

Vorhandene Ressourcen effektiv nutzen – Medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund in der Hausarztpraxis

Effective Use of Existing Resources – Health Care Assistants with an Immigrant Background Working in Family Medicine

Karola Mergenthal, Ferdinand M. Gerlach, Corina G thlin

Hintergrund: In Deutschland leben 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund (MH). Demgegenüber steht eine kleine Zahl von ausländischen Ärzten. Im Vergleich dazu ist die Zahl der ausländischen Medizinischen Fachangestellten (MFA, auch Arzthelferin (AH) genannt) hoch. Ob und wie Fachkräfte mit MH spezifische Potenziale in den Berufsalltag einbringen, wurde in Deutschland kaum untersucht.

Forschungsfragen: In welcher Rolle sehen sich MFA mit MH? Nehmen MFA mit MH eigene kulturintegrierende Kompetenzen wahr? Empfinden sie diese als Bereicherung oder infolge daraus erwachsender kompetenzspezifischer Aufgaben als Belastung?

Methoden: In dieser qualitativen Studie wurde eine Gelegenheitsstichprobe von sechs MFA aus sechs Hausarztpraxen in Hessen untersucht. Die Interviews erfolgten mithilfe eines halb standardisierten Leitfadens. Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte mit der inhaltsanalytischen Methode nach Mayring.

Ergebnisse: MFA mit MH aus Hausarztpraxen übernehmen oft die Rolle der Dolmetscher, Kulturmittler und Vertrauensperson. Dies ist nicht auf Patienten mit dem gleichen kulturellen Hintergrund der MFA begrenzt, sondern bezieht sich auf Ausländer im Allgemeinen. Zunächst bestehende Befürchtungen vonseiten des Teams (ohne MH) als auch vonseiten der Patienten, wandelten sich rasch in gute Akzeptanz und Etablierung der MFA mit MH, sodass diese ihre volle Integration in das Praxisteam betonten.

Schlussfolgerungen/Implikationen: MFA mit MH sehen sich als vollständig in das Praxisteam integriert und von den einheimischen Patienten akzeptiert. Besonders in Praxen mit hohem Anteil von Patienten mit MH sehen sie

Background: There are currently 16 million people with an immigrant background living in Germany. While the number of foreign doctors is low, the number of foreign health care assistants (HCA) is fairly high. In Germany, little information is available on the extent to which primary care teams benefit from employing foreign medical professionals.

Research Questions: What role do health care assistants (HCAs) with an immigrant background play in general practice? Do they make use of their cultural skills? Do they perceive this as an advantage or a burden?

Methods: Semi-structured interviews were conducted with a convenience sample of six HCAs from six general practices in Hessen/Germany. Following transcription, a team consisting of a psychologist, a medical student and the first author analyzed the interviews using qualitative content analysis according to Mayring.

Results: When dealing with foreign patients, HCAs with an immigrant background working in general practice often take on the role of translator, cultural mediator, and, at times, confidant. This behavior is not confined to members of the same nationality but to foreigners in general. Although local teams and patients had initial reservations, this quickly changed into acceptance, and foreign HCAs reported that overall they had been fully integrated into their practice teams.

Conclusions/Implications: HCAs with an immigrant background consider themselves to be fully integrated into their practice teams and entirely accepted by patients. In practices with a high proportion of foreign patients, they frequently act as interpreters, cultural mediators and confidants, and help practice teams to meet the

sich zusätzlich in der Rolle eines Dolmetschers, Kulturmittlers und einer Vertrauensperson. Sie unterstützen das gesamte Praxisteam, um den Bedürfnissen der Patienten mit MH gerecht zu werden. Angesichts eines absehbaren Versorgungsbedarfes erscheint es empfehlenswert, die kulturintegrierenden Kompetenzen der MFA mit MH zu fördern und als nützliche sowie notwendige Ressource anzuerkennen.

Schlüsselwörter: Medizinische Fachangestellte; Allgemeinmedizin; Migrationshintergrund; Übersetzung; interkulturelle Kompetenz

needs of such patients. Considering the growing number of immigrant patients in German practices, it is recommended that the intercultural competence of foreign HCAs be fostered and recognized as a useful and necessary resource.

Keywords: Health Care Assistants; Family Practice; Immigrant Background; Translation; Cultural Competency

Bedarf der Bevölkerung mit Migrationshintergrund

In Deutschland leben derzeit 82 Mio. Menschen, wovon 16 Mio. (19,6 %) einen Migrationshintergrund (MH) haben [1]. Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes umfasst die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund (Spät-) Aussiedler, Flüchtlinge und Ausländer, die „...nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenem Elternteil“ [2]. Nicht in allen Statistiken ist der Migrationsstatus ausgewiesen (zur Problematik bei der Bestimmung von „Migrationsstatus“ vgl. auch [3]). Teilweise liegen Angaben zum Anteil der Ausländer vor. Ausländer sind alle Menschen, die nicht Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind, also keinen deutschen Pass besitzen; sie bilden eine Teilgruppe der Personen mit MH. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe die der älteren Ausländer [4, 5]. Sprachbarrieren und kulturelle Gepflogenheiten rufen oft Informationsdefizite hervor [6], welche zu Unkenntnis von Hilfsangeboten und Schwellenangst bei Kontakten zu Behörden oder Institutionen führen [7]. Menschen mit MH sind keine homogene Gruppe, sondern es bestehen vielfältige ethnische und soziale Untergruppen [8, 9]. Oft sind Leistungserbringer in Deutschland nicht auf die kulturellen Erwartungen der Patienten mit MH ein-

gestellt [8]. Eine ausreichende Kenntnis von Vorstellungen und Werten der Patienten ist jedoch für eine kooperative Beziehung eine essenzielle Voraussetzung.

Ausländische Beschäftigte in der Hausarztpraxis

Im deutschen Gesundheitssystem ist die Hausarztpraxis üblicherweise die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem. Neben den Ärzten sind hier Medizinische Fachangestellte (MFA) die wichtigste Berufsgruppe.

Von den 2010 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden 138.472 Ärzten waren 60.397 Hausärzte (43,6 %) [10]. Die Zahl der ausländischen Ärzte lag bei 2.108, wovon 882 als Hausärzte tätig waren. Demnach lag 2010 der Anteil der ausländischen Hausärzte an der gesamten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland bei 0,6 % [10]. Daten zum Migrationshintergrund werden nicht erfasst.

2009 lag die Zahl der MFA in Deutschland bei 390.000 [11], wovon über 98 % weiblich waren. Der Anteil an MFA mit Migrationshintergrund bzw. der Ausländerinnenanteil wird nicht differenziert erhoben. Einige wenige Statistiken weisen den Anteil an Ausländerinnen aus. Demnach lag der Anteil der Ausländerinnen an den Auszubildenden in Hessen zwischen 2005 und 2007 bei durchschnittlich 15,6 % [12], bundesweit bei 8,8 % [13], wobei Schätzungen davon ausgehen, dass 40 % der Auszubildenden einen MH haben, wovon ca. 80 % Muslime seien [12].

Medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund

Den Potenzialen, die Fachkräfte mit MH in ihren Berufsalltag einbringen, wurde bislang nur wenig Beachtung geschenkt. Zu diesem Thema ist bisher in Deutschland nur eine Studie [14] durchgeführt worden. Unter anderem wurden in dieser Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) zehn Arzthelferinnen (2005 lautete die Berufsbezeichnung noch „Arzthelferin“) mit MH in einer qualitativen Befragung zum Einsatz ihrer interkulturellen Kompetenzen am Arbeitsplatz befragt. Ziel der Studie war die Erfassung, ob in den Betrieben spezifische Kompetenzen wahrgenommen wurden und welchen Stellenwert diesen beigemessen wurde.

Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass Sprachbarrieren und kulturellen Hindernissen von Migranten bzw. ausländischen Patienten u.a. durch die muttersprachliche und interkulturelle Kompetenz der MFA begegnet wird [14]. In einem anderen Bericht zu der hier vorgestellten Studie beschreiben Sattelmeyer & Hörsch [15], dass für die Fachkräfte mit MH vermittelnde Fähigkeiten, wie z.B. die Vermittlung von Informationen zum Gesundheitssystem oder Umgang mit Diskriminierung von Bedeutung sind. So ist es allgemein verbreitet, dass MFA mit MH in das Arzt-Patienten-Gespräch mit einbezogen werden und zum Teil Verantwortung für den Gesprächsverlauf übernehmen [14]. Dies ist sicher zum Teil auch dem Umstand geschuldet, dass Patienten mit MH nicht notwendigerweise Hausärzte aus ihrem Kulturkreis aufsuchen [16].

	MFA02	MFA03	MFA04	MFA05	MFA06	MFA07
Eigenes Geburtsland	D	Türkei	Marokko	Serbien	D	D
Alter in Jahren	31	43	39	44	21	33
In Deutschland ...?	seit Geburt	37 Jahre	33 Jahre	40 Jahre	seit Geburt	seit Geburt
Berufserfahrung in Jahren	15	25	21	24	3	16
Anzahl Ärzte in Praxis	1	3	3	3	4	3
Anzahl MFA in Praxis	3	6	5	4	4	9
Anzahl MFA mit MH	1	3	k. A.	4	1	2
Versorgungsgebiet	Großstadt/ Innenstadt	Großstadt/ Innenstadt	Dörfliche Siedlung	Großstadt/ Innenstadt	Großstadt/ Innenstadt	Ländliche Kleinstadt
Religion	Islam	keine	Islam	russisch orthodox	römisch- katholisch	keine
Einschätzung der muttersprachlichen Kenntnisse	2 = gut	2 = gut	1 = sehr gut	3 = befriedigend	4 = ausreichend	2 = gut
Einschätzung der deutschsprachlichen Kenntnisse	1 = sehr gut	2 = gut	2 = gut	1 = sehr gut	2 = gut	1 = sehr gut
Wie sehr fühlen Sie sich in der Kultur des Herkunftslandes/der Kultur Ihrer Eltern zu Hause?	3 = etwas	3 = etwas	3 = etwas/ 4 = kaum	1 = sehr stark	1 = sehr stark	2 = stark
Wie sehr fühlen Sie sich in der deutschen Kultur zu Hause?	2 = stark	3 = etwas	2 = stark/ 3 = etwas	1 = sehr stark	1 = sehr stark	1 = sehr stark
Interviewdauer	22 Min.	20 Min.	24 Min.	32 Min.	22 Min.	21 Min

Tabelle 1 Beschreibung der Teilnehmer (n = 6).

Um auch in Zukunft die Versorgung von Menschen mit MH optimal zu gestalten, sind kulturintegrierende Maßnahmen erforderlich. Gleichzeitig liegen außer der oben genannten Studie bei Auszubildenden, in der unter anderem auch MFA interviewt wurden, keinerlei quantitative oder qualitative Daten zum Potenzial und zum aktuellen Arbeitsalltag von MFA mit MH vor. Mit der vorliegenden Studie wurde deshalb der Frage nachgegangen, inwieweit MFA mit MH in der Hausarztpraxis kulturintegrierende Kompetenzen wahrnehmen und diese in ihrem Alltag einsetzen. Im Sinne der Offenheit einer qualitativen Befragung wurde explizit keine Definition von kulturintegrierenden Kompetenzen oder gar interkultureller Kompetenz vorgenommen, sondern die MFA wurden im Wesentlichen befragt, ob es Situationen gebe, „in denen Sie aufgrund Ihres Migrationshintergrundes Erwartungen ausgesetzt sind/eine Bereicherung für die Praxis darstellen/besonderen Belastungen ausgesetzt sind, etc.“

Methode

Für die Durchführung dieser Studie wurden in einem halb strukturierten Leitfaden Fragen zur Wahrnehmung und zum Einsatz kulturintegrierender Kompetenzen sowie zu wahrgenommenen Potenzialen und/oder Belastungen zusammengetragen. Die Fragen orientierten sich an Alltagssituationen der MFA. Der Leitfaden wurde von einer erfahrenen MFA ohne MH im Rahmen ihrer Bachelor-Arbeit zum Abschluss in Public Health sowie einer Psychologin konzipiert. Neben einigen Einleitungs- und Aufwärmfragen nach dem Weg zur Tätigkeit als MFA in dieser Praxis und nach dem typischen Arbeitsalltag wurden zunächst Fragen nach Spezialisierungen im Team, schwierigen Situationen und/oder Patienten gefragt. Die Fragen zum Migrationshintergrund wurden – wie oben beschrieben – mit Fragen nach Situationen eingeleitet, in denen aufgrund des Migrationshintergrundes spezifische Erfahrungen gemacht werden

können und wurden abgerundet mit Fragen nach Bereichen der Tätigkeit, in denen MFA einen Vorteil durch ihren Migrationshintergrund sehen, was sie bezüglich der Ausbildung zur MFA anderen Frauen mit MH raten würden bzw. was beachtet werden müsse, wenn „interkulturelle Kompetenz“ in die Ausbildung zur MFA aufgenommen würde.

Zur Gewinnung der Teilnehmer wurden an 213 Hausarztpraxen, die dem Forschungsnetzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt angehören, Faxes versandt. Die Anschreiben richteten sich direkt an die MFA in den Hausarztpraxen. Für interessierte MFA war eine Faxantwortmöglichkeit beigelegt. Von den 213 Aussendungen kamen 32 (15 %) innerhalb von zehn Tagen zurück. Davon gaben sechs MFA Interesse am Forschungsprojekt an, 22 Praxen (10 %) gaben an, dass sie keine MFA mit MH beschäftigen, vier MFA (2 %) gaben an, dass sie kein Interesse haben.

Überkategorie	Hauptkategorie	1. Unterkategorie	2. Unterkategorie
Setting Hausarztpraxis	Arbeits- und Rollenteilung	Formell	
		Informell	
	Mikrokosmos	Kleine Gemeinschaft	
	Allgemeinmedizin = Familienmedizin	Vertrauensperson	
		Team wie Familie	
Kommunikation und Interaktion mit Patienten	Patienten mit MH	Gleich und gleich	
		Passung (ungleich)	
	Team ohne MH	Anders sein	
	Wie sind Ausländer?	Was halten MFA mit MH für erklärungs- bedürftig?	
Selbstkonzept	Integration	Identifikation	Eigene Identifikation
			Identifikation Team
			Identifikation Patienten
Wie soll MFA sein?	Was unterscheidet MFA von anderen Tätigkeiten?		
Sprachliche Zusammenhänge	Wir-Gefühl	Wir Ausländer	
		Wir MFA	
		Wir Praxisteam	
	Keine Probleme		

Tabelle 2
Kategorien-Schema.

Die so ermittelten sechs Interviewpartner ermöglichten einerseits eine erste Standortbestimmung in einem bislang nicht beforschten Themenfeld, andererseits war dies ohne finanzielle Unterstützung eine zu bewältigende Aufgabe.

Alle interviewten MFA hatten die deutsche Staatsangehörigkeit (bzw. eine MFA hatte eine doppelte Staatsangehörigkeit). Drei der Befragten waren selbst migriert, d.h. sie kamen im Alter zwischen vier und sechs Jahren nach Deutschland. Alle schätzten ihre deutschsprachigen Kenntnisse entweder mit 1 = sehr gut oder 2 = gut ein. Beim Vergleich zwischen dem Gefühl des „sich zuhause Fühlens“ in der Kultur ihres Herkunftslandes, mit dem Gefühl des „sich zuhause Fühlens“ in der deutschen Kultur, gaben alle Befragten an, dass sie sich in der deutschen Kultur mehr oder zumindest genau so sehr wie in der Kultur des Herkunftslandes zu-

hause fühlen. Mehrheitlich handelt es sich um MFA, die in Gemeinschaftspraxen arbeiten, in denen mindestens drei Ärzte tätig sind. Bei fünf MFA sind die Arbeitgeber Einheimische, in einer Praxis hat ein Arbeitgeber einen anderen MH als die MFA. Vier der sechs interviewten MFA arbeiten in Praxen in der Großstadt/Innenstadt (weitere Angaben vgl. Tabelle 1).

Nach Kontaktaufnahme und Einverständniserklärung wurden alle MFA von Angesicht zu Angesicht interviewt (Interviewdauer ca. 24 Min.). Fünf Interviews fanden in der Praxis statt, in der die MFA beschäftigt war, ein Interview wurde in einem wenig frequentierten Cafe durchgeführt. In einem Zusatzfragebogen wurden einige sozio-ökonomische Daten sowie Daten zur Praxisstruktur erhoben. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring [17] ausgewertet. Die Inhaltsana-

lyse wurde nach den von Mayring empfohlenen Schritten Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung [18] in einem multidisziplinären Team aus einer MFA mit BSc.-Studium Public Health, einer Psychologin und einer Doktorandin der Medizin vorgenommen.

Bei der Analyse entstand aufgrund einer induktiven Kategorienbildung nach Mayring [17] nach mehrmaligem Durcharbeiten des Materials durch das Studienteam ein Kategoriensystem mit insgesamt vier Überkategorien (vgl. Tabelle 2). Mit diesem Kategoriensystem sowie definitorischen Inhalten und Ankerbeispielen wurde eine endgültige Analyse des Materials vorgenommen.

Die Durchführung und Auswertung, sowie deren Darstellung in dieser Arbeit orientierte sich an den 32 Punkten der Checkliste zur Publikation von qualitativen Forschungsergebnissen [19]. Vor Beginn der Studie lag eine zustimmende Bewertung der Ethikkommission vor.

Ergebnisse

Für eine Darstellung in dieser Arbeit wurden aus den Über- und Hauptkategorien einige ausgewählt, die sowohl für MFA mit MH, als auch für die Hausarztpraxis spezifisch erscheinen: Die Kategorien „Arbeitsteilung“ und „Wir-Gefühl“ zeigen deutlich die hausärztliche Praxis auf, die Kategorie „Kommunikation und Interaktion mit Patienten“ zeigt dagegen mehr die Rolle einer MFA mit MH. Die Kategorie „Keine Probleme“ soll hier zusätzlich aufgenommen werden, da die starke sprachliche Betonung von Integration in das Praxisteam für uns unerwartet war und damit interessant erschien.

Kategorie „Arbeitsteilung“

Die Kategorie Arbeitsteilung bezog sich auf alle geschilderten Situationen und Abläufe, für die eine strenge Aufgabenteilung in den hausärztlichen Praxen beschrieben wurde. Dies umfasste z.B. strikte Arbeitspläne oder eine Aufteilung der Aufgaben nach Wochentagen. Diese strikte formelle Aufgabenteilung für die täglich anfallenden Aufgaben wurde von allen interviewten MFA beschrieben, was im deutlichen Kontrast zu den speziellen Aufgaben stand, die von MFA mit MH durchgeführt wurden. Die Übernahme dieser speziellen Aufgaben fand in den meisten Fällen „ad hoc“ statt, d.h. die Tätigkeiten kamen ungeplant auf die MFA zu und unterbrachen sie in ihren sonstigen exakt geplanten Aufgabenbereichen:

- „[...] wenn (...) ehm, (...) aus dem Serbischen oder Kroatischen Patienten kommen, ist es nicht so, dass ich gleich aufstehe und auf die zugehe, ja, (...) sondern, macht das die Kollegin, die grade an der Anmeldung sitzt (...) und ehm, (...) dann sagt sie aber auch, ehm, (...) „Mensch ich glaub ich komm hier nicht weiter, kannst Du das mal übernehmen? Ich glaub das sind Deine“ oder so, [lacht] ja, (...) [...] ich sag' auch gleich, wenn ich Kasachen habe (...) ehm, „K. (...) willst Du das nicht übernehmen?“ weil die ticken ja auch noch mal anders, wo ich sag', „K. mach Du das mal!“ (MFA05)
- „Ja, klar natürlich, eh, wenn ich dann an der Anmeldung sitze und ich muss dann zum Übersetzen. (...) Dann komm ich und dann, ehm, (...) klar, dann muss ich

viel, hat sich gestapelt und das muss ich dann abarbeiten (...) Klar, manchmal ist es so.“ (MFA03)

Kategorie „Kommunikation und Interaktion mit Patienten“

Im Zentrum dieser Kategorie standen neben der sprachlichen Vermittlung alle Erklärungen von kulturellen Gewohnheiten und die vorgenommene Vermittlung zwischen den Kulturen in beide Richtungen, so wurden z.B. Informationen bezüglich der kulturellen Spezifika oder zum Gesundheitssystem weiter gegeben.

Es wurde deutlich, dass die MFA nicht nur die Rolle des Übersetzers übernehmen, sondern zum Kulturmittler werden. In der vorliegenden Arbeit wird sowohl von der Autorin, als auch von den befragten MFA weitestgehend der Begriff Übersetzung genutzt. Es ist jedoch durchgängig die mündliche Form der Translation, also das Dolmetschen gemeint (vgl. Differenzierung nach Allaoui [20]: „Dolmetschen ist im Gegensatz zu Übersetzen die mündliche Form der Translation. Hierbei wird ein Text, der in der Regel mündlich formuliert wird, aus Sprache A in Sprache B übertragen“).

- „[...] wenn jetzt irgendwie irgendwelche Feste sind oder mit den Medikamenten (...) viele [Patienten aus dem eigenen Kulturkreis] fragen dann „Ist da irgendwie was drin, was Nachteile hat?“ oder (...) da vermitteln wir (...) vermittel' ich dann auch schon.“ (MFA02)

Übersetzungstätigkeiten scheinen bei den meisten der interviewten MFA eine wichtige Rolle zu spielen, denn sie wurden bei der Frage nach Erwartungen, die an sie gestellt werden, zuerst genannt:

- „Viele türkische Patienten, (...) da bin ich die Übersetzerin oder die, ehm, die Informationen weiter gibt.“ (MFA03)
- „Auch mit den Ärzten, wenn sie dann Hilfe brauchen, dass sie mich dann rein rufen, wenn was unverständlich ist, oder so.“ (MFA07)

Manchmal bieten die MFA aktiv gleich ihre Hilfe an, wenn sie den Eindruck haben, dass die Patienten Hilfe benötigen. Teilweise wird aktiv von Patienten die Hilfe eingefordert, teilweise ruft der Arzt die jeweilige MFA um Hilfe. Die MFA nehmen hier eine besondere Rolle ein,

die sie zwar nicht explizit benennen, die jedoch bei der Beschreibung der übernommenen Aufgaben deutlich wird, wie eine MFA treffend beschreibt:

- „Dann tun wir das halt gemeinsam lösen.“ (MFA02)

Die MFA erkennen durchaus den Vorteil, den ihr Einsatz für die Patienten und Ärzte mit sich bringt, d.h. es existiert eine Bewusstheit darüber, welchen Wert ihre Rolle als „Übersetzerin von Sprache und Kultur“ in dem normalerweise zu zweit stattfindenden Arzt-Patienten-Gespräch hat:

- „[...] dann war das ja auch geklärt und man konnte ja besser dann untersuchen (...) oder was da war.“ (MFA04)

Die interviewten MFA gaben jedoch auch an, dass ihnen die Fachtermini nicht immer in der jeweiligen Muttersprache geläufig sind. Auf die Frage, ob es sich bei der Übersetzungsarbeit um Routinearbeit handelt, beantwortet MFA05 so:

- „Nee, nee, ach, [lacht laut] [...] nein, da gibt es auch natürlich, ehm, Sachen, (...) da wo mir dann (...) der Begriff Niere (...) oder Pro (...) Prostata ist ja gleich bei uns, aber so spezielle, eh, Sachen, wo mir das auch nicht gleich einfällt, ja, (...) also da gibt schon (...) schon Probleme [...] Ja, aber ich formuliere das dann so, dass die Patienten dann von selbst dann drauf kommen [...]“ (MFA05)

An verschiedenen Stellen beschreiben die MFA mit MH darüber hinaus, dass sie sich mehr Mühe geben, „Ausländer“ zu verstehen, auch wenn diese nicht aus dem gleichen Kulturkreis kommen wie die MFA selbst.

- „Also wir haben auch türkische Patienten, und, eh, ich versteh zwar kein türkisch, aber ich weiß schon was sie manchmal so wollen und dann sitzt der Doktor aufm Schlauch steht und dann sag ich, ja Herr Doktor ich glaub sie meint so und so und (...) irgendwie funktioniert das dann trotzdem, ja, weil (...) man hat ja irgendwie das selbe Anliegen, (...) die beiden, ehm, Länder oder jetzt auch, ehm, ja gut mit, (...) mit Pakistan, (...) wir haben da nicht so viele, aber (...) man weiß schon irgendwie, (...) ich weiß nicht, ich hab's so im Gefühl manchmal, wenn ein Ausländer kommt, dann weiß ich ganz genau schon was der will.“ (MFA02)

Patienten aus dem eigenen Kulturkreis tragen Erwartungen an die MFA heran, wie z.B. die Erwartung, dass die MFA für Übersetzungen zuständig ist, was in einem Fall soweit geht, dass Patienten extra wegen der MFA diese Praxis aufsuchen, um sicher zu stellen, dass eine Person da ist, die übersetzen kann.

Die MFA beschreiben teilweise, dass sie sich in beiden Kulturen zu Hause fühlen, beide Kulturen kennen und sich so besser mit beiden Kulturen auseinandersetzen und sie besser verstehen können. Die wichtigsten Aspekte, um kulturintegrierend zu wirken, beschreibt MFA07 so:

- „[...] die eigene Kultur, eh, zu vertreten, wichtig ist, dass man offen ist und beide Kulturen annimmt. Wenn man hier lebt, sollte man sich auch anpassen können (...) das gehört dazu (...) man muss wissen, was die Hintergründe (...) auch bei der deutschen Kultur ist (...) und (...) und so kommt man wirklich besser ans Ziel ran.“ (MFA07)

Der Einsatz der MFA als Übersetzerin und Vermittlerin führt zu einer Entlastung der anderen Mitarbeiterinnen ohne MH oder mit anderem MH. Sie übernehmen auch eine Vermittlerrolle in Bezug auf das restliche Team:

- „Also da wird viel geredet, warum das so ist bei ihnen [türkischen Patienten] (...), erklär' ich warum grad', äh dieses Verhalten oder, (...) oder so (...) ja [...]“ (MFA03)

Kategorie „Keine Probleme“

Diese Kategorie umfasste alle Äußerungen, die in besonderem Maße nahelegten, dass – trotz des MH – keine Probleme bestanden. Hier wurden sowohl Negationen von Belastungen sowie die Negation von „anders-sein“ wie auch die Überwindung von Problemen ausgewiesen.

Alle MFA betonen sehr, dass sie sich integriert fühlen, dass sie keine Probleme haben:

- „[...] ich hab also keine Probleme (...) hab mich eigentlich gut integriert [...]“ (MFA02)

Die Beschreibung des Integrationsgefühls bezieht sich manchmal auf die Hausarztpraxis direkt:

- „Ich hab's halt einfach gut getroffen, so in den Praxen sag ich jetzt mal. Also ich

war da wirklich immer willkommen, egal in welcher Praxis ich gearbeitet hab'. Und negative Erfahrungen mit den Chefs hab' ich nie gemacht.“ (MFA04)

Insgesamt scheint ein Gefühl der Integration gegenüber einem Sich-Fremd-Fühlen deutlich zu überwiegen, zumindest wird der Aspekt des „ganz normalen Eingebunden-Seins“ in den Interviews stark betont. Das Integriert-Sein findet seinen Ausdruck auch darin, dass den MFA bei der Frage nach Vorteilen bzw. Nachteilen, die sie durch ihren Migrationshintergrund sehen, zunächst nichts einfällt, also jeder Form von möglicher Andersartigkeit keinerlei Bedeutung zugebilligt wird:

- „Die Vorteile? (...) Weiß ich nicht. [lacht] Ich, (...) vielleicht, eh, (...) guck ich nicht hin, (...) also wie soll ich's sagen, (...) selbstverständlich, (...) also deswegen hab ich da mir keinen Kopf gemacht.“ (MFA03)

Auf die Frage nach Belastungen durch den Migrationshintergrund ist in keinem Interview eine spontane Antwort gefallen. Es steht also keine Belastung so sehr im Vordergrund, dass sie gleich genannt wird. Die Probleme, die sich ggf. bei der Übersetzungstätigkeit ergeben, werden nicht als Belastungen wahrgenommen:

- „Nein also, 'ne Belastung würde ich das [Übersetzen] nicht nennen, ehm, eh, (...) wie ich schon sagte, ich formuliere das dann anders, so dass die Patienten dann auch von selbst drauf kommen [...]“ (MFA05)

Von zwei MFA (MFA02 und MFA07) wurde berichtet, dass zu Beginn der Beschäftigung in dieser Praxis Bedenken bestanden, wie sich die Akzeptanz der MFA mit MH bei den Patienten gestalten werde:

- „Also ganz am Anfang in dieser (...) in dieser Praxis hatte ich schon (...) meine Anlaufprobleme, zwar nicht viele [Patienten] aber einige und (...) die bestehen immer noch drauf, dass sie nicht von mir (...) angesprochen werden sollen, sondern direkt zu den anderen Kolleginnen gehen (...) keine Ahnung, was deren (...) ihre Probleme sind (...) aber trotzdem habe ich ein Weihnachtsgeschenk bekommen [lacht laut].“ (MFA07)
- „[...] ich bin hier die erste Ausländerin, die hier arbeitet und, ehm, am (...) am

Anfang war's nicht schwe... (...) also meine Kollegen haben gesagt (...) (...) wir haben ja darüber gesprochen vorgestern, (...) die haben sich das schlimmer vorgestellt. (...) Die haben sich's schwieriger vorgestellt.“ (MFA02)

Kategorie „Wir-Gefühl“

Im Unterschied zu der Kategorie „keine Probleme“ wurden hierunter alle Äußerungen verstanden, die auf ein Gefühl der Zusammengehörigkeit schließen lassen. Sprachlich waren diese Äußerungen oft von einem „wir“ gekennzeichnet. Dieses „wir“ wurde sowohl benutzt, um das besondere Teamgefühl in einer Hausarztpraxis darzustellen (und war daher weitgehend unabhängig vom MH), aber auch die Unterscheidung von Menschen mit MH von Menschen ohne MH war von diesem „wir“ (Menschen mit MH) gekennzeichnet.

Die interviewten MFA mit MH fühlen sich alle in der Hausarztpraxis integriert. Sie sehen sich als Teil einer abgeschlossenen kleinen Gemeinschaft und berichten auch so etwas wie familiäre Verbundenheit, was auch Patienten einschließt und mit einem Familienverhältnis verglichen wird:

- „Ich hab halt viel gelernt, durch jetzt auch (...) durch die Kollegen, durch den Doktor, der halt auch (...), ehm, immer sehr viel Geduld hat und in der einen Seite auch so ein Vater auch ist. Also man kann auch irgendwie mit dem Doktor über alles reden, (...) egal wie, es ist (...) und hier in der Praxis bei uns ist es so ein Familienverhältnis (...) so in anderen Praxen sieht man das halt nicht so.“ (MFA02)

In Bezug auf die Patienten wird oft beschrieben, dass ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht, wobei teilweise der eigene Migrationshintergrund eine Rolle spielt, sodass zu Patienten aus dem eigenen Kulturkreis ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgebaut wird:

- „[...] sie [die Patienten aus dem eigenen Kulturkreis] erklären vieles, ehm, ja was auch so nebenbei ist, zum Beispiel was zu Hause los ist, mit Ehemann, Ehefrau, Kinder und so weiter. Hm, (...) vielleicht, ehm, ist es dann lockerer wenn ich, (...) wenn sie's mir erklären (...) und, ehm, (...) ja oder Vertrauen haben vielleicht eher.“ (MFA03)

- „Wir unterhalten uns auch, es ist, (...) es ist manchmal auch, ehm, (...) persönlicher [...]“ (MFA05)

Alle MFA sprechen vom Praxisteam als „wir“ und drücken so Zusammengehörigkeit und Verbundenheitsgefühl mit der Praxis aus. Gleichzeitig kommt ein zweites „Wir-Gefühl“ zum Ausdruck und zwar im Zusammenhang mit „wir Ausländer“.

- „Da ham wir's denk ich (...) die Ausländer etwas leichter, als die Deutschen [...]“ (MFA05)

Diskussion

Das Ziel dieser qualitativen Studie war eine erste explorative Standortbestimmung in der Rollenwahrnehmung von MFA mit MH in deutschen Hausarztpraxen. Die interviewten MFA sahen sich in ihren Hausarztpraxen in der Rolle einer Übersetzerin sowie in der Rolle einer Vermittlerin zwischen den Kulturen. Sie nehmen kulturintegrierende Kompetenzen bei sich wahr und setzen diese in ihrem Alltag ein, indem sie Vertrauensperson, vor allem für Patienten aus dem eigenen Kulturkreis, aber auch für Patienten mit einem anderen Migrationshintergrund als dem eigenen, sind. Alle MFA betonen, dass sie sich in die Hausarztpraxis integriert fühlen.

Um eine adäquate Inanspruchnahme des Gesundheitssystems auch für Migranten ohne ausreichende Sprachkenntnisse zu sichern, ist der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern notwendig [21], die im deutschen Gesundheitswesen nur begrenzt zur Verfügung stehen [22]. Daher schlüpfen offensichtlich MFA mit MH in diese Rollen. Sie sind in Hausarztpraxen ad hoc verfügbar und werden möglicherweise als preiswerte Alternative zu kostenintensiven und nur zeitverzögert verfügbaren Dolmetscherdiensten verstanden. Ihr Einsatz ist dem von Angehörigen von Patienten vorzuziehen.

Die interviewten Medizinischen Fachangestellten setzen ihre kulturintegrierenden Kompetenzen in der Regel ungeplant und bedarfsorientiert ein und nehmen die Ergebnisse v.a. als Vorteile für Ärzte und Patienten wahr. So ergeben sich im Praxisalltag Vorteile für die Patienten (Dolmetscher mit me-

dizinischem Hintergrund, Vertrauensperson, Vorzug gegenüber dolmetschenden Familienmitgliedern), Vorteile für die Ärzte (vereinfacht die Kommunikation, ad hoc einsetzbar, rechtliche Absicherung) und Vorteile aus ökonomischer Sicht (MFA ist meistens verfügbar, keine Zusatzkosten, bei qualitativ hochwertiger Übersetzungstätigkeit trotzdem langfristige Kostenersparnis möglich). Die MFA selbst erleben ihre kompetenzspezifischen Aufgaben weder als Bereicherung noch als Belastung bei ihrer Arbeit. Nachteile, wie z.B. durchaus in den Interviews beschriebene Mehrbelastungen, werden kaum wahrgenommen. Weitere Nachteile ergeben sich daraus, dass die MFA keine geschulten Dolmetscher sind und nicht immer über adäquate Fachtermini verfügen. Gerade dieser Umstand wird verstärkt durch den Ad-hoc-Einsatz, d.h. einen Einsatz, der ungeplant – fast unterhalb der Wahrnehmungsschwelle der Arbeitgeber – geschieht.

MFA mit MH haben durch ihre Ausbildung Basiskompetenzen wie Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung, Konfliktverhalten, Patientenbetreuung und -beratung, Wahrnehmung und Motivation [23] erworben. Diese Studie hat gezeigt, dass im Gesundheitswesen tätige Personen mit MH (hier MFA) über diese Basisfähigkeiten hinausgehende kultur- und sprachvermittelnde Funktionen ad hoc und ohne weitere Beachtung dieses Potentials übernehmen. Angesichts des hohen bzw. steigenden Anteils von Migranten in der Bevölkerung muss betont werden, dass die Förderung interkultureller Kompetenzen zukünftig in die Ausbildung aller MFA integriert werden sollte. Im Einklang mit anderen Dokumenten zum Umgang mit Migranten im Gesundheitswesen (z.B. Leitlinien zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten [24]) sollen hier einige Basiskompetenzen genannt werden, die uns in diesem Zusammenhang als relevant erscheinen:

- Reflexion der eigenen Kulturgebundenheit und des Stereotypisierens anderer Kulturen,
- Wissen über andere Kulturen,
- verbale und nonverbale Ausdrucksfähigkeit im Umgang mit Menschen unterschiedlicher Kulturen,

- Finden von gemeinsamen Realitäten und Lösungen mit Menschen unterschiedlicher Kulturen.

Gerade der Kontext der Hausarztpraxis wird als Umgebung beschrieben, die bei Patienten als vertrauenerweckend wahrgenommen wird und vertrauensvoll in Anspruch genommen wird [25]. Dies wird auch von den interviewten MFA mit MH beschrieben, so taucht sogar der Begriff der „Familie“ im Zusammenhang mit der Praxis auf. Zusätzlich zu diesem Integriert-Sein in das familiäre Setting der Hausarztpraxis taucht in den Interviews noch ein weiteres Wir-Gefühl der Verbundenheit mit Menschen aus dem gleichen Kulturkreis auf, welches sich auch auf Patienten ausweitet, die nicht dem Kulturkreis der MFA angehören, jedoch einen anderen MH haben.

Bedeutung für die Praxis

Mit zunehmendem Alter steigen die Risiken einer Erkrankung bzw. von Mehrfacherkrankungen [26]. Der demografische Wandel (mit erwartetem Anstieg vor allem der älteren ausländischen Bevölkerung), die Zunahme an chronischen Krankheiten und Multimorbidität lassen für die Zukunft einen erhöhten Bedarf an Sprach- und Kulturmittlern im Gesundheitswesen erwarten. MFA mit MH setzen ihre Kompetenzen zusätzlich zu den in der Ausbildung erworbenen Fähigkeiten ein, übernehmen die Rolle eines Dolmetschers und Kulturmittlers und sind für Patienten mit MH eine Vertrauensperson in der Hausarztpraxis. Als erster Schritt zur Erleichterung der täglichen Arbeit könnten Fachwörter aus der jeweiligen Herkunftssprache zusammen getragen werden, sowie ein Fachwörterbuch angelegt werden, in dem medizinische Ausdrücke unter Ergänzung von Schaufafeln gelistet sind.

Für die Praxis sollten Konzepte erarbeitet werden, die bei der oft bestehenden Zwei- bzw. Mehrsprachigkeit ansetzen und z.B. durch Schulungsmodulen der Dolmetscherausbildung und interkulturelle Aspekte ergänzt werden. So qualifizierte MFA mit MH könnten Patienten mit MH das deutsche Gesundheitssystem erklären und ggf. auch Schulungen zu Themen, die den Alltag von Patienten mit MH betreffen (z.B. Er-

Karola Mergenthal, B. Sc. ...

... ist Gesundheitswissenschaftlerin und Masterstudentin für Public Health. Seit 2006 Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Interessenschwerpunkte: Verschiedene Projekte zur Forschung für und mit Medizinischen Fachangestellten in der Hausarztpraxis. Gründungsmitglied der Arbeitsgruppe „Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte“ (WiForMFA) der DEGAM.

nährung, Bewegung, Gesundheitsberatungen), durchführen. Ein Beispiel für eine gelungene Umsetzung dieses Ansatzes im stationären Setting bildet das europäische Projekt „Migrant Friendly Hospital“ (vgl. www.mfh-eu.net). Zur Betreuung von Migranten im Krankenhaus wurden u.a. die transkulturellen Kompetenzen des Krankenhauspersonals genutzt und gefördert.

Der Einsatz von MFA mit MH bezieht sich zunächst auf die eine Sprache bzw. die Kultur des jeweiligen Herkunftslandes. Es liegen keine Daten vor, wie hoch die Anzahl von mehrsprachigen MFA ist, ebenso fehlen Daten zum konkreten Bedarf in den jeweiligen Hausarztpraxen.

Im hausarztpraxisbasierten Case Management, in dem die Ärzte und MFA als Team die Patienten unterstützen [16, 27, 28], könnten alle diese interkulturellen Aspekte in einem Konzept vereint werden. Gemeinsam könnte das Team die Ressourcen der Patienten erkennen und gezielt fördern. Gesamtziel wäre eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung (Hausarztpraxis-Patienten-Beziehung) sowie eine Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen von Patienten mit MH, eine Erhöhung der Adhärenz bzw. Therapietreue sowie Verbesserung der Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Limitationen der Studie

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein qualitatives Studiendesign, das einen explorativen, hypothesengenerierenden Charakter hat. Mit der Auswertung von sechs Interviews ist das Ergebnis dieser Studie nur ein erster Ansatz, um sich diesem Thema zu nähern. Die Ergebnisse und ihre möglichen Im-

plikationen bedürfen einer weiteren wissenschaftlichen Überprüfung. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte zwar zufallsgeneriert, jedoch war die Grundgesamtheit selektiert (Forschungspraxen aus dem Netzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main), sodass die sechs Interviewten nicht repräsentativ für alle MFA mit MH sind. Auch lassen die sehr unterschiedlichen Herkunftsländer keinerlei Rückschlüsse auf bestimmte kulturelle Gruppen zu. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf andere Settings oder eine Übertragbarkeit auf spezielle Kulturen ist nicht möglich.

Bei qualitativen Studien unterliegen die Ergebnisse mehr als bei quantitativen Studien der Subjektivität des Forschers. Zudem erfolgt die Auswertung der Ergebnisse aus der Sicht von Einheimischen. Wie – gerade auch in dieser Studie – deutlich wurde, bestehen in anderen Kulturen andere Zeichen, Regeln und Sprachsysteme. Es ist zwar davon auszugehen, dass die interviewten MFA, die sich größtenteils mit beiden Kulturen identifizieren und in deutschen Hausarztpraxen arbeiten, sich im Interview auf Kommunikationsregeln im Deutschen beziehen, dennoch bleibt bei der Auswertung der (deutsche) Blickwinkel des Forschers bestehen.

Schlussfolgerungen

Da uns der Einsatz kulturübergreifender Fähigkeiten von MFA plausibel erschien, aber wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem Thema fehlten, sollte diese Studie ein erster Ansatz zum Schließen dieser Lücke darstellen. Es erscheint wichtig, die Datenlage zur Beschäftigung von Menschen mit MH im deutschen Gesundheitswesen insgesamt zu verbessern. Obschon die Studie klein ist, lie-

ßen sich gerade mit dem qualitativen Methodenansatz interessante Einblicke in den Alltag und in die Kompetenzen sowie deren mögliche Grenzen von MFA mit MH gewinnen. So ist die selbstverständliche Einbindung spezifischer interkultureller Kompetenzen wie Übersetzen und Erklären von Kultur(en) zu nennen, die meist ad hoc, d.h. ohne Bewusstsein für die daraus entstehende Arbeitsbelastung und möglicherweise fehlende medizinische Sprachkompetenz in der Ursprungssprache stattfindet. Letzteres wird sicherlich dadurch verstärkt, dass MFA mit MH die vollkommene Integration in die Praxis betonen und jede Form von Andersartigkeit als im Alltag bedeutungslos betonen. Ein erster Erklärungsansatz für diese Unterbetonung von Vorteilen und Nachteilen zeichnet sich in den Interviewstellen ab, in denen über überwundene Schwierigkeiten in der Anfangsphase in der Praxis gesprochen wird. Daher wird derzeit diese Phase des Beginns einer Arbeitstätigkeit einer MFA mit MH von unserem Institut genauer untersucht. Insgesamt ist deutlich mehr Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Interaktion und Kommunikation von Ärzten, MFA und Patienten mit und ohne MH wünschenswert.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Form benutzt. Da die Berufsgruppe der Medizinische Fachangestellten zu über 98 % aus Frauen besteht, hat sich die Autorin entschieden, für diese Berufsgruppe die weibliche Form zu benutzen. Es sind immer gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Korrespondenzadresse

Karola Mergenthal, BSc PH
Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069 6301-6281
Fax: 069 6301-6428
mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Literatur

1. Statistisches Bundesamt 2010. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Online: <http://www.destatis.de>.
2. Statistisches Bundesamt 2010. Personen mit Migrationshintergrund. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Online: <http://www.destatis.de>
3. Diefenbach H, Weiß A. Gutachten „Menschen mit Migrationshintergrund. Datenerfassung für die Integrationsberichterstattung“. München: Statistisches Amt der Landeshauptstadt, 2006
4. Friebe J, Zalucki M. Interkulturelle Bildung in der Pflege, Bielefeld: Bertelsmann, 2003
5. Statistisches Bundesamt. Strukturdaten und Integrationsindikatoren über die ausländische Bevölkerung in Deutschland 2003, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2005
6. Borde T. Das Gespräch mit Migranten und die interkulturelle Kommunikation. In: Langer T, Schnell MW (Hrsg.). Das Arzt-Patient-Patient-Arzt-Gespräch. München: Hans Marseille Verlag, 2009: 120–133
7. Ozankan M. Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten – Stellenwert muttersprachlicher gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote. Quo vadis, Zuwanderungsland Deutschland? Perspektivenweiterung bei der interkulturellen Öffnung der Regeldienste. Düsseldorf, 2008
8. Brzoska P, Razum O. Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Z med Psych* 2009; 18: 151–161
9. Sinus Sociovision, 2008. Zentrale Ergebnisse der Sinus-Studie über Migranten-Milieus in Deutschland. Online: <http://www.sinus-institut.de/de/suche.html>
10. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt, Berlin, 2010
11. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2010. GPR, Beschäftigte im Gesundheitswesen u.a. nach Art der Beschäftigung und Berufen. *Gesundheit, Statistik*. Online: <http://www.gbe-bund.de>
12. Popovic M, 2008. Migration gerecht gestalten – Entwicklungspolitik, Wirtschaftspolitik und Sozialpolitik im Widerstreit. Migration im Gesundheitswesen. Impulsreferat vom 15. April 2008. Online: <http://www.evangelische-akademie.de>
13. Bundesinstitut für Berufsbildung, 2009. Medizinischer Fachangestellter/ Medizinische Fachangestellte. BIBB – DATENBLATT 856105 Medizinische/-r Fachangestellte/-r (FB). Online: <http://berufe.bibb-service.de>
14. Benneker G, Dorau R, Hörsch K, Settlemeyer A. Interkulturelle Kompetenzen von Arzthelferinnen mit Migrationshintergrund. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 2005; 34: 48–50
15. Settlemeyer A, Hörsch K. Einsatz interkultureller Kompetenzen am Arbeitsplatz. Beobachtungen aus der beruflichen Praxis von Fachkräften mit Migrationshintergrund. In: Bahl A (Hrsg.). *Kompetenzen für die globale Wirtschaft. Begriffe – Erwartungen – Entwicklungsansätze*. Bielefeld: Bertelsmann, 2009
16. Bungartz J, Uslu S, Natanzon I, Joos S. Inanspruchnahme des Hausarztes durch türkische und deutsche Patienten – eine qualitative Studie. *Z Allg Med* 2011; 87: 515–521
17. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung* 2000; 1: Art. 20
18. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Weinheim, Basel: Beltz-Verlag, 2003
19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–357
20. Allaoui R. *Dolmetschen im Krankenhaus: Rollenerwartungen und Rollenverständnisse*, Göttingen: Cuvillier, 2005
21. Wittig U, Schumacher G, Merbach M, Brähler E. Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrant(inn)en und Flüchtlingen am Beispiel von Leipzig. *Z med Psych* 2009; 18: 162–169
22. Salman R, Wesselman E, Hegemann T, Baringer S, Gerbing J, Lorenz H. Sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen als politische und professionelle Herausforderung. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration. *Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*. Bonn: Bonner Universitätsbuchdruckerei, 2003
23. Verband medizinischer Fachberufe e.V., 2006. *Ausbildungsrahmenplan für die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten*. Online: <http://www.vmf-online.de/mfa/mfa-ausbildungsordnung>
24. Landesarbeitskreis Migration und Psychiatrie in Schleswig-Holstein, 2007. *Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein*. Online: www.diakonieverein-migration.de
25. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012; 86: 114–119
26. Saß A, Wurm S, Ziese T. Alter= Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. Somatische und psychische Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2009: 31–61
27. Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2007; 57: 1390–1397
28. Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz C, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomized controlled trial. *Trials* 2010; 11: 56