecker-Belke 2009, S.91) um zu prüfen, ob die Ziele für den Patienten relevant und somit von ihm verfolgt werden. Im Anschluss werden die Interventionen für die einzelnen

Probleme geplant, um Zuständigkeiten, Art, Bedingungen und zeitliche Abstände der Maßnahmen festzulegen. Indem der Patient darüber unterrichtet wird, kann er sich darauf einrichten und Maßnahmen müssen nicht aufgrund abwesender Patienten oder schlechter Absprachen im Team entfallen.

Bei der Durchführung der Pflege ist die Kommunikation unumgänglich, da der Patient informiert oder angeleitet wird und die Maßnahmen auf Wirkung und Reaktion des Patienten hin überprüft werden. Der letzte Schritt, die Evaluation, vergleicht den aktuellen Zustand des Patienten, mit den aufgestellten Zielen. In Abstimmung mit dem Patienten wird überprüft, ob die Probleme richtig erkannt, die Ziele folgerichtig formuliert und die Interventionen hilfreich waren. Zwar mag der wiederholte Einsatz von Assessmentinstrumenten oder der Pflegebericht hierbei einen Hinweis geben, aber nur im Gespräch mit dem Patienten, kann eindeutig entschieden werden, ob sich sein Zustand, auch subjektiv wahrgenommen, verbessert hat.

Die Darstellung des Pflegeprozesses zeigt die Notwendigkeit der sprachlichen Verständigung in der Pflege. Hinzu kommt, dass die Pflege in stationären Einrichtungen dem Patienten 24 Stunden pro Tag als Ansprechperson zur Verfügung steht und, - in einem für ihn unbekanntem Setting -, zur Vertrauens- und Bezugsperson werden kann. Die Pflegekräfte können Sprachbarrieren besser erkennen, weil sie mehr Zeit als anderes medizinisches Personal, mit dem Patienten verbringen und erster Ansprechpartner bei Fragen und Problemen sind. Durch die Pflege muss sowohl der Bedarf für einen professionellen Dolmetscher, an beteiligte Berufsgruppen vermittelt, als auch dessen Einsatz organisiert und koordiniert werden.

Die Pflege spielt also eine Schlüsselrolle. Zum einen kann sie als Vermittler und Organisator der Dolmetschereinsätze agieren und Termine der verschiedenen Beteiligten koordinieren. Zum anderen ist eine präzise sprachliche Verständigung aber auch für originär pflegerische Aufgaben unumgänglich, um eine professionelle, ganzheitliche Pflege leisten zu können.

3. Methodik

Um das Forschungsziel zu erreichen wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wird nach einer geplanten Methodik vorgegangen (Brandenburg, Panfil & Meyer 2007, S.357) um einen Überblick über die bestehende Literatur zu erhalten. Das Vorgehen folgt den Empfehlungen von Eva-Maria Panfil (2011, S.175ff) und Polit, Tatano Beck & Hungler (2010, S.144ff). In den folgenden Abschnitten wird erläutert, wie die Literatur gesucht, welche Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt wurden und wie es zur Auswahl der einzelnen Studien kam.

3.1. Ein – und Ausschlusskriterien

Es wurde gezielt nach Studien mit professionellen Dolmetschern gesucht, ad hoc Dolmetscher und zweisprachiges medizinisches Personal wurden nicht integriert. Auch Dolmetscher, die

nicht wortwörtlich, sondern Inhalte zusammengefasst wiedergeben, wurden nicht berücksichtigt, um zu große Datenmengen zu vermeiden und eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Weiter konzentrierte sich die Suche auf Studien mit Patienten oder Pflegekräften, die Erfahrungen mit professionellen Dolmetschern im Gesundheitssystem gemacht haben. Studien aus Sicht von Ärzten oder anderem medizinischen Personal wurden ausgeschlossen. Es erfolgte keine Eingrenzungen, wie etwa die, nach bestimmten Fachgebieten.

Als Setting wurde das gesamte Gesundheitswesen einbezogen, jedoch zeigte sich, dass professionelle Dolmetscher im medizinischen Kontext, außerhalb des Krankenhauses kaum eingesetzt werden. Da der Einsatz von professionellen Dolmetschern in Deutschland sehr gering ist, wurde die Studiensuche auf Ergebnisse aus Europa erweitert. Hier sind vor allem Schweden oder die Schweiz zu nennen, Länder, in denen der Einsatz professioneller Dolmetscher im Gesundheitswesen in größerem Maße stattfindet. Für den theoretischen Hintergrund wurden außerdem Erkenntnisse aus den USA genutzt, da hier der Einsatz professioneller Dolmetscher weiter verbreitet ist, das Gesundheitssystem sich jedoch stark vom deutschen unterscheidet.

Es wurden rein qualitative Studien gewählt, um das Empfinden und Erleben von Patienten und Pflegekräften darzustellen. Allein für den theoretischen Hintergrund wurden zusätzlich quantitative Studien zugelassen.

3.2 Literaturrecherche

Zur Sichtung der Literatur wurden unterschiedliche Methoden angewandt. Zu Beginn wurde eine manuelle Suche in der Bibliothek der evangelischen Hochschule Nürnberg durchgeführt und die Methodik der Fernleihe genutzt. Es wurden Texte zu den Suchbegriffen *Gesundheit und Migration, Dolmetschen im Gesundheitswesen, Migration und Krankheit, Sprachbarrieren im Gesundheitswesen, transkulturelle Pflege und interkulturelle Kommunikation* recherchiert.

Über das Schneeballsystem wurden auf diesem Weg Studien und weiterführende Literatur zum Thema gefunden und Wissenschaftler, u.a. A. Bischoff, M. Habermann oder E. Hadziabdic identifiziert, die sich mit der Thematik beschäftigen. Die Studien wurden über Literaturdatenbanken gesucht und weitere Publikationen der Wissenschaftler recherchiert.

Die Suche wurde durch eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Cinahl, CareLit und Medpilot, den gängigen Literaturdatenbanken für Medizin und Pflege, weitergeführt und durch eine Suche bei Google Scholar ergänzt.

Folgende Suchbegriffe wurden einzeln oder in Verbindung durch den Bool'schen Operator AND in den Datenbanken recherchiert: *Gesundheitswesen (healthcare), professionelle Dolmetscher (professional interpreters), Nutzen von Dolmetschern (benefit of interpreters), medizinische Dolmetscher (medical interpreters), Pflege (nursing) Sprachbarrieren*

(*communication barriers*), *cross-cultural communication*, *Telefondolmetschen* und die Autorennamen *Bischoff*, *Habermann* und *Hadziabdic*. Um das Gebiet weiter abzudecken wurde das Trunkierungszeichen * bei den Begriffen *health**, *interpret**, *nurs** und *Gesundheits** verwendet. Um die Anzahl der Ergebnisse einzugrenzen und die Qualität zu erhöhen, wurden nur Klinische Studien, Reviews und Meta Analysen gesucht und die Suche auf den Zeitraum 2000–2015 eingegrenzt. Der Zeitraum wurde auf 15 Jahre ausgedehnt, weil zwei häufig rezitierte Studien im Jahr 2002 erschienen waren. Es sollte ausgeschlossen werden, dass weitere verwandte Forschungsarbeiten aus diesem Zeitraum übersehen würden. Bei der Auswahl, der in die Übersicht miteinbezogenen Studien wurde jedoch darauf geachtet, keine Arbeiten zu verwenden, die älter als zehn Jahre sind. Die Literaturangaben der Texte wurden nach noch unbekanntem Werken durchsucht. Es wurde darauf geachtet, nur Originalliteratur zu verwenden. Lediglich das Review von Ribera et al. (2008), welches quantitative Studien zu professionellen Dolmetschern zusammenfasst, wurde miteinbezogen, weil nicht alle Primärquellen auffindbar waren.

Die Literatur wurde bezüglich des Titels und Abstracts hin überprüft und bei Eignung zur näheren Untersuchung gespeichert. Alle verwendeten Studien waren in den entsprechenden Datenbanken als Volltext erhältlich. Die Recherche via Datenbanken wurde beendet, als nur noch bereits gewählte oder ausgeschlossene Ergebnisse, trotz abweichender Suchbegriffe erschienen. Die relevanten Studien wurden gelesen, dabei bereits einige aufgrund der genannten Ein- und Ausschlusskriterien aussortiert und die Übrigen auf ihre Qualität überprüft. Unklarheiten wurden mit Rebekka Nanning, ebenfalls Studentin im Studiengang Pflege Dual, 9. Semester, diskutiert, um die subjektive Einschätzung zu begrenzen. Auf diese Weise wurden 6 Studien ausgewählt, die in die Literaturübersicht einbezogen wurden. Abbildung 1 auf Seite 10 zeigt die Recherche als Diagramm.

Zusätzlich zu der beschriebenen Literaturrecherche, wurden Einrichtungen angeschrieben, die laut ihres Internetauftrittes Dolmetscher beschäftigen. Diese wurden um Informationen bezüglich der Dolmetschdienste oder um Evaluationsberichte gebeten. Folgende Einrichtungen wurden dabei angeschrieben: Katholisches Klinikum Duisburg /HELLIOS St. Johannis, Ethnomedizinisches Zentrum Hannover, Gemeindedolmetscherdienst Berlin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Klinikum München Schwabing und Klinikum Stuttgart. Lediglich das Klinikum Stuttgart antwortete auf die Anfrage, doch wurde hier der Dolmetscherdienst noch nie evaluiert. Die als Ansprechpartner angegebene Person, konnte auf Grund personaler Umstrukturierungen, nur wenig Auskunft geben. Die Informationssammlung bezüglich des Einsatzes professioneller Dolmetscher in Deutschland, wurde aufgrund der somit dünnen Datenlage, auf bereits veröffentlichte Literatur begrenzt.

3.3 Darstellung der Literaturrecherche

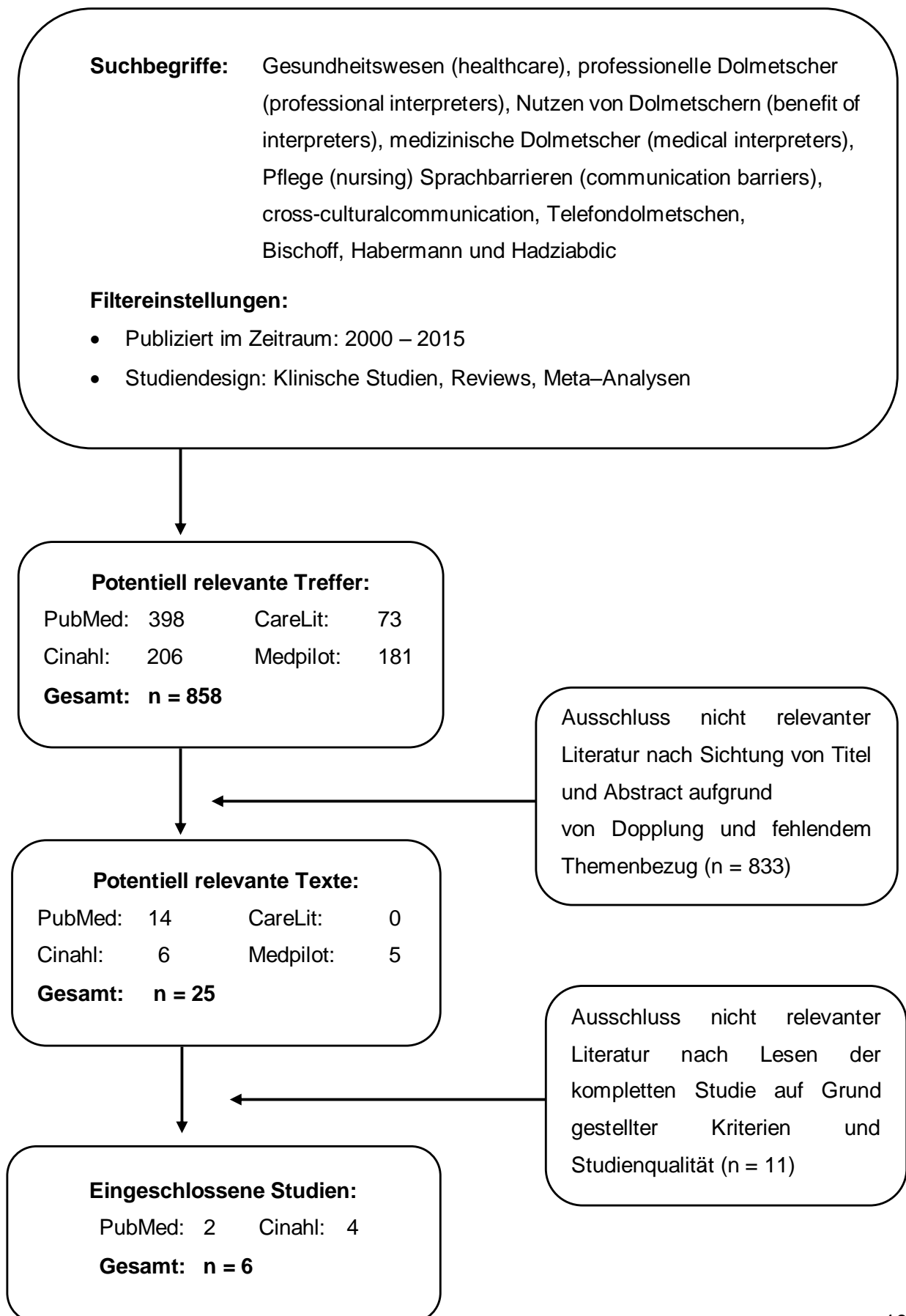


Abbildung 1: Recherchediagramm

4. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Inhalte der ausgewählten Studien erläutert, ihre Qualität bewertet und die Outcomes der Studien zusammengefasst dargestellt.

4.1 Zusammenfassung der Studieninhalte

Alle Studien befassen sich mit dem Einsatz professioneller Dolmetscher im Gesundheitswesen (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic et al. 2010; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy et al. 2013), betrachten diesen jedoch aus unterschiedlichen Perspektiven.

Barnes, Ball & Niven (2010) untersuchen, ob das Hinzuziehen eines professionellen Dolmetschers die Arbeit von Pflegekräften beeinträchtigt und die Beziehungsbildung mit dem Klienten¹ eingeschränkt wird. Die Studie beinhaltet zusätzlich einen quantitativen Vergleich zwischen Klienten mit bzw. ohne Dolmetscher, doch fließen Ergebnisse des Vergleichs nicht in diese Literaturübersicht mit ein. Setting der Untersuchung ist ein Programm für junge, gefährdete Frauen, die das erste Mal schwanger sind und von Pflegekräften vor und nach der Entbindung zu Hause betreut und angeleitet werden. Seit 2007 werden, falls nötig, professionelle Dolmetscher hinzugezogen. Um festzustellen, ob dies Einfluss auf die Inhalte der Besuchstermine hat und welche Beziehungen sich zwischen den drei Parteien bilden, wurden halb-strukturierte Interviews mit Pflegekräften, Klienten, Dolmetschern und Managern von Dolmetschagenturen in drei verschiedenen Städten geführt. Die Pflegekräfte wurden zu ihren Erfahrungen mit Dolmetschern, Haltungen gegenüber diesen, aufgetretene Probleme und möglichen Verbesserungsvorschlägen befragt. Die Leitfragen an die Klienten bezogen sich auf Anforderungen an einen Dolmetscher, dessen Qualität, die Beziehung zu ihm und zu den Pflegekräften. Ausbildungsinhalte, die eigene Herkunft, Verständnis der Arbeit der Pflegekräfte und Meinungen, wie gut das Übersetzen im Rahmen dieses Programmes funktioniert, waren Fragen an Dolmetscher und deren Vermittler.

Ähnliche Fragen formuliert Fatahi et al. (2009), um die Erfahrungen von Pflegekräften aus der Radiologie mit fremdsprachigen Patienten darzustellen. In Focus Group Interviews mit Pflegekräften aus den drei größten Kliniken Göteborgs wurden Themen wie Notwendigkeit und Rolle eines Dolmetschers, Schwierigkeiten und mögliche Verbesserungsvorschläge angesprochen. Die Besonderheit dieser Studie ist, dass es sich um ein Setting handelt, in dem hohe pflegerische und technische Präzision gefordert ist, die Patienten aber meist nur sehr kurz mit den Pflegekräften in Kontakt treten. Zusätzlich herrscht ein hoher Zeit- und Kostendruck.

¹ Da es hierbei um schwangere Frauen und keine kranken Menschen geht, wird in diesem Fall von Klienten gesprochen

E. Hadziabdic (2008; 2010; 2014) untersucht den Einsatz professioneller Dolmetscher in mehreren Studien. Im Jahr 2008 führten sie und ihr Team halb-strukturierte Interviews mit Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien, um herauszufinden, wie diese den Einsatz professioneller Dolmetscher empfinden. Die Studie bezog sich sowohl auf professionelle, als auch auf ad hoc Dolmetscher, doch wird bei der Ergebnisdarstellung deutlich, auf welche Art von Dolmetscher sich die entsprechenden Aussagen beziehen. Die Forscher fragten nach Haltungen gegenüber dem Dolmetschereinsatz, aufgetretenen Problemen und Verbesserungsvorschlägen. Die Teilnehmer sollten dabei jeweils eine positiv und negativ erlebte Situation schildern. Die Interviews wurden durch die zweisprachige Autorin, in serbokroatischer Sprache geführt, transkribiert und die Übersetzung durch einen professionellen Übersetzer kontrolliert.

In einer zweiten Untersuchung führte Hadziabdic et al. (2010) eine Dokumentenanalyse von Problembereichen durch, um herauszufinden, welche Schwierigkeiten der Einsatz professioneller Dolmetscher bedingt und wozu diese führen. Alle 60 Problembereiche wurden von Krankenpflegern, Ärzten und Hebammen innerhalb von zwei Jahren, nach aufgetretenen Schwierigkeiten formuliert und stammen aus einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Dieses hat eine Kooperationsvereinbarung mit einer Dolmetschagentur abgeschlossen und das medizinische Personal ist angewiesen, in Fällen mangelnder sprachlicher Verständigung einen Dolmetscher vor Ort oder per Telefon hinzuzuziehen. Die Problembereiche wurden von den Forschern auf Regelmäßigkeiten, Widersprüche und Muster hin überprüft.

Die Studie von Hadziabdic & Hjelm (2014) untersucht an Hand von Focus Group Interviews, wie arabisch sprechende Menschen in Schweden, den Einsatz professioneller Dolmetscher im Gesundheitswesen erleben. Erneut wird nach Erfahrungen, Problemen und Verbesserungsvorschlägen gefragt, zusätzlich soll jeweils eine positive und negative Situation beschrieben werden. Außerdem untersuchten die Forscher, was, nach Meinung der Teilnehmer in Gesprächen mit professionellen Dolmetschern gut bzw. weniger gut verlaufen sei. Bei schlechten Erfahrungen wurde weiter nach den Gründen, nach draus resultierenden Gefühlen und Handlungen gefragt. Die Interviews wurden von der ersten Autorin geführt und durch einen zweisprachig ausgebildeten Assistenten, der in die Studie involviert war, ins Arabische übersetzt.

McCarthy et al. (2013) bezieht sich in ihrer Studie nicht auf Patienten, sondern führt halb-strukturierte Interviews mit Pflegekräften aus verschiedenen Einrichtungen und Orten Irlands. Sie fragt nach Erfahrungen mit Sprachbarrieren, wie diese überwunden wurden, dem Einsatz professioneller Dolmetscher und dabei aufkommenden Schwierigkeiten. Die Stichprobe ist bei dieser Studie mit nur sieben Teilnehmern sehr klein, jedoch ist dies eine der wenigen Studien, die ausschließlich Pflegekräfte befragt. Abbildungen 2 und 3 zeigen die Charakteristika der genannten Studien.

Titel Autor	Land Jahr	Forschungsziel	Forschungsansatz	Datenerhebung	Stichprobe
Providing the family-nurse partnership programme through interpreters in england Barnes, J, Ball, M & Niven, L	England 2010	Erforschung, ob die Anwesenheit eines Dolmetschers Arbeit und Beziehungsbildung zwischen Pflegekraft und Patienten beeinträchtigt	Qualitativ und quantitativ	Halb-strukturierte Gruppen-interviews	17 Pflegekräfte 8 Klienten 2 Dolmetscher 3 Manager von Dolmetschagenturen
Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language Fatahi, N, Mattsson, B, Lundgren, SM & Hellström, M	Schweden 2009	Darstellung der Erfahrungen von Pflegekräften in der Radiologie, mit Patienten mit limitierten Sprachkenntnissen	Qualitativ	Focus Group Interviews	11 Pflegekräfte
Migrants' perceptions of using interpreters in health care Hadziabdic, E, Heikkilä, K, Albin, B & Hjelm, K	Schweden 2008	Untersuchung wie serbokroatische Patienten den Einsatz professioneller Dolmetscher empfinden	Qualitativ	Halb-strukturierte Interviews	17 Patienten

Abbildung 2: Studiencharakteristika

Titel Autor	Land Jahr	Forschungsziel	Forschungsansatz	Datenerhebung	Stichprobe
Problems and consequences in the use of professional interpreters: Qualitative analysis of incidents from primary healthcare Hadziabdic, E, Heikkilä, K, Albin, B & Hjelm, K	Schweden 2010	Untersuchung, welche Probleme der Einsatz professioneller Dolmetscher bedingt und wozu diese Probleme führen	Qualitativ	Dokumenten-analyse	60 Fehlerberichte
Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study Hadziabdic A., Hjelm K.	Schweden 2014	Ermitteln von Erfahrungen arabisch-sprechender Migranten mit professionellen Dolmetschern	Qualitativ	Focus Group Interviews	4 Gruppeninterviews mit: 13 Patienten
Conversations through barriers of language and interpretation McCarthy, J, Cassidy, I, Graham, MM &. Tuohy, D	Irland 2013	Darstellung der Erfahrungen von Pflegekräften bzgl. Sprachbarrieren und Umgang mit Dolmetschern	Qualitativ	Halb-strukturierte Interviews	7 Pflegekräfte

Abbildung 3: Studiencharakteristika

4.2 Bewertung der Studienqualität

In den Abbildungen 4-9 ist die Qualität der gewählten Studien nach einem modifizierten Kriterienkatalog von Brandenburg, Panfil & Meyer (2007, S.184ff) bewertet.

Der erste Punkt fragt nach einer Forschungsfrage und ob diese klar formuliert ist. Hierbei fällt auf, dass nur in den Studien von Barnes, Ball & Niven (2010) und Fatahi et al. (2009) eine Forschungsfrage gestellt wurde, in den übrigen Untersuchungen wird lediglich ein Forschungsziel formuliert. Das liegt daran, dass sich Forschungsfragen in qualitativen Untersuchungen unter Umständen erst im Verlauf der Studie entwickeln und zu Beginn mit einer Forschungsfrage im Geiste gearbeitet wird, um flexibel auf das Gesagte reagieren zu können (Polit, Tatano Beck & Hungler 2010, S.123f).

Das gewählte Design wurde in den Studien von Hadziabdic et al. (2008; 2010) genannt und begründet. In den restlichen Arbeiten lässt sich auf das Design der Phänomenologie schließen, jedoch ist es weder erwähnt noch die Wahl erklärt. Dies ist häufig bei qualitativen Studien der Fall (Polit, Tatano Beck & Hungler 2010, S.224), trotzdem ist es ein Kritikpunkt.

Die Literaturanalyse ist bei allen Arbeiten ausführlich. Es wurde aktuelle Literatur verwendet, aber auch zwei wichtige, jedoch ältere Reviews miteinbezogen. Bei der Problemdarstellung wurden die Autoren ausgewogen zitiert und es kam zu einer nachvollziehbaren Entwicklung des Forschungszieles.

In die Bewertung der Stichprobe fließt ein, ob Ein- und Ausschlusskriterien genannt wurden, wie die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte und ob die Stichprobe angemessen und geeignet ist. Die Angemessenheit beschreibt, ob die Daten eine ausreichende Menge und Qualität besitzen. Die Eignung bewertet, ob Studienteilnehmer gewählt wurden, die hinsichtlich der konzeptionellen Anforderungen der Untersuchung, am besten Informationen liefern können (Polit, Tatano Beck & Hungler 2010, S.248f). Die Auswahl und Rekrutierung der Teilnehmer ist in den gewählten Studien überwiegend präzise beschrieben und geeignet, aber die Größe der Stichprobe ist nur bei Hadziabdic et al. (2008) angemessen.

Die Bewertung der Datenerhebung bezieht sich auf die angewandte Methodik, ob diese sinnvoll gewählt und ausreichend beschrieben wurde oder ob es bessere Alternativen gegeben hätte. Außerdem wird nach den erhobenen Variablen gefragt. Alle Daten, bis auf die Dokumentenanalyse von Hadziabdic et al. (2010), wurden über Leitfadeninterviews erhoben. Hier ist zu kritisieren, dass der Leitfaden nicht immer dargestellt war und somit die Qualität der Fragen nicht durchgehend bewertet werden konnte.

Bei der Forschung am Menschen, ist es wichtig, ethische Richtlinien einzuhalten. Alle Studien halten die im Belmont Report formulierten ethischen Grundsätze, Nutzen, Achtung der Menschenwürde und Gerechtigkeit (Polit, Tatano Beck & Hungler 2010, S.98) ein. In nur drei Studien wird eine Ethikkommission hinzugezogen (Barnes, Ball & Niven 2010; Hadziabdic &

Hjelm 2014; McCarthy et al. 2013), Fatahi et al. (2009) und Hadziabdic et al. (2010) begründen den Verzicht, trotzdem ist dies negativ zu bewerten.

Im nächsten Schritt wird die Analysemethode bewertet und kontrolliert, ob die Gütekriterien der qualitativen Forschung eingehalten werden. Die Analysemethoden wurden stets genannt, alle bis auf McCarthy et al. (2013) beziehen sich hierbei auf entsprechende Quellen. Die Gütekriterien der qualitativen Forschung sind Glaubwürdigkeit, Stabilität, Nachvollziehbarkeit und Übertragbarkeit der Daten. Die Glaubwürdigkeit bezeichnet das Vertrauen in die Wahrheit der Daten und kann unter anderem durch Triangulation oder durch längere Beobachtung einer Thematik gestärkt werden. Die Stabilität der Daten bezeichnet deren Beständigkeit über Zeit und Umstände hinweg und kann beispielsweise sichergestellt werden, indem mehrere Forscher die Datenmenge zu Beginn unabhängig voneinander untersuchen und bewerten (schrittweise Replikation). Die Nachvollziehbarkeit der Daten wird erreicht, indem die einzelnen Arbeitsschritte kontinuierlich protokolliert werden, um es dem Leser zu erlauben, die Schlussfolgerungen bezüglich der Daten zu verstehen. Hinsichtlich der Übertragbarkeit der Daten liegt, in der qualitativen Forschung, die Aufgabe des Forschers darin, Setting, Transaktionen und Prozesse präzise zu beschreiben, um Urteile über ähnliche Kontexte zu erlauben (Polit, Tatano Beck & Hungler 2010, S.302ff).

Glaubwürdigkeit, Stabilität und Übertragbarkeit der Daten sind in den Studien gewährleistet, die Nachvollziehbarkeit ist jedoch aufgrund fehlender Darstellung der Arbeitsschritte bei drei Studien mangelhaft (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; McCarthy et al. 2013).

Die Bewertung der Ergebnisse bezieht sich bei Brandenburg, Panfil & Meyer (2007, S. 185) sowohl auf die Darstellung der Ergebnisse als auch auf die Bewertung der Stichprobe und eine mögliche Übertragbarkeit. Da letztere Punkte in dieser Arbeit bereits unter den Punkten Stichprobe und Analyse beantwortet werden, werden nun lediglich die Darstellung und die Datensättigung der Ergebnisse bewertet. Kritisch zu erwähnen ist, dass keine der gewählten Studien Bezug auf eine mögliche Datensättigung nimmt.

Alle Studien beinhalten einen Diskussionsteil, in welchem die Ergebnisse der Literatur gegenüber gestellt und Einschränkungen der Studien genannt werden. Unter diesem Punkt wird kontrolliert, ob sich die Ergebnisse auf die Forschungsfrage beziehen und alternative Ergebnisse denkbar gewesen wären. Dieser Punkt ist bei allen Studien gut gelungen.

Das letzte Kriterium, die Übertragbarkeit, fragt, ob Empfehlungen genannt werden und an wen sich diese richten. Diese Möglichkeit nutzen alle Autoren und die Empfehlungen richten sich an Pflegewissenschaft, -praxis, -management und -pädagogik, sowie an Manager von Dolmetschagenturen.

In den Abbildungen 4-9 auf den folgenden Seiten ist die Bewertung der Studienqualität im Einzelnen dargestellt.

Providing the family-nurse partnership programme through interpreters in england (Barnes, Ball & Niven 2010)	
Forschungsfrage	✓ Forschungsfrage klar formuliert
Design	○ Design nicht explizit genannt oder begründet
Literaturanalyse	✓ Aktueller Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Studie
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ein – und Ausschlusskriterien genannt ✓ Stichprobe geeignet, da unterschiedliche Perspektiven, Orte, und Settings gewählt ○ Stichprobe bzgl. Anzahl an Dolmetschern und Managern sehr klein und damit nicht angemessen ○ Keine Angaben zur Rekrutierung der Teilnehmer
Methodik zur Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Halb-strukturierte Gruppeninterviews ✓ Fragen sind literaturbasiert, Pre-Test durchgeführt ✓ Leitfragen sind dargestellt und passend gewählt ○ Unterschiedliche Leitfragen an Befragte erschwert Vergleichbarkeit
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Studie durch Ethikkommission genehmigt ✓ Teilnehmer über Studie informiert, schriftliche Einverständnis ✓ Daten aus den Protokollen wurden anonymisiert
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Thematische Analyse der Transkripte nach Foster & Parker 1995 ✓ Glaubwürdigkeit durch Triangulation von Datenquellen, nach Untersuchern und Methoden-Triangulation ✓ Stabilität durch schrittweise Replikation ✓ Übertragbarkeit durch präzise Darstellung der demographischen Charakteristika und Analysemethoden gewährleistet ○ Unzureichende Beschreibung von Setting und Rekrutierung ○ Keine Nachvollziehbarkeit aufgrund fehlender Angaben der Arbeitsschritte
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse in Untergruppen sortiert, nachvollziehbar dargestellt und mit Zitaten belegt ○ Keine Angaben zur Datensättigung
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse werden in Bezug zur Literatur diskutiert ✓ Einschränkungen der Studie werden genannt ✓ Schlussfolgerung auf Forschungsfrage bezogen, nachvollziehbar
Übertragbarkeit	✓ Empfehlungen an Pflegewissenschaft

Abbildung 4: Beurteilung der Studienqualität: Barnes, Ball & Niven (2010)

Nurses radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language (Fatahi et al. 2009)	
Forschungsfrage	✓ Forschungsfrage klar formuliert
Design	○ Design nicht explizit genannt oder begründet
Literaturanalyse	✓ Aktueller Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Studie
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt ✓ Rekrutierung der Teilnehmer wird erläutert ✓ Ausführliche Beschreibung der Stichprobe ✓ Stichprobe ist geeignet da sie dem Durchschnitt der beschäftigten Pflegekräfte in der Radiologie in Schweden entspricht; verschiedenen Einrichtungen mit unterschiedlichen Patienten ○ Stichprobe ist aufgrund geringer Größe nicht angemessen
Methodik zur Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Drei Focus Group Interviews, Methode nach Morgan 1997 ✓ Methodik begründet und diskutiert ✓ Vorgehen während Interview dargestellt ✓ Beispielhaft genannte Fragen sind sinnvoll gewählt ○ Kein Interviewleitfaden dargestellt, nur Beispielfragen
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mündliche und schriftliche Information der Teilnehmer ✓ Freiwillige Teilnahme ○ Kein Einbezug einer Ethikkommission weil lt. Aussage der Autoren dies in Schweden bei dieser Art von Forschung nicht notwendig sei
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim & Lundman 2004 ✓ Glaubwürdigkeit durch Triangulation nach Untersuchern ✓ Stabilität durch ähnliche Ergebnisse in drei unabhängigen Interviews ✓ Übertragbarkeit durch präzise Beschreibung des Settings ○ Nachvollziehbarkeit aufgrund fehlender Darstellung der Prozessschritte nicht gewährleistet
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse in Haupt- und Untergruppen eingeteilt dargestellt ✓ nachvollziehbar beschrieben und mit Zitaten belegt ○ Keine Angaben zur Datensättigung
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse werden in Bezug zur Literatur diskutiert ✓ Einschränkungen der Studie werden genannt ✓ Schlussfolgerung auf Forschungsfrage bezogen, nachvollziehbar
Übertragbarkeit	✓ Empfehlungen an Pflegemanagement und – pädagogik

Abbildung 5: Beurteilung der Studienqualität: Fatahi et al. (2009)

Migrants' perceptions of using interpreters in health care (Hadziabdic et al. 2008)	
Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ziel der Studie genannt ○ Forschungsfrage nicht explizit formuliert
Design	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Phänomenologie ✓ Auswahl des Designs wird begründet
Literaturanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aktueller Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Studie
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt ✓ Rekrutierung der Teilnehmer wird erläutert ✓ Stichprobe ist geeignet, da repräsentativ für die serbokroatische Bevölkerung in Schweden ✓ Stichprobe ist angemessen
Methoden zur Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Halb-strukturierte Interviews ✓ Fragen sind literaturbasiert, es wurde ein Pre-Test durchgeführt ✓ Präzise Beschreibung des Vorgehens ✓ Beispielhaft genannte Fragen sind sinnvoll gewählt ○ Keine Darstellung des Interviewleitfadens, nur Beispielfragen
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Probanden wurden schriftlich informiert ✓ Audiotapes wurden anonymisiert und verschlossen verwahrt ✓ Identität der Teilnehmer wird bei Präsentation verborgen ○ Keine Angabe zum Einbezug einer Ethikkommission
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Phänomenografische Datenanalyse der Interview Transkripte nach Sjöström & Dahlgren 2002 ✓ Glaubwürdigkeit durch Triangulation nach Untersuchern ✓ Stabilität durch schrittweise Replikation ✓ Nachvollziehbarkeit durch Darstellung der Arbeitsschritte und Haupt- und Unterkategorien ✓ Übertragbarkeit durch präzise Beschreibung des Settings
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse in Haupt-und Untergruppen eingeteilt dargestellt ✓ nachvollziehbar beschrieben und mit Zitaten belegt ○ Keine Angaben zur Datensättigung
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse werden in Bezug zur Literatur diskutiert ✓ Einschränkungen der Studie werden genannt ✓ Schlussfolgerung auf Forschungsziel bezogen, nachvollziehbar
Übertragbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Empfehlungen an Pflegepraxis

Abbildung 6: Beurteilung der Studienqualität: Hadziabdic et al. (2008)

Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary healthcare (Hadziabdic et al. 2010)	
Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ziel der Studie genannt ○ Forschungsfrage nicht explizit formuliert
Design	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fallstudie auf Grundlage einer Dokumentenanalyse nach Yin 2009 ✓ Auswahl des Design wird begründet
Literaturanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aktueller Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Studie
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt ✓ Stichprobe ist geeignet, um Forschungsziel zu erreichen ○ Keine Angaben zur Angemessenheit der Stichprobe möglich, da keine Informationen zur Bestimmung des einbezogenen Zeitraumes ○ Zustandekommen der Fehlerberichte nicht erläutert
Methodik zur Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dokumentenanalyse ✓ Erhalt der Daten wird erläutert
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dokumente wurden Forscher anonymisiert übergeben ✓ Daten wurden verschlossen aufbewahrt ○ Angabe, dass Einbezug der Ethikkommission nicht nötig war, da Daten bereits anonym der Öffentlichkeit zur Verfügung standen
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dokumentenanalyse nach Patton 2002 ✓ Glaubwürdigkeit durch Triangulation nach Untersuchern ✓ Stabilität durch schrittweise Replikation ✓ Nachvollziehbarkeit durch Darstellung der Arbeitsschritte und Haupt- und Unterkategorien ✓ Übertragbarkeit durch ausreichende Beschreibung des Settings
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse in Kategorien dargestellt ✓ nachvollziehbar beschrieben und durch Zitate belegt ✓ Setting nachvollziehbar geschildert ○ Keine Angaben zur Datensättigung
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse werden in Bezug zur Literatur diskutiert ✓ Einschränkungen der Studie werden genannt ✓ Schlussfolgerung auf Forschungsziel bezogen, nachvollziehbar
Übertragbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Empfehlungen an Pflegemanagement und – praxis sowie Managern von Dolmetschagenturen

Abbildung 7: Beurteilung der Studienqualität: Hadziabdic et al. (2010)

Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: A qualitative explorative study (Hadziabdic & Hjelm 2014)	
Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ziel der Studie genannt ○ Forschungsfrage nicht explizit formuliert
Design	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forschungsdesign als explorative qualitative Studie nicht präzise definiert
Literaturanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aktueller Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Studie
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt ✓ Rekrutierung der Teilnehmer wird erläutert ✓ Die Stichprobe ist geeignet ✓ Ausführliche Beschreibung der Stichprobe ○ Stichprobe aufgrund geringer Größe nicht angemessen
Methoden zur Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Focus Group Interviews ✓ Halb-strukturierter, literaturbasierter Interviewleitfaden ✓ Interviewleitfaden in Pre-Test getestet ✓ Beispielhaft genannte Fragen sind sinnvoll gewählt ○ Kein Interviewleitfaden dargestellt, nur Beispielfragen
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Teilnehmer wurden über Ziel, Ablauf und ethische Überlegungen der Studie informiert und gaben ihr Einverständnis ✓ Einbezug einer Ethikkommission
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auswertung der Interview Transkripte mit der Analysesoftware Atlas Ti ✓ Stabilität der Daten durch Darstellung der Analyse Schritte ✓ Glaubwürdigkeit durch Triangulation nach Untersuchern ✓ Nachvollziehbarkeit durch Beschreibung der einzelnen Arbeitsschritte ✓ Übertragbarkeit durch präzise Beschreibung des Settings
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Haupt- und Untergruppen sind als Graphik dargestellt ✓ Ergebnisse nachvollziehbar und durch Zitate belegt ○ Keine Angaben zur Datensättigung
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse werden in Bezug zur Literatur diskutiert ✓ Einschränkungen der Studie werden genannt ✓ Schlussfolgerung auf Forschungsziel bezogen, nachvollziehbar
Übertragbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Empfehlungen zum Einsatz von Dolmetscher richten sich an alle Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die Dolmetscher anfordern

Abbildung 8: Beurteilung der Studienqualität: Hadziabdic & Hjelm (2014)

Conversations through barriers of language and interpretation (McCarthy et al. 2013)	
Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ziel der Studie genannt ○ Forschungsfrage nicht explizit formuliert
Design	<ul style="list-style-type: none"> ○ Design nicht genannt oder begründet
Literaturanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aktueller Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Studie
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt ✓ Rekrutierung der Teilnehmer wird erläutert ✓ Ausführliche Beschreibung der Stichprobe ✓ Stichprobe ist geeignet, weil Teilnehmer aus verschiedenen Fachrichtungen, Einrichtungen und Orten Irlands stammen und erfahren sind, im Umgang mit Patienten aus unterschiedlichen Kulturen ○ Stichprobe aufgrund geringen Größe nicht angemessen
Methodik zur Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Halb-strukturierte Interviews ✓ Interviewleitfaden dargestellt mit sinnvollen Fragen ✓ Durchführung der Erhebung beschrieben ○ Zustandekommen des Leitfadens wird nicht erörtert, keine Angaben zu möglichem Pre-Test
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Studie durch Ethikkommission genehmigt ✓ Teilnehmer wurden über Studie informiert, Teilnahme freiwillig ✓ Daten wurden anonymisiert
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Thematische Analyse der Interview Transkripte ✓ Glaubwürdigkeit durch Triangulation nach Untersuchern ✓ Stabilität durch schrittweise Replikation ✓ Übertragbarkeit durch präzise Beschreibung des Settings ○ Nachvollziehbarkeit aufgrund fehlender Darstellung der Prozessschritte nicht gewährleistet
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse gruppiert dargestellt, nachvollziehbar, mit Zitaten belegt ○ Keine Angaben zum Datensättigung
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ergebnisse werden in Bezug zur Literatur diskutiert ✓ Einschränkungen der Studie werden genannt ✓ Schlussfolgerung auf Forschungsziel bezogen, nachvollziehbar
Übertragbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Empfehlungen an Pflegepädagogik und – praxis

Abbildung 9: Beurteilung der Studienqualität: McCarthy et al. (2013)

4.3 Outcomes

Die Ergebnisse der Studien wurden zu Beginn sortiert und sind in Abbildung 10 dargestellt. Zur besseren Übersicht sind die Verweise auf die Autoren in dieser Graphik nicht dargestellt, im Anhang befindet sich die gleiche Abbildung mit den entsprechenden Angaben. Die Kategorien sind angelehnt an Hadziabdic & Hjelm (2014), wurden aber modifiziert.

Hauptkategorie	Unterkategorie
Professionelle Dolmetscher als Hilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe bei der Verständigung • Hilfe als Guide im Gesundheitswesen • Unverzichtbar in bestimmten Situationen • Führt zu Qualitätssteigerung und Gefühl der Sicherheit
Geforderte Charakteristika des professionellen Dolmetscher	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachkompetenzen und medizinische Fachterminologie • Professionelles Verhalten • Gleiche Kultur, Religion und Geschlecht wie Patient
Bevorzugte Formen des Dolmetschens	<ul style="list-style-type: none"> • Professionelle Dolmetscher bevorzugt • Face-to-face dolmetschen bevorzugt • Telefondolmetschen in sensiblen Situationen bevorzugt
Professionelle Dolmetscher als Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Unsicherheit bzgl. korrekter Übersetzung • Erhöhter Zeitaufwand • Unwohlsein der Patienten • Fehlende Kontinuität der Dolmetscher • Komplizierte Organisation
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung der Dolmetscher in medizinisches Fachgebiet • Training der Pflegekräfte im Umgang mit Dolmetschern

Abbildung 10: Outcomes

4.3.1 Professionelle Dolmetscher als Hilfe

Professionelle Dolmetscher werden in fünf von sechs Studien als hilfreich erachtet (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy et al. 2013). An vorderster Stelle steht die Unterstützung bei der sprachlichen Verständigung. Bei Hadziabdic & Hjelm (2014, S.4) wird der professionelle Dolmetscher als „Sprecher“ bezeichnet, der dem Patienten hilft, Bedenken, Gefühle oder Schmerzen sprachlich auszudrücken. Die Kommunikation wird erleichtert, weil nicht auf Drittsprachen, die beide Parteien nur mäßig beherrschen, zurückgegriffen werden muss. Der professionelle Dolmetscher unterstützt dabei, zu verstehen und verstanden zu werden (Hadziabdic et al. 2008) und erleichtert die Kommunikation zwischen Patient und Pflegekraft, indem er als Brücke agiert (Fatahi et al. 2009; McCarthy et al. 2013). Bei Barnes, Ball & Niven (2010, S.7) wird dies durch folgendes Zitat verdeutlicht: „Weil er mir hilft zu kommunizieren, wird meine Stimme gehört“

Zusätzlich zur sprachlichen Unterstützung, hilft der professionelle Dolmetscher den Patienten sich im Gesundheitswesen zu orientieren, indem beispielsweise Schilder oder Anweisungen übersetzt, oder die Organisation des Gesundheitswesens erklärt wird (Hadziabdic et al. 2008;

Hadziabdic & Hjelm 2014). Auch bei der Kontaktaufnahme zu medizinischem Personal stellen professionelle Dolmetscher eine Hilfe dar. Ein Patient wünscht sich, dass professionelle Dolmetscher diesen Service, auf freiwilliger Basis anbieten würden (Hadziabdic et al. 2014). Laut Fatahi et al. (2013) ist ein professioneller Dolmetscher in bestimmten Situationen, wie beispielsweise komplexen radiologischen Untersuchungen, unverzichtbar und diese könnten ohne ihn nicht stattfinden. So bedarf es korrekter sprachlicher Verständigung, bei der vorherigen Aufklärung, der Frage nach einer möglichen Schwangerschaft oder Vorerkrankungen sowie den Verhaltensanweisungen während der Untersuchung. Ein Teilnehmer in der Studie von Hadziabdic & Hjelm (2014), ist darüber hinaus der Meinung, dass bei allen medizinischen Angelegenheiten eine korrekte sprachliche Übersetzung notwendig sei und somit nur ein professioneller Dolmetscher in Frage käme.

Dass professionelle Dolmetscher zu einer Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen beitragen, ist nicht nur durch quantitative Studien belegt, sondern wird auch von den Patienten subjektiv so empfunden. Die Patienten geben an, durch den professionellen Dolmetscher eine bessere Behandlung bekommen zu haben (Hadziabdic & Hjelm 2014) und sich sicherer zu fühlen (Hadziabdic et al. 2008; Fatahi et al. 2009). Auch die Zufriedenheit sowie die technische Qualität der Untersuchungen wird laut Fatahi et al. (2009) gesteigert, weil die Gefahr von Missverständnissen und somit fehlerhaften Untersuchungen gesenkt wird.

4.3.2 Geforderte Charakteristika des professionellen Dolmetschers

Um ein Gespräch mit einem Dolmetscher als erfolgreich zu bewerten, stellen Patienten und Pflegekräfte Anforderungen sowohl an dessen Fähigkeiten als auch an sein Auftreten und seine Person.

Gutes Beherrschen der geforderten Sprachen und genaues Übersetzen sind wichtige Kompetenzen eines professionellen Dolmetschers (Barnes, Ball, & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic & Hjelm 2014). Darüber hinaus muss er gut gebildet sein und die medizinischen Fachbegriffe des entsprechenden Gebietes kennen, um korrekt zu dolmetschen. (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Dies helfe, so Hadziabdic & Hjelm (2014), dass Vertrauen gegenüber einem professionellen Dolmetscher entstehe und es verhindere Missverständnisse bei der späteren Behandlung. Ein Patient erwähnt außerdem, dass der professionelle Dolmetscher zuerst überprüfen sollte, wie gut das Hörvermögen der Patienten sei und ob diese ihn verstünden (Hadziabdic et al. 2008).

Neben sprachlichen Kompetenzen spielen auch Auftreten und Verhalten eine wichtige Rolle. Der professionelle Dolmetscher sollte eine neutrale Position einnehmen und sich nicht in der Rolle des advocate auf die Seite des Patienten schlagen (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008). Er soll objektiv dolmetschen (Hadziabdic & Hjelm 2014), aufmerksam und pünktlich sein (Fatahi et al. 2009) und fähig, zu Empathie und rücksichtsvollem Verhalten (Barnes, Ball,

& Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008). Auf diese Weise sind professionelle Dolmetscher in der Lage, die Stimmlage der Pflegekraft nachzuahmen oder die Situation für den Patienten, beispielsweise bei körperlichen Untersuchungen zu erleichtern (Barnes, Ball, & Niven 2010; Hadziabdic et al. 2008). Hadziabdic et al. (2008) ergänzt, dass die Körpersprache des professionellen Dolmetschers, seine äußere Erscheinung, seine Kleidung sowie sein Auftreten eng damit verbunden sind, wie offen sich Patienten im Gespräch zeigen. Körpersprache und Auftreten sind die ersten Eindrücke, die von den Patienten wahrgenommen werden und haben einen starken Einfluss auf den Gesprächsverlauf.

Auch andere persönliche Merkmale sind von Bedeutung. Der professionelle Dolmetscher sollte möglichst das gleiche Geschlecht wie der Patient besitzen, was vor allem bei körperlichen Untersuchungen von Bedeutung ist. Religiöse und kulturelle Bedenken werden als Gründe, für das hier, unter Umständen aufkommende Unbehagen genannt (Hadziabdic & Hjelm 2014). Jedoch sehen selbst Männer weibliche Dolmetscherinnen notfalls als bessere Alternative an, weil diese, laut Patientenaussagen bei Hadziabdic & Hjelm (2014), durch die Kindererziehung in medizinischen Sachverhalten routinierter seien.

Zudem sollte der professionelle Dolmetscher die gleiche Muttersprache und möglichst auch denselben Dialekt sprechen, um Missverständnisse zu vermeiden. (Fatahi et al. 2009, Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Ein fremder Dialekt könne gar zu einer inadäquaten Kommunikation führen, so Hadziabdic & Hjelm (2014), weil Patient und professioneller Dolmetscher sich nicht verstünden.

Das gleiche Herkunftsland, die gleiche Religion und eine ähnliche politische Einstellung sind hilfreich, um Misstrauen aufgrund kriegerischer Konflikte zweier Länder nicht aufkommen zu lassen. Folgendes Zitat verdeutlicht dies: „Weil es Auseinandersetzungen zwischen arabischen Ländern gibt, verlasse ich mich nicht auf einen Dolmetscher aus einem anderen Land“ (ebd. 2014, S.7).

Lediglich bei Hadziabdic & Hjelm (2014) finden sich Aussagen zum bevorzugten Alter der professionellen Dolmetscher, diese sind jedoch nicht kongruent. Manche Patienten geben an, ältere Dolmetscher, aufgrund deren Erfahrung zu bevorzugen, andere halten jüngere Dolmetscher für sprachkompetenter.

4.3.3 Bevorzugte Form des Dolmetschens

In vier der sechs Studien, wird der professionelle Dolmetscher als bestes Mittel bei Sprachbarrieren genannt (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy et al. 2013). Zwar stehen ad hoc Dolmetscher oft schneller und einfacher zur Verfügung, doch schämen sich viele Patienten, sensible Themen vor Verwandten oder Freunden anzusprechen oder möchten ihre Kinder nicht damit belasten (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy et al. 2013). Die Patienten

erachten die Qualität der Kommunikation über ad hoc Dolmetscher als unzureichend, die Schweigepflicht ist nicht gewährleistet und Verwandte sind meist zu stark in die Krankheitsgeschichte involviert, um neutral zu dolmetschen (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic et al. 2010; McCarthy et al. 2013). Der Einbezug von zweisprachigem Klinikpersonal unterbricht den normalen Arbeitsablauf und führt dadurch zu Zeitdruck und Stress für alle Beteiligten (Fatahi et al. 2009). Auch Patienten empfinden deren Einsatz als weniger verlässlich, sie befürchten eine parteiische Haltung des Klinikpersonals und sind sich des Zeitmangels von Pflegekräften bewusst (Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Trotzdem werden ad hoc Dolmetscher und zweisprachige Klinikmitarbeiter in Notfall- oder unerwarteten Situationen eingesetzt, oder wenn aus anderen Gründen kein professioneller Dolmetscher vor Ort ist (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy et al. 2013).

Wird ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen, bevorzugen die Patienten, den persönlichen Kontakt vor Ort, weil die Körpersprache miteinbezogen und die verbale und nonverbale Kommunikation des Dolmetschers kontrolliert werden kann (Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Schwerhörigkeit, ein starker Dialekt, sowie technische Probleme und Hintergrundgeräusche können zudem die Verständigung über das Telefon erschweren (Hadziabdic & Hjelm 2014). Zusätzlich führt der Umstand, dass die Identität des professionellen Dolmetschers über das Telefon verborgen bleibt, zu Unsicherheit, welche wiederum die Kommunikation beeinflusst (ebd. 2014).

Handelt es sich jedoch um sensible Angelegenheiten, wird auch das Dolmetschen via Telefon gut geheißen. Hierbei bleibt der Patient anonym und es fällt ihm dadurch leichter, über gemachte Erfahrungen zu sprechen (Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Gerade bei körperlichen Untersuchungen erleichtert das Dolmetschen per Telefon die Situation, vor allem bei professionellen Dolmetschern des anderen Geschlechts (ebd. 2008; ebd. 2014). Hadziabdic & Hjelm (2014) nennen das Telefondolmetschen außerdem als Alternative in unkomplizierten Situationen, weil auf diese Weise ein Dolmetscher schnell und einfach zur Verfügung steht.

4.3.4 Professionelle Dolmetscher als Problem

Dolmetscher werden als notwendig, aber auch als Hindernis im Umgang mit medizinischem Personal betrachtet (Hadziabdic et al. 2008).

Patienten und Pflegekräfte äußern Unsicherheit darüber, ob der Dolmetscher sprachlich korrekt, objektiv und wortwörtlich übersetzt, beispielsweise, wenn es sich um einen anderen Dialekt oder kulturellen Hintergrund handelt (Barnes, Ball & Niven 2010; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Pflegekräfte in der Studie von Barnes, Ball & Niven (2010) kritisieren, dass Dolmetscher eigene Meinungen hinzufügten, die teils der der Pflegekräfte

widersprüchen. McCarthy et al. (2013) schreibt, dass professionelle Dolmetscher nicht durchgehend die medizinische und pflegerische Fachterminologie verstünden und Hadziabdic et al. (2010) ergänzt, dass diese zum Teil selbst die Landessprache nicht sicher beherrschen. Diese Probleme führen zu inadäquater Kommunikation und Verständigungsschwierigkeiten (Hadziabdic et al. 2008).

Ein weiteres Problem ist der höhere zeitliche Aufwand. Es kostet Pflegekräften Zeit, einen professionellen Dolmetscher zu organisieren und teils ergeben sich zeitintensive Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit den Dolmetschagenturen, wenn Termine falsch notiert oder Dolmetscher mehrfach gebucht wurden (Hadziabdic et al. 2010). Auch für das Patienten Gespräch mit einem professionellen Dolmetscher muss mehr Zeit eingeplant werden, ebenso für ein Vor- und Nachgespräch mit Letzterem. Die Kommunikation über professionelle Dolmetscher wird von den Pflegekräften oft als langwierig und langweilig empfunden (Barnes, Ball, & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic & Hjelm 2014) und Barnes, Ball & Niven (2014) ergänzen, dass, aufgrund des hohen Zeitaufwandes des Dolmetschens, weniger Themen pro Sitzung angesprochen werden können.

Problematisch ist die Anwesenheit eines professionellen Dolmetschers, wenn Patienten sich scheuen, zum Beispiel aus kulturellen Gründen, Beschwerden vor einer dritten Person zu nennen. Gefahr besteht auch, dass sensible Themen sowohl von Patienten als auch von Pflegekräften, vor professionellen Dolmetscher nicht angesprochen werden (Barnes, Ball & Niven 2010; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Hadziabdic & Hjelm (2014; S.5) verdeutlichen dies mit folgendem Zitat einer Patientin: „Es bezieht sich auf den Körper, ich schäme mich und es hat etwas zu tun mit Religion und Dingen wie haram“. Scham und die Weigerung, gerade von Patientinnen, Dinge vor einem männlichen professionellen Dolmetscher anzusprechen, führen dazu, dass wichtige Informationen, wie beispielsweise körperliche Belange, ungesagt bleiben (Barnes, Ball & Niven 2010).

Die mangelnde Kontinuität der professionellen Dolmetscher führt zu erschwerter Vertrauensbildung und wird von Seiten der Patienten und Pflegekräfte als weiteres Problem genannt (Barnes, Ball & Niven 2010; Hadziabdic et al. 2008; McCarthy et al. 2013). Manche der Patienten benötigen mehr Zeit, bis sie vor einem professionellen Dolmetscher offen sprechen können. Pflegekräfte empfinden es als unangebracht, den Patienten laufend wechselnde Dolmetscher zuzumuten (Barnes, Ball & Niven 2010). Die stets neue Organisation eines professionellen Dolmetschers bedeutet für die Pflegekräfte einen erhöhten Zeitaufwand, der reduziert werden könnte, bestünde die Möglichkeit wiederholt auf dieselbe Person zurückzugreifen (McCarthy et al. 2013). Aber auch die Patienten möchten professionelle Dolmetscher, die sie als angenehm empfunden haben, gerne weiterhin nutzen (Hadziabdic et al. 2008).

Dies steht in enger Verbindung mit dem Aufwand, der notwendig ist, um einen professionellen Dolmetscher zur Verfügung zu stellen. In den gewählten Studien wurden die professionellen Dolmetscher durch die Pflegekräfte organisiert. Erschwert wird dies, wenn die Notwendigkeit eines Dolmetschers aus den Unterlagen nicht ersichtlich ist (Hadziabdic et al. 2010; Hadziabdic & Hjelm 2014). In diesem Fall muss sehr kurzfristig ein professioneller Dolmetscher bereitgestellt werden, häufig steht dann nicht die passende Sprache oder das gleiche Geschlecht zur Verfügung (Hadziabdic et al. 2010). Trotzdem ist es laut Fatahi (2009) billiger, einen professionellen Dolmetscher spontan hinzuzuziehen, als teure Untersuchungen abubrechen.

Hadziabdic et al. (2008; 2010) schildert das Problem, dass professionelle Dolmetscher nicht zum vereinbarten Zeitpunkt erschienen oder unpassend waren, bezüglich des Dialektes oder der Herkunft. Daraufhin musste ein neuer Termin vereinbart werden. All dies führt, so Hadziabdic et al. (2010), zu falscher Zeiteinteilung und schlechtem Ressourceneinsatz.

Doch Auslöser dieser Probleme sind nicht nur professionelle Dolmetschern oder Patienten, sondern können ebenso Pflegekräfte sein. Trotz des Wissens um die Sprachbarrieren, werden keine professionellen Dolmetscher gebucht, in dem Glauben auch ohne diesen zurecht zu kommen (Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Denn der Einsatz erschwert die Arbeit der Pflegekräfte, können doch bestimmte Methoden wie motivierendes Befragen oder Anleitungen nur schwierig umgesetzt werden und die Beziehungsbildung ist durch eine dritte Person nicht immer problemlos möglich (Barnes, Ball & Niven 2010)

Sprechen die Patienten einige Worte der Landessprache, wird kein professioneller Dolmetscher mehr gebucht oder der Bedarf wird nicht weitergegeben (Hadziabdic & Hjelm 2014). Dies führt zu eingeschränkter Kommunikation bis hin zu abgebrochenen Gesprächen (Hadziabdic et al. 2008). Die Patienten verlassen sich jedoch auf die Organisation professioneller Dolmetscher durch die Pflegekräfte und fühlen sich hilflos, wenn diese nicht in Erscheinung treten (Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014).

4.3.5 Verbesserungsvorschläge

Die Verbesserungsvorschläge der befragten Teilnehmer beziehen sich auf ein Training der professionellen Dolmetscher und des medizinischen Personals. Professionelle Dolmetscher sollen in der medizinischen Fachterminologie geschult und eine Einführung in die Belange der entsprechenden Fachabteilung erhalten (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Sie bedürfen einer Einführung in die Philosophie der Einrichtungen (Barnes, Ball & Niven 2010) und sollten sowohl in sprachlicher Hinsicht als auch im Umgang mit den Patienten weiter geschult werden (Hadziabdic & Hjelm 2014).

Die Pflegekräfte wünschen sich eine Einweisung im Umgang mit professionellen Dolmetschern, weil sie mangelndes Wissen bezüglich einer erfolgreichen Zusammenarbeit beklagen. Außerdem besteht Bedarf nach vermehrter Aufklärung über die Bedürfnisse von Patienten mit fremden kulturellen Hintergründen (Fatahi et al. 2009; McCarthy et al. 2013).

5. Schlussbetrachtungen

Im letzten Teil werden die Ergebnisse und die Methodik des Reviews diskutiert und Empfehlungen zum Einsatz von Dolmetschern ausgesprochen.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studien entsprechen sich in vielen Punkten und von allen Autoren werden professionelle Dolmetscher als Hilfe gesehen (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy 2013), teilweise gar als unverzichtbar erachtet (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic & Hjelm 2014). Dennoch nennen alle Studien auch Probleme, die mit dem Einsatz professioneller Dolmetscher verbunden sind und es wird kritisiert, dass eine falsche Sprache oder ein fremder Dialekt die Verständigung zusätzlich behindern können (Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Dies zeigt, wie genau bei der Auswahl eines Dolmetschers auf dessen Herkunft geachtet werden muss. Dass der Dolmetscher lediglich bei Hadziabdic et al. (2008) und Hadziabdic & Hjelm (2014) als Unterstützung im Gesundheitswesen gesehen wird, rührt daher, dass in diesen Studien die Patienten befragt wurden. Pflegekräfte erkennen die Orientierungslosigkeit der Patienten im Gesundheitswesen scheinbar nicht, oder zählen es nicht zu ihrem Aufgabengebiet hier für Abhilfe zu sorgen. Abhängig vom Auftraggeber eines Dolmetschers, muss geklärt werden, wofür dieser gebucht und für welche Leistungen er bezahlt wird. Dies muss den Patienten deutlich gemacht werden, damit der professionelle Dolmetscher nicht als kostenloser Unterstützer im Gesundheitswesen missbraucht wird. Es liefert aber auch den Hinweis, dass die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, für Menschen mit mangelnden Kenntnissen der Landessprache, problematisch und unverständlich sind.

In Deutschland muss ein professioneller Dolmetscher aktuell nur bei mangelnder Verständigung bei medizinischen Aufklärungsgesprächen hinzugezogen werden (Wienke 2015). Die ausgewerteten Studien zeigen jedoch, dass er auch in anderen Situationen unverzichtbar ist. Fatahi et al. (2009) führt radiologische Untersuchungen an, wo nicht nur genaue Anweisungen verstanden, sondern auch Fragen nach einer möglichen Schwangerschaft oder ähnlichen Einschränkungen dieser Diagnostik beantwortet werden müssen. Einen professionellen Dolmetscher allerdings für alle medizinischen Situationen zu fordern, wie bei Hadziabdic & Hjelm (2014), gestaltet sich organisatorisch und finanziell schwierig, wie sich in Schweden oder den USA zeigt. Hier haben Menschen mit

Sprachbarrieren einen Anspruch auf Dolmetscherleistungen, trotzdem war in einer Studie von Schenker (2010) in nur 17% der Arztgespräche und in nur 4% der Gespräche mit einer Pflegekraft, ein professioneller Dolmetscher anwesend. Eine einrichtungsinterne Festlegung oder rechtliche Regelung wäre hilfreich, um Pflegekräften die Entscheidung für oder gegen einen professionellen Dolmetscher zu erleichtern. Es sollte geklärt werden, wann entsprechende Kosten durch wen zu tragen sind, um so Patienten die Möglichkeit offen zu halten, professionelle Dolmetscher, auch in abweichenden Situationen selbst zu finanzieren. Die von Pflegekräften und Patienten genannten Qualitätssteigerungen durch einen professionellen Dolmetscher (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014), entsprechen den Ergebnissen quantitativer Studien, die im Einleitungsteil beschrieben wurden (Ribera et al. 2015; Andrulis, Godman & Pryor 2002; Lindholm et al. 2011; Jimenez et al. 2012). Neu ist jedoch, dass die Patienten angeben, sich sicherer zu fühlen und auch die Pflegekräfte dies bestätigen.

Ebenfalls von beiden Gruppen werden gute Sprachkenntnisse und die medizinische Fachterminologie gefordert (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Dies sollte man bei professionellen Dolmetschern eigentlich voraus setzen können, da aber auch in vier Studien ein Training für Dolmetscher im medizinischen Bereich gefordert wird (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008, Hadziabdic & Hjelm 2014), scheint hier noch Verbesserungsbedarf zu bestehen. Dies bestätigt Flores et al. (2002), die die Fehlerquote bei ad hoc Dolmetschern, mit der professioneller Dolmetscher verglich und dabei im Schnitt, auch bei professionellen Dolmetschern, noch 31 Fehler pro Gespräch fand. Es ist notwendig, dass medizinische und pflegerische Sachverhalte wörtlich korrekt gedolmetscht werden und gerade bei der Verwendung von Fachausdrücken keine Missverständnisse aufkommen. Auffällig hierbei ist, dass keine derartigen Fehler in der Dokumentenanalyse der Problembereiche von Hadziabdic et al. (2010) erwähnt werden.

Neu, und so noch nicht andernorts erwähnt, ist, dass neben den sprachlichen Kompetenzen auch Verhaltensweisen wie Objektivität, Neutralität, Empathie und Rücksichtnahme wichtig sind (Barnes, Ball & Niven 2010, Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Hierüber herrscht Einigkeit bei Patienten und Pflegekräften. Außerdem spielen äußere Erscheinung und Auftreten eine wichtige Rolle, besonders für den prägenden Eindruck beim ersten Kontakt. Doch trotz dieser Eigenschaften, werden gerade sensible Themen in Gegenwart eines Dolmetschers von Patienten und Pflegekräften zum Teil nicht angesprochen (Barnes, Ball & Niven 2010). Das ist problematisch, weil es eine lückenhafte Anamnese oder falsche Diagnostik zur Folge haben könnte. Hier obliegt es allen drei Parteien, die Situation zu verbessern. Der professionelle Dolmetscher kann durch zurückhaltendes Auftreten, die Situation für den Patienten erleichtern und seine beruflich bedingte Schweigepflicht erwähnen.

Patienten und Pflegekräfte müssen lernen, ihre Kommunikation über eine dritte Person zu führen und sich bewusst werden, dass das Auslassen sensibler Themen, die Situation für keine Seite verbessert. Bei Problemen in der Konversation und längerer Zusammenarbeit kann gegebenenfalls ein alternativer professioneller Dolmetscher organisiert werden, dem gegenüber der Vertrauensaufbau leichter fällt.

Der Wunsch nach neutralem Dolmetschen, beinhaltet die Erfahrung, dass professionelle Dolmetscher teils die Rolle des advocate einnehmen und sich auf die Seite des Patienten schlagen (Barnes, Ball & Niven 2010). Jedoch wird sowohl von Patienten (Hadziabdic et al. 2008) also auch von Pflegekräften (Barnes, Ball & Niven 2010) eine neutrale Position des professionellen Dolmetschers bevorzugt. Dies ist für ein Gespräch zwischen Patient und Pflegekraft angebracht, da der professionelle Dolmetscher die Tragweite des Gesprächs nicht abschätzen kann. Trotzdem müssen sich alle Angestellten im Gesundheitswesen fragen, ob sie einen fremdsprachigen Patienten mit Sprachbarrieren gleichwertig versorgen oder weniger wichtige Entscheidungen über seinen Kopf hinweg treffen, um Dolmetschsituationen zu umgehen.

Ebenfalls neu und von beiden Gruppen genannt, ist der Wunsch nach gleichem Geschlecht, selber Herkunft sowie Kultur des professionellen Dolmetschers (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Dies erleichtert es für den Patienten, offen zu sprechen, körperlichen Untersuchungen zuzustimmen und beugt Missverständnissen vor. Das Geschlecht ist durch die Aufnahmeformulare bekannt und kann beachtet werden, doch auch hier kann es zu Engpässen bei seltenen Sprachen kommen. Trennwände im Untersuchungsraum, oder das Dolmetschen per Telefon können bei einem andersgeschlechtlichen Dolmetscher Abhilfe schaffen. Doch Herkunft, Religion und Kultur zu beachten, gestaltet sich deutlich schwieriger und ist in der Praxis nicht immer umsetzbar. Trotzdem sollte den Pflegekräften die Problematik bewusst sein, dass politische oder kriegerische Auseinandersetzungen zweier Länder, das Gespräch zwischen Patient und professionellem Dolmetscher beeinflussen können. Hier muss notfalls auf die Rolle des Dolmetschers als neutraler Vermittler hingewiesen werden.

Zur bevorzugten Art des Dolmetschens, äußern sich nur Patienten. Diese geben an, dass normalerweise face-to-face Dolmetschen bevorzugt wird, allerdings in sensiblen Situationen gerne auf einen Telefondolmetscher zurückgegriffen wird (Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014). Dies geht nicht konform mit Aussagen von Bischoff & Grossmann (2006), die in ihrer Studie zu dem Schluss kommen, dass das Telefondolmetschen in gleichem Maße akzeptiert würde und zu einer hohen Patientenzufriedenheit und verbesserten Kommunikation führe. Weiter bleibt bei den Ergebnissen von Hadziabdic et al. (2008) und Hadziabdic & Hjelm (2014) offen, ab wann der einzelne Patient seine Anonymität wahren möchte. Besser wäre eine Klärung vor Beginn der Behandlung, auf welche Art ein professioneller Dolmetscher

hinzugezogen werden soll. Uneinheitlichkeit der Antwort besteht außerdem darin, dass Hadziabdic & Hjelm (2014) den Telefondolmetscher in unkomplizierten Situationen als schnelle und einfache Alternative ansehen. Bei Hadziabdic et al (2008; 2010) und Fatahi et al (2009) werden in diesen Situationen ad hoc Dolmetscher oder zweisprachige Klinikmitarbeiter herangezogen. Und auch Hadziabdic & Hjelm (2014) erwähnen, dass in unerwarteten Situationen auf diese zurückgegriffen wird. Laut Flores et al. (2002), stellen ad hoc Dolmetscher jedoch keine gleichwertige Alternative dar. Trotzdem ist offensichtlich, dass obwohl professionelle Dolmetscher als beste Alternative angesehen werden und Zweifel gegenüber ad hoc Dolmetschern von Seiten der Patienten und Pflegekräfte bestehen, diese noch häufig zum Einsatz kommen (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy 2013). Dies bestätigt eine Untersuchung von Bischoff & Hudelson (2009), die zeigt, dass professionelle Dolmetscher nur im Fall mangelnder Alternativen, teils bei nur 5% der Gespräche genutzt werden. Besser wäre es, in jedem Fall auf Telefondolmetscher zurück zu greifen.

Probleme treten gehäuft dann auf, wenn Unsicherheit bezüglich des korrekten Übersetzens besteht oder der professionelle Dolmetscher eigene Meinungen hinzufügt. Dies entspricht den Erkenntnissen von Flores et al. (2002), die das Weglassen von Informationen, schlechte Sprachkompetenz und Ersetzen oder Hinzufügen von Wörtern als häufigste Fehler aufzählt. Zwar ist ein professioneller Dolmetscher laut des Bundesverbandes für Dolmetscher und Übersetzer (2013) sicher im Umgang mit Mutter- und Fremdsprache, doch erschwert die Vielzahl an Dialekten und die medizinische Terminologie dessen Arbeit. Dennoch muss für alle Beteiligten klar sein, ob wortwörtlich oder sinngemäß gedolmetscht wird, und der professionelle Dolmetscher muss sich an den gesprochenen Wortlaut halten.

Ein Problem, das lediglich von Pflegekräften genannt wird, ist der zeitliche Mehraufwand, der durch Organisation und Gespräch mit dem professionellen Dolmetscher erforderlich wird (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy 2009). Dem widerspricht eine Studie von Lindholm et al. (2011), die zeigt, dass der Zeitaufwand größer ist, für Patienten mit Sprachproblemen ohne Dolmetscher. Diese haben eine längere Aufenthaltsdauer und es kommt zu vermehrten Wiedereinweisungen innerhalb der nächsten 30 Tage. Die Organisation eines Dolmetschers könnte jedoch durch Kooperationen mit Dolmetschagenturen oder angestellten Dolmetschern vereinfacht werden. Auch sollte der Bedarf für einen Dolmetscher gleich bei der Aufnahme festgestellt oder aus alten Akten ersichtlich sein, um professionelle Unterstützung für Gespräche im vornherein planen zu können. Diamond et al. (2008) schlägt vor, Dolmetscher über das Internet zu buchen und vermehrt Videodolmetscher einzusetzen.

Dies würde zusätzlich, die von den Pflegekräften als problematisch angesehene Organisation, vereinfachen (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic et al. 2010; Hadziabdic &

Hjelm 2014). Doch muss hierfür den Pflegekräften bewusst gemacht werden, dass bei Patienten mit Sprachproblemen ein professioneller Dolmetscher eingesetzt werden muss und diese nicht durch Angehörige oder die eigene Zweisprachigkeit ersetzt werden können.

Die Haltung, auch ohne professionellen Dolmetscher zurecht zu kommen, ist ein Phänomen, welches auch in anderen Studien beschrieben wird (Diamond et al. 2008; Schenker et al. 2010; Bischoff & Hudelson 2009). Auffällig ist, dass professionelle Dolmetscher zwar stets als beste Wahl anerkannt werden, auf Grund der aufwändigen Organisation und finanzieller Bedenken, aber ad hoc Dolmetschern der Vorzug gegeben wird. Die Patienten hingegen äußern bei Hadziabdic et al. (2008) und Hadziabdic & Hjelm (2014) Scham und den Unwillen, Familienangehörige oder Freunde als Dolmetscher agieren zu lassen. Es sollte also weitestgehend ganz auf ad hoc Dolmetscher verzichtet werden und stattdessen die Organisation professioneller Dolmetscher und deren Finanzierung geregelt werden.

Darüber, ob der professionelle Dolmetscher als störend bei der Kommunikation empfunden wird, liefern die ausgewählten Studien und die übrige Literatur unterschiedliche Antworten. Laut Hadziabdic & Hjelm (2014) entwickelt sich bei manchen Patienten ein Gefühl des Unwohlseins und es besteht ein kulturelles Problem, Dinge vor einer dritten Person anzusprechen. Auch Hadziabdic et al. (2008) schreibt, dass die Situation negativ beeinflusst wird und sich bei den Patienten ein Gefühl der Abhängigkeit einstellt. Bei Barnes, Ball & Niven (2010) gibt eine Patientin an, sie bevorzuge es, wenn der Dolmetscher nicht da wäre. Eine Pflegekraft hingegen erklärt, ihre Beziehung zu den Patienten verbessere sich durch den professionellen Dolmetscher. Diese Sicht wird durch eine Studie von Andrulis, Goodman & Pryor (2002) gestärkt, in der Patienten, die einen Dolmetscher zu Seite gestellt bekamen, ein Krankenhaus besser bewerteten und bessere Erfahrungen als die Vergleichsgruppe machten. Sie gaben an, mehr Hilfsangebote zu erhalten, die Medikamenteneinnahme besser zu verstehen und würden stärker als die Vergleichsgruppe, das Krankenhaus wieder nutzen.

Die Beteiligten betrachten einen professionellen Dolmetscher somit als Hindernis, aber doch unverzichtbare Hilfe. Dieses Ergebnis ist naheliegend, ist eine direkte Kommunikation doch einfacher und angenehmer. Doch existiert diese Möglichkeit bei Menschen mit fehlenden oder limitierten Sprachkenntnissen nicht, weshalb der Vergleich mit einer direkten Kommunikation nicht angebracht ist. Sinnvoller erscheint die Gegenüberstellung mit vergleichbaren Situationen, wie jenen, in denen kein professioneller Dolmetscher oder lediglich ein ad hoc Dolmetscher zu Verfügung steht. Hier zeigen die Ergebnisse, dass professionelle Dolmetscher als beste Wahl von allen Beteiligten anerkannt werden (Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic et al. 2010; Hadziabdic & Hjelm 2014). Die Kommunikation durch einen professionellen Dolmetscher ist also nicht gleichwertig angenehm wie ein normales Gespräch zwischen Patient und Pflegekraft, doch stellt sie die beste Alternative dar.

Der Wunsch nach Kontinuität der professionellen Dolmetscher ist neu und wurde so noch nicht an anderer Stelle erwähnt (Barnes, Ball & Niven 2010; Hadziabdic et al. 2008; McCarthy 2013). Jedoch sind die Aussagen der Studien different. Hadziabdic et al. (2008) bewertet die fehlende Kontinuität als negativ, weil der Aufbau von Vertrauen gegenüber dem professionellen Dolmetscher Zeit benötige. Dies sei jedoch bei vermehrten Wechseln nicht möglich. Auch Barnes, Ball & Niven (2010) sagen, dass häufig wechselnde professionelle Dolmetscher den Beziehungsaufbau stören würden. Jedoch fügen sie hinzu, dass der Wunsch nach Kontinuität nicht stark sei (ebd. 2010). Es zeigt sich, dass Faktoren, wie das gleiche Geschlecht, gleiche Herkunft oder Religion bedeutender sind, als Kontinuität der Person. Trotzdem könnten, beispielsweise durch Datenbanken der Dolmetschagenturen, oder durch Vermerke in der Patientenakte gleichbleibende professionelle Dolmetscher angestrebt werden. Dies würde nicht nur Gespräche erleichtern, sondern auch den zeitlichen Aufwand für Pflegekräfte minimieren.

Die geäußerten Verbesserungsvorschläge von Patienten und Pflegekräften weisen auf bestehende Mängel hin. Es wird vorgeschlagen, sowohl professionelle Dolmetscher als auch das medizinische Personal im Umgang miteinander zu schulen (Barnes, Ball & Niven 2010; Fatahi et al. 2009; Hadziabdic et al. 2008; Hadziabdic & Hjelm 2014; McCarthy 2013). Dass gerade der Wunsch nach Schulungen für das Personal von Pflegekräften geäußert wird, zeigt, dass hier noch viel Unsicherheit besteht. Ein solches Schulungsprogramm evaluiert Bischoff (2006) und kommt zu der Erkenntnis, dass durch das Programm, sowohl Patienten zufriedener mit dem Gespräch sind, als auch das medizinische Personal, welches Sicherheit im Umgang mit professionellen Dolmetschern gewinnt. Jacobs et al (2006) hingegen beschreibt, dass ein verbesserter Dolmetschservice keine signifikanten Verbesserungen erbringt, die Zufriedenheit der Patienten aber gesteigert werden kann. Es bleibt fraglich, ob ein Schulungsprogramm quantitative Verbesserungen der Dolmetschsituation bewirkt und es sollte durch weitere Studien untersucht werden. Dennoch zeigen beide Arbeiten, dass entsprechende Schulungen die Zufriedenheit der Teilnehmer erhöhen. Sollen professionelle Dolmetscher langfristig und erfolgreich im deutschen Gesundheitswesen etabliert werden, müssen Anstrengungen unternommen werden, den größtmöglichen Nutzen daraus zu ziehen. So könnte der Umgang mit Dolmetschern bereits in den Lehrplan der pflegerischen Ausbildung einfließen, wenn Themen wie transkulturelle Pflege behandelt werden. Angebote für gemeinsame Fortbildungen für medizinisches Personal und professionelle Dolmetscher könnten das Angebot erweitern und den Dialog fördern.

Die Ergebnisse stimmen überwiegend mit anderen Studienergebnissen überein und selten widersprechen sich Meinungen von Patienten und Pflegekräften. Jede der Gruppen thematisiert isoliert Themen, die für die andere Gruppe nicht relevant oder naheliegend sind. Die Studienlage zeigt, dass professionelle Dolmetscher sowohl hilfreich als auch

problematisch sind und der, durch sie bedingte organisatorische und finanzielle Aufwand, häufig zum Einsatz von ad hoc Dolmetschern führt. Deren Dolmetschqualitäten sind aber nicht vergleichbar, mit jenen eines professionellen Dolmetschers. Es bedarf zusätzlich zu den genannten Forderungen also einer erleichterten Organisation und sichergestellten Finanzierung. Telefondolmetschdienste, die in Notfall- oder unerwarteten Situationen genutzt werden können, müssen ausgebaut und besser publik gemacht werden, damit sie nicht nur von Ärzten, sondern auch von Pflegekräften in Anspruch genommen werden können. Um das Angebot professioneller Dolmetscher ausschöpfen zu können, müssen Sprachbarrieren der Patienten erkannt und ernst genommen und der zeitliche und organisatorische Mehraufwand in Kauf genommen werden. Auf diese Weise lässt sich das Potenzial professioneller Dolmetscher in der Pflegepraxis nutzen und die Versorgung der Patienten verbessern.

5.2 Empfehlungen zum Einsatz professioneller Dolmetscher

Um die Gesprächssituation mit fremdsprachigen Patienten erfolgreich zu gestalten, wurden aus den Studienergebnissen Empfehlungen zum Umgang mit professionellen Dolmetschern entwickelt.

5.2.1 Professionelle Dolmetscher sind zu bevorzugen

Professionelle Dolmetscher sind ad hoc Dolmetschern und zweisprachigem Klinikpersonal vorzuziehen, was sowohl quantitative Untersuchungen, als auch die Aussagen von Patienten und Pflegekräften belegen. Um einen professionellen Dolmetscher rechtzeitig buchen zu können, sollte der Bedarf bei der Aufnahme eines Patienten erfragt, aus alten Unterlagen ersichtlich sein oder durch die einweisende Institution übermittelt werden. Kommt es zu Notfall- oder unerwarteten Situationen, kann ein professioneller Dolmetscher via Telefon oder Skype, beispielsweise über die Dolmetscherzentrale (2014) oder die Kern Group (2015) schnell und einfach organisiert werden.

5.2.2 Professionellen Dolmetscher mit medizinischer Qualifikation wählen

Bei der Wahl eines professionellen Dolmetschers sollte auf dessen sprachliche Kompetenz und Dolmetschqualität geachtet werden. Die Entscheidung für eine spezielle Dolmetschagentur mit festgelegten Aufnahmebedingungen erleichtert diese Wahl. Um sicherzustellen, dass der professionelle Dolmetscher fachterminologisch korrekt dolmetscht, kann auf eine medizinische Zusatzqualifizierung geachtet werden. Der Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer in Deutschland (2015b) bietet für die Suche eine bundesweite Datenbank, mit der professionelle Dolmetscher im Umkreis, entsprechend der geforderten Sprache und fachlichen Qualifikation, gesucht werden können. Ist lediglich ein professioneller Dolmetscher ohne entsprechende Zusatzqualifikation zur Stelle, sollte auf eine alltäglich

Sprache geachtet werden. Das medizinische Personal sollte in diesem Fall medizinische und pflegerische Fachausdrücke weitestgehend vermeiden.

Professionelle Dolmetscher unterliegen zudem der Schweigepflicht und haben Techniken des Dolmetschens erlernt (BDÜ 2014), wodurch Unsicherheiten bezüglich des professionellen Verhaltens, zugunsten der korrekten Übersetzung minimiert werden können.

5.2.3 Geschlecht, Herkunft, Religion und Kultur des professionellen Dolmetschers

Soweit möglich sollte das Geschlecht des professionellen Dolmetschers dem des Patienten entsprechen. Dies führt zu weniger Schamgefühl bei sensiblen Themen oder körperlichen Untersuchungen. Auch auf das gleiche Heimatland und denselben Dialekt sollte aufgrund sprachlicher Unterschiede geachtet werden. Falls die Auswahl besteht, ist es vorteilhaft einen professionellen Dolmetscher gleicher Religion und Kultur zu wählen, um Schwierigkeiten diesbezüglich während des Gesprächs zu vermeiden.

5.2.4 Frühzeitige Organisation eines professionellen Dolmetschers

Um den Krankenhausaufenthalt oder die ambulante Versorgung eines fremdsprachigen Patienten erfolgreich zu organisieren, sollte der Bedarf für einen Dolmetscher frühzeitig ermittelt werden. Bereits der einweisende Hausarzt kann dies bei der Übermittlung der Patientendaten angeben. Auf diese Weise ist es möglich, bereits zur Patientenaufnahme im Krankenhaus einen professionellen Dolmetscher hinzuzuziehen und notwendige Informationen korrekt und ohne Zeitverlust aufzunehmen. Ideal wäre die Einsatzplanung des Dolmetschers für die Tage des Aufenthaltes, damit dieser bei wichtigen Gesprächen anwesend sein kann. Zusätzlich sollten Name und Kontaktdaten des Dolmetschers in den Patientenakten vermerkt werden, um bei unvorhergesehenen Situationen auf diesen zurückgreifen zu können und um Kontinuität zu erleichtern.

5.2.5 Ausreichende Zeitplanung

Es ist notwendig, für Gespräche mit professionellen Dolmetschern mehr Zeit einzuplanen. Es empfiehlt sich, dass Patienten Fragen oder Anliegen schriftlich sammeln und diese in Anwesenheit eines Dolmetschers übersetzen lassen. Auch ein Vor- und Nachgespräch mit dem professionellen Dolmetscher ist sinnvoll, um die Art des Dolmetschens zu klären und im Nachhinein ggfs. kulturell bedingte Unklarheiten zu beheben (Tribe & Lane 2009)

5.2.6 Schulungen für medizinisches Personal und professionelle Dolmetscher

Arbeitet medizinisches Personal mit fremdsprachigen Patienten und professionellen Dolmetschern, ist es notwendig, dass dieses darin geschult wird. Entsprechende Inhalte könnten in die Ausbildungen integriert werden oder Teil des klinikinternen

Fortbildungsprogrammes sein. Das Personal muss lernen, auf die eigene Sprachwahl zu achten und Augenkontakt mit dem Patienten zu halten (Alborn & McKinney 2014). Es wird mit dem Patienten und nicht mit dem Dolmetscher gesprochen, dieser ist dabei aber trotzdem als vollwertiges Mitglied der Kommunikation zu achten (Tribe & Tunariu 2009). Möglicherweise ist die Sitzordnung zu planen, es sollte eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden. Pflegekräfte müssen lernen, dass manches Gesagte in einer anderen Sprache deutlich komplexer ist und somit mehr Zeit beansprucht (Tribe & Lane 2009).

Professionelle Dolmetscher benötigen eine Einführung in das entsprechende Fachgebiet, um sich beispielsweise auf die Kommunikation schwerwiegender Diagnosen vorzubereiten, um Traumata entgegen zu wirken (Tribe & Tunariu 2009).

5.3 Diskussion der Literaturanalyse

Eine systematische Literaturstudie stellt eine Möglichkeit dar, den gegenwärtigen Stand des Wissens zu einem Thema komprimiert darzustellen. Hierfür wurde eine Literaturrecherche in vier Datenbanken durchgeführt und Wissen aus Fachbüchern gesammelt.

Es zeigte sich, dass die Datenlage zum Thema sehr umfangreich ist, weshalb die Suche nach beschriebenen Kriterien eingegrenzt wurde. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass Studien herausgefiltert werden, die darüber hinaus wichtige Informationen liefern würden.

Zudem lässt es der zeitliche Rahmen einer Bachelorarbeit nicht zu, die gesamte relevante Literatur zu sichten und Studien werden, teils aufgrund des Titels oder des Abstracts, möglicherweise zu Unrecht, als nicht passend, aussortiert.

Die gewählten Studien weisen Unterschiede auf, die die Vergleichbarkeit erschweren.

So nutzen die Forscher überwiegend leitfadengestützte Interviews zur Datenerhebung, nur Hadziabdic et al. (2010) führt eine Dokumentenanalyse durch. Dies bedingt, dass in dieser Forschung nur Probleme dargestellt werden. Die anderen Studien befragen die Teilnehmer bezüglich des Dolmetschereinsatzes auf neutrale Weise.

Eine weitere Unterscheidung der Studien ergibt sich aufgrund der befragten Teilnehmer. Hadziabdic et al. (2008) und Hadziabdic & Hjelm (2014) befragen Patienten, Fatahi et al. (2009), McCarthy et al. (2013) und Hadziabdic et al. (2010) stellen die Sicht der Pflegekräfte dar und Barnes, Ball & Niven (2010) kombinieren beide Gruppen. Das führt zu unterschiedlichen Leitfragen an Patienten und Pflegekräfte. Jedoch zeigte sich, dass die Fragen an die entsprechenden Gruppen in den verschiedenen Studien ähnlich sind, wodurch eine Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

Weiterer erschwert die unterschiedliche Herkunft der Arbeiten die Zusammenfassung. Die Studien stammen aus drei verschiedenen Ländern, in denen der Einsatz professioneller Dolmetscher im Gesundheitswesen unterschiedlich geregelt ist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Unterschiede Auswirkungen auf die Bewertung von Dolmetschleistungen

haben. Gleiches gilt für das Setting, welches ausschließlich bei Barnes, Ball & Niven (2010) der ambulante Bereich ist. Hier wird mehr Zeit pro Patient eingeplant und Störfaktoren können besser minimiert werden. Bei der Befragung der Patienten bei Hadziabdic et al. (2008) und Hadziabdic & Hjelm (2014) ist nicht ersichtlich, ob die professionellen Dolmetscher im ambulanten oder stationären Bereich genutzt wurden.

Drei der verwendeten Studien wurden von Emina Hadziabdic in unterschiedlichen Forscherteams geführt. Zwei dieser Studien (ebd. 2008; ebd. 2014) unterscheiden sich nur in der Nationalität der befragten Teilnehmer. Dies kann dazu führen, dass die Forscherin bei der zweiten Studie durch die Ergebnisse ihrer ersten Untersuchung beeinflusst war und die Befragung somit nicht mehr objektiv geführt wurde. Bestärkt wird aber die Glaubwürdigkeit der Daten, durch das längerfristige Engagement und die nachhaltige Beobachtung der Forscherin in dieser Thematik (Polit, Tatano Beck & Hungler 2010, S. 302f). Sie nutzt in der zweiten Studie erprobte Fragen aus der ersten Arbeit und ergänzt diese durch zusätzliche Aspekte.

Eine weitere Ungenauigkeit besteht darin, dass Patienten befragt wurden, die der Landessprache nicht vollständig mächtig sind oder die Interviews über Dolmetscher erfolgten. Hier könnten bereits bei den Originalstudien Fehler aufgetreten sein.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Stichproben der Studien, bis bei Hadziabdic et al. (2008), sehr klein und damit nicht angemessen sind. Darüber hinaus wird nicht immer das Studiendesign genannt.

Ein weiterer limitierender Faktor ist die kleine Anzahl an Studien. Sechs Studien können nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern nur einen Hinweis auf die bestehende Sachlage bieten. Das induktive Vorgehen qualitativer Studien bestätigt zudem keine Hypothesen. Es wird mit dieser Literaturstudie das Erleben von Dolmetschsituationen aus Sicht der Patienten und Pflegekräfte beschrieben. Aufgrund dieser Einzelmeinungen kann nur auf die Gesamtheit gemutmaßt werden.

Trotz der genannten Einschränkungen ist die Literaturstudie ein passendes Instrument um einen Überblick über die gefundene Literatur zu bieten. Die identifizierten Ergebnisse sollten durch quantitative Untersuchungen überprüft werden, um Dolmetschsituationen weiterhin verbessern zu können.

5.4 Fazit

Professionelle Dolmetscher verbessern die medizinische Versorgung fremdsprachiger Patienten und werden von diesen als Hilfe bei der Kommunikation angesehen. Doch sie stellen auch ein Hindernis dar, wenn ein falscher Dialekt zu Missverständnissen führt, sensible Themen in Anwesenheit einer dritten Person nicht angesprochen werden und sich die Organisation zeit- und ressourcenaufwändig gestaltet. Dennoch sind sie in manchen

Situationen unverzichtbar und werden ad hoc Dolmetschern und zweisprachigem Klinikpersonal vorgezogen.

Angesichts des anhaltenden Flüchtlingsstromes im Jahr 2015 ist es notwendig, in Dolmetschdienste zu investieren, um eine angemessene medizinische Versorgung für Menschen ohne ausreichende Sprachkenntnisse zu garantieren. Aktuell gibt es keine verlässlichen Quellen, wie sich die Flüchtlingsbewegung in den nächsten Jahren entwickeln wird, doch zeigt die Vergangenheit, dass der Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland beständig zunimmt. Nicht nur Menschen, die heute als Flüchtling kommen, sondern auch Arbeitsmigranten oder familiär Zugezogene werden eventuell auch nach Jahren in Deutschland, noch nicht in der Lage sein, ein fachliches Gespräch mit Arzt oder Pflegekraft zu führen oder zu verstehen. Der Ausbau von Dolmetschdiensten bewirkt zwar kurzfristig höhere Ausgaben, führt aber langfristig zu Kosteneinsparungen (Gehring & Graf 2009), wenn Fehlinvestitionen oder krankheitsbedingte hohe Folgekosten, durch Verständigungsschwierigkeiten vermieden werden können. Krankenkassen, sowie der Staat sollten entsprechende Gelder zur Verfügung stellen, weil sie schlussendlich von einer medizinisch effektiver versorgten und gesünderen Gesellschaft profitieren werden.

Ankommende Flüchtlinge mit entsprechendem Hintergrundwissen, könnten zu professionellen Dolmetschern im Gesundheitswesen ausgebildet werden. Sie stünden somit dem Arbeitsmarkt zur Verfügung statt Sozialleistungen zu beanspruchen und könnten Ihre Kenntnisse einbringen. Sie sprechen häufig nachgefragte Sprachen, sind meist motiviert zu arbeiten und kennen Kultur und Hintergründe der Migration fremdsprachiger Patienten.

Dies wäre ein Schritt zur Integration der ankommenden Menschen, zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und zur interkulturellen Öffnung der Pflege.

Literaturverzeichnis

Bücher

Brandenburg, H, Panfil, E & Meyer, H. 2007, *Pflegewissenschaften 2; Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung*, Hans Huber Verlag, Bern

Department Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.) 2004, *Migration - Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*, Seismo, Zürich

Dettmers, C (Hg.) 2002, *Gesundheit Migration Krankheit; Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hippocampus-Verlag, Bad Honnef

Domenig, D 2004, Transkulturelle Kompetenz - eine Querschnittsaufgabe, in Department Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.): *Migration - Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*, Seismo, Zürich, S.57–70

Gardemann, J (Hg.) 2000, *Migration und Gesundheit; Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen; Tagungsdokumentation und Handbuch*, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Haasen, C, & Yagdiran, O 2002, Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen, in Dettmers, C. (Hg.): *Gesundheit Migration Krankheit: Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hippocampus-Verlag, Bad Honnef, S.151–162

Habermann, M 2000, Der Beitrag der Pflege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Migranten und Migrantinnen in der Bundesrepublik Deutschland, in Gardemann, J. (Hg.): *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen: Tagungsdokumentation und Handbuch*, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, S.73–79

Hill, J & Röhl, M 2002, Muß sich unser Gesundheitssystem auf die Betreuung von Migranten einstellen?, in Dettmers, C. (Hg.): *Gesundheit Migration Krankheit: Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hippocampus-Verlag, Bad Honnef, S.113–121

Hokenbecker-Belke, E 2009, Organisation, Management und Recht; Der Pflegeprozess, in Schewior-Popp, S, Sitzmann, F & Ullrich, L (Hg.): *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung*, Thieme, Stuttgart, S.87–95

Jordan, E 2000, Grußwort, in Gardemann, J. (Hg.): *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen: Tagungsdokumentation und Handbuch*, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, S.20–29

Marschalck, P 2000, Öffentliche Gesundheitspflege und die Einwanderung: "Gastarbeiter", Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland, in Gardemann, J. (Hg.): *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen: Tagungsdokumentation und Handbuch*, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, S.31–44

Moser, H (Hg.) 2004, *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit und Integration: Migration - Beiträge aus Theorie und Praxis*, Seismo, Zürich

Panfil, E 2011, *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege; Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegendende*, Hans Huber Verlag, Bern

Polit, D, Tatano Beck, C & Hungler, B 2004, *Lehrbuch Pflegeforschung; Methodik, Beurteilung und Anwendung*, Hans Huber Verlag, Bern

Razum, O, Hajo, Z, Meesmann, U, Schenk, L, Bredehorst, M, Brzoska, P, Derchs, T, Glodny, S, Menkhaus, B, Salman, R, Saß, AC & Ulrich, R 2008, *Migration und Gesundheit; Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin

Salman, R 2000, Der Einsatz von (Gemeinde-)Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration, in Gardemann, J. (Hg.): *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen: Tagungsdokumentation und Handbuch*, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, S.91–105

Schewior-Popp, S, Sitzmann, F & Ullrich, L (Hg.) 2009, *Thiemes Pflege; Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung*, 11. Aufl., Thieme, Stuttgart

Schmeling-Kludas, Ch, Boll-Klatt, A & Fröschlin R. 2002, Was lässt türkische Migranten psychosomatisch erkranken?; Rückschlüsse aus einer retrospektiven Datenanalyse, in Dettmers, C. (Hg.): *Gesundheit Migration Krankheit: Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hippocampus-Verlag, Bad Honnef, S.195–203

Schoolmann, S 2009, Pflege-theorien, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung; Klassische Pflege-theorien, in Schewior-Popp, S, Sitzmann, F & Ullrich, L (Hg.): *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung*, Thieme, Stuttgart, S.53–63

Slapp, A 2004, *Community Interpreting in Deutschland; Gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft*, M-Press, München

Wessel-Neb, G 2002, Gedanken zur Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in Dettmers, C. (Hg.): *Gesundheit Migration Krankheit: Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hippocampus-Verlag, Bad Honnef, S.122–130

Wilkinson, J 2012, *Das Pflegeprozess-Lehrbuch*, Hans Huber Verlag, Bern

Zeitschriften

Alborn, J & McKinney, K 2014, "Use of and interaction with medical interpreters", *American Journal of Health-System Pharmacy*, 71(12), S.1044–1048

Barnes, J, Ball, M & Niven, L 2011, "Providing the family - nurse partnership programme through interpreters in England", *Health & Social Care in the Community*, 19(4), S.382–391

Bischoff, A 2006, "Measuring quality and patients satisfaction in healthcare communication with foreign-language speakers", *Linguistica Antverpiensia*, 5, S.177–187

Bischoff, A & Hudelson, P 2010, "Communication with foreign language speaking patients: Is access to professional interpreters enough?", *Journal of Travel Medicine*, 1, S.15–20

Bischoff, A & Steinauer, R 2007, "Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse", *Pflege*, 20, S.343–351

- Diamond, LC, Schenker, Y, Curry, L, Bradley, EH & Fernandez, A, "Getting by: underuse of interpreters by resident physicians 2009, 24(2), S.256–262
- Dysart-Gale D 2007, "Clinicians and medical interpreters; Negotiating culturally appropriate care for patients with limited english ability", *Family & Community Health*, 30(3), S.237–246
- Fatahi, N, Mattson, B, Lundgren, SM & Hellström, M 2010, "Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language", *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), S.774–783
- Flores, G, Laws, B, Mayo, S, Zuckermann, B, Abreu, M, Medina, L & Hardt, E, "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters", *Annals of Emergency Medicine* 2012, 5, S.545–553
- Hadziabdic, E & Hjelm, K 2014, "Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study", *International Journal for Equity in Health*, 13:49
- Hadziabdic, E, Heikkilä, K, Albin, B & Hjelm, K 2009, "Migrants' perceptions of using interpreters in health care", *International Nursing Review*, 56(4), S.461–469
- Hadziabdic, E, Heikkilä, K, Albin, B & Hjelm, K 2011, "Problems and consequences in the use of professional interpreters: Qualitative analysis of incidents from primary healthcare", *Nursing Inquiry*, 18(3), S.253–261
- Jacobs, EA, Sadowski, LS & Rathouz, PJ, "The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction", *Journal of general internal medicine* 2007, 22, S.306–311
- Jimenez, N, Moreno, G, Leng, M, Buchwald, D & Morales, L 2012, "Patient-reported quality of pain treatment and use of interpreters in spanish-speaking patients hospitalized for obstetric and gynecological care", *Journal of general internal medicine*, 27, S.1602–1608
- Lindholm, M, Hargraves, J, Ferguson, WJ & Reed, G, "Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates", *Journal of general internal medicine* 2012, 10, S.1294–1299
- McCarthy, J, Cassidy, I, Graham, MM & Tuohy, D 2013, "Conversations through barriers of language and interpretation", *British Journal of Nursing*, 22(6), S.335–339
- Morales, VF. 2013, "Sprach-und Integrationsmittler: Ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Migranten", *Das Krankenhaus*, 1, S.54–57
- Penka, S, Faißt, H, Vardar, A, Borde, T, Mösko, M, Dingoyan, D, Schulz, H, Koch, U, Kluge, U & Heinz, A 2015, "The Current State of Intercultural Opening in Psychosocial Services - The Results of an Assessment in an Inner-City District of Berlin", *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 65(9-10), S.353–362
- Schenker, Y, Pérez-Stable, EJ, Nickleach, D & Karliner, LS 2011, "Patterns of Interpreter use of hospitalized patients with limited english proficiency", *Journal of general internal medicine*, 26(7), S.707–712
- Taylor, S, Nicolle, C & Maguire, M 2013, "Cross-cultural communication barriers in health care", *Nursing Standard*, 31, S.35–43

Tribe R & Tunariu A 2009, "Mind your language: working with interpreters in healthcare settings and therapeutic encounters", *Sexual & Relationship Therapy*, 24(1), S.74–84

Tribe, R & Lane, P 2009, "Working with interpreters across language and culture in mental health", *Journal of mental health*, 18(3), S.233–241

Tribe, R & Tunariu, A 2008, "Mind your language; Working with interpreters in healthcare settings and therapeutic encounters", *Sexual and Relationship Therapy*, 24(1), S.74–84

Internetdokumente:

Albrecht, U 2009, *Sprachliche und kulturelle Barrieren abbauen - Umgang mit Migranten im Krankenhaus; AOK-Symposium: "Patientenautonomie und Patientenbeteiligung im Krankenhaus"*, Hannover, Stand 29.10.2015, URL: https://www.aokgesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/krankenhaus/qualitaetssicherung/symposien/2009/301109b_aok_albrecht.pdf

Andrulis, D, Goodman, N & Pryor, C 2002, *What a difference an interpreter can make; Health care experiences of uninsured with limited english proficiency*, Boston, Stand 25.11.2015, URL: http://www.migrationpolicy.org/sites/default/files/language_portal/interpreter.report_0.pdf

Becker, C, Grebe, T & Leopold, E 2010, *Sprach- und Integrationsmittler/-in als neuer Beruf; Eine qualitative Studie zu Beschäftigungspotenzialen, Angebotsstrukturen und Kundenpräferenzen*, Wuppertal, Stand 07.12.2015, URL: https://www.google.de/search?q=google&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=Nx87Vqe9NcKaU5HRI_AG#q=Sprach+und+Integrationsmittler+als+neuer+Beruf_Eine+qualitative+Studie+zu+Besch%C3%A4ftigungspotenzialen%2C+Angebotsstrukturen+und+Kundenpr%C3%A4ferenzen

Bischoff A, Grossmann, F 2006, *Telefondolmetschen im Spital*, Basel, Stand 26.11.2015, URL: http://www.interpret.ch/uploads/media/Telefondolmetschen.Spital_Bischoff.Grossmann_de_02.pdf

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012, *Merkblatt zum Integrationskurs*, Stand 10.12.2015, URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integrationskurse/Kursteilnehmer/Merkblaetter/630-036_merkblatt-auslaenderbehoerde.pdf?_blob=publicationFile

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2015, *Aktuelle Zahlen zu Asyl; Ausgabe: November 2015 Tabellen Diagramme Erläuterungen*, Stand 14.12.2015, URL: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.html>

Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. 2013, *Berufsbild*, Berlin, Stand 08.12.2015, URL: http://www.bdue.de/fileadmin/files/PDF/Mitglieder_DUe/BDUe_Berufsbild_Sprachmittler.pdf

Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. 2014, *Berufs- und Ehrenordnung*, Berlin, Stand 10.12.2015, URL: http://www.bdue.de/fileadmin/files/PDF/Statuten/BDUe_BEO.pdf

Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. 2015a, *Preisgestaltung*, Stand 07.12.2015, URL: <http://www.bdue.de/fuer-auftraggeber/auftragsvergabe/preisgestaltung/>

Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. 2015b, *Wie finde ich einen guten Dolmetscher oder Übersetzer*, Berlin, Stand 27.11.2015, URL: <http://www.bdue.de/fuer-auftraggeber/>

dolmetscherzentrale 2014, *Telefondolmetscher bzw. Telefonübersetzer*, Stand 27.11.2016, URL: <http://www.dolmetscherzentrale.de/telefondolmetscher-bzw-telefonuebersetzer/>
Ethnomedizinisches Zentrum e.V. 2009, *Projekte*, Hannover, Stand 08.12.2015, URL: http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=4

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. 2010, *Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund*, Dortmund, Stand 07.12.2015, URL: http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Projektdateien/Praxisleitfaden_Migranten_web.pdf

Gehrig, M & Graf, I 2009, *Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen; Vorstudie*, Bern, Stand 30.10.2015, URL: https://www.google.de/search?q=Kosten+und+Nutzen+von+Dolmetscherdiensten+BAS+S+&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=7DwzVtCcJoakPY_Pj_AN

Ghelfof, T 2014, *Eine ländervergleichende Studie zum Dolmetschen im Gesundheitswesen; Flandern / Deutschland / Österreich*, Genf, Stand 05.11.2015, URL: http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/162/219/RUG01-002162219_2014_0001_AC.pdf

Habermann, M 2014, *Interkulturelle Öffnung in der Pflege – aktueller Stand und zukünftige Herausforderungen*, Bremen, Stand 29.10.2015, URL: https://www.researchgate.net/profile/Monika_Habermann/publication/266795633_Interkulturelle_öffnung_in_der_Pflege__aktueller_Stand_und_zukünftige_Herausforderungen/links/543c07960cf204cab1db647d.pdf

Kern Group 2015, *Telefondolmetschen*, Frankfurt, Stand 27.11.2015, URL: <http://www.e-kern.com/de/dolmetschen/dolmetscharten/telefondolmetschen.html>

Klinikum Stuttgart 2015, *Dolmetscherdienst*, Stand 08.12.2015, URL: <http://www.klinikum-stuttgart.de/leistungsspektrum/leistungen-im-ueberblick/patientenservice/dolmetscherdienst/>

Özoğuz A 2015, *Anspruch auf Sprachkurse für Asylbewerber und Geduldete mit Bleibeperspektive*, Stand 07.12.2015, URL: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Namensbeitrag/IB/2015-06-15-arbeitsmarktzugang-asylbewerber.html>

Ribera, J, Hausmann-Muela, S, Grietens, K & Toomer, E 2008, *Is the use of interpreters in medical consultations justified; A critical review of the literatur*, Stand 07.12.2015, URL: <http://www.tvgent.be/downloads/interpretersinmedicalconsultations.acriticalrev.pdf>

Statistisches Bundesamt 2015, *Zahl der Zuwanderer in Deutschland so hoch wie noch nie*, Wiesbaden, Stand 11.12.2015 URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_277_122.html

Wienke A 2013, *Aufklärung und Behandlung trotz Sprachbarriere*, Köln, Stand 05.11.2015, URL: <http://www.kanzlei-wbk.de/aktuelles-medizinrecht/aufklaerung-und-behandlung-trotz-sprachbarriere-103.html>

Gesetzestexte:

Bundestag 2005, "Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet; AufenthG", *Bundesgesetzblatt Teil I*, 41, S.2–63

Anhang

Haupt – und Unterkategorien mit Studien

Professionelle Dolmetscher als Hilfe	
Hilfe bei der Verständigung	Barnes, Ball, & Niven 2010 Fatahi et al. 2009 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic et al. 2010 Hadziabdic & Hjelm 2014 McCarthy et al. 2013
Hilfe als Guide im Gesundheitswesen	Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014
Unverzichtbar in bestimmten Situationen	Fatahi et al. 2009 Hadziabdic & Hjelm 2014
Führt zu Qualitätssteigerung und Gefühl der Sicherheit	Fatahi et al. 2009 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014
Geforderte Charakteristika des Dolmetschers	
Sprachkompetenzen und medizinische Fachterminologie	Barnes, Ball, Niven 2010 Fatahi et al. 2009 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014
Professionelles Verhalten	Barnes, Ball, Niven 2010 Fatahi et al. 2009 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014
Gleiche Kultur, Religion und Geschlecht wie der Patient	Fatahi et al. 2009 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014

Bevorzugte Form des Dolmetschens	
Professionelle Dolmetscher werden bevorzugt	Fatahi et al. 2009 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic et al. 2010 Hadziabdic & Hjelm 2014
Face-to-face Dolmetschen wird bevorzugt	Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014
Telefondolmetschen in sensiblen Situationen bevorzugt	Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014

Professionelle Dolmetscher als Problem	
Unsicherheit bzgl. korrekter Übersetzung	Barnes, Ball, Niven 2010 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic et al. 2010 Hadziabdic & Hjelm 2014 McCarthy et al. 2013
Erhöhter Zeitaufwand	Barnes, Ball, Niven 2010 Fatahi et al. 2009 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic et al. 2010 Hadziabdic & Hjelm 2014 McCarthy et al. 2013
Unwohlsein der Patienten	Barnes, Ball, Niven 2010 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014
Fehlende Kontinuität der Dolmetscher	Barnes, Ball, Niven 2010 Hadziabdic et al. 2008 McCarthy et al. 2013
Komplizierte Organisation	Barnes, Ball, Niven 2010 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic et al. 2010 Hadziabdic & Hjelm 2014 McCarthy et al. 2013

Verbesserungsvorschläge	
Einführung der Dolmetscher in medizinisches Fachgebiet	Barnes, Ball, Niven 2010 Fatahi et al. 2009 Hadziabdic et al. 2008 Hadziabdic & Hjelm 2014
Training der Pflegekräfte im Umgang mit Dolmetschern	Fatahi et al. 2009 McCarthy et al. 2013

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer Autoren dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angaben der Quellen kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet.

Nürnberg, den

Unterschrift der Verfasserin